



Rivista
d'informazione
e prevenzione
respiratoria

Periodico
trimestrale

RESPIRO

Numero 4
**Inverno
2008**

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.

**Prevenzione
e lavaggio nasale**

Emergenza BPCO

**BPCO, aspettative
dei pazienti**

**Il Pediatra
e il fumo**

Fumo e donna

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



PERCHÈ
PROVARE A
FUMARE
SE SI SA
CHE FA MALE?

Grandi novità 2008

SPIROMETRIA OSSIMETRIA TELEMEDICINA

MirOxi

Il primo Mini-Laboratorio tascabile per l'ossimetria con i risultati visualizzati direttamente sullo schermo. Analisi della desaturazione nelle apnee notturne e test del cammino.



spirobank G USB

Il nostro famoso spirometro riprogettato al 100% con USB, Bluetooth® e memoria per 6.000 test.



Tutti gli strumenti MIR hanno in dotazione il software winspiroPRO per PC

FlowMir

La prima turbina usa e getta per garantire igiene e accuratezza.



Minispir

Spirometro con opzione ossimetro direttamente collegato al PC via USB.



spirolab III

Spirometro diagnostico con opzione ossimetro. 6.000 spirometrie o 1.000 ore ossimetria. Incentivo pediatrico. USB, RS232, Bluetooth®.



spirobank II

Spirometro con opzione ossimetro. 6.000 spirometrie o 1.000 ore ossimetria. Analisi della desaturazione nelle apnee notturne e test del cammino. USB, RS232, Bluetooth®.



RESPIRO numero 4 | 2008

Rivista d'informazione e prevenzione respiratoria

Periodicità trimestrale

Organo Ufficiale della Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tuberculosis (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 Santa Maddalena, 1
20052 Monza MI
Tel. +39 039 2304440
Fax +39 039 2304442
midia@midiaonline.it
www.midiaonline.it

Segreteria di redazione

Manuela Polimeni

Copertina

Maurizio Milani

Impaginazione, CTP, stampa

Artestampa, Galliate L. VA

Pubblicità e Marketing

MIDIA srl, Monza MI
Tel. +39 039 2304440
midia@midiaonline.it

Delinda Cecchelli, Roma
Tel. +39 335 6051878
delindacecchelli@tele2.it

Hanno collaborato

A. Brivio, M. Franchi,
D. Galeone, L. Bonelli

Finito di stampare nel dicembre 2008
Tiratura di questo numero: 30.000 copie

Editoriale

- 5 **2009, alleanza contro il fumo**
Antonio Schiavulli

Progetti

- 6 **2009 Anno del Respiro: significati e aspettative**
Mario De Palma, *Pneumologo*
Post-President FIMPST

Malattie di stagione

- 8 **Prevenzione e lavaggio nasale**
Anna Brivio, *Fisioterapista*
della respirazione

Patologie

- 10 **Emergenza BPCO**
Stefano Aiolfi, *Pneumologo*
- 13 **Richieste ed aspettative dei pazienti affetti da BPCO e comorbidità**
Mariadelade Franchi,
Presidente Associazione Italiana Pazienti BPCO
- 15 **Obesità e dintorni**
Enrico Clini, *Pneumologo*

Tabagismo

- 17 **Il ruolo del Pediatra nella riduzione dell'esposizione al fumo di tabacco**
Stefania La Grutta, *Pediatra*
- 20 **Fumo di tabacco e donna. Che fare?**
Daniela Galeone,
Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

La voce dei pazienti

- 24 **Iperensione polmonare, pazienti a Berlino**
Luisa Bonelli,
Presidente Associazione Malati di Iperensione Polmonare
- 25 **Le Associazioni dei Pazienti**

I pollini

- 26 **Calendario pollinico**

La finestra di Patrizia Schisa

- 27 **Giovani e fumatori**

Le Società Scientifiche

Gary e Spike

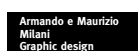
- 28 **Il sonno senza riposo**

Memoria storica

- 30 **Quando la malattia è di petto**

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



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 RomaRESPIRO 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, librerie, negozi, banche, ...).

Chiunque volesse acquistare copie di RESPIRO da distribuire, può telefonare al numero 039 2304440 o inviare una e-mail a midia@midiaonline.it

Il Direttore Responsabile

2009, alleanza contro
il fumo

Antonio Schiavulli



“MENO male, ho l'asma potrò continuare a gareggiare”. Con queste semplici parole

Federica Pellegrini, la campionessa olimpica nei 200 metri stile libero, ha fatto conoscere al mondo il suo problema, dopo essersi sottoposta ad alcuni esami che hanno evidenziato la patologia. Un sospiro di sollievo per tutti, dopo averla vista fermarsi ansimante agli assoluti di Genova, e poi un nuovo stop in gara a Viterbo.

Può sembrare paradossale, ma nella diagnosi di una malattia ci si rallegra dell'evento. È che i medici hanno rassicurato Federica che l'asma non sarà un impedimento all'attività agonistica, perché con una corretta terapia potrà controllare la malattia, sia nella vita quotidiana che in gara.

Sono tanti gli atleti che, pur asmatici, hanno raggiunto traguardi prestigiosi, tra i più recenti a casa nostra, Giorgio Di Centa, 34 anni, due ori nel fondo alle Olimpiadi invernali di Torino, asmatico sin dall'infanzia. Vorremmo che questa notizia di fine anno e il ritrovato sorriso di Federica fossero di augurio per l'anno nuovo e di incoraggiamento per tutti i pazienti, non solo asmatici, che soffrono di patologie respiratorie.

Il 2009 sarà l'Anno del Respiro, e convinti che la prevenzione è l'elemento più incisivo per migliorare le condizioni di vita delle persone, auspichiamo una grande alleanza di tutti gli operatori contro il fumo.

Il 10 gennaio l'Italia ospiterà l'8° Giornata per i Diritti dei Non Fumatori, e RESPIRO è lieta di ospitare le parole di Biagio Tinquino, Presidente Società Italiana di Tabaccologia (SITAB): “Il diritto dei non fumatori spesso non si vede. Una garanzia che viene inquinata con un niente: un sottile filo di fumo, impalpabile, talora indimostrabile, che passa nella stanza di un bambino, sopra il letto di un malato, nell'ufficio del collega asmatico...”

Però i bambini, i malati, i non fumatori in generale spesso non hanno strumenti efficaci per bloccare alcunché, se non con una parola, un gesto involontario, una richiesta di cortesia. La Giornata per i Diritti dei Non Fumatori serve a ricordare che la salute, l'aria è un diritto, e chi fuma non deve ledere questo diritto...

...la voce che si deve alzare forte per tutelare i non fumatori (bambini in prima linea) non risponde solo ad un mandato di tutela della salute, ma ad una battaglia di civiltà, per garantire a tutti e in qualsiasi contesto la dignità di persone comunque libere”.

Buon inverno.

schiavulli@midiaonline.it

2009,
ANNO
DEL RESPIRO,
STIAMO
INSIEME



© Sergio Bonelli
Editore 2008
Disegno di Angelo Stano
Dylan Dog è stato creato
da Tiziano Sclavi.

2009 Anno del Respiro: significati ed aspettative

Mario De Palma



LE Società Scientifiche pneumologiche (AIPO e SIMeR) con la Federazione Italiana contro

la Tubercolosi e le Malattie Polmonari Sociali hanno promosso l'Anno del Respiro 2009, articolato in numerose manifestazioni, con l'obiettivo di migliorare la conoscenza ed il controllo delle malattie dell'apparato respiratorio, attualmente in continuo aumento in tutto il mondo per il peso determinante di fattori di rischio tuttora poco contenuti come il fumo di tabacco e l'inquinamento ambientale.

La complessa iniziativa avrà il sostegno del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e vedrà la partecipazione delle Società Scientifiche di area respiratoria e soprattutto delle numerose Associazioni dei pazienti.

Al termine del 2008, alla vigilia degli eventi in programmazione, è logico chiedersi come la complessa serie di manifestazioni prenderà corpo e si articolerà nel corso

dell'anno a venire e se, proiettata nel futuro, potrà dare risultati pratici e ricadute utili per la popolazione. In passato, anche in Italia, campagne storiche di informazione e di propaganda socio-sanitaria nella scuola e nella società civile, nonché attività formative per il personale sanitario, volte a migliorare la conoscenza, la prevenzione, la diagnosi precoce e la terapia della tubercolosi, sono state determinanti per debellare quella che era considerata la malattia sociale per eccellenza con molte migliaia di malati e di morti ogni anno. Più recentemente, dopo gli anni corrispondenti alla creazione del Servizio Sanitario Nazionale e a ricorrenti, ma sterili, discorsi sulla necessità di svolgere una proficua e generica attività di prevenzione, le campagne delle Società Scientifiche e di rappresentanza sociale hanno contribuito in maniera importante alla lotta contro il fumo ed all'emanazione della legge Sirchia antifumo del gennaio 2003. I risultati della legge sono stati encomiabili ma molti sono



ancora i problemi legati al fumo di tabacco, soprattutto per il persistente aumento di fumatrici e fumatori nel sesso femminile e nei giovani.

Molti sono quindi gli obiettivi perseguiti dalla campagna che si protrarrà per tutto il 2009 e con ogni probabilità nei primi mesi del 2010; fra i principali: 1) sensibilizzare e responsabilizzare i cittadini di ogni età alle problematiche legate all'aumento progressivo delle malattie respiratorie croniche, per l'adozione di corretti stili di vita, indispensabili ad un'efficace prevenzione; 2) promuovere e incrementare la diagnosi precoce ►►

CENTRO
EUROPEO
MEDICINA
RESPIRATORIA

Clinica dell'Asma e delle Malattie Allergiche
Clinica della Bronchite Cronica
Clinica del Sonno
Oncologia Polmonare
Clinica per la Cessazione del Fumo
Clinica per la Rieducazione Respiratoria

Servizi di diagnosi precoce

Tac Spirale
Broncoscopia ad Autofluorescenza
Citologia

Terapia integrata

Chirurgia Toraco Polmonare
Terapia Endoscopica
Termoablazione

ROMA - VIA DE NOTARIS, 2B - TEL. 06 32479405

► delle malattie respiratorie più diffuse con particolare attenzione alla spirometria come test di routine per monitorare la salute respiratoria dei cittadini; 3) ottenere maggiore attenzione da parte dell'Autorità sanitaria nazionale e regionale e di tutti gli attori della Sanità pubblica ai problemi della prevenzione, della diagnosi e della terapia tempestiva ed efficace in campo respiratorio; 4) promuovere e realizzare un'intensa attività formativa sul personale socio-sanitario dedicato alle patologie respiratorie per rendere più valida e più rapida la prevenzione, la diagno-

stica e la terapia in campo ospedaliero e territoriale; 5) migliorare la comunicazione e la collaborazione fra specialisti e medici di medicina generale per rendere più proficua l'attività educativa ed assistenziale nei confronti dei pazienti.

Sarà cura delle Società Scientifiche e delle Associazioni dei pazienti coinvolte, con il supporto dell'Autorità sanitaria pubblica, dare risonanza alle attività e alle manifestazioni programmate attraverso la rete dei media e delle tecnologie telematiche.

Le esperienze del passato e le più recenti campagne, attuate anche

in Italia dai cardiologi nell'ambito delle malattie cardiovascolari, hanno portato visibili risultati migliorando la cultura della prevenzione e dell'assistenza nell'ambito della cittadinanza, degli operatori sanitari e degli attori della politica sanitaria. Riteniamo che finalmente, anche nel campo delle malattie respiratorie, si potrà assistere ad un salto di qualità, rendendo possibile l'applicazione degli indirizzi suggeriti dal Piano Sanitario Nazionale. "Respiro" si propone di partecipare efficacemente anche a questa battaglia. ■

mario_depalma@fastwebnet.it

Difendiamoci dal freddo

Dieci regole su cosa si deve fare per proteggersi dai malanni dell'inverno

- 1 Regolate la temperatura degli ambienti interni. In assenza di irraggiamento, con un abbigliamento idoneo e svolgendo un'attività sedentaria, si consigliano, per il microclima dell'abitazione, i seguenti valori ottimali:
 - temperatura $19 \div 22^{\circ}\text{C}$
 - umidità relativa $40 \div 50\%$
 - velocità dell'aria $0,10 \div 0,15 \text{ m/s}$
- 2 Curate l'umidificazione degli ambienti di casa riempiendo le apposite vaschette dei radiatori: una casa troppo fredda e un'aria troppo secca possono costituire un'insidia per la salute
- 3 Curate l'isolamento di porte e finestre, riducete gli spifferi con appositi nastri o altro materiale isolante
- 4 Se usate stufe elettriche o altre fonti di calore (come la borsa di acqua calda) evitate il contatto ravvicinato con le mani o altre parti del corpo
- 5 Prestate particolare attenzione ai bambini molto piccoli e alle persone anziane non autosufficienti, controllando anche la loro temperatura corporea
- 6 Assumete pasti e bevande calde (almeno 1 litro e $\frac{1}{2}$ di liquidi), evitate gli alcolici perché non aiutano contro il freddo, al contrario, favoriscono la dispersione del calore prodotto dal corpo
- 7 Uscite nelle ore meno fredde della giornata: evitate, se possibile, la mattina presto e la sera, soprattutto se si soffre di malattie cardiovascolari o respiratorie
- 8 Indossate vestiti idonei: sciarpa, guanti, cappello ed un caldo soprabito, sono ottimi ausili contro il freddo
- 9 Passando da un ambiente freddo ad uno caldo abbiate cura di spogliarvi, per evitare di sudare e di raffreddarvi quando uscite di nuovo
- 10 Se viaggiate in automobile non dimenticate di portare con voi coperte e bevande calde

Prevenzione e lavaggio nasale

Anna Brivio



Ogni anno l'influenza colpisce milioni di italiani, tuttavia i segni e i sintomi della malattia

sono differenti nelle diverse fasce di età. Inoltre, alcune manifestazioni cliniche sono limitate a specifici gruppi di età, e l'età pediatrica è la più colpita.

L'influenza è una malattia epidemica frequentissima in età pediatrica ed è una delle principali cause di ricovero ospedaliero. I tassi di ricovero sono fortemente associati all'età e la probabilità di ricovero aumenta di 2-4 volte nei bambini con fattori di rischio. Le complicanze più comunemente osservate sono le otiti e quelle a carico delle vie respiratorie.

La preoccupazione per la salute del bambino, l'assenza da scuola e i giorni di lavoro persi per i genitori rendono il periodo dell'epi-

demia influenzale un momento particolarmente problematico.

Con l'arrivo della stagione fredda, è stato calcolato che un bambino va incontro, almeno 8 volte l'anno, nei primi tre anni di vita, ad episodi di infezione respiratoria. Il numero scende a 6 volte dopo quest'età fino ai 6-7 anni. Dal 5 al 10% di questi processi infettivi finisce con l'interessare i seni paranasali dando origine a rinosinusiti. Spesso, inoltre, l'infezione non si limita alle vie aeree superiori, ma raggiunge anche l'orecchio, i bronchi e i polmoni. Un considerevole numero di bambini da 0 a 3 anni viene colpito da otite, la metà di questi presenta ricadute. Nei casi più gravi, l'infiammazione coinvolge i bronchi dando origine a bronchiolite, che causa un numero elevato di ricoveri ospedalieri pediatrici, un numero in costante aumento a causa dell'inquinamento atmosferico e di ambienti troppo caldi e secchi. Quando subentrano complicanze gravi, le conseguenze possono essere molto importanti, sia per la qualità di vita del bambino, che per il sistema sanitario nazionale. Un elevato numero di riniti si complica ed evolve verso quadri che richiedono terapia antibiotica (rinosinusite, otite, bronchite). L'instaurarsi di uno schema respiratorio di tipo orale anziché nasale comporta: difficoltà nell'assunzione del cibo, rischio di ipossia per ipertrofia delle adenoidi, modificazione della flora batterica per assenza di ventilazione, con formazione di ceppi anaerobi nor-



malmente assenti e/o di polipi e diminuzione della funzione ciliare.

Le infezioni delle alte vie respiratorie, naturalmente, non riguardano solo la popolazione pediatrica; è da ricordare che la rinorrea posteriore si è rivelata essere nella popolazione adulta la seconda causa di tosse cronica.

L'intervento fisioterapico, quindi, dovrebbe rivolgersi anche nell'ambito della prevenzione, ritenuto utile non solo per la "persona", ma anche per il sistema sanitario ►►



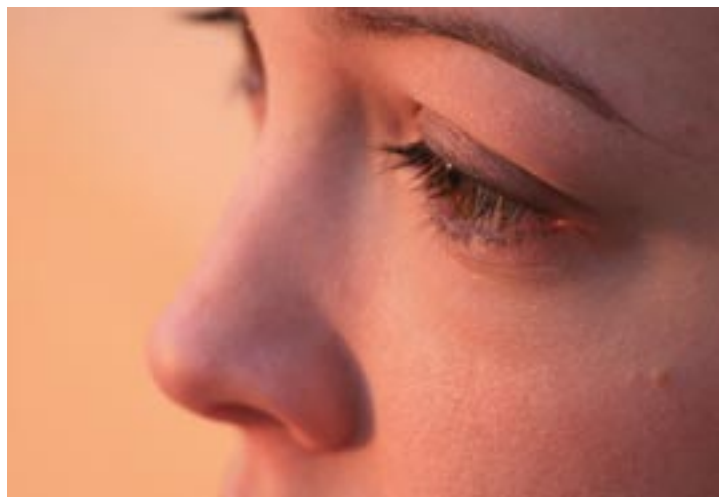
nazionale. Prevenire non è solo “meglio che curare”, ma soprattutto meno dispendioso per il malato e permette agli operatori maggiori risorse per affrontare patologie gravi e complesse.

In quest'ambito, un approccio preventivo permetterebbe di diminuire il numero e l'intensità delle complicanze respiratorie migliorando la qualità di vita dei pazienti.

Nonostante il lavaggio nasale sia una pratica largamente utilizzata nel paziente in età pediatrica, perché ritenuta utile nella prevenzione e nella cura delle malattie respiratorie delle alte e delle basse vie aeree, rimane frequentemente una pratica empirica e spesso eseguita non correttamente.

Perché questa terapia di supporto sia efficace, è indispensabile la stretta collaborazione della famiglia e del paziente con i medici e i fisioterapisti: solo così potranno essere ottenuti dei buoni risultati.

I programmi educazionali, nell'ambito delle patologie respiratorie, stanno assumendo un ruolo importante. Per ottenere l'auto-gestione da parte del paziente è necessaria una collaborazione tra paziente e operatore sanitario, sup-



portata da frequenti revisioni e rafforzamenti.

Il fisioterapista, in quest'ambito, vista la sua continuità di rapporto con il paziente può essere una tra le figure più indicate per istruire i genitori e/o i pazienti alla corretta esecuzione del lavaggio nasale.

Il fisioterapista con le sue competenze tecnico-professionali e con la vicinanza ai pazienti respiratori è il professionista ideale per la gestione di questi programmi.

L'introduzione di programmi educazionali assicura una miglio-

re compliance, rispetto ad una semplice informazione somministrata passivamente, a volte in modo frettoloso.

L'uso di informazioni fornite oralmente e in forma cartacea, che prevede la descrizione accurata dello strumento da usare, il suo significato terapeutico, la dimostrazione pratica del suo utilizzo e l'adattamento ai diversi pazienti, permette di rendere un intervento semplice, come il lavaggio nasale, un intervento terapeutico efficace. ■

segreteria@arirassociazione.org

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



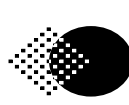
Gruppo Magneti Marelli
Divisione corse
Milano



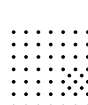
Pietro Mezzaroma e Figli
Costruzioni, Roma



Uomo Moda
Presentazione stilisti italiani
New York



Istituto Europeo di Oncologia
Milano



Uk 101
Anti tumorale
Milano

Emergenza BPCO

La prospettiva del paziente: respirare la vita!

Stefano Aiolfi



RESPIRARE, per la maggior parte di noi, è facile anche quando dobbiamo compiere sfor-

zi. È così naturale che non ce ne accorgiamo. Ogni giorno una persona sana compie più di 17.000 respiri in modo automatico. In ogni atto respiratorio viene assunto ossigeno dall'aria. Senza l'ossigeno si morirebbe in pochi minuti. Il nostro corpo ha bisogno di energia per vivere ed ogni sua cellula richiede ossigeno per estrarre energia dal cibo. Poiché non possiamo immagazzinare ossigeno, bisogna "per forza" respirare sempre. È un'equazione semplice: niente ossigeno = nessuna energia = nessuna possibilità di vivere! Quando l'ossigeno si combina con il cibo, si producono due sostanze di rifiuto: l'anidride carbonica e l'acqua. Liberarsi dell'anidride carbonica è un compito importante quanto respirare l'ossigeno. Se l'anidride carbonica non viene eliminata dal nostro organismo essa lo avvelena e lo porta a morte. Ossigeno e anidride carbonica percorrono la stessa strada: entrano ed escono dalle vie respiratorie.

Per chi soffre di malattie respiratorie, non sempre tutto è così semplice. Ogni respiro può rappresentare un atto al quale si deve costantemente pensare. Ciò vale soprattutto per i malati che soffrono di Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO), che presto imparano che la loro malattia ha un profondo impatto anche sui

membri della famiglia: chi ne soffre e i suoi "badanti" sanno che la BPCO, soprattutto nelle fasi avanzate, significa "cercare di continuare una boccata di fiato", sa che ogni respiro conta!

La BPCO è una malattia cronica: una volta diagnosticata non ce ne si può più liberare. Anzi, bisogna "accettarla" se si vuole vivere la propria vita e continuare a trarne soddisfazione. Il malato e i suoi familiari si renderanno conto di come il loro futuro e i loro progetti dovranno essere ridimensionati.

La BPCO è una patologia complicata perché lo scotto emotivo da pagare è debilitante almeno quanto i sintomi fisici. Oltre all'aiuto medico-farmacologico, si rende necessaria la capacità di condividere con qualcuno il terrore che ti prende di non farcela, la capacità di superare l'opinione diffusa e frustrante che si tratti di una malattia auto-inflitta: "Se non avessi fumato..." commentano spesso i pazienti che ne sono affetti.

Come dice Alan Mc Farlane, della Canadian Lung Association "...Le statistiche non rivelano la vera storia: la BPCO è la malattia delle perdite. Perdita di contatto con la gente e con il mondo esterno, perdita dell'autocontrollo e della fiducia in sé, perdita dell'identità e dell'autostima, perdita della speranza". Per questo la sua gestione non può prescindere da un approccio formativo che aiuti tutti gli attori che ne sono coinvolti a conoscere le varie strategie che permettono di tenerla sotto controllo.

In questa direzione deve andare il lavoro del medico, specialista o di medicina generale, ospedaliero o ambulatoriale: è necessario che durante l'intervista e la visita, il medico "riscopra" il tempo di dare ascolto al proprio paziente. Discorrere con lui della vita nel suo complesso, dei suoi problemi e delle gioie della sua famiglia, dei suoi viaggi previsti, del suo sentimento di ottimismo, del suo sentirsi solo ed isolato, della sua sofferenza in- ➤



Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO): i fatti

- Ogni anno nel mondo attualmente 4 milioni di persone muoiono a causa del fumo di tabacco: un decesso ogni 10 secondi! Non tutti però muoiono di cancro.
- Nel 2025 sono previsti 10 milioni di morti ogni anno per i danni del fumo di tabacco.
- Nel 2000 vi sono state 2.740.000 morti per BPCO.
- L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima che nel 2020 la BPCO sarà la terza-quarta causa di morte nel mondo.
- Il fumo rappresenta la causa principale evitabile della BPCO.
- Tra i motivi di ricovero ospedaliero, la BPCO è responsabile di un ricovero su otto e contribuisce alla crisi dei posti letto negli ospedali, soprattutto nei mesi invernali.
- La BPCO colpisce soprattutto la popolazione a reddito medio-basso. Purtroppo solo meno del 50% dei casi è diagnosticata al momento giusto.
- I pazienti spesso considerano i sintomi, (soprattutto la fatica a respirare), come un fatto legato all'età o alla mancanza di forma fisica e quindi ne parlano poco o non ne parlano affatto con il proprio medico.
- Il principale vantaggio di una diagnosi precoce risiede nella possibilità di convincere precocemente il paziente a smettere di fumare.
- Uno studio ha dimostrato che nei pazienti con BPCO che non smettono di fumare la funzione respiratoria peggiora con una velocità due volte superiore ai pazienti che invece buttano via per sempre le sigarette.
- È stato dimostrato che la cessazione del fumo, un programma di riabilitazione respiratoria e le tecniche del triage al pronto soccorso possono ridurre le richieste di ospedalizzazione e favoriscono una migliore gestione domiciliare di questi pazienti.
- A livello nazionale manca un piano di priorità per il controllo delle malattie respiratorie. Fortunatamente il 2009 sarà l'Anno dedicato al Respiro e al controllo delle malattie respiratorie. Ciò significa che a livello nazionale, ma soprattutto locale saranno decise strategie coordinate di controllo mirato sulle problematiche respiratorie.
- Gli specialisti Pneumologi italiani stanno approntando un'importante azione di sensibilizzazione sulla BPCO, sia nei confronti della popolazione generale, sia nei confronti dei colleghi di Medicina Generale. L'intenzione è di individuare quanto più precocemente possibile i soggetti a rischio di malattia e di proporre in modo incisivo gli interventi di correzione di abitudini di vita non corrette. Accanto a ciò importante è anche l'azione di "educazione continua" rivolta a tutti gli attori coinvolti da questa patologia. Solo in questo modo si potranno realizzare interventi terapeutici efficaci, monitorandone gli effetti su larga scala. È questa una delle modalità di approccio "moderno" ed integrato alle problematiche del paziente con BPCO, che avrà ottime ripercussioni su tutta la popolazione, sia in termini di salute guadagnata che di contenimento delle spese emergenti.



► teriore... Qualunque argomento può essere utile per comprendere meglio il paziente, per fornirgli adeguato soccorso e per rinsaldare il legame che lo lega al medico. È in questi momenti che si possono raccogliere le confidenze più significative:

“Quando mi fu diagnosticata la BPCO e capii cosa mi aspettava – racconta una paziente – vidi un baratro aprirsi davanti a me: ero in preda al panico. Non volevo più uscire di casa. Avevo paura. Mio padre era morto per la stessa malattia. Da quando gli era stato prescritto l’ossigeno, girava inquieto per casa. Non era più uscito, nonostante i medici gli avessero detto di utilizzare lo stroller (la bombola portatile di ossigeno) e di passeggiare all’aria aperta. Vede, quando si sta bene, chi se ne preoccupa? Il tuo corpo lavora regolarmente e non ti preoccupi di come reagisce. Quando comincia a non funzionare più, però, devi imparare a riconoscere le “sue” nuove esigenze. Nulla diventa più così scontato, neanche respirare. Per questo, dopo il primo momento di grande panico ho deciso di reagire, cercando di adottare tutti i sistemi che mi potessero aiutare a convivere con questa nuova situazione, non volevo chiudermi prigioniera in casa mia...”

Un altro paziente racconta: *“Nessuno può capire ciò che si sente quando manca il fiato fino a quando non si prova sulla propria pelle. Si ha la sensazione di non arrivare a prendere il respiro successivo. E questo capita con ogni respiro! Si pensa che i polmoni non ce la facciano più a tirar dentro l’aria che serve. Si prova spesso il senso di morte imminente. E al panico di questo momento si aggiunge il panico vissuto nel momento precedente e quello per il respiro successivo. Bisogna trovare qualcuno che ti aiuti. Subito. Senza ritardi o rinvii.*

Per questo si corre in pronto soccorso: loro sanno cosa fare. Loro mi aiuteranno a respirare con meno fatica. Loro mi faranno passare le paure che sto provando. Perché le mie, non sono paure inventate! In certi momenti, la mia paura principale è che non so davvero ciò che mi sta capitando, non so perché mi sento così male...”

“Il mio primo pensiero – dice un’altra paziente – quando il medico mi disse che avevo la BPCO fu che comunque non sarei stata così male. Avrei assunto le medicine prescritte, che mi avrebbero sicuramente guarito. Fu una vera delusione quando invece appresi che non esistevano cure che guarissero la BPCO: non me ne sarei mai liberata. Pregai Dio perché non mi facesse peggiorare. Mi resi presto conto che le preghiere da sole non bastavano. Dovevo impegnarmi ad imparare a controllare e gestire la mia malattia. Dovevo impegnarmi a cambiare il mio stile di vita, a buttare via le sigarette, dovevo trovare qualcuno che mi aiutasse a mettere in pratica i consigli medici...”

I pazienti devono convincersi che smettere di fumare resta oggi l’unica azione in grado di modificare la progressione della BPCO, anche se questa scelta non è mai facile da mettere in pratica. Chi continua a fumare presenta un peggioramento annuo del suo valore di FEV₁ (il volume espirato nel primo secondo di espirazione massima) non di 20 mL, ma di ben 50 mL/anno. Quando il soggetto smette, e per fortuna oggi sono in molti a farlo, vede annullarsi questo rapido declino ed oltre che a stare meglio, impara a riassaporare certi profumi e sapori che il fumo tende ad appiattire. L’invito è quindi quello di provare a smettere. Anche ora. L’esperienza, infatti, conferma che può essere difficile dire NO al fumo al primo o

anche al secondo tentativo, ma sicuramente se si è determinati, alla fine le sigarette possono diventare un ricordo!

I medici, per parte loro, si devono impegnare ad attuare strategie di intervento volte ad impedire l’iniziazione tabagica in chi ancora non fuma e parallelamente, che sostengano i fumatori, malati e/o loro badanti nella difficile scelta dello “stop al fumo” e nella necessità di aderire con fiducia ai piani di cura proposti.

Da questa “battaglia” non possono chiamarsi fuori i politici ed in generale, i gestori della cosa pubblica. La BPCO è l’unica malattia che nel nostro mondo “opulento” vede tuttora un costante incremento della mortalità: ciò significa anche un aumento dei costi sociali della sua gestione.

Per fortuna, le nuove scoperte farmacologiche ed i provvedimenti riabilitativi sono in grado di migliorare la qualità della vita di questi pazienti, che possono così riprendere il loro ruolo nella società e continuare a dare il loro prezioso contributo di genitori, lavoratori, elettori..., cioè di cittadini a tutti gli effetti.

È giunto il momento di superare ogni indugio e di prendere in considerazione il ventaglio degli interventi idonei ad invertire questa tendenza coinvolgendo nelle scelte, da una parte gli specialisti della materia per una più ottimale allocazione delle pur limitate risorse disponibili, dall’altra i pazienti e i loro familiari al fine di realizzare quell’alleanza, che garantirà un costante miglioramento dei positivi risultati fino ad ora ottenuti. Senza che i politici e gli amministratori pubblici si sentano esonerati dal prendere parte attiva a questa battaglia. ■

s.aiolfi@hcrema.it

Richieste ed aspettative dei pazienti affetti da BPCO e comorbidità

Mariadelaide Franchi



LA prevalenza delle patologie croniche costituisce un'emergenza socio-sanitaria nel nostro

paese, soprattutto a causa dell'elevato tasso di invecchiamento della popolazione.

Molte di queste malattie, come la BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva), non sono suscettibili di guarigione e condizionano in modo permanente la qualità della vita di coloro che ne sono affetti, compromettendo il loro livello di autonomia e accrescendo la necessità di assistenza socio-sanitaria. Inoltre, la multicronicità si associa a condizioni di salute difficili e limitanti e ad un peggioramento della qualità della vita.

Secondo i risultati dell'Indagine ISTAT *"Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari"*, nel 2005 il 13,1% delle persone dichiara di soffrire di almeno una malattia "grave" (diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno, inclusi linfoma/leucemia; parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili) e il 13,3% di tre o più patologie croniche. Le donne presentano, per tutte le classi di età, tassi di multicronicità significativamente più alti (16,7% contro 9,8% per gli uomini) ma nell'età anziana sono meno colpite degli uomini da patologie croniche gravi (38,9% contro 45,5%).

Sempre in base ai dati ISTAT, tra le persone con disabilità la quo-

ta di coloro che sono affetti da malattie croniche gravi (59,4%) o sono multicronici (60,8%) è sensibilmente superiore a quanto si osserva tra la popolazione non disabile (rispettivamente 11,6% e 11,8%).

I pazienti con BPCO sono quasi 2,6 milioni di persone, cioè il 4,5% della popolazione totale, con una prevalenza maggiore per gli uomini (4,8%) rispetto alle donne (4,2%) e nelle età anziane: nella classe di età 65-69 anni ne soffrono l'11,8% contro l'8,6% tra le donne e la differenza aumenta tra gli ultraottantenni.

Il 57% dei pazienti BPCO coabita con il coniuge, ma si può stimare che una parte importante del restante 43% viva da solo (vedovi, celibi/nubili, separati o divorziati, non coabitanti con il coniuge).

Inoltre, il 48% risulta pensionato, il 18% casalinga, il 22% occupato, disoccupato o in cerca di lavoro, ed il 5% inabile al lavoro.

Le condizioni di salute delle persone di status sociale basso sono peggiori. Prendendo come indicatore il titolo di studio, il 58%

ha la licenza scuola elementare o nessun titolo, il 26% ha la licenza della scuola media inferiore e il 16% ha la Laurea o un Diploma di scuola media superiore.

Infine, la cronicità e la gravità della malattia si associano a disabilità, secondo l'indagine ISTAT è disabile il 21% delle persone con BPCO.

Le comorbidità sono piuttosto frequenti e importanti: non solo contribuiscono ad aumentare la severità delle manifestazioni cliniche del malato, ma complicano anche la terapia, di conseguenza è fondamentale riconoscerle e trattarle in maniera efficace. L'insufficienza cardiaca cronica e la BPCO possono essere associate a disordini metabolici, come diabete e osteoporosi, e ad altre condizioni croniche, quali anemia, scompenso renale, artrite reumatoide, infezione da *Helicobacter pylori* e disfunzione erettile. I pazienti con una patologia cronica infiammatoria, infine, mostrano una maggior prevalenza di diversi tipi di cancro, a volte legato ad infiammazioni sistemiche. ►►



Di fronte a questa emergenza, l'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus chiede in maniera prioritaria il riconoscimento dell'impatto epidemiologico e sociale della BPCO da parte delle nostre istituzioni. Dobbiamo ricordare che siamo ancora in attesa di una decisione del Ministero del Welfare che riconosca la BPCO nella categoria delle malattie croniche e invalidanti, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 329/99, cosa che consentirebbe la gratuità di alcune prestazioni essenziali per il monitoraggio della malattia.

Chiediamo inoltre che:

- il medico curante abbia un approccio empatico nei confronti del paziente BPCO e che lo veda nel suo complesso, come persona e senza limitarsi a curare solo l'apparato respiratorio;
- il paziente BPCO riceva maggiori informazioni sulla sua condizione e sia maggiormente coinvolto nella gestione della sua malattia.

In base a un'indagine svolta per conto dell'Associazione nel 2007 dalla Società Abacam, in partnership con GlaxoSmithKline, si evince che una corretta e completa informazione può indurre cambiamenti nella percezione dei pazienti BPCO:

- I pazienti incontrano difficoltà a causa della terminologia medica utilizzata. Sappiamo tutti quanto sia difficile l'espressione broncopneumopatia cronica ostruttiva. L'indagine ha messo in evidenza che il 15% degli intervistati non conosce il termine "riacutizzazione". Il primo scoglio è quindi quello della comprensione del linguaggio medico, troppo spesso arduo, che richiede accurate spiegazioni.
- La conoscenza della propria patologia risulta essere abbastanza parziale e superficiale. A questo proposito, è significativo che il 49% degli intervistati non sapesse che tosse e catarro rappre-

Che cosa è la BPCO?

BPCO vuol dire Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva

Questa espressione significa:

- **BroncoPneumopatia** = malattia dei Bronchi e dei Polmoni
- **Cronica** = Continua e persistente, che non si può guarire ma si può curare
- **Ostruttiva** = Ostruisce parzialmente le vie aeree e riduce la capacità respiratoria.

Si tratta di una malattia progressiva e invalidante che causa un deterioramento della funzionalità respiratoria attraverso un'**ostruzione irreversibile delle vie aeree** e una **distruzione di aree polmonari**.

sentino i primi sintomi manifesti della BPCO e che il 37% ignorasse che l'insufficienza respiratoria possa essere una complicanza della malattia. Quello che molti pazienti conoscono sembra essere la conseguenza di quanto è stato da loro direttamente vissuto e non frutto di una informazione ricevuta in precedenza. Infatti, solo coloro che sono in ossigenoterapia hanno consapevolezza di tale possibile complicanza della BPCO, perché hanno sperimentato questo evento.

- Con una conoscenza più approfondita della BPCO il 38% dei pazienti avrebbe dato più importanza ai sintomi, il 36% si sarebbe sottoposto più volte alla spirometria, il 32% avrebbe avuto più attenzione allo stile di vita, nonché continuato a fare attività fisica e preso con regolarità i farmaci e più del 20% avrebbe probabilmente cercato di smettere di fumare.
 - Oltre che su conseguenze e sintomi della BPCO, gli intervistati risultano spesso poco informati anche sulla possibilità di rallentare il decorso, seguendo attentamente le terapie e le raccomandazioni del medico curante e effettuando controlli periodici (40%) oppure, smettendo di fumare il prima possibile (24%).
- L'inconsapevolezza di molti pazienti su sintomi, importanza de-

gli stili di vita, possibilità di rallentare la patologia si traduce spesso in un atteggiamento rassegnato alla propria condizione: un paziente su tre ritiene di essersi arreso alla malattia troppo precocemente.

I vantaggi di una regolare ed esaustiva informazione (educazione) risiedono da un lato nella possibilità di rendere il lavoro di prevenzione e di cura più semplice ed efficace da parte del medico e dall'altro nell'aiutare i pazienti con BPCO ad individuare un percorso, che permetta loro di ambire ad una migliore qualità della vita.

Ecco perché il dialogo con i pazienti, in particolare con coloro che hanno ricevuto di recente una diagnosi di BPCO, resta un punto fondamentale su cui concentrare il nostro impegno.

È veramente triste pensare che i pazienti si arrendano alla malattia o che rinuncino alla possibilità di stare un pò meglio, solo perché non hanno ricevuto le giuste informazioni sui possibili obiettivi da raggiungere grazie ai progressi scientifici odierni.

Il compito dell'Associazione e dei medici è quello di eliminare queste barriere, per rendere il paziente con BPCO maggiormente consapevole e attivamente partecipe di un miglioramento delle sue condizioni di salute. ■

franchima@tin.it

Obesità e dintorni

Enrico Clini



L'OBESITÀ rappresenta un fenotipo clinico determinato dal rapporto di due dimensioni antropometriche (*peso in kg e altezza in cm*) di facile misurabilità. L'indice di massa corporea (BMI è l'acronimo anglosassone) che ne scaturisce identifica perciò un numero che è direttamente proporzionale al grado clinico con cui si presenta l'obesità e, soprattutto, con il rischio di morbidità e mortalità ad essa associato.

Parliamo dunque di una condizione clinica, nell'immaginario comune, ancora troppo spesso sottovalutata dal punto di vista delle conseguenze sulla salute individuale. Alcuni semplici dati per riflettere: un paziente obeso con BMI > 40 presenta un rischio di premorienza per cause generali che è quadruplo rispetto a quello di riferimento di un paziente di pari età ma con normale peso corporeo; l'aspettativa di vita di un paziente obeso con compresenza di più fattori di rischio di malattia cronica (quali ad esempio l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, il fumo di sigaretta, la dislipidemia) si riduce fino a oltre 10 anni rispetto a quella di un pari individuo sano non esposto.

Ciò detto, l'epidemiologia ci fornisce dati non proprio incoraggianti rispetto all'incidenza dell'obesità nella popolazione mondiale; paradigmatico il caso degli USA ove il tasso di prevalenza della obesità nella popolazione residente

si è più che quadruplicato nello spazio del ventennio 1985-2005. Anche in Italia molteplici e ben note desuetudini (alimentazione e attività fisica in particolare) rispetto ad uno stile di vita salutare hanno determinato un rapido incremento dei tassi di prevalenza relativi all'obesità nell'età adulta e, in maniera ancor più preoccupante, nella fascia giovanile-adolescenziale. Le stime più aggiornate nel nostro paese valutano una presenza di circa 10-11 milioni di individui obesi, con una maggiore proporzione nelle zone centro-meridionali rispetto a quelle settentrionali.

Lo stile di vita, si sa, non lo si acquista come un farmaco "da banco" ma nasce certamente dalla consapevolezza e maturazione che sono insite nelle abitudini e nella cultura di un popolo. Reputiamo interessanti studi longitudinali su popolazione che hanno seguito gli individui nel passaggio dalla

età giovanile a quella adulta; chi, tra questi, acquisisce uno stile di vita attivo fin dall'età giovanile tende a mantenerlo nel tempo riducendo al minimo il rischio di sovrappeso-obesità (e rischi correlati), ovvero il contrario. Le campagne nazionali che mirano con puntualità e perseveranza (ma ancora troppo poco) alla promozione/prevenzione per una corretta attitudine alimentare e fisica (oltre che nei confronti dei rischi del fumo) sono pertanto necessarie e urgenti in un paese civile.

Tuttavia obesità non è solo sinonimo di cattiva alimentazione e scarsa attività fisica (che pure rappresentano punti irrinunciabili per il recupero del peso corporeo) ma anche rapido instaurarsi di un poco virtuoso effetto sulla funzione respiratoria individuale, a sua volta prodromo inevitabile ad una ulteriore limitazione delle funzioni fisiche quotidiane. L'effetto "massa" dell'eccesso ponderale sul- ➤



► la riduzione della capacità polmonare è da tempo studiato per i suoi negativi effetti in termini di meccanica a riposo (soprattutto in posizione supina quale si assume di notte) e in corso di sforzo fisico (tanto maggiore quanto più elevato il BMI). Meno nota ma altrettanto, se non più, deleteria è la conseguenza cronica di questo effetto meccanico che si traduce in riduzione della ventilazione spontanea (anche a riposo e soprattutto durante le ore notturne di sonno) e in un maggiore rischio (riportato nel 60-70% dei casi) di sviluppare ostruzione meccanica delle prime vie aeree durante il sonno a generare una sindrome, "pericolosa" per i suoi effetti cardiovascolari e metabolici, denominata sindrome da apnee del sonno. Il livello di consapevolezza di questi rischi addizionali nella popolazione obesa è ancora molto

basso e spesso troppo poco comunicato (per non dire sorvolato) dalla stessa classe medica.

Ma quale è il medico candidato ideale alla gestione di un paziente obeso?

Per quanto sottolineato dovrebbe apparire abbastanza chiaro che l'approccio ideale debba essere quello multispecialistico medico (endocrinologo/internista, pneumologo, cardiologo ad esempio) ma che include anche professioni sanitarie (dietologo/nutrizionista, fisioterapista, psicologo) di non secondaria importanza per il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico finale. Esistono già oggi e anche nel nostro paese realtà, nell'area clinica riabilitativa, che si sforzano di proporre un modello di cure integrate basate sulla condivisione ragionata degli obiettivi del paziente obeso e che, soprattutto, sono modulate in processi di

intervento che assumono valore nel momento in cui coniugano, alla fase iniziale del percorso, un *continuum* terapeutico essenziale per la verifica dei risultati raggiunti e per garantire sicurezza al paziente. La strada intrapresa appare logica ma percepita ancora come faticosa per il paziente (e fin qui è cosa normale) e distorta o non essenziale per l'amministrazione pubblica (cosa meno normale trattandosi di strategia per la salute e per la prevenzione avanzata). Ci permettiamo di suggerire di insistere con una strategia ad ampio raggio che parte dalla necessità di una più incisiva azione di prevenzione primaria e passa da percorsi avanzati multiprofessionali che passano anche, a pieno diritto, dall'area delle patologie respiratorie. ■

enrico.clini@unimore.it



Linde

Per la salute e la sicurezza dei Pazienti. Abbiamo cura, sempre.

Siamo costantemente impegnati a fornire alla Sanità Pubblica ed a quella Privata soluzioni innovative ed efficaci, sia in ospedale che al domicilio dei Pazienti.

Abbiamo sviluppato una gamma completa di gas farmaceutici, apparecchiature elettromedicali e servizi ad alto valore aggiunto che consentono l'applicazione di terapie respiratorie sempre più moderne e sicure.

Vogliamo essere i vostri partner per aiutarvi a raggiungere un adeguato livello di consapevolezza e sicurezza nella prescrizione e nell'utilizzo dei gas farmaceutici.

Una Missione, sempre al servizio della Sanità.

www.lindemedicale.it

Numero Verde
800 010033
Linde Medical Flow

Il ruolo del Pediatra nella riduzione dell'esposizione al fumo di tabacco

La Task Force "No Tobacco Children Alliance (No-ThAnks)" della SIMRI, Società di Malattie Respiratorie Infantili

Stefania La Grutta



A oggi milioni di bambini subiscono gli effetti dell'uso devastante del tabacco, e le possi-

bilità di agire per fermare questo fenomeno, sono essenzialmente legate alle azioni di politica sanitaria e della società civile. Circa la metà dei bambini nel mondo vive in Paesi in cui non è vigente il divieto della distribuzione libera del tabacco e soltanto il 5% dell'intera popolazione mondiale è protetta da leggi anti-fumo. Inoltre, non sono da sottovalutare i costi sanitari conseguenti all'esposizione al fumo passivo, che negli USA sono stati stimati in 5 \$ bilioni/anno di costi diretti e in più di 5\$ bilioni/anno per i costi indiretti.

È noto che in Italia la Legge Sirchia (Legge n. 3 del 16/1/2003), entrata in vigore il 10 gennaio 2005, ha consentito di attivare politiche di protezione dal fumo passivo che oggi hanno certamente determinato una considerevole diminuzione dell'esposizione della popolazione generale al fumo passivo nei locali pubblici ed un'accresciuta consapevolezza generale dei danni del fumo attivo e passivo sull'apparato respiratorio. Nell'aprile 2008 l'Italia ha ratificato la Convenzione con l'OMS (adottata dall'Assemblea Mondiale della Sanità, costituita dai 192 Stati Membri, il 21 maggio del 2003) (Legge 18 marzo 2008 n. 75, pubblicata su

G.U. n. 91 del 17 aprile 2008), e ciò rappresenta un altro importante progresso per le azioni di contrasto al fumo di tabacco.

Il Pediatra ha un ruolo cruciale nella protezione del bambino dai pericolosi effetti da esposizione al fumo passivo, nella prevenzione e nel trattamento della dipendenza dal fumo nell'adolescente e nell'incoraggiamento alla disassuefazione al fumo nei genitori. La No Tobacco Children Alliance (No-ThAnks) è un'alleanza strategica tra la Società di Malattie Respiratorie Infantili (SIMRI), l'Osservatorio Fumo Alcool Droga (OssFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), e FEDERASMA, con lo scopo di operare a livello nazionale per:

- la riduzione dell'esposizione al fumo passivo nei bambini
- la riduzione della prevalenza del fumo attivo negli adolescenti
- la diffusione delle procedure di disassuefazione dal fumo attivo negli adolescenti
- la diffusione delle procedure di disassuefazione dal fumo attivo nei genitori di bambini ed adolescenti broncopneumo- ed allergopatici
- lo sviluppo di ricerche sull'inquinamento indoor da fumo di tabacco.

È ben accertato che l'esposizione al fumo in gravidanza ha effetti fisiopatologici sia a breve termine sul neonato pretermine e/o a termine nel periodo neonatale sia ►►



▶ nelle fasi successive, condizionando gli aspetti funzionali respiratori e di morbilità specifica. Nella relazione tra esposizione a fumo passivo ed età scolare è essenziale considerare il rapporto di associazione tra il fattore *second-hand smoke* ed il rischio di comparsa di asma. Dati recenti hanno indicato che la durata di esposizione è il più importante fattore che condiziona i bambini di età 6-18 anni: un maggior rischio di asma corrente, stressando l'importanza dell'utilità di applicare estensivamente e precocemente gli interventi di prevenzione in questa fascia di popolazione vulnerabile. Infine negli studi longitudinali è ben evidente l'effetto da esposizione a fumo passivo sulla morbilità respiratoria in bambini di età compresa tra 18 mesi e 5 anni con madri fumatrici in casa, nei quali la sintomatologia respiratoria (asma, respiro sibilante, apnea) è significativamente aumentata.

Lo Studio SIDRIA2, condotto in Italia nel 2002 a distanza di 7 anni dal primo del 1995, pur evidenziando una tendenza alla diminuzione dell'esposizione a fumo passivo nell'infanzia ed una diminuzione nella prevalenza di fumo nei genitori, ha sottolineato la rilevanza e la persistenza del problema dell'esposizione a fumo in ambito domestico, confermando quanto già presente in letteratura

circa gli effetti negativi dell'esposizione a fumo passivo sui disturbi respiratori infantili. La percentuale di famiglie in cui è presente almeno un soggetto fumatore è molto elevata (circa il 50%): in particolare, il 25% delle madri ed il 30-40% dei padri fuma, specialmente nelle aree a maggiore urbanizzazione, confermando la necessità di attivare azioni di prevenzione per questo fattore di rischio. La presenza di almeno un genitore fumatore è risultata associata ad un maggior rischio di disturbi asmatici nei bambini e negli adolescenti, ed il rischio aumenta al crescere del numero di sigarette fumate dalla madre. Inoltre, la presenza del fumo nell'ambiente domestico può facilmente giustificare la facilità con la quale gli adolescenti iniziano l'abitudine al fumo. Infine, anche l'abitacolo dell'automobile in circa il 50% dei casi è il più piccolo ambiente in cui è presente un'elevata percentuale di fumatori con elevato rischio di esposizione passiva per i bambini. I risultati dello Studio SIDRIA2 hanno valutato l'effetto dell'abitudine al fumo dei genitori sui disturbi respiratori nei bambini ($n = 20016$) ed adolescenti ($n = 13616$). Sono state studiate le associazioni tra prevalenza di tre disturbi respiratori (asma corrente, sintomi asmatici, tosse o catarro persistente) ed esposizione

a fumo passivo, valutando separatamente il contributo del fumo della madre, del padre o di entrambi i genitori (ed il numero di sigarette fumate). È da notare che lo Studio SIDRIA2 ha evidenziato una tendenza alla riduzione della prevalenza di fumo in gravidanza, con valori del 13% rispetto a quelli del 16,5% registrati nel 1994-95.

I bambini e gli adolescenti sono particolarmente vulnerabili agli effetti del fumo e necessitano di essere per questo tutelati. Sebbene l'ambiente domestico sia quello in cui maggiormente si concentrano le esposizioni a fumo passivo nell'infanzia e nell'adolescenza, per l'avvio dei programmi multisettoriali di contrasto del tabagismo occorre considerare il ruolo di altri fattori di rischio ambientali e sociali, quali il grado di istruzione, lo stato socio-economico, le problematiche familiari ed extrafamiliari. L'OMS sottolinea infatti che le modalità di approccio multidisciplinare e multisettoriali sono essenziali nel garantire la migliore strategia di azione, individuando che l'obiettivo lotta al tabagismo è "proteggere le generazioni presenti e future dalle conseguenze del consumo di tabacco e dall'esposizione al fumo, fissando un quadro di misure per la lotta contro il tabagismo, applicabili alle parti interessate a livello regionale, nazionale ed internazionale". ▶▶

**Aiutare chi non ha nulla
con la gioia nel cuore.**



crescere in loro le conoscenze sui danni respiratori da esposizione provocati dal fumo di sigarette e motivarli ad un cambiamento dello stile di vita per essere da esempio ai ragazzi ed evitare che inizino l'abitudine al fumo attivo. Il Rapporto MPOWER non riporta per l'Italia dati rappresentativi recenti derivanti dal monitoraggio dell'esposizione e consumo nei giovani adulti. Inoltre, non esistono ad oggi dati epidemiologici Italiani successivi all'entrata in vigore della Legge Sirchia del 2005, relativi all'esposizione al fumo passivo nei bambini ed all'abitudine al fumo attivo negli adolescenti.

In questo complesso ed articolato scenario la Task Force No-ThAnks si propone tra gli obiettivi specifici quelli di contribuire a:

1. attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica dell'esposizione a fumo passivo in gravidanza con utilizzo di indicatori di salute, sociali ed economici;
2. attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica del fumo attivo nelle fasce di età di adolescenti asmatici con utilizzo di indicatori di salute, sociali ed economici;
3. collaborare in sinergia con le altre Istituzioni allo sviluppo ed all'implementazione di un programma nazionale-regionale di disassuefazione dal fumo in età adolescenziale;
4. collaborare allo sviluppo di linee guida generali o procedure per definire la raccolta, l'analisi e la disseminazione dei dati di sorveglianza;
5. cooperare con le Istituzioni per avviare progressivamente e mantenere un sistema globale di intervento di contrasto.

In collaborazione con le Autorità sanitarie e le Associazioni di volontariato la Task Force No-ThAnks si propone di affiancare le iniziative multisettoriali ed interdisci-

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.



plinari previste per l'Anno del Respiro 2009 e di contribuire alle azioni di intervento educativo, di formazione e comunicazione sugli effetti dannosi per la salute respiratoria infantile, al fine di favorire un aumento della consapevolezza delle famiglie nell'evitare l'esposizione al fumo passivo per i bambini e dei ragazzi nel rispettare il divieto di fumo.

Oggi il Pediatra in virtù della sua particolare collocazione all'interno della relazione familiare, che gli consente di esplorare l'opportunità strategica di interagire contemporaneamente con i bambini, gli adolescenti ed i genitori, è chiamato a svolgere un ruolo attivo nella lotta per la riduzione dell'esposizione al fumo di tabacco, per avviare e consolidare gli interventi di prevenzione e riduzione del fumo ed anche di controllo dell'esposizione ambientale. ■

lagruttastefania@libero.it

- L'indagine recentemente pubblicata sulle abitudini al fumo dei ragazzi di 13-15 anni, condotta nell'ambito del progetto Internazionale Global Youth Tobacco Survey in 140 paesi del mondo su circa 750.000 studenti, ha mostrato un quadro preoccupante sulla diffusione del fumo tra gli adolescenti. In particolare, non vi sono differenze di genere né per il numero di sigarette fumate né per la propensione ad iniziare. Recentemente le compagnie di tabacco stanno molto puntando sulle fasce di adolescenti, facilitandone l'avvio alla dipendenza e cercando di recuperare fasce di "nuovi fumatori" per rimpiazzare i deceduti o coloro che hanno smesso. È infatti dimostrato che l'inizio precoce dell'abitudine al fumo rende più facile il passaggio alla condizione di fumatori regolari e meno probabile la possibilità di smettere.

Il recente documento MPOWER dell'OMS riporta i preoccupanti risultati dell'indagine Europea Global Youth Tobacco Survey sottolineando che l'allarmante problema dell'esposizione al fumo *in homes* non regolamentato da leggi sul divieto di fumo, richiede un ulteriore sforzo di applicazione delle misure preventive mediante la diffusione delle informazioni e l'educazione dei genitori, per ac-

Fumo di tabacco e donna. Cosa fare?

Daniela Galeone*



L tabacco provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. Quasi 5 milioni di persone vengono uccise ogni anno nel mondo da malattie fumo-correlate. Nel 20° secolo si stima che siano morte cento milioni di persone a causa del tabacco, mentre, se continuassero gli attuali trend, per il 21° secolo la stima è di un miliardo di persone morte a causa del tabacco.

L'epidemia del tabacco è una delle più grandi sfide di sanità pubblica della storia. L'OMS ha definito il fumo di tabacco come "la più grande minaccia per la salute nella Regione Europea".

Il tabacco è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, tra le quali broncopneumopatie croniche ostruttive ed altre patologie polmonari croniche, cancro del polmone e altre forme di cancro, cardiopatie, vasculopatie.

Le morti e le malattie fumo-correlate sono interamente prevedibili e prevenibili, si conosce, infatti, esattamente cosa provoca l'uso di tabacco, come e quanto uccide, cosa danneggia e come fare per evitare tutto ciò.

Il fumo di tabacco, tuttavia, esercita ancora oggi un fascino "sinistro", in particolare sulle donne. Molte sono le motivazioni che favoriscono l'iniziazione al fumo e tra queste il desiderio di apparire spregiudicate ed emancipate e l'"appeal" della gestualità legata

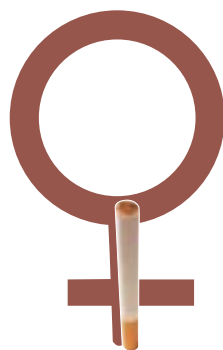
alla sigaretta sono sicuramente le più rilevanti per il sesso femminile. La faticosa conquista della parità con gli uomini da parte delle donne si è purtroppo accompagnata ad un progressivo aumento delle fumatrici che è proseguito anche negli anni in cui si è cominciata ad osservare una diminuzione del numero dei fumatori maschi.

Per quanto riguarda la mortalità, si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco in Italia dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età.

Negli uomini il fumo è responsabile del 91% di tutte le morti per cancro al polmone e nelle donne del 55% dei casi, per un totale di circa 30 mila morti l'anno.

È interessante sottolineare che nel corso degli ultimi vent'anni mentre si è registrata una diminuzione, sia per incidenza che per mortalità per cancro al polmone per gli uomini, un trend opposto si è osservato per le donne (con un'accelerazione dal 1990 per le più giovani).

Nel dettaglio la mortalità maschile per tumore polmonare è diminuita di circa il 2,6%, mentre quella femminile è aumentata dell'1%. Nel 2005 sono morte più donne per tumore alla mammella (8.505 decessi) che per tumore al polmone (5.523 decessi). Ma la mortalità per carcinoma polmonare ha superato abbondantemente quella per tumore allo stomaco (3.070 decessi), divenendo per le donne la terza causa di morte nell'ambito delle patologie tumorali,



dopo mammella e colon-retto. Vanno aggiunte, poi, 2000 morti per altri tumori e 5-10.000 morti per altre malattie sempre correlate al fumo (infatti, malattie polmonari), per un totale di 10-15.000 morti per anno tra le donne in Italia.

Questi dati indicano la necessità di formulare azioni di informazione e sensibilizzazione sui danni da fumo di sigaretta, centrate e mirate in modo specifico sulle donne.

Se consideriamo, poi, la prevalenza dei fumatori in Italia, dai dati dell'indagine DOXA del 2008 – promossa dall'ISS/Osservatorio fumo, alcol e droghe – si desume una riduzione complessiva di 1,5 punti percentuali rispetto all'anno precedente nella prevalenza passata dal 23,5% al 22% delle persone dai 15 anni in su (pari a 11,2 milioni di persone). Da questa indagine risulta che la diminuzione è della stessa entità sia per gli uomini che per le donne. Gli uomini fumatori sono passati dal 27,9% del 2007 al 26,4% del 2008 mentre le fumatrici sono scese dal 19,3% del 2007 al 17,9% del 2008.

Le differenze di genere nell'abitudine al fumo risultano molto marcate nell'Italia Meridionale dove, a fronte di una quota elevata di fumatori tra gli uomini (28,9%), ►►

► si osserva la più bassa percentuale di fumatrici tra le donne (12,7%)". (Il Fumo in Italia, Doxa 2008, OSSFAD – ISS).

L'Indagine multiscope dell'ISTAT (2007) riporta, inoltre, il dato che riguarda il rapporto dei fumatori e il livello di istruzione, che si differenzia secondo il genere e le fasce d'età: nelle donne più è alto il livello di istruzione più si innalza anche la percentuale delle fumatrici (laureate=14,3% e diploma media inferiore = 4,3%).

È opportuno, tuttavia, sottolineare che la diffusione dell'abitudine al fumo è ancora troppo alta, soprattutto tra i giovani. Nel 2008, secondo le rilevazioni dell'ISTAT, nella fascia d'età 20-24 anni, i fumatori sono il 27,9% (35,0% maschi e 20,2% femmine).

Dal rapporto ISTAT si riscontra, inoltre, che negli ultimi anni, anche se manca una reale consapevolezza da parte delle donne delle conseguenze negative che esso comporta, soprattutto in relazione alla fertilità ed alla procreazione è diminuita la quota di quante fumano in gravidanza: dal 9,2% nel 1999-

2000 si passa al 6,5% nel 2005. (ISTAT, 2007).

Le donne fumatrici hanno maggiore difficoltà a rimanere incinte. La nicotina altera la contrattilità delle tube, ostacolando il trasporto degli ovociti l'incontro con gli spermatozoi. Il fumo di sigarette, inoltre, causa una diminuzione dei livelli di progesterone e rende difficile l'annidamento dell'uovo fecondato nella mucosa uterina, alterandone la maturazione. Una volta instaurata la gravidanza il fumo continua a esercitare un effetto dannoso. Infatti alcuni studi condotti già negli anni '60, uno nelle Hawaii su più di 5.600 gravidanze e un altro negli Stati Uniti su 1.914 donne incinte, documentano una più alta incidenza di aborto spontaneo tra le fumatrici rispetto alle non fumatrici. Studi più recenti hanno confermato questi risultati, arrivando a stimare un rischio aumentato di circa il 50% di aborto spontaneo nel primo trimestre per le forti fumatrici. Esiste inoltre una documentata associazione tra fumo di sigarette e gravidanze extrauterine con un aumento di rischio riportato nelle

fumatrici rispetto alle non fumatrici che varia dal 30% al 200%. È stato anche osservato che anche le ex fumatrici sono ad aumentato rischio di gravidanza extrauterine.

Il consumo abituale di tabacco, dopo il 4° mese di gravidanza, induce nel nascituro una riduzione dell'altezza, deficit mentali e comportamentali, un'aumentata incidenza di affezioni broncopolmonari. Nel liquido amniotico delle fumatrici sono state dosate sia la nicotina che la cotonina ed il sangue delle donne gravide fumatrici contiene una maggiore concentrazione di carbossiemoglobina rispetto alle non fumatrici con possibile danno fetale da carbossiemoglobina.

È opportuno, infine, ricordare che le donne fumatrici vanno in menopausa più precocemente delle non fumatrici e, più in generale, che la nicotina influenza l'equilibrio endocrino centrale della donna, con alterazioni del ciclo ovarico.

Anche l'estetica non riceve certamente vantaggi dall'abitudine al fumo che, accelerando il naturale invecchiamento dei tessuti, favorisce la precoce comparsa delle rughe. Colorito spento, macchie sulla pelle e sui denti, alito pesante sono altre sgradevoli conseguenze del fumo.

Negli ultimi anni, la rilevanza data agli effetti del fumo ambientale o passivo sulla salute è stato in continua crescita, sia attraverso lo sviluppo della ricerca scientifica sia per l'aumentata attenzione dell'opinione pubblica, e sono state poste in evidenza in particolare le conseguenze che la prolungata esposizione al fumo passivo provoca in particolari gruppi di popolazione quali malati e bambini. In questi ultimi, diverse patologie sono state associate al fumo passivo, tra cui asma bronchiale, ma- ►►



► lattie respiratorie croniche, cardiovascolari, uno sviluppo polmonare ridotto e persino tumori cerebrali. Il fumo passivo determina nei bambini un aumento delle malattie respiratorie e un raddoppio dei ricoveri ospedalieri per problemi polmonari. Molti studi mostrano inoltre un aumento della frequenza e della severità degli attacchi asmatici e un ritardato sviluppo polmonare nei bambini esposti al fumo passivo.

La sfida per il futuro è quindi continuare ad informare le donne sugli effetti del fumo ed aumentare la consapevolezza della importanza dell'adozione di stili di vita salutari, perché emancipazione, autonomia e autostima non hanno bisogno del fumo per affermarsi; una corretta e costante informazio-

ne è uno strumento fondamentale anche per ottenere una presa di coscienza da parte della coppia genitoriale dei potenziali danni causati dal loro comportamento a se stessi ed ai propri bambini.

Anche il Programma "Mamme libere dal fumo" mira alla protezione dei bambini dal fumo passivo dei genitori e offre sostegno motivazionale per la disassuefazione alle donne fumatrici future mamme. Si tratta di un programma nazionale di counselling ostetrico antitabagico coordinato a livello nazionale dalla Regione del Veneto e con la collaborazione della FNCO-Federazione Nazionale Ostetriche e della LIIL-Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Ha lo scopo di favorire l'intervento standardizzato del personale

ostetrico, opportunamente formato per il sostegno motivazionale alla disassuefazione, ed il successivo follow-up delle donne fumatrici e delle loro famiglie, con particolare riferimento al periodo gestazionale e puerperale.

La campagna di comunicazione sociale "Genitori più", infine, punta sulla responsabilità dei genitori, quali veri protagonisti della salute dei propri figli, affinché mettano in pratica "sette semplici azioni", tra cui il non fumare, che aiutano a prevenire malattie, malformazioni, incidenti, obesità, infezioni e difficoltà cognitive e relazionali.

In questa direzione vanno alcune delle iniziative in corso, promosse dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. In ►►

Quanto fa male il fumo?

PERCHÉ IL FUMO FA MALE

Sono circa 4.000 le sostanze tossiche prodotte dalla combustione del tabacco.

Catrame

Si deposita nelle vie respiratorie aumentando il rischio di tumore nei vari organi.

Sostanze irritanti

Sono numerosissime e favoriscono infezioni, bronchite cronica ed enfisema.

Ossido di carbonio

Riduce la presenza di ossigeno nel sangue. Provoca l'ingiallimento della pelle, danneggia i polmoni e riduce il rendimento muscolare.

Nicotina

È la catena che lega al fumo creando dipendenza. Danneggia gravemente il sistema cardiovascolare e quello nervoso.

NÉ TANTE, NÉ POCHE, NÉ FORTI, NÉ LEGGERE

► particolare, la prevenzione del tabagismo, rappresenta (insieme ad alimentazione, attività fisica ed alcol) una delle aree di azione del Programma “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari”, approvato con DPCM 4 maggio 2007, che prevede, per favorire l'adozione di uno stile di vita libero dal fumo, un approccio non solo sanitario, ma che tenga conto delle implicazioni sociali, culturali, ambientali del problema e punta su cooperazione e coordinamento con numerosi soggetti e diverse Istituzioni/Amministrazioni.

Anche il Progetto “Mamme libere dal fumo” mira alla protezione dei bambini dal fumo passivo dei genitori e offre sostegno motivazionale per la disassuefazione

alle donne fumatrici future mamme. Si tratta di un programma nazionale di counselling ostetrico antitabagico coordinato a livello nazionale dalla Regione del Veneto e con la collaborazione della FNCO-Federazione Nazionale Ostetriche e della LILT-Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Ha lo scopo di favorire l'intervento standardizzato del personale ostetrico, opportunamente formato per il sostegno motivazionale alla disassuefazione, ed il successivo follow-up delle donne fumatrici e delle loro famiglie, con particolare riferimento al periodo gestazionale e puerperale.

La campagna di comunicazione sociale “Genitori più”, infine, punta sulla responsabilità dei genitori, quali veri protagonisti della salute

dei propri figli, affinché mettano in pratica “sette semplici azioni”, tra cui il non fumare, che aiutano a prevenire malattie, malformazioni, incidenti, obesità, infezioni e difficoltà cognitive e relazionali. ■

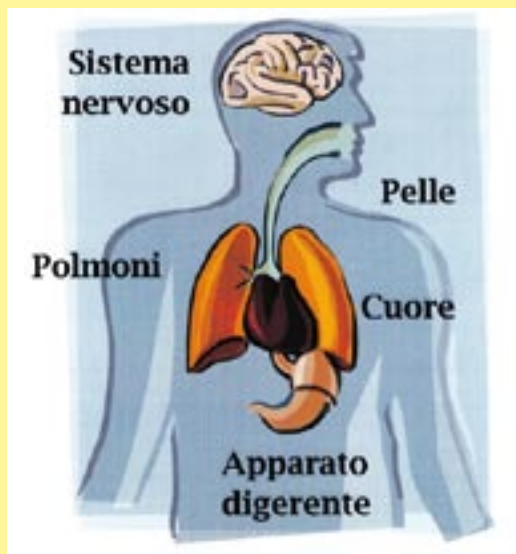
d.galeone@sanita.it

** Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali,
Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione-Ufficio II*

A COSA FA MALE FUMARE?

In pratica nessun organo si salva dagli effetti negativi del fumo che è particolarmente dannoso per ➡

Il fumo è tra i primi fattori di rischio per le malattie cardiovascolari, la prima causa dei tumore del polmone e con causa di molte altre forme tumorali come quelle del cavo orale, faringe e laringe.



IL FUMO FA MALE SEMPRE

Ipertensione polmonare

Pazienti a Berlino, al Congresso annuale della European Respiratory Society
4-8 Ottobre 2008

Luisa Bonelli



SONO presenti 18.000 medici, provenienti da tutta Europa, interessati alle malattie respira-

torie: è il posto giusto per far conoscere la nostra malattia così rara e temibile quando non sia diagnosticata tempestivamente e trattata adeguatamente da medici esperti.

L'Ipertensione Polmonare può colpire chiunque, a qualsiasi età ed è presto fatale se lasciata senza cure adeguate. I sintomi sono aspecifici, comuni a tante malattie non rare, e questo rende la diagnosi ancora più difficile; in media, nel mondo, occorrono 2 anni. Troppi!

Esistono molte associazioni di pazienti affetti da IP che operano in varie nazioni europee e per tutte gli scopi sono più o meno gli stessi:

- promuovere il più possibile la cultura sulla malattia affinché la diagnosi arrivi in tempo, quando il paziente può trarre giovamento dalle cure innovative che oggi fortunatamente esistono;
- fare in modo che queste cure siano disponibili per tutti i pazienti, in ogni Paese, purtroppo infatti non tutti i cittadini europei hanno possibilità di accesso alle terapie innovative che esistono per fronteggiare la malattia.

Recentemente molte associazioni nazionali hanno fatto unione al fine di acquisire maggior visibilità e autorevolezza, è nata così PHA Europa di cui sia l'AMIP che l'AIP, le associazioni italiane dedicate all'IP, sono tra i membri fondatori.

AIP e AMIP insieme a favore dei malati di ipertensione polmonare

Perché lo facciamo?

Per favorire il contatto e la solidarietà indispensabili tra i pazienti affetti dalla malattia, sia attraverso i responsabili di area, sia attraverso il nostro sito internet. Per migliorare la vita sociale dei pazienti, tramite un supporto individuale sia psicologico, sia organizzativo, sia economico. Per informare tramite mezzi propri e di comunicazione sull'evoluzione delle cure della malattia, rispettando la veridicità scientifica delle informazioni fornite. Per promuovere la collaborazione sociale e scientifica con le analoghe associazioni in campo internazionale, destinando eventuali risorse per progetti e borse di studio. Per promuovere la raccolta di fondi, per finanziare tutte le attività dell'associazione, attraverso il contributo di Istituzioni Pubbliche e Private.

Che cos'è l'ipertensione polmonare?

L'ipertensione arteriosa polmonare è una malattia rara che può colpire persone di qualsiasi età ma più frequentemente interessa soggetti nella terza e quarta decade di vita. Esistono diverse forme di ipertensione polmonare: la malattia infatti può comparire isolatamente (ipertensione polmonare primitiva), oppure può essere associata ad altre patologie congenite, malattie immunologiche, ipertensione portale, infezione da virus HIV. L'ipertensione arteriosa polmonare è caratterizzata da un incremento dei valori di pressione nella circolazione polmonare che determina un aumento del lavoro a carico del cuore destro. I sintomi sono prevalentemente rappresentati da affanno di respiro, che compare per livelli variabili di sforzo e da facile affaticabilità. Sino ad alcuni anni fa le risorse terapeutiche erano poche e nei casi più avanzati si ricorreva al trapianto polmonare. Attualmente sono state sviluppate nuove modalità di trattamento medico che consentono di limitare il ricorso alla chirurgia. Sono inoltre in corso di realizzazione numerose ricerche volte alla scoperta di strategie terapeutiche innovative che potranno migliorare ulteriormente le prospettive dei pazienti.



PHA EUROPA

Wilhelmstrasse 19 - 1120 Vienna (Austria)
Tel. 0043 1 4023725 - Fax 0043 1 4093528
info@phaeurope.org - www.phaeurope.org



Marzia Predieri (AIPI) e Luisa Bonelli (AMIP) insieme a Berlino per gestire lo stand dell'associazione PHA Europe. Essa riunisce ben 15 associazioni di pazienti che in diversi paesi d'Europa si dedicano al sostegno dei malati di Ipertensione Polmonare.

Marzia ed io a Berlino rappresentavamo tutti i malati europei affetti da IP e siamo ritornate molto compiaciute dall'aver constatato come ben 8 sessioni del Congresso ERS, che riunisce i migliori pneumologi provenienti da tutta l'Europa, fossero state dedicate all'IP. Un risultato straordinario data la rarità della malattia.

Per noi che ogni giorno siamo a contatto con tanti malati e che possiamo testimoniare quanto la buona ed esperta gestione dei pazienti porti spesso a risultati veramente soddisfacenti per quel che riguarda la qualità di vita e la sopravvivenza dei nostri amici, è stata davvero una gioia constatare quanto la cultura sulla malattia continui a diffondersi. Per tutti noi questo è motivo di speranza. ■

amip.onlus@yahoo.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
ilileo@interfree.it - www.aipiitalia.org

Alfa1-AT

Associazione Nazionale Alfa1-Antitripsina
Via Galilei, 24 - Sarezzo (BS)
tel. 335 7867955 - fax 030 8907455
nuccigatta@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 Milanese di Ossigenoterapia Riabilitativa
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 Italiana Pazienti BPCO

Via Cassia, 605 - 00189 Roma
tel. 06 33253020 - fax 06 33259798
franchima@tin.it
www.pazientibpco.it
Numero Verde 800 961922
lun.-ven. ore 10.00-13.00

Associazione Malati Fibrosi Polmonare Mario Crivaro Onlus
Via S. Sebastiano, 38
58040 Istia D'Ombone (GR)
www.mariocrivaroonlus.it

FEDERASMA

Federazione Italiana delle Associazioni di sostegno ai Malati Asmatici e Allergici
Via Ser Lapo Mazzei, 33
59100 Prato
tel./fax 0574 444000
segreteria@federasma.org
www.federasma.org

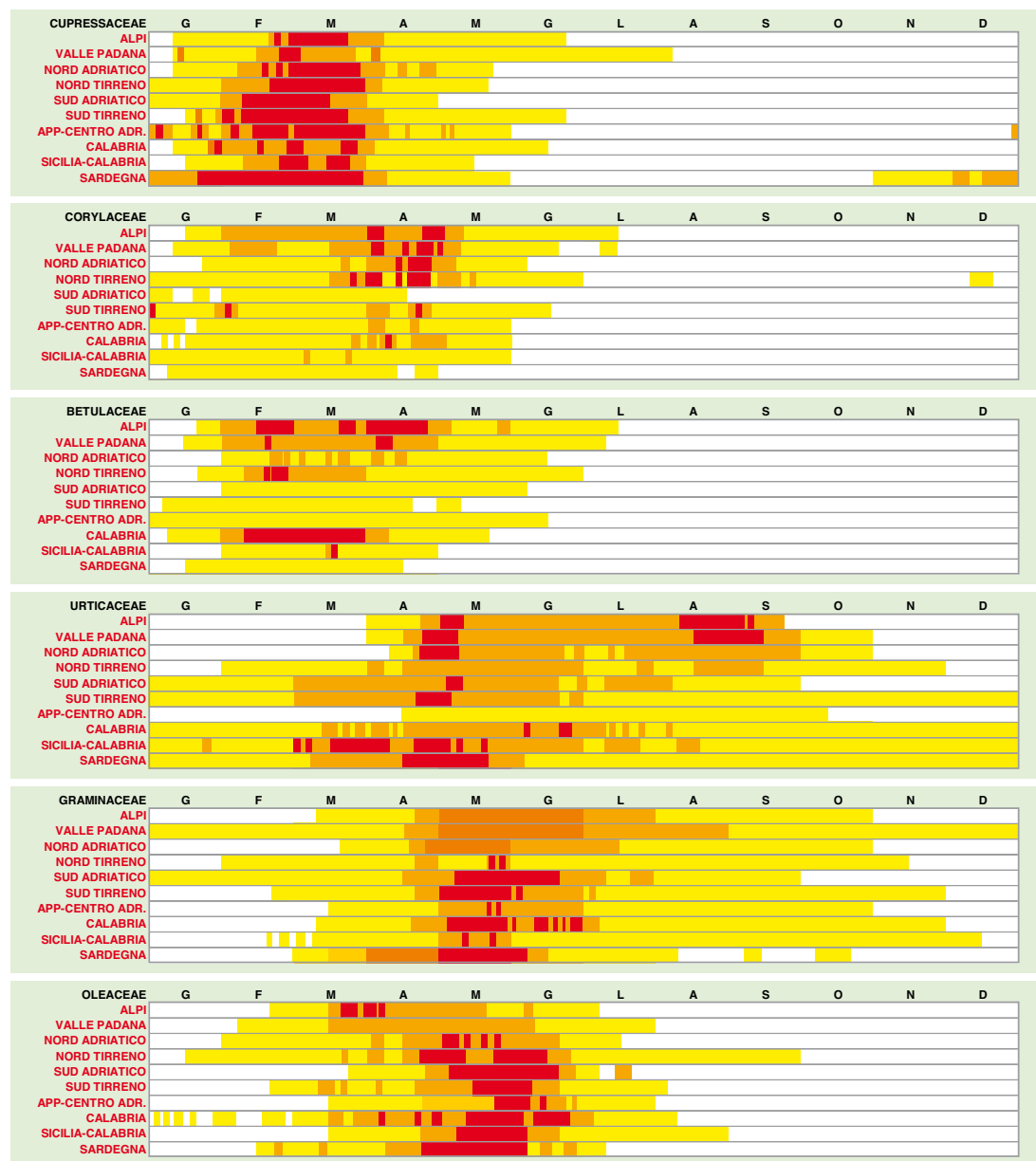
Lega Italiana delle Associazioni per la Lotta contro la Fibrosi Cistica

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

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

Giovani e fumatori



NONOSTANTE le mie prediche, torno a casa e in camera di mia figlia l'aria è irrespirabile. Se-

questro posacenere e pacchetti semivuoti. Iacopo, Giulia, Enrichetta e Andrea restano un attimo interdetti e io approfitto per buttare lì la domanda: "Ma chi di voi non fuma, non ha pregato gli altri di spegnere la sigaretta? Sapete che secondo la Lega Italiana contro i Tumori, il fumo passivo uccide ottomila persone all'anno, più del doppio di quelle dell'inquinamento?"

Enrichetta timidamente: Io ho provato a chiederlo, in Canada era assolutamente impensabile fumare in una stanza della mia casa, ma qui non sono a casa mia.

E io, colpita nella mia autorità genitoriale: "Ma a scuola vi hanno mai parlato di prevenzione, di inquinanti ambientali, della necessità di limitare l'uso dei motorini per rendere l'aria più respirabile?"

Giulia: Veramente l'unica cosa su cui ci hanno martellato e con successo è stato l'uso del casco.

Andrea: Tanto noi lo sappiamo che fa male e prima o poi dovremo smettere.

Iacopo: Invece a me il tema della tutela della salute interesserebbe.

Enrichetta: A proposito di aria respirabile, nella nostra aula la polvere si raccoglie in balle, rotola tra i banchi e chi dovrebbe pulire non lo fa. Non è inquinamento anche questo?

Andrea: Tornando al fumo penso che vadano rispettati quelli che

non fumano se è vero che il fumo passivo per certi aspetti è più pericoloso di quello diretto, ma dovrebbero spiegarcelo bene.

Io: "Secondo voi cosa funzionerebbe per convincervi a smettere o meglio a non cominciare proprio?"

Tutti si mettono a strillare la loro personale proposta.

La proibizione!

Macché, a me fa aumentare la voglia!

No, volevo dire la punizione.

E sai chisseneffrega almeno finché non devi pagare la multa.

Sì, ma lo sai che ora le multe possono arrivare a 500 euro?

Eh, figurati!

No, io credo che sia meglio il controllo, prima devono provare a convincerci, poi proibire e poi beccarci e punirci.

Io penso che dovrebbero informarci di più e da prima. Anzi, mi pare che mettendoci sul comodino quella foto terribile dei polmoni col cancro che c'è sul libro di biologia, a guardarla ci passerebbe la voglia di fumare.

No al terrorismo!

Sì, invece! Io devo mettermi paura per pensare di smettere.

E tutti quelli che cominciano allora? Io, quando vedo un primino che inizia e manco gli piace, gli dico di smettere subito prima che sia tardi.

Ma tu lo sai che in America i genitori ti chiedono di non uscire con amici che fumano? Mi madre deve averlo saputo perché anche lei ci prova.

Ad ascoltare quello che dicono, viene fuori che i ragazzi chiedono

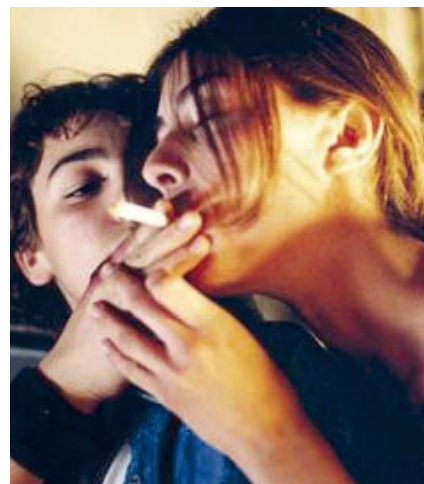
più informazione, ma fatta solo da chi ha i titoli per farla. Il vigile di quartiere che si è presentato a scuola con un casco omologato appena graffiato e uno non regolare sfraccellato ha ottenuto da loro rispetto e attenzione.

Non credono allo Stato che scrive sui pacchetti di sigarette che il fumo fa male e poi li vende. La televisione, il cinema e i giornali ammoniscono e poi trasmettono pubblicità occulta mostrando come oggetto di desiderio e di identificazione l'esatto contrario di quello che predicano. Il mezzo non sono gli appelli, tanto meno fatti da testimonial famosi, funzionano molto di più le immagini e i suoni.

Dai genitori vogliono migliori esempi e controllo sulle regole da rispettare. E così dai professori. E così dai medici.

Infine è assolutamente inutile parlare loro di futuro e prospettive. Il risultato e la ricompensa i ragazzi li vogliono vedere qui e adesso. ■

p.schisa@tiscali.it



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.ampneumologia.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
c/o AIM Congress srl - AIM Group
Via G. Ripamonti 129
20141 Milano
tel. 02 56601875 - fax 02 70048585
simer@aimgroup.it
www.simernet.it

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

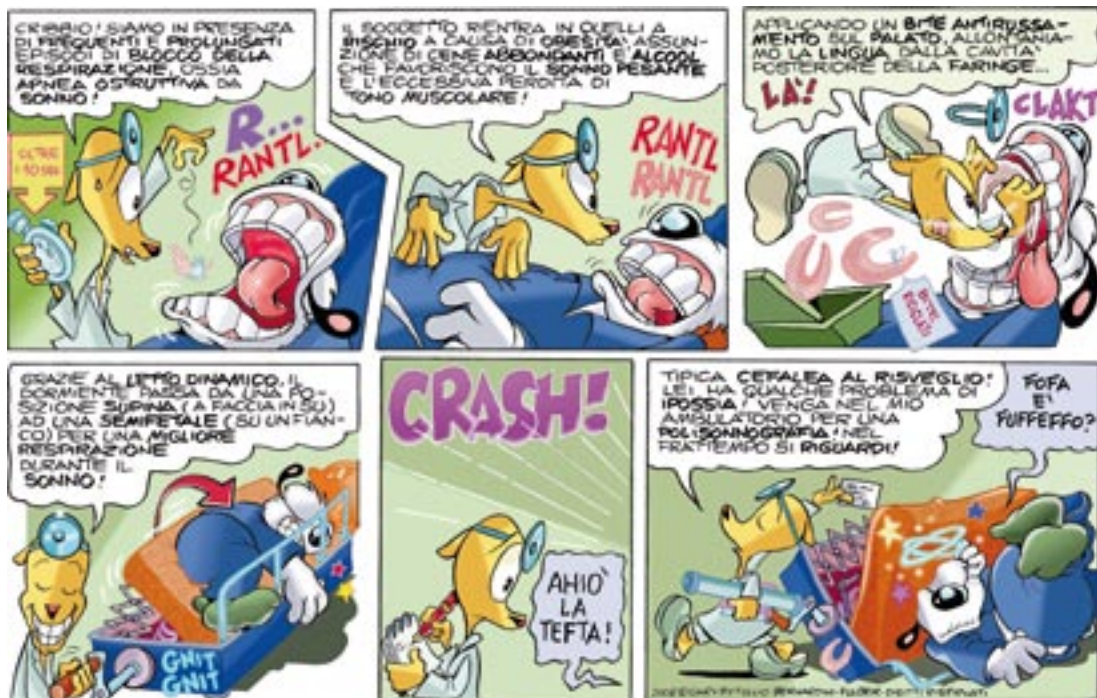
Società Italiana di Tabaccologia
c/o GEA Progetto Salute - onlus
Via Giorgio Scalia, 39
00136 Roma
tel. 06 39722649
fax 178 2215662
tabaccologia@fastwebnet.it
www.tabaccologia.org

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



Quando la malattia è di petto

MALATTIA DA Fieno • ASMA BRONCHIALE • STATI IPOTENSIVI

SANEDRINA

(EFEDRINA LEVOGIRA)

PRESENTAZIONE: Tubi di 20 compresse da g. 0,025 - Flaconi di g. 15 di soluzione oleosa al 2% - Scatole di 6 fiale di soluzione acquosa al 2,5%.

L'ASSOCIAZIONE DELLA EFEDRINA ALL'ACIDO ACETILSALICILICO REALIZZATA DALLA

CORIFEDRINA

(TUBI DI 20 COMPRESSE)

trova la sua indicazione anche nelle forme bronchiali reumatiche, nel reumatismo articolare, nelle nevralgie ecc.

S. A. FARMACEUTICI ITALIA - MILANO

PINETA DI SORTENNA

PRIMO SANATORIO ITALIANO DOTT. AUSONIO ZUBIANI

Per ammalati e convalescenti di petto



SONDRIO

ALTEZZA METRI 1250 S. M.

ISTITUTO DI PRIMO ORDINE
SECONDO LE PIÙ MODERNE
ESIGENZE DELLA SCIENZA
DELL'IGIENE E DEL CONFORT

Direttore Dott. EDOARDO TARANTOLA

TARiffe MODICISSIME
PROSPETTI A DISPOSIZIONE

Indirizzo postale: PINETA DI SORTENNA



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, librerie, negozi, banche, ...).

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 039 2304440 o inviare una e-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

Febbraio / Primavera
Maggio / Estate
Agosto / Autunno
Novembre / Inverno

Target

Cittadini, Pazienti,
Operatori Sanitari,
Istituzioni

PUBBLICITÀ, MARKETING E VENDITE

MIDIA srl

Via Santa Maddalena, 1
20052 Monza MI
Tel +39 039 2304440
Fax +39 039 2304442
midia@midiaonline.it
www.midiaonline.it

Delinda Cecchelli, Roma
Tel +39 335 6051878
delindacecchelli@tele2.it

LA PNEUMOLOGIA ITALIANA CANTA CON NINO TARANTO



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 Santa Maddalena 1,
20052 MONZA (MI)

Telefona al
numero verde

Numero Verde
800-601715

Online sul sito
www.midiaonline.it



Parte del ricavato della vendita di questo CD sarà devoluto ad attività di solidarietà sociale individuate 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, Monza* Ludovico Trianni *pneumologo, Gaiato-Modena*

MIDIA
EDIZIONI

Via Santa Maddalena, 1
20052 Monza (MI)

Tel. 039 2304440

Fax 039 2304442

midia@midiaonline.it

www.midiaonline.it