



DISTRIBUZIONE GRATUITA / COPIA OMAGGIO

Rivista
d'informazione
e prevenzione
respiratoria

Periodico
trimestrale

RESPIRO

Numero 3
**Autunno
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.

**Influenza
e vaccinazioni**

Le polmoniti

**Il bambino
asmatico e
allergico a scuola**

**Il paziente
in ossigenoterapia**

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



MA SI PUÒ
FUMARE
CONTRO
I BAMBINI ?

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 3 | 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 Cini, 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

B. Balbi, I. Brambilla, G. Carosi, N. Gatta,
E. Gozzoli, A. Di Pucchio, L. Martucci,
E. Pizzi, S. Rossi, P. Schisa, R. Solimini,
P. Zuccaro

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

Editoriale

5 Tanto fumo e... molto arrosto

Antonio Schiavulli

Progetti

6 Anno del Respiro 2009, lavori in corso

Malattie di stagione

7 Vaccinazioni Antinfluenzale e Antipneumococcica

A cura dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO

16 Calendario pollinico

Patologie

11 Le polmoniti tra mistero e realtà Intervista di un paziente ad un medico

Alfredo Potena, *Pneumologo*

13 Accoglienza del bambino asmatico e allergico a scuola A cura di FEDERASMA

15 Notizie legislative

16 Mobilità delle persone in OLT (Ossigenoterapia a Lungo Termine)

Italo Brambilla, *Pneumologo*
Mario De Palma, *Pneumologo*

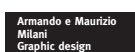
Tabagismo

19 Servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco

Piergiorgio Zuccaro, Alessandra Di Pucchio, Enrica Pizzi,
Laura Martucci, Giordano Carosi,
Renata Solimini, Silvia Rossi
OssFAD, ISS

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



Rapporto medico-paziente

21 C'è differenza d'approccio al paziente fra medici di sesso diverso?

Elena Gozzoli, *Psicologo*
Cristina Cinti, *Pneumologo*
Margherita Neri, *Pneumologo*

La voce dei pazienti

24 L'Associazione Alfa1-AT

Deficit di alfa1-antitripsina
Nuccia Gatta, *Presidente Alfa1-AT*
Bruno Balbi, *Pneumologo*

26 Le Associazioni dei Pazienti

La finestra di Patrizia Schisa

27 Conversazione privata con il naso

28 Le Società Scientifiche

28 Gary e Spike

Memoria storica

30 Chi di voi si ricorda?

MIDIA
EDIZIONI

Copyright © 2008 Midia srl

Tutti i diritti riservati. È vietata la riproduzione di testi e immagini senza il permesso scritto dell'editore.

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

Tanto fumo e... molto arrosto

Antonio Schiavulli



IL ritorno dalle vacanze estive o semplicemente il ritorno all'attività lavorativa, porta con sé un senso di inizio di una nuova fase. Diciamo spesso "passata l'estate faremo...", più raramente "passata la primavera" o passate le altre stagioni. Soprattutto nel nostro Paese viviamo questa condizione psicologica, a causa del rallentamento di tutte le attività nel periodo estivo (tranne ovviamente quelle di coloro che sono impegnati nei luoghi di villeggiatura).

La ripresa inizia con l'autunno, la stagione delle foglie che virano verso il colore del giallo e del rosso, dei poeti, della malinconia, ma anche delle nuove prospettive, dei nuovi impegni "passata l'estate faremo..."

E con l'autunno si sintonizza questo numero di RESPIRO, dove in apertura si richiama l'attenzione dei lettori sulla vaccinazione antinfluenzale, ricordando che il momento migliore per farsi vaccinare va dai primi di novembre a dicembre inoltrato.

E poi tanti altri temi interessanti. Alfredo Potena ci accompagna a scoprire il pianeta "polmonite", con le sue cause e cure. L'accoglienza del bambino asmatico e allergico a scuola, in coincidenza con l'inizio dell'anno scolastico, è un tema utile oltre che doveroso. In una scuola che si vuole più formale, con grembiule, voto in condotta e più autorevolezza, non nutriamo alcun dubbio che le raccomandazioni dell'articolo, realizzato a cura di Federsasma, troveranno la giusta attenzione e accoglienza.

Italo Brambilla e Mario De Palma, figure storiche

della pneumologia italiana, ci parlano della mobilità dei pazienti in ossigenoterapia, pazienti che, potendo fare una vita attiva al di fuori delle pareti domestiche, migliorano non solo la qualità della vita, ma anche i loro parametri funzionali.

Nello spazio dedicato al tabagismo, l'Istituto Superiore di Sanità illustra la situazione in Italia riguardo ai Servizi territoriali per la cessazione dal fumo, che vanno fortunatamente aumentando, ma molto c'è ancora da fare.

Il rapporto medico-paziente è trattato dalle Autrici dell'articolo a pag. 21 dal punto di vista del confronto tra il medico donna e il medico uomo e l'empatia con il paziente. Interessante e stimolante, potrebbe far nascere un interessante dibattito. L'auspicio è che tutti i medici facciano il massimo sforzo, dedicando tutto il tempo necessario, per raggiungere con il paziente maggiore sintonia.

L'associazionismo dei pazienti è rappresentato in questo numero dall'Associazione Alfa1-antitripsina. L'articolo di Nuccia Gatta e Bruno Balbi, che nel numero 1/Primavera avevano scritto di Malattie rare, tras-

mette bene la passione e l'impegno di coloro che all'interno dell'associazionismo e del volontariato lavorano per una causa nobile, che merita la stima e l'incoraggiamento di tutti.

Buon autunno (come Dylan Dog, anch'io mi vaccino). ■

schiavulli@midiaonline.it



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

Anno del Respiro 2009, lavori in corso

IL processo organizzativo dell'Anno del Respiro 2009, dopo aver subito una battuta di arresto per il cambio di governo, ha avuto un'incoraggiante ripresa con l'incontro del 15 luglio u.s. tra i rappresentanti del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali ed i rappresentanti delle Società scientifiche pneumologiche e delle Associazioni dei pazienti.

Nel corso della riunione è stato sottolineato come l'Anno del Respiro si debba sviluppare attraverso un programma di prevenzione, di informazione e di educazione nel corso del 2009 con un percorso operativo, strategico (scientifico) e con un protocollo di intesa che vede per ora l'adesione di 18 fra Associazioni e Società scientifiche. Gli interventi, secondo le proposte delle Società proponenti (AIPO, FIMPST, SIMeR), dovranno svilupparsi secondo quattro grandi obiettivi:

- prevenzione primaria e secondaria attraverso campagne di informazione ed educazione, soprattutto sui danni del fumo di tabacco e dell'inquinamento ambientale;

- miglioramento della capacità di indagine diagnostica e di predizione dei risultati del trattamento, attraverso la ridefinizione di parametri standard per la valutazione della funzione respiratoria, mediante campagne di *screening* spirometrico con acquisizione di dati su scala nazionale;
- miglioramento delle cure per le malattie croniche e invalidanti dell'apparato respiratorio e della qualità di vita dei pazienti gravi, attraverso l'ottimizzazione assistenziale, la previsione di reti di assistenza domiciliare integrata respiratoria ed interventi mirati alla razionalizzazione della spesa;
- azione diretta ed indiretta sulle cause di malattia, attraverso progetti specifici con e per i cittadini di tutte le età, con la collaborazione di Associazioni di volontariato e di organizzazioni governative.

Al termine della riunione è stato proposto un Gruppo di lavoro costituito da componenti rappresentativi delle varie componenti, divisi in tre sottogruppi che lavoreranno singolarmente riunendo-

si periodicamente per affrontare le problematiche relative allo sviluppo del programma dell'Anno del Respiro 2009, all'organizzazione in Italia del Convegno GARD (Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases) 2009, secondo norme codificate dal GARD internazionale e alla costituzione della GARD italiana.

Il Ministero, con compiti di indirizzo e di coordinamento, e i rappresentanti delle varie Associazioni, con compiti organizzativi, si sono impegnati alla progressione dei vari aspetti procedurali per il successo delle manifestazioni e la loro promozione. Il prossimo incontro è stato fissato per il mese di settembre. ■



Aiutare chi non ha nulla
con la gioia nel cuore.

Vaccinazioni Antinfluenzale e Antipneumococcica

A cura dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO

Tante buone ragioni per vaccinarsi

Atutti i pazienti con malattie respiratorie croniche, in particolare affetti da BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva), il Ministero della Salute raccomanda di effettuare la vaccinazione antinfluenzale ogni anno e quella antipneumococcica ogni cinque anni.

Le campagne di sensibilizzazione inerenti i vantaggi della **vaccinazione antinfluenzale** non hanno ancora dato i risultati necessari per quanto concerne i pazienti con BPCO.

Secondo dati raccolti dall'Associazione Italiana Pazienti BPCO, il 70% dei malati con BPCO moderata o grave la esegue annualmente, ma ancora un paziente su tre non la effettua, rischiando una grave riacutizzazione ed un conseguente peggioramento del suo stato di salute.

La bassa copertura vaccinale nei malati cronici respiratori è confermata dai dati del Ministero della Salute, che stima pari al **68,3%** la quota della popolazione anziana (65 anni e più) che nel 2005 ha effettuato la vaccinazione antinfluenzale. Uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità, riguardante le persone di età inferiore a 65 anni, rileva che per le persone con una patologia cronica respiratoria la quota è solo del **25%** ed è di gran lunga inferiore alla copertura delle persone con malattie cardiovascolari o diabete.

Situazione ancora più complessa è quella concernente la **vaccinazione antipneumococcica**, sulla quale c'è ancora scarsa informazione. Non vi sono statistiche ufficiali su questa vaccinazione. Sulla base dell'indagine effettuata dall'Associazione, viene effettuata solo dal **35%** del campione di pazienti con BPCO moderata o grave. Dato l'importante ruolo preventivo delle vaccinazioni nella popolazione affetta da BPCO, indipendentemente dall'età, l'Associazione ha lanciato una campagna di sensibilizzazione rivolta ai pazienti e ai loro familiari, cercando di accrescere la consapevolezza della loro efficacia ed utilità.

Sarà poi compito degli specialisti e dei medici di medicina generale fornire al paziente le necessarie informazioni e istruzioni.

Vaccinazione antinfluenzale

A cosa è dovuta l'influenza?

L'influenza è una malattia dovuta a dei **virus** che, ogni anno, provocano epidemie più o meno importanti tra dicembre ed aprile.

Come si manifesta?

Si presenta generalmente con febbre improvvisa che si alza rapidamente, mal di testa, tosse secca, mal di gola, dolori muscolari e un malessere generale importante che dura in media dai quattro ai sei giorni.

Perché vaccinarsi?

Perché la vaccinazione è il mezzo più efficace e sicuro per prevenire la malattia e le sue complicanze.

Quali sono le persone maggiormente a rischio?

Le persone più colpite sono i bambini in età prescolare e scolare, probabilmente perché il loro sistema immunitario non è ancora perfettamente sviluppato e perché vivono a contatto gli uni con gli altri in più occasioni (a scuola, nella pratica sportiva, ecc.). Le persone più a rischio sono gli anziani ed ancora di più i malati cronici (diabetici, BPCO, cardiopatici, nefropatici, ecc.): questi sono soggetti ad una elevata incidenza di complicanze anche gravi come le polmoniti. ►►

Quali sono le principali complicanze?

Le complicanze respiratorie e dell'apparato cardiovascolare sono le più frequenti. La vaccinazione antinfluenzale è sempre raccomandata ai pazienti con BPCO.

Come si trasmette l'influenza?

L'influenza ha un periodo d'incubazione breve, in media 2 giorni, durante il quale si è già contagiosi. In particolare, il periodo di contagiosità comincia qualche giorno prima della comparsa dei sintomi e si prolunga per circa 3-5 giorni dopo. Questo significa che il virus può essere trasmesso anche da persone che ancora non si sentono malate. Il virus influenzale, che resiste molto bene nell'ambiente esterno in situazioni di freddo e bassa umidità, si diffonde facilmente negli ambienti chiusi e affollati.

Quando effettuare la vaccinazione antinfluenzale?

Poiché i virus dell'influenza cambiano spesso, la vaccinazione va ripetuta **ogni anno** con una singola dose. Considerando che la protezione si sviluppa dopo due settimane dall'iniezione e si mantiene per circa sei mesi e che la massima circolazione dei virus influenzali è prevista nei mesi di gennaio e febbraio, il momento migliore per farsi vaccinare va dai **primi di novembre a dicembre inoltrato**.

Da cosa protegge il vaccino?

La "composizione" del vaccino è diversa ogni anno e protegge contro specifici virus dell'influenza. In inverno però circolano anche altri virus che provocano feb-

bre e raffreddore, contro i quali il vaccino non è efficace.

Cosa succede se effettuo la vaccinazione prima del periodo raccomandato?

Un anticipo della somministrazione del vaccino antinfluenzale potrebbe avere come conseguenza una minore efficacia proprio in corrispondenza del picco epidemico stagionale, soprattutto nelle persone anziane che presentano risposte immunitarie meno valide.

Quali sono i possibili effetti collaterali o controindicazioni?

Il vaccino è efficace e sicuro.

Le reazioni indesiderate provocate dalla vaccinazione sono generalmente lievi: gonfiore-arrossamento nella sede dell'iniezione, malessere generale, febbre e lievi dolori muscolari e si risolvono tutte spontaneamente. Come ogni farmaco, anche il vaccino antinfluenzale può causare gravi reazioni allergiche, molto rare. Per questo, è **sempre bene informarsi e parlarne con il proprio medico curante** che saprà valutare in quali casi la vaccinazione deve essere sconsigliata.

Vaccinazione antipneumococcica

Che cos'è la polmonite da pneumococco?

Come si manifesta?

È una delle patologie più serie (insieme alla meningite pneumococcica) e frequenti che lo pneumococco provoca. Molte volte questa polmonite è grave e comporta il ricovero in ospedale.



Qual è la causa principale di questo tipo di polmonite?

La malattia pneumococcica comprende una numerosa serie di infezioni determinate dallo *Streptococcus pneumoniae* (pneumococco). Esistono numerosi tipi differenti di pneumococco, ma la maggior parte dei casi di malattia pneumococcica nell'adulto è dovuta ai 23 sierotipi presenti nel vaccino, che sono responsabili dell'86-98% delle infezioni.

Quali sono le persone maggiormente a rischio?

La vaccinazione contro le infezioni da pneumococco è raccomandata alle **persone che rientrano nelle categorie a rischio per la presenza di malattie croniche e debilitanti, in particolare per gli anziani dai 65 anni di età**. È raccomandata ad ogni paziente con BPCO.

Come si può prevenire?

Lo pneumococco è ubiquitario, molti soggetti sono portatori a livello delle alte vie respiratorie. La **trasmissione avviene da persona a persona**, presumibilmente tramite le goccioline respiratorie. ➤

► Le infezioni virali delle alte vie respiratorie, come l'influenza, predispongono all'infezione da pneumococco. Le infezioni pneumococciche si verificano soprattutto nel periodo invernale in cui le patologie respiratorie sono più comuni. Il periodo di incubazione varia a seconda del tipo di infezione e può durare solo 1-3 giorni. La risposta immunitaria si sviluppa, circa 2-3 settimane dopo la vaccinazione.

Quali sono i benefici della vaccinazione antipneumococcica?

- Riduzione delle riacutizzazioni
- Riduzione delle ospedalizzazioni
- Miglioramento della sopravvivenza
- Miglioramento della qualità di vita.

Quali sono i possibili effetti collaterali?

Le reazioni più comuni sono locali, lievi e transitorie. Tra le più frequenti, gonfiore e arrossamento nella sede dell'iniezione.

Ci sono controindicazioni?

Solo le comuni controindicazioni di qualsiasi altro farmaco

(per es. allergia ad uno dei componenti del prodotto).

Quando effettuare la vaccinazione antipneumococcica?

- La vaccinazione antipneumococcica va effettuata **ogni cinque anni**, in qualsiasi periodo dell'anno
- Si può effettuare **insieme alla vaccinazione antinfluenzale**, in diverso sito di iniezione
- I richiami possono essere effettuati ogni cinque anni.

Cosa succede se effettuo la vaccinazione prima dei cinque anni?

È sempre bene annotare la data in cui si effettua la vaccinazione. Nel caso in cui la vaccinazione venisse effettuata prima dei cinque anni si potrebbero verificare reazioni locali di maggiore intensità.

A chi rivolgersi?

Al medico curante, che potrà consigliare al meglio sulle indicazioni della vaccinazione. Questa è gratuita solo in alcune località. Le informazioni sono disponibili presso la propria ASL (Servizio Igiene e Profilassi). ■



**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



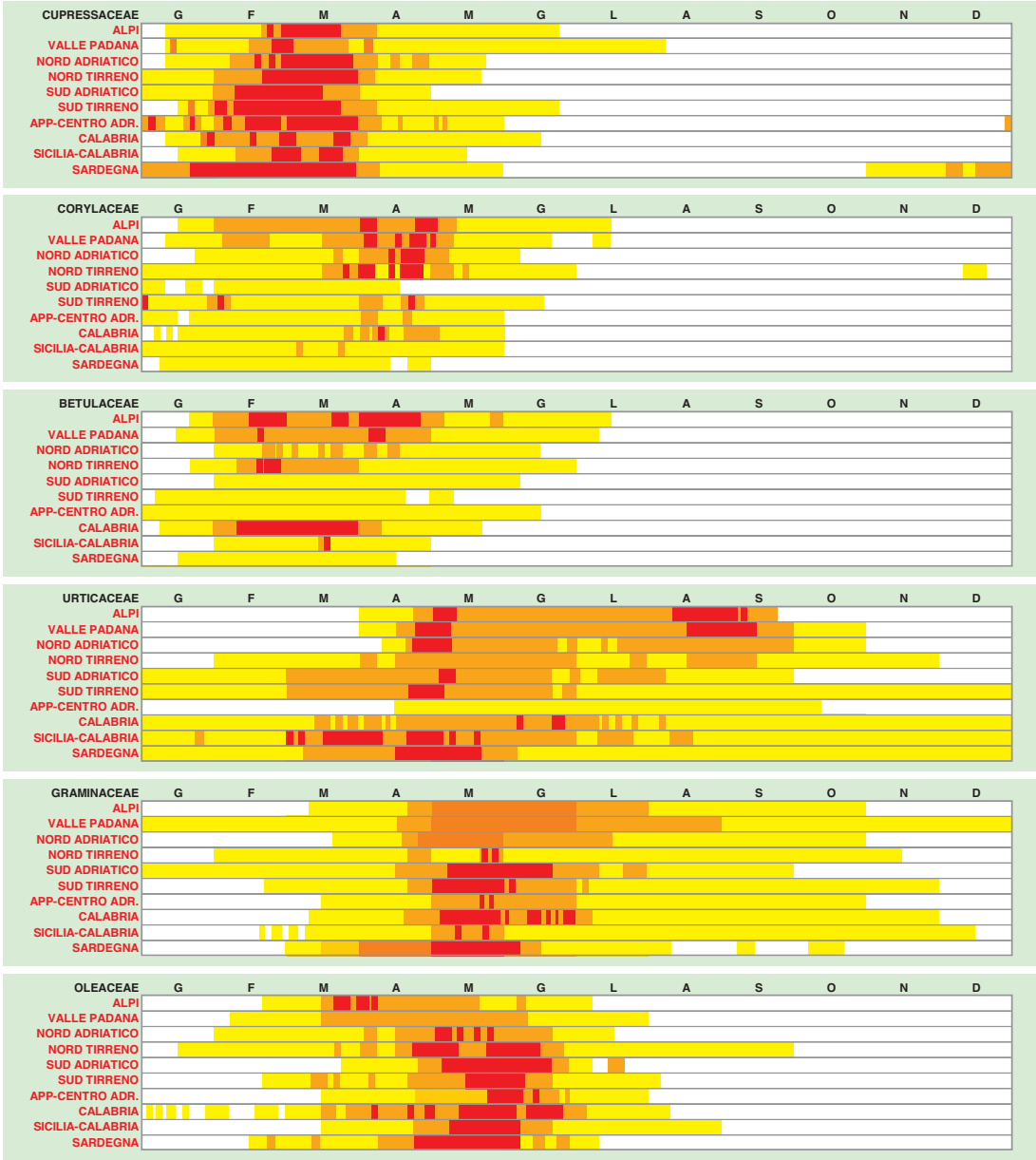
**Istituto Europeo
di Oncologia**
Milano



Uk 101
Anti tumore
Milano



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.

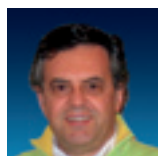
* A cura del Comitato di rete dell'Associazione Italiana di Aerobiologia
www.ilpolline.it

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

Le polmoniti tra mistero e realtà

Intervista di un paziente ad un medico

Alfredo Potena



Cos'è una Polmonite?

È una malattia causata, di solito, da un'infezione dei polmoni che causa negli alveoli polmonari un'inflammatione e ostacola la funzione respiratoria dell'area polmonare ammalata. Quando l'inflammatione è localizzata agli alveoli si definisce **Polmonite**, quando invece interessa sia i bronchi che gli alveoli si definisce **Bronco-Polmonite**.

Per brevità d'ora in avanti parleremo di Polmonite riferendoci ad entrambi i processi morbosi.

Da cosa è causata una Polmonite?

Da un'infezione respiratoria, di solito da microrganismi batterici, che sono sensibili agli antibiotici, più raramente virali, insensibili agli antibiotici ma sensibili nella fase precoce a nuovi farmaci antivirali. I batteri che causano pol-



Broncopneumonia

Pneumonia

monite sono lo *Streptococcus Pneumoniae* (o pneumococco), l'*Emofilo*, il *Micoplasma*, la *Legionella*, più raramente la *Klebsiella*.

La polmonite può essere provocata anche da funghi o parassiti. Alcune polmoniti possono essere provocate dall'inalazione di alcune sostanze tossiche, da danni meccanici al polmone ed anche da alcune malattie immunologiche.

Quali sono i sintomi tipici?

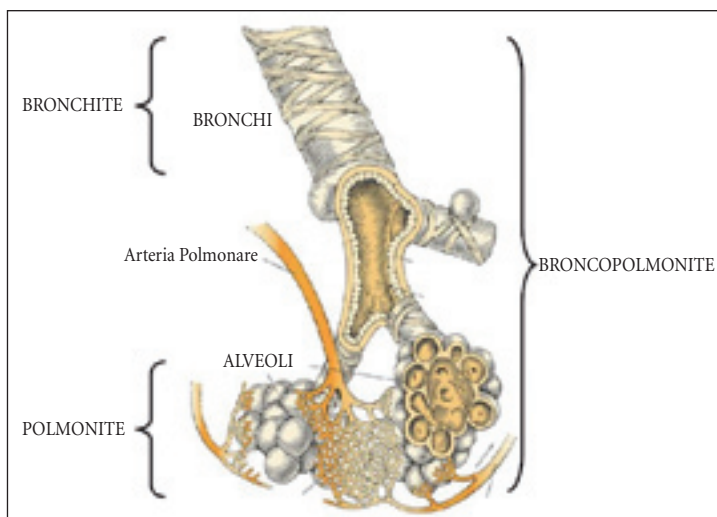
Febbre, tosse, dolore al petto e difficoltà a respirare. Altri sintomi importanti possono essere i brividi, l'improvvisa mancanza di forze, la sudorazione, l'inappetenza. Meno frequenti sono altri sintomi quali il mal di testa, i dolori

muscolari, la nausea, il vomito e la diarrea. Più raramente si può verificare anche la comparsa di striature di sangue nell'espettorato. Nella broncopneumonia l'espettorato può essere più abbondante e comparire nei primi tre giorni, mentre nella polmonite può essere più tardivo o anche mancare. La colorazione del muco è gialla, talvolta verdastria, ruggine o più raramente lampone. La colorazione è data dal tipo di infezione; nell'ultimo caso, non frequente, potrebbe trattarsi di infezione da *Klebsiella Pneumoniae*.

Come si sospetta la diagnosi e come si arriva alla certezza che si tratti di Polmonite?

Il sospetto di polmonite può derivare dalla comparsa improvvisa di sintomi respiratori acuti come la tosse e soprattutto la febbre elevata (al di sopra dei 39-39,5°). In alcuni casi, meno frequenti si possono avere polmoniti nelle quali la febbre non compare, ma in questi casi sono i sintomi più aspecifici, come la mancanza di forze, il malessere generale e l'inappetenza, che insieme ai reperti obiettivi della visita possono indurre il medico a sospettare una polmonite.

La diagnosi di certezza si ha con una radiografia del torace che dimostra la presenza nei campi polmonari radiografati di aree omogenee addensate che possono localizzarsi in modo ben netto in un segmento o un lobo polmonare (polmonite) o in modo più sfumato in piccole aree sparse, diffuse in più di una sede (broncopneumite). ➤



► Con che cosa può essere confusa una Polmonite

Ci sono diverse malattie che possono essere confuse con una polmonite e pertanto il medico deve sempre porre una diagnosi differenziale nei confronti di: Bronchite acuta (nella quale la febbre, i sintomi come la mancanza di respiro etc. sono molto meno pronunciati rispetto ad una polmonite), Asma bronchiale, Bronchiectasie. Più raramente la Polmonite si può confondere con altre malattie più gravi come la tubercolosi (specialmente nelle forme che esordiscono con lo sputo striato di sangue), l'edema polmonare (presenza di liquido negli alveoli a causa di uno scompenso del cuore) o il tumore polmonare.

È una malattia grave? È molto frequente?

La polmonite è una malattia dalla quale un tempo, prima della scoperta degli antibiotici, si poteva guarire o morire perché erano solo le difese immunitarie del paziente che determinavano il risultato clinico. Oggi la polmonite è una malattia che non va sottovalutata, ma se viene affrontata rispettando alcune regole le probabilità di guarigione, anche a breve termine, sono altissime. Una volta diagnosticata la malattia il paziente deve affrontare un periodo di riposo assoluto, meglio se a letto, assumendo gli antibiotici prescritti dal medico con la regolarità indicata sulla ricetta.

La polmonite colpisce più frequentemente alcune fasce di età, gli anziani sopra i 70 anni ed i bambini sotto i 5 anni ne sono affetti intorno al 2,5%. Nelle altre fasce di età la frequenza è pressoché dimezzata.

Si può morire?

Prima della scoperta degli antibiotici la polmonite era la principale causa di morte, tanto da essere considerata una delle cause con le quali si concludeva la vita, quasi naturalmente. Dal 1900 al 1985 il tasso di mortalità per polmonite in Italia è stato abbattuto da 270 a 18 decessi per 100.000 abitanti; nel corso dell'ultimo ventennio la mortalità si è ulteriormente ridotta.

Oggi possono morire di polmonite i malati particolarmente debilitati, quelli molto anziani o già colpiti da altre malattie croniche (in questo caso le polmoniti sono definite "opportunistiche").

Come si cura?

Gli antibiotici sono i farmaci necessari per la cura delle polmoniti batteriche. Sono farmaci che possono appartenere a più classi (Beta-lattamici, Macrolidi, Fluorochinoloni, Aminoglicosidi etc.) ciascuna delle quali ha caratteristiche diverse per le modalità di assorbimento e di eliminazione da parte dell'organismo. Dunque gli antibiotici non sono tutti uguali e deve essere il medico a consigliare l'antibiotico giusto per una determinata forma di polmonite. In qualche caso (mancata risposta alla terapia, necessità di discutere alcuni particolari aspetti clinici) può essere utile che il Medico di Medicina Generale si consulti con uno Specialista Pneumologo.

Non c'è alcuna differenza di efficacia tra un antibiotico somministrato per via intramuscolare ed un antibiotico assunto per bocca. Oggi, considerata l'efficacia delle diverse classi di antibiotici a disposizione per la cura di una polmonite, si può tranquillamente affermare che solo il paziente che non riesce a deglutire una compressa,

dovrebbe far ricorso ad antibiotici da assumere per via intramuscolare.

Gli antibiotici devono essere assunti secondo le modalità e per il periodo prescritti dal Medico, di solito dai 5 ai 12 giorni. Se una polmonite è causata dalla Legione (un batterio particolarmente aggressivo) è necessario proseguire le cure per 14 giorni o più, sempre sotto il controllo del medico curante.

Dove, e per quanto tempo si cura la polmonite?

In genere, nei paesi cosiddetti avanzati, circa il 20% dei casi di polmonite (1 caso ogni 5) viene ricoverato in ospedale. Si tratta dei casi ritenuti gravi, o per una estesa compromissione dei polmoni o perché c'è il rischio che una malattia cronica della quale il paziente può essere portatore, possa farne precipitare le condizioni. Altre volte, sono le necessità sociali che impongono una stretta sorveglianza del paziente ed il suo ricovero in ospedale. Gli altri casi possono essere tranquillamente trattati a domicilio ed il Medico di Medicina Generale può in assoluta sicurezza gestire il paziente, con sua piena soddisfazione per la scelta del luogo di cura che più gradisce.

Il paziente trattato a casa, se non ci sono complicazioni, di solito guarisce in una decina di giorni (spesso anche prima). Il paziente ricoverato in ospedale viene dimesso in circa 8-10 giorni, ma le forme complicate possono richiedere anche 12-15 giorni. In questi casi può essere la polmonite a causare complicanze o le malattie croniche associate si possono aggravare per la polmonite. ■

pta@unife.it

Accoglienza del bambino asmatico e allergico a scuola

A cura di FEDERASMA

L'ARRIVO di un bambino asmatico o allergico a scuola non sempre è accolto favorevolmente, infatti, presenta notevoli problemi di ordine pratico, che coinvolgono tutti, dalla direzione didattica agli insegnanti fino al gruppo classe. Il bambino asmatico e allergico deve essere aiutato a sentirsi come i suoi coetanei, a socializzare con loro e ad essere integrato pienamente nelle attività scolastiche, sportive e ricreative. Questo comporta per gli insegnanti, compresi quelli di educazione fisica, un'attenzione particolare nei confronti del bambino, ma anche un impegno specifico nei confronti della classe.

L'obiettivo finale è quello di inserire il bambino asmatico e allergico a pieno titolo in tutte le attività scolastiche, facendogli accet-

tare la sua malattia come una condizione di vita normale, aiutandolo nella sua gestione quotidiana e educando tutta la scolaresca a non isolare il compagno asmatico e allergico in nessuna circostanza. L'assunzione dei farmaci a scuola, e specialmente prima di un'attività fisica, deve essere considerata un fatto normale sia dal bambino sia dai suoi compagni. In caso di crisi, il bambino deve potere contare sulla solidarietà e sulla protezione della sua classe. Nel caso del bambino con allergia alimentare i problemi di gestione sono particolarmente complessi.

Cosa fare se in classe c'è un bambino asmatico e/o allergico?

Il bambino asmatico e/o allergico deve avere la possibilità di es-

sere inserito in tutte le attività ed essere aiutato ad accettare la malattia come una condizione di vita normale. Fondamentale è il ruolo degli insegnanti ad educare il gruppo classe a non isolare il compagno che ha l'asma o l'allergia.

► I genitori devono informare se il proprio figlio è affetto da asma o da allergie, fornendo un rapporto medico con un promemoria che riporti i nomi dei farmaci e degli alimenti a cui il bambino è allergico, nonché una copia sempre aggiornata delle prescrizioni e raccomandazioni fissate dal medico curante, ed in particolare delle istruzioni da seguire in caso di crisi asmatica o reazione allergica.

► I farmaci antiasmatici devono sempre essere a disposizione del bambino. Anche il più piccolo ritardo nell'assunzione del farmaco può essere pericoloso.

► L'assunzione dei farmaci antiasmatici, specialmente prima dell'attività fisica, deve essere consentita. Alcuni bambini si vergognano di prendere i farmaci antiasmatici per via inalatoria di fronte ai compagni e vanno aiutati a superare questo problema.

► È bene ricordare all'alunno di portare con sé i suoi farmaci durante le gite scolastiche.

► Il regime alimentare previsto deve essere rispettato rigorosamente. Con l'aiuto dei genitori, si possono seguire accorgimen- ►►



- ▶ ti per far partecipare la classe, per esempio si può organizzare una merenda, un pic-nic, una festa, ecc. servendo esclusivamente i cibi consentiti al bambino allergico.
- ▶ Evitare di esporre il bambino allergico ad allergeni od irritanti adottando misure appropriate.
- ▶ L'insegnante di educazione fisica deve incoraggiare il bambino asmatico a partecipare all'attività sportiva, ad assumere il farmaco adatto prima dell'inizio dell'attività fisica e a portarlo con sé durante la lezione. Se tuttavia durante lo sport il bambino lamenta disturbi respiratori non deve essere obbligato a continuare ed il problema va segnalato ai genitori e al medico.
- ▶ Per l'alunno allergico ai pollini si raccomanda di conoscere i periodi dell'anno "a rischio" (calendario pollinico). In questi periodi il bambino deve poter restare all'interno della scuola, evitare di giocare all'aperto e, su parere del medico curante, potrà essere esonerato dal praticare l'educazione fisica all'aria aperta.

Che cosa fare in caso di crisi asmatica a scuola

I bambini affetti da asma imparano dalle loro precedenti esperienze. Sanno generalmente che cosa fare e normalmente hanno con sé i farmaci da usare per l'emergenza: un broncodilatatore a rapida azione per via inalatoria da assumere con un distanziatore. È impossibile stabilire delle regole che valgano per tutti perché i bambini sono affetti da diverse forme d'asma. I seguenti suggerimenti possono essere tuttavia sempre utili.

Assicurarsi che il bambino assuma il broncodilatatore a rapida azione immediatamente e correttamente

Il broncodilatatore a rapida azione va dato per via inalatoria. Nel caso in cui il piano terapeutico individualizzato del bambino preveda l'assunzione di compresse di cortisone è necessario farglielo prendere.

Mantenere la calma e confortare il bambino

Le crisi possono spaventare, quindi occorre mantenere la calma e agire con tranquillità ed efficienza. Non lasciate il bambino da solo, ma ascoltate attentamente quello che dice e le sue richieste: probabilmente questa non è la sua prima crisi. Cercate di aiutarlo tranquillizzandolo e dandogli conforto. Durante una crisi asmatica la respirazione si fa corta e veloce, quindi dite al bambino di respirare lentamente e profondamente. La maggior parte degli asmatici preferisce sedersi in posizione eretta o piegarsi leggermente in avanti ed appoggiare la mani sulle ginocchia per sostenere il torace. Evitare di mettere il bambino disteso in posizione supina.

Quando richiedere urgentemente l'aiuto del medico

- Il bambino non ha con sé il broncodilatatore a rapida azione.
- Il broncodilatatore a rapida azione non dà alcun effetto dopo cinque o dieci minuti.
- Il bambino non riesce a parlare o parla per sillabe.
- Si ha un qualsiasi dubbio sulle condizioni di gravità del bambino.

Che cosa fare in caso di reazione allergica a scuola

Le manifestazioni allergiche possono essere lievi, locali, con reazio-

ni limitate, fino a reazioni generalizzate e molto gravi come lo shock anafilattico. In questi casi è necessario seguire immediatamente le prescrizioni e le raccomandazioni indicate del medico curante nel piano terapeutico del bambino e trasportarlo al pronto soccorso ogni volta si presentino gravi sintomi generali.

Raccomandazioni per una sana qualità dell'aria a scuola

Obiettivi essenziali dell'adattamento dell'ambiente scolastico alle esigenze del bambino asmatico ed allergico sono:

- Eliminazione del fumo di tabacco
- Eliminazione delle muffe
- Eliminazione delle fonti di allergeni e/o ridurre le concentrazioni
- Provvedimenti di carattere generale
 - Mantenere adeguata ventilazione
 - Mantenere umidità relativa < 50% e temperatura < 22°C
 - Asportare quotidianamente la polvere dalle superfici (pavimenti, banchi, cattedre, ecc.) con panni umidi
 - Aspirare regolarmente ogni settimana con aspirapolvere dotati di filtri ad alta efficienza e di documentata efficacia



- ▶ - Nelle aule eliminare le moquette. Negli ambienti, come le palestre, ove moquette e tappeti possono essere necessari, associare trattamenti a vapore all'aspirazione a secco con aspirapolvere dotati di filtri ad alta efficienza e di documentata efficacia
- Nelle aule evitare l'accumulo di libri e giornali su cui possono proliferare muffe e acari
- Evitare armadietti nelle aule e in particolare l'accumulo al loro interno di ogni oggetto che possa costituire sorgente di umidità
- Provvedimenti specifici
 - Negli ambienti scolastici ove vi è la possibilità che i bambini dormano, ad esempio negli asili nido per il riposino pomeridiano, ricoprire materassi e cuscini con fodere di tessuto antiacaro e lavare frequentemente lenzuola, copricuscini e coprimaterassi, e coperte a temperatura superiore a 60°.
 - Richiedere a insegnanti e studenti di non recarsi a scuola con gli stessi abiti con cui hanno avuto contatto con gatti al loro domicilio.
 - Pulizia e manutenzione adeguate
Una pulizia appropriata degli ambienti scolastici (aule, sale comuni, corridoi, spogliatoi, bagni, mense, ripostigli, ecc.) è importante sia per i bambini sia per i lavoratori. Di conseguenza, è indispensabile:
 - Stilare regolamenti chiari sulle pulizie e sulle manutenzioni da effettuare ogni giorno o ad intervalli periodici (ogni settimana, ogni mese, ecc.)
 - Scegliere metodi e prodotti tenendo conto delle esigenze dei bambini ipersensibili
 - Effettuare la pulizia della scuola in assenza dei bambini
 - I prodotti utilizzati per le pulizie non devono emettere odori forti e dopo le pulizie è opportuno risciacquare bene e arieggiare gli ambienti.

Infine, è indispensabile un adeguato controllo della manutenzione degli impianti per assicurare una sufficiente temperatura e ricambio d'aria in classe nonché un monitoraggio periodico e regolare degli indicatori di qualità dell'aria. La necessità di offrire ambienti scolastici adatti anche a bambini asmatici, allergici e ipersensibili dovrebbe essere tenuta presente già al momento della progettazione dell'edificio, in modo da facilitare al massimo le attività di pulizia e di manutenzione. ■

Con la collaborazione della SIMRI, Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili.

Notizie Legislative

Riconoscimento della BPCO come malattia cronica e invalidante: un allarmante passo indietro

Nel precedente numero di RESPIRO si manifestava la soddisfazione dell'Associazione Pazienti BPCO che, con la raccolta di firme aveva contribuito al conseguimento di vedere la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) finalmente riconosciuta tra le patologie croniche e invalidanti e, di conseguenza, andava ad ottenere la gratuità delle prestazioni essenziali di monitoraggio per i pazienti che ne sono affetti.

Il 23 aprile 2008 il Presidente del Consiglio Romano Prodi e i Ministri della Salute, Livia Turco, e dell'Economia, Tommaso Padoa Schioppa, avevano firmato il DPCM contenente i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) erogati dal Servizio Sanitario Nazionale, contenenti anche la Revisione del Decreto Ministeriale 329 del 1999 sulle malattie croniche e invalidanti (D.M. del 28 maggio 1999, pubblicato nella G.U. n. 226 del 25 settembre 1999 e successive modifiche).

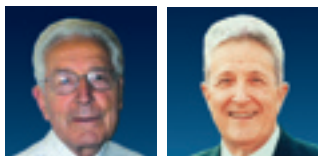
“Il ritiro da parte del nuovo governo del DPCM del 23 aprile 2008 riguardante i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), fatto di per sé molto grave – lamenta l'Associazione dei Pazienti BPCO – ci tocca molto da vicino perché blocca la decisione che aspettavamo con fiducia di vedere finalmente riconosciuta la BPCO tra le malattie croniche e invalidanti. Cosa possiamo aspettarci ora? Rivolgiamo un appello al Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali affinché ascolti le nostre richieste e trovi il più rapidamente possibile una soluzione a questa difficile situazione”.

Maggiori informazioni sul sito del Ministero www.ministerosalute.it

Mobilità delle persone in OLT

(Ossigenoterapia a Lungo Termine)

Italo Brambilla, Mario De Palma



L'ossigeno, fonte di energia e quindi di vita

La vita degli umani dipende, per quanto riguarda l'ossigeno, da una triplice capacità:

a) dell'apparato respiratorio ad introdurlo e diffonderlo nel sangue; b) dell'emoglobina (componente del sangue) a consentire lo scambio con l'anidride carbonica prodotta dall'organismo; c) del sistema cardiocircolatorio a trasportarlo nelle cellule di tutti gli organi dove finalmente l'ossigeno raggiunge il suo obiettivo: entrare nel ciclo di produzione dell'energia e sostenerlo senza sosta per consentire la continuità della vita.

L'ossigenoterapia a lungo termine (OLT)

Quando una di queste capacità si riduce e di conseguenza la pressione dell'ossigeno nel sangue scende al di sotto di un valore critico (ipossiemia), come avviene nelle persone affette da bronchite cronica ed enfisema polmonare (BPCO), la sopravvivenza dipende dalla possibilità di correggere l'anomalia fornendo un supplemento d'ossigeno, in modo pressoché continuo, dato che il nostro organismo non ha una riserva di ossigeno. Grazie all'ossigenoterapia a lungo termine, il paziente può raggiungere due obiettivi: ridurre la frequenza dei ricoveri in ospedale ed aumentare la propria aspetta-

tiva di vita. Se poi egli è anche in grado di conservare un certo grado di mobilità fuori casa, sempre in ossigenoterapia s'intende, egli riesce a ottenere un terzo vantaggio: migliorare la qualità della propria vita.

L'attività fisica (ambulatoria) in ossigeno migliora il profilo psicologico del paziente ipossiémico

La persona ipossiémica, cioè con valori insufficienti di ossigeno nel sangue, in occasione di uno sforzo cerca di compensare respirando con maggiore frequenza, ma a motivo dell'affanno avvertito durante il cammino, tende a non uscire di casa. Così facendo però, oltre a perdere appetito e forza muscolare, finisce per perdere anche la stima di sé, fino a sentirsi di peso in famiglia: è l'inizio di uno stato depressivo. Per rompere questo isolamento, anche psicologico, è necessario riprendere ad uscire di casa, così da mettersi di nuovo a contatto con gli aspetti emozionali della vita. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano ha risposto meglio che in altri Paesi a questa esigenza, concedendo a circa il 90% dei 65.000 pazienti ipossiémici in Italia il comodato d'uso del sistema di ossigeno liquido, composto da una base fissa, stoccata in casa e da un portatile rabbocebile dalla base. Una volta la settimana varie Società di Servizio domiciliare provvedono al ricambio della base di ossigeno liquido.

A proposito della mobilità fuori casa, giova ricordare che due importanti studi hanno dimostra-

to che, a parità di gravità della malattia e di buona gestione dell'ossigenoterapia, la percentuale di sopravvivenza nei pazienti in ossigeno è risultata significativamente più elevata in coloro che erano riusciti a conservare una discreta attività ambulatoria.

Ma le persone in OLT escono davvero di casa?

Per rispondere a questa domanda, negli anni 2004-2005 l'Associazione Milanese di Ossigenoterapia Riabilitativa (A.M.O.R.) propose all'Associazione che riunisce le Società di Servizio per l'ossigenoterapia a lungo termine (Assogastecnici) di eseguire un'indagine su un campione di persone in OLT, residenti in Milano e provincia, allo scopo di conoscere alcuni dati sulla loro mobilità fuori casa. L'A.M.O.R. preparò un questionario e l'Assogastecnici provvide a consegnarlo a 1000 pazienti: di essi 342 lo compilarono in modo accurato e ce lo spedirono. Dallo spoglio delle schede è risultato che: ►►



- ▶ il 7% usciva di casa per circa 1 ora al giorno;
- il 33% usciva di casa per circa 2 ore al giorno;
- il 22% usciva di casa per circa 4 ore al giorno;
- il 10% usciva di casa per più di 4 ore, a volte per tutto il giorno;
- il 28% non usciva di casa.

In totale, quindi, 246 pazienti su 342 (72%) erano in grado di uscire di casa col portatile di ossigeno liquido.

La frequenza della loro attività ambulatoria era così diversificata: 77 pazienti (31%) uscivano solo saltuariamente (pari al 22% di tutti i pazienti);

29 pazienti (12%) uscivano solo una volta la settimana (pari all'8% di tutti i pazienti);

140 pazienti (57%) uscivano quasi ogni giorno (pari al 41% di tutti i pazienti).

In sintesi, una buona risposta al questionario ed una buona attività ambulatoria.

Mobilità programmabili

Per mobilità programmabile s'intende quella che può essere programmata nell'arco di 7-8 giorni, d'accordo con la Società di Servizio domiciliare assegnata dall'ASL al singolo paziente. La Società ha così sufficiente tempo per trasferire un contenitore base di ossigeno liquido nella città scelta dal paziente, affidandolo direttamente alla persona indicata dal paziente. Questo tipo di mobilità programmabile si è ormai consolidato e funziona bene, grazie alla collaborazione e alla disponibilità delle Società di Servizio.

Le occasioni più comuni sono due: le vacanze della famiglia o del paziente e la partecipazione del paziente ai soggiorni riabilitativi in località idonee, sia d'inverno che d'estate.

Una terza occasione di mobilità programmata, invece, non ha trovato ancora applicazione, nonostante sia logica. Si tratta della mobilità intraospedaliera del paziente in ossigenoterapia, in corso di eventuali ricoveri. Giunto in ospedale, non sempre riesce a rabboccare il proprio portatile nella divisione di degenza. Questa possibilità si realizza solo se, nella divisione alla quale è stato assegnato, siano stoccati dei contenitori fissi di ossigeno liquido, provvisti di attacco compatibile. Ciò avviene solo nelle divisioni pneumologiche, specie se ad indirizzo riabilitativo. Se invece, ed è questa l'eventualità di gran lunga più frequente, il paziente viene assegnato ad una divisione a differente indirizzo specialistico, è poco probabile che egli possa utilizzare questa opportunità.

Potrebbe pertanto essere opportuno inserire nel verbale delle gare d'appalto una clausola che permetta allo specialista ospedaliero di ottenere dalla Società di Servizio qualche rifornimento di ossigeno liquido al paziente ricoverato. Ciò fino al suo ritorno a casa, quando ritroverà la sua base fissa di ossigeno liquido.

Mobilità non programmabili

Numerose sono le occasioni di mobilità non programmabile: dal semplice svago fino alle necessità familiari di vario tipo. Per questo genere di mobilità, diventa importante il grado di autonomia del portatile di ossigeno. Essa, usando un portatile di ossigeno liquido a flusso continuo, varia da 2 a 4 ore, a seconda del modello e del fabbisogno di ossigeno del singolo paziente. È questo un tempo adeguato per coloro che sono in grado di stare fuori casa soltanto per 2 o 3 ore. I pazienti che, invece, possono o debbono stare

fuori casa per più tempo, a volte per un'intera giornata (come abbiamo visto sono circa il 10%) attualmente potrebbero usufruire di quattro opportunità:

a) chiedere alla Società di Servizio un secondo portatile di ossigeno liquido, di scorta;

b) chiedere alla Società di Servizio la sostituzione del portatile di ossigeno liquido, che generalmente eroga un "flusso continuo" di ossigeno gassoso, con un modello fornito di economizzatore (così denominato perché durante l'espiazione non eroga ossigeno gassoso) affinché l'autonomia sia raddoppiata o anche triplicata;

c) chiedere alla Società di Servizio un contenitore fisso di ossigeno liquido idoneo ad essere trasportato in autovettura. Il più noto di essi è stato chiamato Weekendair e contiene circa 11 kg di ossigeno liquido: una quantità generalmente sufficiente per 2-3 giorni;

d) una quarta opportunità è data dall'uso di un concentratore portatile (capoverso 7).

Mobilità sui mezzi pubblici di trasporto: il ruolo del concentratore portatile

I progressi tecnologici hanno reso portatile il concentratore d'ossigeno e sono riusciti a farlo funzionare solo a domanda: l'ossigeno gassoso viene generato nella sola inspirazione. È dunque un economizzatore d'ossigeno, come quelli applicati ai contenitori d'ossigeno liquido, ma se ne distingue per l'impossibilità di accumulo di ossigeno nell'ambiente, anche mentre funziona: una peculiarità che lo rende particolarmente indicato sui mezzi di trasporto pubblico. Come per i contenitori "a domanda" di ossigeno liquido, il suo utilizzo richiede collaborazione da parte del paziente, nel senso che egli deve saper ispirare a bocca ▶▶

► chiusa, cioè solo attraverso il naso: una manovra che determina una lieve diminuzione di pressione nelle cavità nasali. È questo un modo di inspirare che la maggioranza dei pazienti è in grado di imparare facilmente, specie dopo aver compreso che l'inspirazione attraverso il naso è più efficace di quella a bocca aperta e quindi consente il migliore utilizzo dell'ossigeno.

Ovviamente il paziente deve essere consapevole che il concentratore portatile non sostituisce il sistema di ossigeno liquido, bensì lo completa. In che senso? Nel senso che il suo uso più logico è quello di allungare l'autonomia del portatile di ossigeno liquido, vale a dire di impiegarlo durante un viaggio e di attivarlo quando sta per finire la scorta di ossigeno liquido. L'autonomia del concentratore portatile varia a seconda del flusso di ossigeno richiesto: ad un flusso a domanda "equivalente" a 3 litri al minuto di flusso continuo ed utilizzando anche le pile di riserva contenute in una cintura, la sua autonomia è di 7 ore, nel modello più recente. A parte il sonno, quando, ovviamen-

te, il paziente non può controllare il modo di inspirare, l'unico vero limite all'uso del concentratore portatile è il rumore del piccolo motore che comprime l'aria nel filtro molecolare dell'azoto: un limite peraltro di poco significato quando il concentratore portatile viene usato sui mezzi di trasporto, di per sé rumorosi. Il peso non è più un limite: nel volgere degli ultimi anni è diminuito a solo 1,8 kg; la cintura con le pile pesa 1 kg, quindi in totale, il suo peso è meno di 3 kg.

Mobilità in aereo. L'intervento della Federal Aviation Administration

L'uso dei contenitori portatili di ossigeno liquido non è consentito sugli aerei di linea, neppure negli USA. Fino al 2005 l'unico sistema permesso era l'utilizzo di speciali bombole di ossigeno gassoso, di proprietà delle Compagnie aeree, con tutti i limiti, anche di costo, che Thomas L. Petty ben descrive nel suo ultimo libro "Adventures of an Oxy-Phile" (Edizione italiana "Avventure in Ossigeno", Midia Edizioni). Ma, alla fine del 2005 la Federal Avia-

tion Administration USA ha concluso le indagini sulla sicurezza in merito all'uso del concentratore portatile a bordo degli aerei di linea ed ha quindi deciso di consentire l'utilizzo di alcuni tipi di concentratore portatile, anche di proprietà del paziente. È questa una normativa ufficiale che finora è stata recepita soltanto da alcune Compagnie aeree negli USA, ma che tra non molto troverà ampia diffusione, anche in Italia allorché l'ICAO (International Civil Aviation Organization) lo consentirà.

Costo della mobilità

È evidente che un'estensione della mobilità delle persone in OLT e/o un miglioramento dei dispositivi necessari per offrire una migliore mobilità hanno un costo. Ma è altrettanto evidente che se, com'è stato dimostrato, la mobilità aumenta l'aspettativa e la qualità di vita del paziente, allora il problema non è più il costo, bensì l'effettiva richiesta di mobilità da parte del paziente. E, siccome l'indagine compiuta da A.M.O.R ed Assogastecnici ha evidenziato una reale richiesta di mobilità, allora anche le Istituzioni potrebbero giustificare alcune revisioni dell'attuale organizzazione dell'OLT. Inoltre, alcune pubblicazioni hanno recentemente richiamato l'attenzione delle Società scientifiche pneumologiche sulla possibilità di diminuire alcuni costi superflui nella gestione di OLT. L'intervento delle Società potrebbe quindi essere determinante sul piano scientifico e sul piano politico sanitario per correggere alcuni comportamenti, migliorare l'assistenza e contemporaneamente ridurre i costi dell'ossigenoterapia domiciliare. ■

*italo.brambilla@libero.it
mario_depalma@fastwebnet.it*



Servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco

Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Piergiorgio Zuccaro, Alessandra Di Pucchio, Enrica Pizzi, Laura Martucci, Giordano Carosi, Renata Solimini, Silvia Rossi

IL Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2006-2008 e l'ultimo documento del Ministero della Salute "Guadagnare Salute", in linea con gli intenti degli organismi sanitari internazionali, indicano la lotta al tabagismo tra gli obiettivi diretti a promuovere comportamenti e stili di vita salutari.

Il tabagismo rimane, nonostante le numerose iniziative di prevenzione portate avanti da più parti, la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile.

Nell'ambito quindi di una cultura volta a promuovere comportamenti a favore della salute se è fondamentale informare le persone rispetto ai rischi legati al fumo di tabacco è altresì essenziale supportare le persone fumatrici nel percorso per smettere di fumare.

In questa direzione un ruolo centrale è rappresentato dall'attività dei servizi per la cessazione dal fumo di tabacco e, in particolare, dal supporto specialistico offerto alle persone nei trattamenti

di disassuefazione dal fumo. L'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OssFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per contribuire alla divulgazione delle informazioni sui Centri Antifumo operanti sul territorio nazionale, fin dal 2000 censisce le strutture e mette a disposizione le informazioni raccolte sia on-line sul sito dell'OssFAD (www.iss.it/ofad) e sul sito del Ministero della Salute (www.ministerosalute.it) sia tramite il Telefono Verde contro il Fumo 800 554088.

Infatti ogni anno l'OssFAD effettua un lavoro di aggiornamento telefonico dei Centri Antifumo e le informazioni su di essi vengono accuratamente verificate contattando direttamente i Referenti dei Centri. In Italia i Servizi di cessazione dal fumo di tabacco sono stati attivati presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e del privato sociale in tempi e modalità diverse, quindi la verifica annuale delle attività è utile per fornire informazioni corrette all'utenza.

I Servizi afferiscono prevalentemente a strutture ospedaliere, territoriali e del privato sociale, con una distribuzione variabile per le varie Regioni.

Nell'ultimo aggiornamento del 2008 i centri censiti sono stati 362 di cui 267 afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e 95 alla Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT). Più della metà dei Centri Antifumo è collocata nel nord Italia (55,7%) mentre la ►►



▶ restante parte è equamente distribuita tra Italia centrale (22,3%) e meridionale (22%).

Le Regioni con il maggior numero di servizi sono: nel Nord d'Italia la Lombardia e l'Emilia Romagna; nel Centro la Toscana e il Lazio; nel Sud e Isole la Campania e la Puglia.

Per quanto riguarda i centri del SSN c'è una notevole variabilità di caratteristiche strutturali e procedurali: collocazione del servizio, composizione dell'équipe e tipologia d'intervento. Le terapie offerte all'interno dei Centri Antifumo sono: la terapia farmacologica, il counselling individuale e la terapia di gruppo. La maggior parte dei Centri Antifumo offre sia una terapia farmacologica che di sostegno psicologico. I centri afferenti alla LILT offrono un intervento basato sulla terapia di gruppo. L'accesso ai centri del SSN avviene

generalmente attraverso una prescrizione del medico di base o liberamente senza prescrizione medica. I centri della LILT sono accessibili attraverso una quota d'iscrizione all'Associazione.

Sebbene occorre lavorare ancora per far sì che i Centri Antifumo diventino realtà stabili all'interno delle strutture sanitarie, negli anni i centri antifumo sono diventati più numerosi. Infatti dal 2001 al 2007 si è avuto un incremento nel numero dei centri antifumo pari al 56,1 % a conferma che in questi anni tutte le regioni e in generale le Istituzioni stanno collaborando affinché si sviluppi a livello nazionale una rete di supporto e di aiuto per coloro che vogliono smettere di fumare. ■

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.



Fumo, nel tabacco c'è polonio radioattivo

ROMA (ANSA).

Che il fumo sia un vero attentato per la salute lo sanno tutti, ma che le sigarette contengano il polonio 210 (la stessa sostanza radioattiva usata per uccidere Alexander Litvinenko a Londra nel 2006) è noto solo a pochi "addetti ai lavori", anche a causa del colpevole silenzio delle multinazionali del tabacco. Per questo un gruppo di ricercatori statunitensi, in uno studio pubblicato sull'*American Journal of Public Health*, propone di indicare sui pacchetti il livello di radiazioni a cui si espongono i fumatori.

Dopo aver analizzato un vasto numero di documenti che le "big" del tabacco avevano secretato per decenni, i ricercatori hanno dimostrato come le multinazionali fossero a conoscenza da oltre 40 anni del pericolo radioattivo nascosto nel pacchetto di bionde. Avrebbero però deciso di mettere tutto a tacere, per non allarmare i fumatori e non compromettere gli incassi.

"Il polonio 210 nelle sigarette non è una novità – spiega Vincenzo Zagà, pneumologo bolognese e vice presidente della Società Italiana di Tabaccologia – noi a Bologna ce ne occupiamo dal 1995, e comunque diversi studi scientifici a riguardo sono stati pubblicati già a partire dagli anni Sessanta. Si tratta di una delle sostanze più pericolose e cancerogene contenute nelle sigarette: basti pensare – conclude – che fumare 20 sigarette al giorno per un anno equivale a sottoporsi a 300 radiografie".

C'è differenza d'approccio al paziente fra medici di sesso diverso?

Elena Gozzoli, Cristina Cinti, Margherita Neri

CERCANDO nuovi aggiornamenti bibliografici sulle differenze di genere nell'espressione delle patologie respiratorie, abbiamo trovato interessanti spunti sull'empatia (profonda comprensione affettiva ed emotiva) degli operatori sanitari, che sembra rivelarsi più una prerogativa femminile che maschile. Non pochi studi, infatti, evidenziano la presenza di una maggiore componente empatica nelle donne medico, rispetto ai colleghi maschi; il "feeling" o meglio, l'intesa, la sintonia, la simpatia, senza le quali, l'empatia stessa non può esistere, è sicuramente influenzato da fattori sociali, culturali ed etnici.

I clinici al femminile rivelano una maggiore accuratezza nella relazione, pongono attenzione non soltanto agli aspetti verbali della comunicazione, ma anche a quelli non verbali (veicolo prevalente degli stati emozionali che implicano sofferenza e disagio), dedicando una maggiore cura alle informazioni fornite e al modo di proporle. Anticipare le richieste che possono essere formulate dai pazienti, prevenire i dubbi, le perplessità e i timori dell'assistito, renderlo partecipe delle decisioni inerenti alla sua cura, ascoltarlo empaticamente, non stancandosi di dare spiegazioni, sono tutti aspetti che

contribuiscono alla buona adesione al trattamento e alla soddisfazione dell'utente.

Cerchiamo, pertanto, di definire meglio il termine empatia. Quale fattore consente ad una persona di aprirsi o meno nei confronti di un suo simile? La scelta si struttura attraverso l'elaborazione spontanea di tutti quei segnali, verbali e non, che si attivano nell'interazione con un'altra persona: "mi apro all'altro se ritengo opportuno farlo e decido di farlo, solo nel caso io provi fiducia nei suoi confronti". È una relazione interpersonale, caratterizzata da presupposti d'intimità, dove l'Intimo (inti- ►►



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 Pub.

► mum) si riferisce alla “zona più segreta e nascosta dell’animo, della coscienza e degli affetti”, dove un minimo sconfinamento e invasione da parte di estranei può spaventare e insospettire. Gli operatori sanitari si trovano di continuo nella condizione di dover varcare e, quindi, in un certo senso anche “violare” questa soglia dell’intimo, nell’adempimento delle finalità terapeutiche.

Il rapporto sanitario/paziente ha subito nel tempo delle variazioni; attualmente l’assistito è più consapevole e si pone, sempre più spesso, in una posizione di criticità nei confronti di chi lo cura. Bisogna dedicare sempre particolare attenzione all’individuazione di quegli aspetti che consentono di instaurare la “relazione di fiducia”, senza nulla togliere, naturalmente, all’autorevolezza professionale. Il significato d’empatia, dal

greco *empathia* “passione” e *pathos* “affetto”, può assumere un duplice significato: “fusione emotiva tra il soggetto e l’oggetto” e “capacità di capire, sentire e condividere i pensieri e le emozioni di un altro in una determinata situazione”. Esistono due interpretazioni: una ritiene che alla base dell’empatia siano rintracciabili le prime esperienze emozionali quando l’uomo vive più nella collettività piuttosto che come singolo individuo e che gran parte delle componenti della struttura comunicativa abbiano la loro radice nella simpatia. Nell’interpretazione psicoanalitica, Freud considera, invece, l’empatia quale sinonimo d’immedesimazione.

Quando capiamo i contenuti delle idee come scaturiti dagli stati d’animo, dai desideri e dai timori di chi pensa, allora comprendiamo veramente in modo psicologico o

empatico (comprensione dell’individuo che parla).

Lo psicologo statunitense Carl Ramson Rogers introduce all’importanza dell’empatia nel rapporto terapeutico, definendola capacità di immedesimarsi in un’altra persona fino a coglierne i pensieri e gli stati d’animo. Questo richiede di “entrare nel ruolo dell’altro per valutare il significato che la situazione che evoca l’emozione riveste per l’altra persona e per dare l’esatta interpretazione, verbale e non verbale, di ciò che in essa si esprime”.

“Un modo empatico di essere con un’altra persona ha molte angolature. Significa entrare nel mondo percettivo dell’altro e trovarci completamente di casa. Comporta una sensibilità, istante dopo istante, verso i mutevoli significati percepiti, che fluiscono in quest’altra persona... Significa vivere nella vita di un altro, muovendoci delicatamente, senza emettere giudizi...”. Sentirsi abbastanza sicuri di sé stessi, rappresenta un buon presupposto per non rischiare di perdersi negli aspetti dell’identità dell’altro e “tornare al proprio mondo personale” appena lo si desidera.

Il concetto d’empatia coinvolge pensieri, emozioni, affetti, intenzioni, desideri, timori, necessari per gestire in modo efficace l’interazione con l’interlocutore.

La cultura condiziona le capacità di scelta; in determinate situazioni, manifestare emozioni è interpretato come una “debolezza” e tale aspetto, difficilmente, è considerato un vantaggio. Il sanitario che coglie le sfumature in modo più attento è, comunque, sostanzialmente più adatto a gestire i rapporti interpersonali e, consapevole dei propri limiti, anche a progredire nella crescita professionale. ►►



VitalAire

Puntiamo lontano
per esservi
più vicini.

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

- Ossigenoterapia
- Ventiloterapia
- Nutrizione Enterale Domiciliare
- Nutrizione Parenterale Domiciliare
- Diagnosi e Trattamento dei Disturbi del sonno
- Ospedalizzazione Domiciliare
- Assistenza Domiciliare Integrata
- Telemedicina

**Curare bene i Vostri pazienti
per noi è indispensabile.**

VitalAire Italia S.p.A.
Via Ciardi, 9 - 20148 Milano - Tel. 02 4021.1 - Fax 02 4021379
www.vitalaire.it

Società soggetta alla direzione e al coordinamento
di Air Liquide Santé International

Numero Verde
800-863062

AIR LIQUIDE

► Le donne medico si dimostrano, più spesso, maggiormente propense ad esprimere e ad interpretare gli stati emozionali, anche negli aspetti non verbali della comunicazione, contrariamente a quanto può accadere nei colleghi maschi che risultano più distratti e distaccati. Un atteggiamento scorbutico, scostante o "asetticamente tecnico", basato su uno scarso colloquio, senza "complicità" empatica, incrementa l'inibizione dell'interlocutore. Nel rapporto di cura, il "non detto", se non rappresenta un "silenzio" opportuno, significativamente collocato entro un contesto ben definito, rischia di trasformarsi in una clamorosa omissione di un'opportunità terapeutica.

A cosa attribuire tale discrepanza tra i generi? Le tematiche restano a tutt'oggi in fase di studio e, di certo, di non facile soluzione.

Il senso comune tende a riconoscere una propensione empatica maggiore alle femmine rispetto ai

maschi. Un "maggiore interesse della bambina e della donna nei confronti del mondo interno, e perciò anche delle emozioni, a scapito del mondo esterno"; tali convinzioni sono state criticate, anche molto aspramente, dal movimento femminista, perché tacciate di confondere "il risultato di un processo di socializzazione con un orientamento a base biologica, legato alla funzione riproduttiva della donna". Recenti studi hanno evidenziato che le femmine riescono meglio nei compiti linguistici, nella memoria lessicale, nell'eleganza del linguaggio e nella grammatica, mentre i maschi manifestano una maggiore rapidità nell'orientarsi visivamente e spazialmente. I diversi modelli di socializzazione, proposti e applicati dalla cultura occidentale, che privilegiano nella bambina, sin dalla prima infanzia, "l'attenzione agli altri e la condivisione, piuttosto che la competizione" sono le recen-

ti giustificazioni delle differenze d'empatia tra femmine e maschi. La questione è senza alcun dubbio complessa ma rimane il diverso approccio empatico che femmine e maschi adottano in risposta alle varie emozioni nell'esperienza di vita quotidiana ed, in particolare, nell'espletamento della specifica competenza professionale. ■

elgopsico@libero.it
cristina.cinti@ausl.bologna.it
mneri@fsm.it

Per saperne di più

Bylund CL, Makoul L. Empathic communication and gender in the Physician-Patient encounter in "Patient Education and Counseling. 2002, 48; (3): 207-213.

Bonino S, Lo Coco A, Tani F. Empatia: I processi di condivisione delle emozioni. Giunti. Firenze, 1998.

Brown P, Levinson S. Politeness Some universal in language usage. Cambridge. University Press. Cambridge, 1987.

Friederici AD. Language comprehension: A biological perspective. Springer. Berlino, 1999.

Galimberti U. Dizionario di Psicologia. UTET. Torino, 1992.

Goffman E. On facework: An analysis of ritual elements in social interaction in E. Goffman (a cura di) Interaction Ritual: Essays on face to face behavior. New York. Random House, 1967.

Jasper K. Psicopatologia Generale. Il Pensiero Scientifico. Roma, 1964.

Kimura D. Sex and Cognition. Mit Press. Cambridge, 1999.

Rogers CR. Un modo di essere: I più recenti pensieri dell'Autore su una concezione di vita centrata sulla persona. Psycho di G. Martinelli & C. Sas. Firenze, 1983.

Rogers CR. On becoming a Person: A Therapist view of Psychotherapy. 1961 Boston Mifflin.

Scheler M. Essenza e forma della Simpatia. Città Nuova. Roma, 1980.

Street Jr RL. Gender differences in Health Care provider-patient communication: Are they due to style, stereotypes, or accommodation? in Patient Education and Counseling. 2002; 48 (3): 201-206.

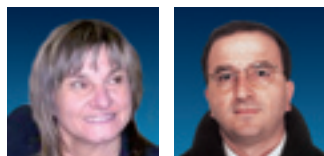
Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmatics of Human Communication W.W. Norton & Company Inc. New York, 1967.

L'Associazione Alfa1-AT

Deficit di alfa1-antitripsina



Nuccia Gatta, Bruno Balbi



QUANDO si inizia una nuova avventura non si ha la piena consapevolezza delle implicazioni degli atti che si stanno compiendo: si vive in una sorta di "stato di grazia" nel quale tutto sembra così giusto che quasi ci rimproveriamo di... non averci pensato prima. Con il passare degli anni si inizia a riflettere sulle scelte fatte e ci si interroga sulla strada da seguire. Ma soprattutto può subentrare anche una valutazione più filosofica del tipo: perché facciamo ciò?

Anche per quanto riguarda la Associazione Nazionale ALFA1-AT Onlus, noi componenti e soci fondatori siamo passati attraverso questo tipo di considerazioni. Oggi siamo proprio nel momento in cui, dopo gli entusiasmi iniziali, proseguiamo il nostro cammino con maggior consapevolezza anche delle difficoltà che ci attendono e non per questo le vogliamo affrontare con rassegnazione, ma sentiamo il bisogno di fermarci un po' a riflettere. Meglio quindi fare un piccolo passo indietro e raccontare la storia dall'inizio.

Cos'è il deficit di Alfa-1-antitripsina?

Che strano nome, non è vero? È una malattia genetica ed anche una malattia rara. È assieme alla fibrosi cistica la malattia genetica più frequente che interessa l'apparato respiratorio. Scoperta in Svezia nei primi anni sessanta è stata

considerata a lungo come una patologia che non riguarda le popolazioni dell'Europa meridionale. Solo negli ultimi 10 anni si è iniziato a studiare seriamente l'incidenza di tale malattia anche in Italia. È stato costituito un Gruppo di Studio (Gruppo IDA: identificazione del deficit di Alfa1-AT) sotto l'egida delle due Società Scientifiche Pneumologiche Italiane, AIPO e SIMeR e si è iniziato uno screening o ricerca dei casi di deficit tra i malati respiratori di tutta Italia. Nel corso degli anni si è così scoperto che il deficit esiste eccome anche in Italia: più di 250 soggetti identificati, di cui più della metà "arruolati" nel Registro Italiano del deficit.

Le manifestazioni cliniche del deficit sono quelle comuni a molte malattie respiratorie: mancanza di fiato ("dispnea"), tosse con o senza catarro, sintomatologia simile all'asma, etc. Non è quindi semplice pensare al deficit, cioè diagnosticarlo: bisogna cercarlo. Con il dosaggio dell'alfa-1 antitripsina nel sangue e, se questo risulta di livello ridotto, con altri esami più approfonditi (es. analisi del DNA), è possibile "tipizzare" il deficit, come è stato fatto appunto nel lavoro portato avanti dal Gruppo IDA. Pur se il lavoro svolto dal Gruppo IDA ha dimostrato che il deficit "esiste" anche in Italia, esso resta tuttavia una malattia rara. »

Cosa sono le malattie rare

Per potersi classificare come rara, una malattia deve ritrovarsi solo in meno di 1 caso ogni 2.000 abitanti. Con ciò si stima che tutte assieme le MR, nel mondo, interessino molti milioni di persone, tra pazienti e familiari che se ne prendono cura; probabilmente in Italia circa due milioni di persone, perché rappresentano circa il 10% di tutte le malattie. Negli ultimi anni si sono coagulati molti interessi attorno alle MR, da quello medico a quello sociale e sanitario in genere.

Parallelamente vi sono stati alcuni importanti atti legislativi sia all'estero (ricordiamo l' "Orphan Drug Act" degli U.S.A. e simili atti legislativi della U.E.) che in Italia. Nel 2001 è stata emanata una legge costitutiva delle rete nazionale per le MR, che mira a porre ordine in un campo molto vasto ed articolato, che comprende anche alcune malattie dell'apparato respiratorio. Pur interessando tutti gli organi ed apparati del nostro organismo e purtroppo colpendo individui di tutte le età, le MR hanno molti punti in comune: la diagnosi frequentemente ostacolata dalla non consapevolezza dell'esistenza di tali malattie e da test diagnostici non alla portata di tutti laboratori, la presenza di pochi centri di riferimento, talvolta difficili da individuare, i problemi anche da un punto di vista amministrativo-burocratico nel farsi riconoscere come portatori di bisogni particolari, la frequente mancanza o non approvazione di una terapia per la malattia. L'Orphan Drug Act mirava proprio a favorire la ricerca scientifica per i farmaci che curano le MR, detti farmaci orfani perché, dato il "mercato" molto ridotto a cui sarebbero indirizzati, non avrebbero un "padre" ossia una casa farmaceutica disposta ad investire molto denaro per la loro realizzazione.

► Come e perché è nata l'Associazione Nazionale ALFA-1?

Circa 6 anni orsono quella che era considerata come una malattia non solo rara ma praticamente inesistente nel nostro Paese veniva giorno dopo giorno a prendere forma come una condizione che interessava gli Italiani in misura paragonabile o comunque simile a quanto avviene nei Paesi a noi vicini, perlomeno per quanto riguarda l'Italia del Nord. In particolare vi era, e vi è ancora oggi, un'area attorno a Brescia ove, vuoi per merito dei Medici e Ricercatori della zona ("Chi cerca trova") vuoi per una reale maggiore prevalenza, si concentravano molti pazienti (cioè omozigoti per gene deficitari) e familiari di pazienti (tra cui anche gli eterozigoti o portatori del gene). In quell'anno fu organizzata una riunione tra Medici cultori della materia e pazienti a cui partecipammo noi due co-autori di questo articolo. Il Dr. Balbi, Primario della Divisione di Pneumologia Riabilitativa, Fondazione S. Maugeri, in veste di relatore e la Sig.ra Gatta come paziente. La relazione del Dr. Balbi si focalizzò proprio su questo argomento: l'associazionismo tra pazienti con il deficit così come si svolgeva in altre Nazioni ed il possibile ruolo che tale associazionismo poteva svolgere anche in Italia. La relazione del Dr. Balbi venne probabilmente in un momento in cui i tempi erano maturi per la formazione di questo tipo di associazione. Tra i presenti, la Sig.ra Gatta facente parte di una famiglia di pazienti recpi questo messaggio e nel giro di meno di un anno su sua iniziativa nacque l'Associazione Nazionale ALFA-1 AT.

Cos'è l'Associazione Nazionale ALFA-1?

È una associazione no-profit O.N.L.U.S. (Organizzazione non

lucrativa di utilità sociale), nata appunto nel 2001 che raggruppa i pazienti, i familiari dei pazienti ed i loro sostenitori. Le finalità dell'associazione così come da statuto sono quelle di promuovere la conoscenza e la consapevolezza del deficit a tutti i livelli, dai pazienti al mondo scientifico e sanitario a quello amministrativo e politico. L'Associazione ha i suoi organi statutari: l'assemblea dei soci, il Consiglio direttivo con un Presidente da esso nominato. Recentemente si è rinnovato anche il Comitato Scientifico, composto da studiosi della materia. Per avere informazioni è possibile rivolgersi ai nostri contatti telefonici o elettronici riportati nel box a fianco. Per spiegarci meglio, caro lettore, facciamo un esempio concreto: hai tosse e catarro? Ti manca il fiato se cammini o sei soggetto a crisi "asmatiche"? Ti è stato diagnosticato un enfisema o una BPCO? Hai i valori delle transaminasi sempre superiori alla norma senza aver abusato di alcolici o cibo? Potresti avere il deficit, specialmente se sei ancora giovane (diciamo fino ai 50 anni) ed hai fumato poco o niente od ancora se nella tua famiglia altre persone soffrono o hanno sofferto degli stessi problemi di salute. Come fare per scoprire se davvero sei affetto dal deficit? Chiedi al tuo medico di essere sottoposto ad un semplice prelievo di sangue per il dosaggio dell'alfa-1 antitripsina. Se tale dosaggio risulterà inferiore ai valori di riferimento del laboratorio in cui è stato effettuato sarà necessaria una "tipizzazione" del deficit ed in questo caso è davvero meglio rivolgersi agli esperti del Gruppo IDA. Aggiungiamo per la precisione che i criteri che abbiamo appena riportato sono quelli raccomandati dalle maggiori Società Scientifiche Internazionali.

Quali sono state le attività dell'Associazione Nazionale ALFA-1 AT?

Nel corso di questi anni l'Associazione ha svolto le attività per cui era nata: sensibilizzazione del mondo Scientifico e Sanitario, counselling verso i pazienti e familiari, sostegno ai pazienti nel districarsi nelle pratiche burocratiche, pro- ►►

Organigramma dell'Associazione Nazionale Alfa1-AT

Consiglio Direttivo

Nuccia Gatta (Presidente)
Roberto Bontacchio (Vice-Presidente)
Alessandro Capretti (Segretario)
Emiliana Bonera (Tesoriere)
Bruno Balbi
Enrica Bertella
Maria Vania Bertussi
Angela Mordenti
Anna Mordenti
Giuseppe Mordenti
Cristina Paterlini
Valentina Pinelli

Comitato Scientifico

Bruno Balbi (Presidente)
Francesco Callea
Giorgio Begher
Ferruccio Bonino
Mauro Carone
Luciano Corda
Sten Eriksson
Stefano Maria Giulini
Gina Gregorini
Maurizio Luisetti
Daniela Medicina
Alessandro Pezzini
Klaus Pittschieller
Claudio Tantucci
Claus Vogelmeier

Associazione Nazionale Alfa1-AT, Onlus

Via G. Galilei, 24 - 25068 Sarezzo BS
info@alfa1at.org - www.alfa1at.com
Tel. 335 7867955-335 7599026
Fax 030 8907455

► mozione e partecipazione a convegni sul tema, per cui tra l'altro la nostra Associazione è parte della rete delle Associazioni consorelle di pazienti affette da malattie rare in Italia. In Europa è socia fondatrice della Unione delle associazioni di pazienti con il deficit tra le Nazioni aderenti alla U.E. "ALFA-EUROPE", di cui Nuccia Gatta, Presidente dell'associazione, è stata Vice-Presidente. Siamo in contatto costante con le Istituzioni Sanitarie, dall'Istituto Superiore di Sanità fino alle ASL, con le Società Scientifiche in primis quelle Pneumologiche Nazionali, con le Case farmaceutiche ma soprattutto con i pazienti presenti in tutta Italia. Organizziamo ogni anno una edizione "speciale" della Giornata del

Respiro in collaborazione con AIPO. Partecipiamo ai Congressi Pneumologici Nazionali AIPO. Nel 2005 e nel 2007 abbiamo eseguito uno screening mirato in alcune zone del territorio bresciano ove sembra esservi una prevalenza del deficit. I risultati ottenuti con l'ausilio delle più moderne metodiche di indagine genetiche confermano tale ipotesi, tanto che abbiamo individuato numerosi soggetti ancora asintomatici portatori del deficit, taluni anche con varianti genetiche molto rare o non ancora descritte. A fini diagnostici e di studio abbiamo contribuito a riattivare un punto di genotipizzazione del deficit agli Spedali Civili di Brescia a cui possono afferire gratuitamente i pazienti o sospetti

tali. Abbiamo un nostro "bollettino" chiamato Alfabello, su cui riportiamo i riflessi della nostra attività e pubblichiamo lettere e contributi vari. Infine, nel settembre dell'anno scorso l'Associazione ha organizzato il Terzo Congresso Mondiale dei Pazienti con il deficit di alfa-1 antitripsina. Nella splendida cornice della Città Eterna, delegati di Associazioni di pazienti provenienti davvero da tutto il mondo si sono ritrovati assieme ai maggiori esperti scientifici sul deficit. Non spetta a noi giudicarci, ma tutti i partecipanti si sono mostrati estremamente soddisfatti del Congresso. ■

nucciagatta@libero.it
bruno.balbi@fsm.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.aiipiitalia.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
mpproia@tiscalinet.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'Ombro (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

Conversazione privata con il naso



Naso- Buon-giorno Michele come va oggi?

Michele- Oddio sei più grosso del solito, coli peg-

gio di una fontana, cosa hai combinato stanotte?

Naso- A me lo chiedi? Se ti fossi ricordato di riscaldare un po' la stanza prima di dormire, non avrei dovuto far andare i turbinati a mille.

Michele- I... che cosa?

Naso- TUR-BI-NA-TI sono pezzetti d'osso rivestiti di mucosa piena di vasi sanguigni che a seconda delle necessità si dilatano oppure si restringono.

Michele- E che c'entrano con la stanza fredda?

Naso- C'entrano eccome, perché uno dei miei compiti è di non fare arrivare aria troppo fredda ai polmoni, così adopero i turbinati come passaggio di acclimatemento, i vasi si dilatano e riscaldano l'aria per farla arrivare a quei 36-37 gradi tanto graditi alle basse vie respiratorie.

Michele- Non mi convince; e se fosse stato caldissimo?

Naso- Allora ci sarebbe stata una vasocostrizione per raffreddare l'aria e casomai fosse stata troppo secca, avrei messo in funzione delle speciali ghiandole per umidificarla ed evitarti la tosse, ingrato che non sei altro.

Michele- Intanto ci risiamo, io mi sono raffreddato come al solito e tu sei più grosso e più brutto che mai.

Naso- Colpa tua anche questa perché ti ostini a spararmi su per le narici dei vasocostrittori che mi

sfiancano la mucosa e addio barriera anti batteri.

Michele- E che sarà 'sta mucosa, la diga del Vajont!

Naso- Quasi, infatti se le ciglia che la tappezzano tutta stanno belle vispe sono in grado di lavorare come un nastro trasportatore spingendo verso la bocca polvere, germi e tutti i corpi estranei che poi vengono scaraventati fuori da un colpo di tosse, ma se un farmaco o un virus le aggrediscono non si muovono più.

Michele- Lo dici per darti importanza, ma per me rimani un'appendice insopportabile.

Naso- Organo prego, magari piccolo, ma sempre organo.

Michele- Piccolo un corno, sei così lungo che i ragazzini mi corrono dietro cantilenando "naso lungo e mento aguzzo, il diavolo ci si siede sopra".

Naso- Incompetenti, ignoranti, rispondigli con la parole di Pascal "Se il naso di Cleopatra fosse stato più corto tutta la faccia della terra sarebbe cambiata".

Michele- Sì l'ho già sentita questa storia del naso importante segno di personalità, ma io alla fisiognomica non ci credo per niente e quasi quasi mi ti dò un'aggiustatina.

Naso- Rinoplastica? Sciocchezze, il tuo setto è perfetto, pensa piuttosto a curare la tua igiene nasale.

Michele- Sarebbe a dire che mi devo lavare il naso?

Naso- Irrigarlo, per la precisione, con semplice soluzione fisiologica e piantala con le gocce. Poi impara a soffiarmi come si deve, una narice per volta, e tieni umida l'aria della tua camera, così l'ostio



rimane libero, i seni paranasali non si infiammano e tu eviti di ricadere nella tua solita sinusite.

Michele- Che c'entra l'ostia con la sinusite adesso?

Naso- OSTIO, babbeo, è un passaggio stretto che mette in comunicazione le fosse nasali con i seni; se si tappa, il muco ristagna, la mucosa si infetta e voilà la sinusite. Allora altro che gocchine, gli antibiotici ti tocca prendere!

Michele- Proverò a curarti un po' meglio ma smettila di darti tante arie.

Naso- Aria appunto, se non fosse per il mio lavoro tu saresti molto più inquinato di quel che sei e finirei col mancarti.

Michele- Eeteciù! ■

p.schisa@tiscali.it

Pillola di buonumore

Voglio vivere in eterno. Finora tutto bene.

Steven Wright, attore

Le Società Scientifiche

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

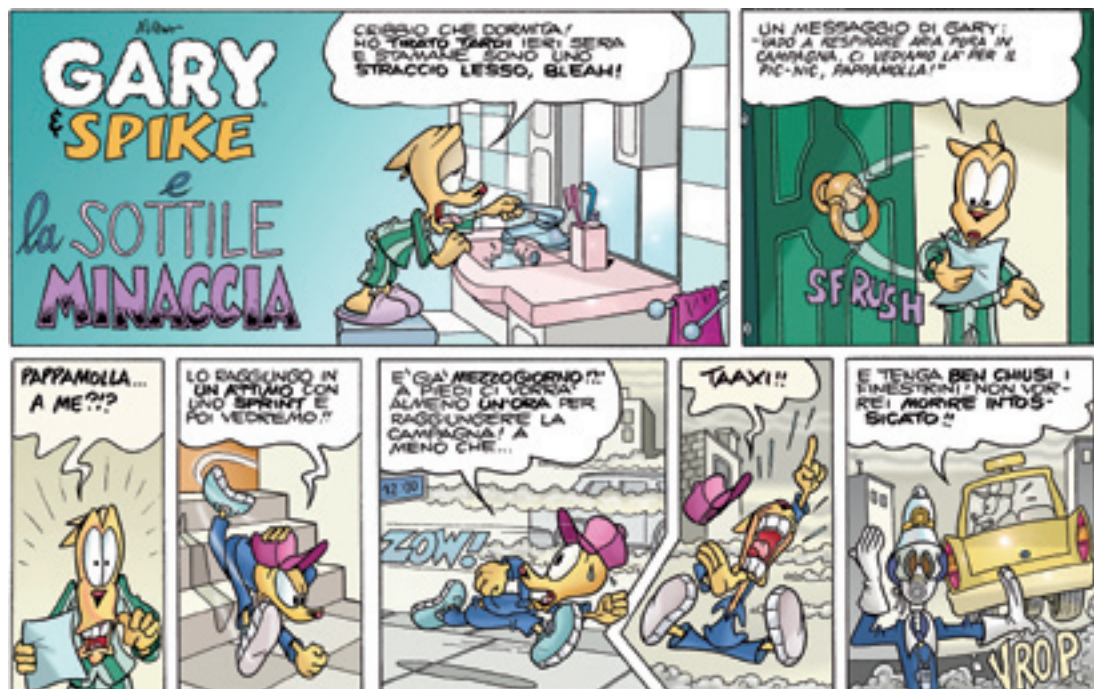
Piazza Marconi, 25

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



Chi di voi si ricorda?

**NON ASPETTATE CHE
l'influenza**



SI RICORDI DI VOI

Prevenitela facendo
uso delle pastiglie di

Formitrol

Le pastiglie di Formitrol preservano dal contagio influenzale in virtù dell'azione antisettica della formaldeide che esse contengono.

D^{ra} A. WANDER S. A. - MILANO



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 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



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