



Rivista
d'informazione
e prevenzione
respiratoria

Periodico
trimestrale

RESPIRO

Anno II
Numero 7

**Autunno
3/2009**

**Influenza A H1N1
...laviamocene
le mani!**

**Asma: informare
e definire i sintomi**

**La terapia
inalatoria**

**Fumo passivo e
focolare domestico**

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.

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



CAN YOU IMPROVE
PATIENT CARE
IF YOU SMOKE?

Grandi novità 2009

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 7 | 2009

Rivista d'informazione e prevenzione respiratoria

Periodicità trimestrale

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

Registrazione

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

Direttore Responsabile

Antonio Schiavulli

Direzione Scientifica

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

Redazione Scientifica

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

Coordinamento Editoriale

Mario De Palma, Margherita Neri

Direzione, redazione e amministrazione

MIDIA srl

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

Segreteria di redazione

Livia Pulcini

Copertina

Maurizio Milani

Impaginazione, grafica, stampa

Artestampa, Galliate L. (VA)

Pubblicità e Marketing

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

Hanno collaborato

Fabio Cibella, Sandra Frateiacchi,
Renato Testi

Finito di stampare nel settembre 2009

Editoriale

5 Come puoi curare i pazienti se fumi?

Antonio Schiavulli

Malattie di stagione

6 Influenza A H1N1 ...laviamocene le mani!

Alfredo Potena, *Pneumologo*

Patologie

8 Controllo dell'asma: l'importanza di informare e definire i sintomi

Sandra Frateiacchi,
Presidente Federasma
Renato Testi, *Pneumologo*

Paziente e terapia

12 La terapia inalatoria

Trattamento farmacologico delle malattie respiratorie
Con la collaborazione dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO

Tabagismo

18 Fumo passivo e focolare domestico: il fumo uccide?

Cristina Cinti, *Pneumologo*
Margherita Neri, *Pneumologo*

21 Fumo passivo e patologia respiratoria degli adolescenti

Fabio Cibella, *Pneumologo*

La voce dei pazienti

22 Ritorno a scuola, una giusta attenzione

23 Le Associazioni dei pazienti

I pollini

26 Calendario pollinico

Eventi

27 Fibrosi cistica, 19-25 ottobre Settimana Italiana della Ricerca

Le Società Scientifiche

Gary e Spike

28 Un tipo troppo influenzabile

Memoria storica

30 TBC, laviamoci le mani

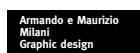
Le informazioni fornite nella rivista non servono a sostituire il medico, ma solo a dare un'indicazione utile che dovrà essere sempre valutata con il medico curante.

2009 Anno del Respiro. Promosso da:



Per conoscere tutte le iniziative, i Centri Pneumologici Italiani e le attività nella tua Città dell'Anno del Respiro vai su www.annodelrespiro.it o per comunicare con noi scrivi a informazioni@annodelrespiro.it

Gli Sponsor di questo numero



MIDIA
EDIZIONI

Copyright © 2009 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 Tuberculosis
ONLUS

Presidente

A. Mangiacavallo

Vice Presidente

G. Girbino

Past President

M. De Palma

Consiglio Direttivo

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

Sede

Via Giovanni da Procida, 7d
00162 Roma



RESPIRO C'È. DOVE?

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

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

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

Il Direttore Responsabile

Come puoi curare i pazienti se fumi?

Antonio Schiavulli



CAN you improve patient care if you smoke?
Tradotto: Come puoi curare i pazienti se fumi?

Questa domanda era riportata sulla borsa congressuale dei medici che hanno recentemente (12-16 settembre) partecipato a Vienna al Congresso dell'ERS (European Respiratory Society). La domanda in questione era rivolta ai medici partecipanti al Congresso e provenienti da ogni parte d'Europa e non solo.

Questa frase l'abbiamo messa in bocca al nostro testimonial Dylan Dog, che normalmente si rivolge ai lettori in generale, tra i quali sicuramente anche i medici, ma non sono certo loro i destinatari di una rivista come RESPIRO, nata per fare educazione sanitaria e prevenzione contro le malattie respiratorie. Si potrebbe forse pensare che è impossibile che un medico che cura le malattie respiratorie possa essere anche un fumatore, e invece la realtà ci dice che haimè non è così. Senza demonizzare nessuno, perché il fumo è dipendenza, bisogna pensare a come aiutare a smettere un medico che fuma. Il medico certo conosce meglio di chiunque i metodi e prodotti oggi disponibili per aiutare a smettere di fumare, e quindi il problema è psicologico direi, o quanto meno di volontà. E allora ecco la mia proposta. Chiun-

que abbia in mano questa rivista la porti al proprio medico, se fumatore, gli parli della incoerenza tra l'attività che svolge, finalizzata alla salute dei pazienti, e il suo comportamento. Senza accusare, si offra la propria disponibilità all'aiuto, da paziente a medico. Non si vuole qui proporre nessuno scambio di ruoli, bensì alimentare una presa di coscienza, che riguarda tutti, fumatori e non fumatori, medici e pazienti, su un problema, quello del tabagismo che miete vittime in tutto il mondo. E noi qualche volta assistiamo indifferenti, e se si è medici qualche responsabilità in più la si ha.

Il mondo che abbiamo costruito ci offre scenari sicuramente poco edificanti (guerre, corruzione, violenza, inquinamento), sembrerebbe che fumare possa essere per qualcuno quasi una fuga dalla realtà, un'evasione appunto, un piacere a cui non vale la

pena rinunciare, tanto visto l'aria che si respira... No, dobbiamo volerli un po' più di

bene, e ci riusciremo più facilmente se penseremo a quelli che verranno dopo di noi.

Se il tuo medico fuma, diglielo serenamente: "Come puoi curare i pazienti se fumi?" ■

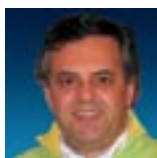
schiavulli@midiaonline.it



© Sergio Bonelli Editore 2009
Disegno di Angelo Stano
Dylan Dog è stato creato da Tiziano Sclavi.

Influenza A H1N1 ...laviamocene le mani!

Alfredo Potena



*Non fare mai previsioni.
Soprattutto quelle per il futuro!*
Casey Stengel
Giocatore americano di Baseball

LAVARSI le mani per almeno 20 secondi è una buona norma per limitare la contagiosità interpersonale.

“Lavarsene le mani”, delegando al proprio medico ed alle autorità sanitarie le decisioni sui comportamenti di gruppi di cittadini che hanno contratto l'infezione o sono a rischio di contagio, può aiutare a limitare la diffusione di focolai epidemici o ridurre il rischio di diffusione generale (pandemia) del virus influenzale A H1N1. Una delle cose più importanti è preoccuparsi dell'influenza, ma senza creare panico o allarme tra la popolazione.

È il caso che Respiro, una rivista che ha lo scopo di informare i pazienti in modo sintetico, ma efficace, faccia il punto su questa sindrome per evitare di accrescere quel senso di paura e di misterioso che la gente comune sembra vivere nei confronti dell'influenza A H1N1 detta anche “influenza Suina”.

Quante volte abbiamo detto ad amici, confortati anche dal parere del medico di famiglia, “non sto bene, ho la febbre... dev'essere un po' d'influenza” intendendo con quel po' d'influenza un quadro febbrile con leggeri disturbi respiratori o intestinali. Ebbene quasi mai questi disturbi, specialmente se si verificavano nella stagione e-

stiva, corrispondevano ad un'infezione da virus dell'influenza o avevano una durata superiore ai due-tre giorni; né si associavano a complicazioni. Davanti ad essi mai il paziente ha percepito il minimo sentore di rischio o di pericolo di morte imminente. Cose che invece, alimentate anche da un accanimento dei mezzi di informazione dalla stampa alle televisioni, pare accadere oggi nei confronti della cosiddetta influenza “suina” o da virus A H1N1.

Il virus influenzale A H1N1 dal momento della sua comparsa sulla scena mondiale ha causato tra gli scienziati preoccupazioni che non hanno tardato a generare angoscia e panico tra la popolazione di tutti i Paesi, quasi che stia incombindo sul mondo un'epidemia (meglio ancora una pandemia) in grado di causare una mortalità eccezionale, soprattutto tra i più deboli come i bambini, gli anziani o i malati cronici (diabete, asma, scompenso cardiaco, insufficienza renale etc).

Il virus A H1N1 è un tipo di virus che è in grado di diffondere rapidamente da un soggetto ad un altro perchè la popolazione è priva di difese immunitarie (cioè di anticorpi) determinando una malattia influenzale che in qualcuno può essere leggera ed insignificante, in altri può essere più pesante e grave, proprio come per l'influenza stagionale (da virus B, quello che si presenta nei mesi invernali). Questo nuovo virus influenzale può causare complicazioni o far peggiorare malattie croniche pre-esistenti, né più né meno come il Virus influenzale stagionale invernale.

La trasmissione

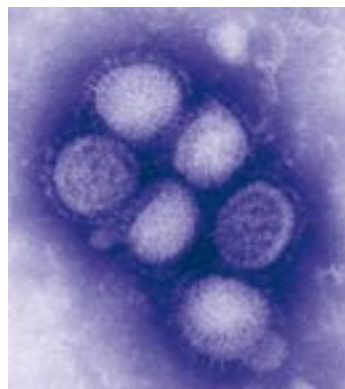
Il contagio avviene, molto facilmente, da una persona all'altra attraverso le goccioline di saliva ed è favorita dai colpi di tosse e dagli starnuti (per i quali è opportuno proteggersi con l'uso di un fazzoletto davanti alle vie aeree). Possono favorire il contagio anche il contatto tra le mani ed il materiale infetto o i contatti stretti interpersonali con persone malate.

I sintomi

Possono essere i seguenti: febbre (anche molto elevata, per due giorni o tre), brividi, tosse, mal di gola, malessere generalizzato (male ai muscoli e alle articolazioni delle ossa), stanchezza, vomito e/o diarrea.

Che fare?

In caso di comparsa dei sintomi, anche di tipo lieve come avviene nella maggior parte dei casi, è bene rimanere a casa, a riposo e consultare il proprio Medico di Famiglia, senza recarsi in Pronto Soccorso, dove il contatto con altre persone potrebbe facilmente diffondere la malattia. Non è consigliata l'assunzione di farmaci a base di aspirina, mentre può essere ►►



► utile contrastare la febbre con paracetamolo se già lo si è assunto in occasioni precedenti. Lavarsi le mani con cura, utilizzando sempre il sapone, è un buon sistema di protezione, sia verso se stessi che verso chi si avvicina. Tenere pulite le superfici (maniglie, tastiere, interruttori etc) con le quali c'è il maggior contatto da parte di gente potenzialmente infetta.

I farmaci

I farmaci ad azione antivirale devono essere utilizzati su indicazione del medico e sotto controllo dello stesso. Un impiego ingiustificato di questi prodotti potrebbe essere causa di resistenze e di inefficacia stessa dei farmaci. Inoltre i farmaci antivirali, come tutti i farmaci, possono essere causa di effetti collaterali importanti o avere controindicazioni.

Gli antibiotici, di norma, non sono indicati anche se sono possibili infezioni batteriche tra le complicanze che si manifestano durante le infezioni virali da A H1N1. In questo caso il medico può prescrivere gli antibiotici, utilizzando le molecole più appropriate per il paziente e sempre controllando l'andamento clinico. Nei pazienti con infezione respiratoria cronica è particolarmente importante il controllo medico e specialistico, per il rischio di preesistente colonizzazione batterica e di attivazione dell'infezione.

La vaccinazione

Per la "nuova" influenza è indicata la vaccinazione nei soggetti a rischio (anziani, bambini, asmatici o pazienti con BPCO, diabetici, cardiopatici etc), dei lavoratori del Sistema Sanitario, della Scuola e della Sicurezza. Per la vaccinazione nei confronti della "vecchia influenza stagionale" si raccomanda come al solito di vaccinare anziani, portatori di malattie croniche cardio-respiratorie, renali, diabetici etc. In ogni caso è importante ricordare che per una completa prevenzione si dovranno at-

tuare entrambe le vaccinazioni anti-influenzali, facendo sempre riferimento al Medico di Famiglia che potrà effettuare la vaccinazione gratuitamente in quelle regioni nelle quali il Servizio Sanitario Regionale lo avrà messo a disposizione dei cittadini a rischio. Negli altri casi il Medico potrà effettuare la vaccinazione con il farmaco acquistato in farmacia.

Nel caso si manifestasse un focolaio epidemico i soggetti influenzati dovranno rimanere a casa, stare a riposo, consultare il Medico o il Pediatra di Famiglia per ottenere indicazioni sui farmaci da usare e sui comportamenti da tenere (rimanere isolati dalle comunità per almeno cinque giorni, lavarsi frequentemente le mani, limitare i contatti stretti con altre persone per evitare di diffondere la malattia, indossare mascherine igieniche disponibili in farmacia o in negozi sanitari). Qualora ci trovassimo di fronte ad una manifestazione di epidemia cittadina, o che interessi strutture scolastiche o altre comunità il consiglio migliore è quello di seguire le indicazioni sui comportamenti da tenere che le autorità sanitarie locali (Sindaco, Assessorato alla Sanità, Azienda Sanitaria Locale) daranno ai cittadini. Il monitoraggio della situazione sanitaria

permetterà loro di decidere se è necessario o meno chiudere le scuole o altre strutture dandone comunicazione pubblica.

Quello che è noto è che il virus influenzale A H1N1, diffonde con una certa rapidità tra le persone contagiate dall'infezione, determina una malattia breve e prevalentemente caratterizzata da febbre e sintomi influenzali per pochi giorni e, se non ci sono malattie croniche associate, il quadro clinico si risolve spontaneamente e rapidamente.

Quello che non è noto è il comportamento del virus A H1N1 dopo che sarà venuto a contatto con una larga parte della popolazione mondiale: una delle ipotesi è che esso possa perdere potenza infettiva perché molte persone avranno sviluppato anticorpi. L'altra possibilità è che il virus, grazie a mutazioni della propria struttura, possa conservare o accrescere il suo potere infettivo. In quest'ultimo caso ci troveremo davanti ad uno scenario simile a quello già noto per la vecchia influenza e dovremo prepararci ogni anno a rinnovare, nel caso ci siano le indicazioni, le vaccinazioni per entrambi i virus influenzali. ■

pta@unife.it

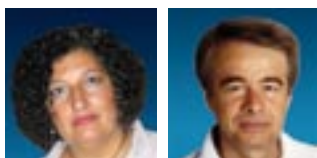
Pandemia. Cos'è

Una pandemia (dal greco pan-demos, "tutto il popolo") è una epidemia la cui diffusione interessa più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi ed una mortalità elevata. Nella storia si sono verificate numerose pandemie, fra le più recenti si ricordano l'"influenza spagnola" nel 1918, l'"influenza asiatica" nel 1957, l'"influenza di Hong Kong" nel 1968, l'HIV dal 1969. Il termine pandemia si applica solo a malattie o condizioni patologiche contagiose. Di conseguenza, molte delle patologie che colpiscono aree molto grandi o l'intero pianeta (per esempio il cancro) non sono da considerarsi pandemiche. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, le condizioni affinché si possa verificare una vera e propria pandemia sono tre:

1. la comparsa di un nuovo agente patogeno;
2. la capacità di tale agente di colpire gli uomini, creando gravi patologie;
3. la capacità di tale agente di diffondersi rapidamente per contagio.

Controllo dell'asma: l'importanza di informare e definire i sintomi

Sandra Frateiacci, Renato Testi



IL 12 e il 13 giugno scorsi, si è svolta, a Roma, la 13ª Conferenza internazionale della Federazione Europea delle Associazioni dei pazienti allergici ed asmatici (EFA). FEDERASMA Onlus (Federazione Italiana delle Associazioni di sostegno ai malati asmatici e allergici) ha presentato un progetto sull'asma volto a definire e validare un programma di informazioni minime scritte che ogni paziente deve ricevere durante le visite mediche per concorrere al raggiungimento del massimo controllo possibile dell'asma.

Alla conferenza hanno partecipato rappresentanti di numerosi paesi europei che hanno presentato più di 12 progetti sull'asma e sulle allergie.

L'attualità e l'emergenza di indirizzare importanti sforzi ed energie per contrastare la diffusione di queste patologie respiratorie, è stata evidenziata durante l'Assemblea del GARD (Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases), che si è svolta contemporaneamente e congiuntamente alla Conferenza EFA. Infine, l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha istituito un "board GARD" di esperti internazionali per coordinare l'attività delle organizzazioni governative, e non, sul fronte delle allergie e dell'asma.

Il progetto che è stato presentato da FEDERASMA nasce dalla con-

sapevolezza e dai risultati emersi nel corso di un recente studio europeo che ha coinvolto anche l'Italia e dal quale è emerso che più della metà dei pazienti asmatici, nonostante la disponibilità di farmaci efficaci, non raggiunge il controllo ottimale della malattia. Questi risultati sono stati presentati al recente congresso della Società Europea di Allergologia, tenutosi a Varsavia. Si tratta di una indagine condotta nel 2008 su un campione di oltre 50.000 persone alle quali era stata diagnosticata asma bronchiale. L'indagine è stata condotta con la stessa metodologia già utilizzata in una precedente indagine del 2006. In Italia la percentuale di pazienti non ben controllati era risultata di 63,6%: valore più alto registrato fra i paesi nei quali l'indagine era stata fatta. La percentuale di pazienti non controllati risultava più bas-

sa in Francia con un 40,8%. Limitando la valutazione del controllo ai pazienti in terapia, cioè il 69,3% dei pazienti studiati, per l'Italia, la percentuale di pazienti non ben controllati aumenta a 66,5%. Questo perché probabilmente si tratta di pazienti orientativamente con asma bronchiale di gravità maggiore. Anche questi risultati sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli ottenuti nel 2006.

Ma a che punto siamo sul controllo dell'asma? Qual è la dimensione di questo problema? È una esperienza occasionale, di portata circoscritta a qualche specialista più interessato di altri all'asma bronchiale, o si tratta di un problema diffuso?

Una buona parte delle persone che si presentano all'ambulatorio divisionale di malattie dell'apparato respiratorio sono soggetti con sintomatologia riferibile all'asma ►►

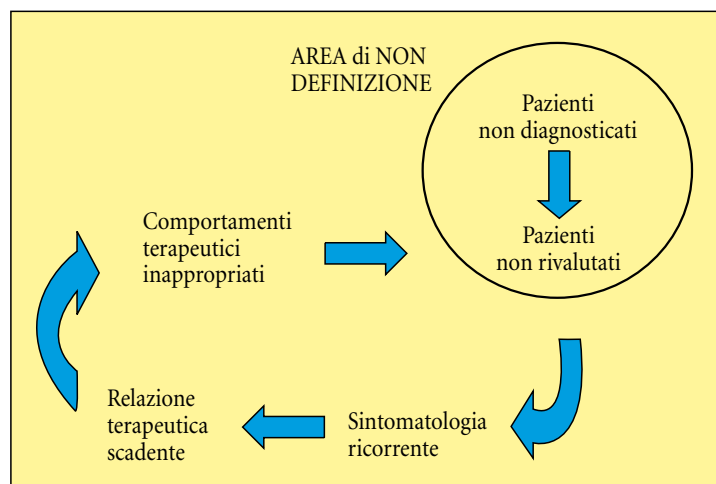


Figura 1. Circolo vizioso di mancato controllo.

► bronchiale o allergopatie in generale. Alcuni non hanno una diagnosi, altri sono persone che hanno avuto una diagnosi di asma bronchiale, ma che da tempo non eseguono controlli ed utilizzano i farmaci per brevi periodi in coincidenza dell'intensificarsi dei sintomi.

Nella Figura 1 abbiamo cercato di rappresentare il circolo vizioso che si viene a creare in questo scenario e che comporta inevitabilmente una situazione di instabilità e precarietà di salute.

Tutte queste persone hanno in comune il fatto che nei mesi o nelle settimane che hanno preceduto la visita, hanno avuto una sintomatologia riferibile a tosse generalmente secca, diurna ma a volte anche notturna, respiro sibilante, senso di costrizione al torace e fiato corto, generalmente da esercizio fisico anche solo moderatamente intenso. A volte la sintomatologia comprende: naso chiuso, starnutazione e arrossamento della congiuntiva. Non sono rari, se indagati, il riscontro di cefalea frontale con dolore alla digitopressione alle arcate sopraccigliari, e bruciore retro sternale con rigurgito non sempre acido, eccessiva salivazione e laringiti. Da non trascurare inoltre l'intolleranza all'aspirina o altri FANS.

Questa visita fa seguito a quella che queste persone hanno avuto presso l'ambulatorio del loro medico di medicina generale, il quale ha chiesto un approfondimento specialistico non solo di tipo funzionale ma anche di inquadramento per arrivare ad una diagnosi o per ridefinire una diagnosi nota di una malattia trascurata.

Questi pazienti sono preoccupati per il loro stato di salute che non è buona e sono spinti dal desiderio di individuare le cause dei loro sintomi, comprenderne il significa-

Test per il controllo dell'Asma (ACT™)

La seguente test può aiutare le persone asmatiche (dai 12 anni in su) a valutare se la loro asma è sotto controllo⁽¹⁾.

Ti preghiamo di fare un cerchietto attorno al numero che corrisponde alla tua risposta per ciascuna domanda. In totale ci sono CINQUE domande.

Puoi calcolare il punteggio totale del test per valutare se la tua asma è sotto controllo, sommando i numeri per ciascuna delle tue risposte. Ricordati di rivelare i risultati insieme al tuo medico.

1° passo:
per ciascuna domanda fai un cerchietto attorno al numero che corrisponde alla tua risposta e scrivi il numero nella casella a destra. Ti preghiamo di rispondere nel modo più sincero possibile. Questo servizio è a te e al tuo medico per conoscere le condizioni effettive della tua asma.

2° passo:
somma i tuoi punti per ottenere il totale.

3° passo:
vai alla pagina seguente per scoprire il significato del tuo punteggio.

Gira la pagina per scoprire il significato del

Domanda 1
Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso ti ha impedito di fare tutto ciò che avevi fatto di solito al lavoro, a scuola/università o a casa?

Sempre	Molto spesso	A volte	Raramente	Mai
1	2	3	4	5

Domanda 2
Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso hai avuto il fiato corto?

più di una volta al giorno	una volta al giorno	meno di una volta al giorno	mai
1	2	3	4

Domanda 3
Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso i sintomi dell'asma (fiatone, tosse, fiato corto) o dolore al petto ti hanno obbligato di notte a più presto del solito correrti o dormire al petto?

4 o più volte la settimana	Da 2 a 3 volte la settimana	Una volta la settimana	Meno di una volta la settimana	mai
1	2	3	4	5

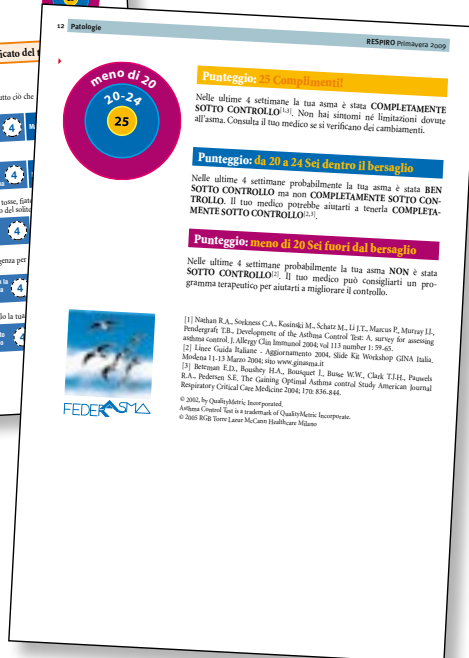
Domanda 4
Nelle ultime 4 settimane, quanto spesso hai usato il farmaco di emergenza per o per aerosol (come salbutamolo)?

5 o più volte al giorno	1 a 4 volte al giorno	Da 2 a 3 volte la settimana	Una volta la settimana o meno	mai
1	2	3	4	5

Domanda 5
Nelle ultime 4 settimane, quanto credi di aver tenuto sotto controllo la tua asma?

Scarsamente sotto controllo	Alquanto sotto controllo	Molto sotto controllo	Ben sotto controllo
1	2	3	4

Le due pagine dedicate al Test per il Controllo dell'Asma nel numero 1/Primavera 2009 di RESPIRO (www.midiaonline.it)



to e quindi trovare i rimedi giusti; in una parola, soni uniti dal comune desiderio di poter stare bene.

Tutto questo sapendo, che nella maggior parte dei casi, l'asma bronchiale consente una vita di normale qualità con scarse, o assenti, limitazioni alla vita di relazione, professionale e all'attività fisica anche agonistica. Ne è una dimostrazione il fatto che persino tra i vincitori di medaglie olimpiche, si annoverano atleti che hanno asma bronchiale. Ciò dimostra chiaramente che si può avere l'asma e tenerla sotto controllo. Il messaggio vuole essere: "se raggiungo una definizione del mio disturbo so poi come curarmi".

Oggi esiste un test semplice, standardizzato, di facile e rapida compilazione ed interpretazione che misura il grado di controllo dell'asma che si chiama Asma Control Test. Consiste di 5 domande alle quali corrisponde per ciascuna un punteggio da 1 a 5. La somma complessiva del punteggio determina il grado di controllo, ottimale se 25, comunque buono se fra 20 e 24, da rivedere il programma terapeutico se inferiore a 20.

Le conseguenze del mancato controllo sono note. Hanno un riscontro soggettivo ed obiettivo. Durante la visita ambulatoriale i pazienti non controllati hanno la sintomatologia tipica dell'asmatico, ►►

► riferiscono assenze dal lavoro, frequenti accessi al pronto soccorso e, nei casi più gravi, ospedalizzazioni, limitazioni all'esercizio fisico con più frequente sedentarietà ma anche evoluzione verso forme di asma non reversibili e più difficili da trattare. La valutazione funzionale alterna esami spirometrici con valori vicini ai migliori ottenuti dal paziente, ad altri con valori significativamente ridotti. In diversi studi questi dati sono stati confermati; ad esempio lo studio PACIS, condotto in Italia fra il 2005 e il 2006, con la partecipazione di 450 medici di famiglia, ha evidenziato un significativo aumento di ricoveri ospedalieri e di accessi al pronto soccorso in pazienti con un valore di ACT sotto lo score di 20. Diversa è la situazione dei pazienti ben controllati che si presentano alla visita programmata con cadenza regolare ad intervalli di tempo diversi in funzione del livello di gravità della malattia. Hanno esami funzionali con valori spirometrici eguali o prossimi ai valori migliori precedentemente ottenuti. Sono inoltre più stabili e riferiscono di una qualità di vita soddisfacente.

Quali sono i motivi dello scarso controllo dell'asma? Uno dei motivi principali è l'assunzione non

regolare dei farmaci antiasmatici. Esperienze recenti riportano percentuali fino al 66% dei pazienti studiati che assume farmaci episodicamente pur avendo livelli di gravità tali da richiedere una terapia regolare. A parità di tutte le condizioni, i pazienti che riportano una buona aderenza alle prescrizioni del proprio medico hanno una probabilità quasi tripla di avere un buon controllo della malattia rispetto a quelli che aderiscono solo parzialmente alle prescrizioni. Le caratteristiche cliniche dell'asma bronchiale, in quanto malattia che può esprimersi secondo fasi di gravità clinica variabile, favoriscono la percezione di un problema transitorio e periodico che influenza la regolarità della terapia ma anche l'urgenza di un inquadramento diagnostico. È noto infatti, ormai da diversi anni, che un trattamento regolare di fondo, precoce, reso possibile solo dalla precocità della diagnosi, raggiunge più rapidamente il controllo, rallenta la progressione della malattia migliorando quindi la qualità di vita dei pazienti.

Nelle malattie croniche quali l'asma ma anche diabete mellito e ipertensione arteriosa, l'approccio terapeutico è volto a mantenere sotto controllo i sintomi e la

funzione e a prevenire le riacutizzazioni e le complicanze a lungo termine. Questi tre elementi, cioè sintomi, funzione respiratoria e riacutizzazione, devono essere valutati in modo integrato.

Il controllo dell'asma basato esclusivamente sul monitoraggio dei sintomi e sul conseguente utilizzo dei farmaci broncodilatatori al bisogno, se giustificato nel tentativo di risoluzione immediata della crisi asmatica, non ha alcun fondamento nella gestione a lungo termine della malattia. Può risultare incompleto perché, se pur risolutivo nell'immediato, potrebbe lasciar inalterata la progressione della malattia verso livelli di gravità maggiore, in cui la funzione respiratoria deteriora e l'infiammazione bronchiale progredisce rendendo i trattamenti farmacologici per l'asma meno efficaci.

Anche l'approccio basato sul solo monitoraggio della funzione polmonare è limitativo perché, se da un lato può apparire semplice ottimizzarne i valori con l'utilizzo regolare del solo broncodilatatore a lunga durata d'azione, rimane non contrastata la flogosi bronchiale, notoriamente presente anche con spirometria normale, con le stesse conseguenze già descritte. Inoltre va ricordato che non c'è ►►

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



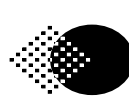
Gruppo Magneti Marelli
Divisione corse
Milano



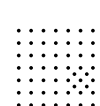
Pietro Mezzaroma e Figli
Costruzioni, Roma



Uomo Moda
Presentazione stilisti italiani
New York



Istituto Europeo di Oncologia
Milano



Ukl 101
Anti tumorale
Milano

► corrispondenza fra la percezione dei sintomi e il livello di ostruzione con la possibilità di avere esami spirometrici nella norma in presenza di sintomi. La gestione dell'asma sulla base delle sole indicazioni fornite dalla spirometria potrebbe generare un peggioramento progressivo della sintomatologia del paziente.

Valutare il controllo dell'asma limitandosi alla frequenza degli episodi di riacutizzazione, considerando questi come l'espressione più specifica del grado di infiammazione bronchiale esistente, prescindendo dalla sintomatologia del paziente nei periodi intercritici e dalla spirometria, è altrettanto limitativo. Sintomi e funzione polmonare potrebbero deteriorarsi qualora il controllo venisse valutato solamente utilizzando un indicatore del livello di flogosi, ad esempio i livelli di ossido di azoto, come hanno recentemente dimostrato alcuni ricercatori.

La raccomandazione è quindi quella di utilizzare un approccio integrato che unisca le valutazioni dei vari parametri menzionati, incluso l'Asma Control Test, ma che comprenda anche la presenza di corretti stili di vita (astensione dal fumo di sigaretta attivo e passivo, normalità dell'indice di massa corporea, regolare esercizio fisico, vaccinazione antinfluenzale), misure di prevenzione atte ad evitare il contatto con i fattori scatenanti soprattutto per coloro che soffrono di forme allergiche e il riconoscimento di eventuali patologie associate più comuni che possono rendere l'asma più aggressiva come la rinocongiuntivite, poliposi nasale, sinusite e reflusso gastroesofageo. Questo con l'obiettivo di individuare il livello di trattamento farmacologico più basso possibile, in grado di otte-

nere il più elevato livello di controllo in funzione della gravità della malattia.

Oltre agli aspetti più strettamente clinici, anche la relazione terapeutica fra medico e paziente rappresenta un fattore critico per il controllo dell'asma. Nonostante la validità clinica dei farmaci a disposizione e le capacità diagnostiche e cliniche del medico, il buon controllo terapeutico dell'asma dipende ancora in larga misura dalla consapevolezza, dalla percezione e dal vissuto del singolo asmatico nei confronti della propria malattia e dalla relazione che si instaura fra il medico e il paziente. In particolare, vogliamo sottolineare in questo intervento l'importanza delle informazioni legate alla malattia che il paziente deve conoscere. Il paziente può essere educato alla conoscenza della patologia in differenti ambiti. Quelli più indicati sono l'ambulatorio del medico di famiglia e quello specialistico. La formazione del paziente può essere fornita attraverso differenti metodologie quali suggerimenti durante le visite da parte del proprio medico di medicina generale o dello specialista, lezioni di gruppo, prevalentemente in ambito ospedaliero, educazione interattiva computerizzata possibile quindi a domicilio del paziente che si collega a siti web, letture guidate, presentazione di materiale

audiovisivo. La scelta è legata alle possibilità localmente esistenti. La tipologia di informazione da trasmettere al paziente per aiutarlo a conoscere la sua patologia, varia a seconda dei bisogni e deve includere: i meccanismi e la gestione dell'asma; i fattori scatenanti, i ruoli dei diversi farmaci asmatici e l'importanza di una regolare terapia a lungo termine; come eseguire correttamente un'erogazione dai differenti dispositivi inalatori, a volte ostici o complessi da attivare; seguire un regime terapeutico personalizzato; usare il diario dei sintomi e/o del picco di flusso espiratorio; percepire i comuni segnali di peggioramento dell'asma; gestire gli episodi di peggioramento dell'asma; evitare e gestire i fattori di rischio; valutare regolarmente il livello di aderenza alla terapia, cercando di capire le barriere eventuali che ostacolano questa aderenza (fattori cognitivi, psicologici, paura di effetti collaterali, scarsa comprensione della modalità di erogazione del farmaco); individuare le strategie volte a migliorare l'aderenza alla terapia e il grado di accettazione della propria condizione da parte del paziente e dei piani terapeutici prescritti. ■

*sandra.frateiacchi@gmail.com
rtesti@qubisoft.it*

18 novembre 2009 Giornata Mondiale della BPCO

Anche quest'anno si svolgerà in tutto il mondo la Giornata Mondiale della BPCO, evento di sensibilizzazione dell'opinione pubblica su questa malattia. Si tratta di un'occasione importante per tutti, medici e pazienti, per richiamare l'attenzione su una malattia (la Broncopolmonopatia Cronica Ostruttiva) ancora troppo sottovalutata, sotto diagnosticata e sotto trattata.

La terapia inalatoria

Trattamento farmacologico delle malattie respiratorie

Con la collaborazione dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO

L'uso della via topica inalatoria per i farmaci broncodilatatori risale alla notte dei tempi, dato che era già conosciuta all'epoca di Ippocrate. Tuttavia, è solo nel XX secolo che si è verificata la svolta storica per la cura delle malattie respiratorie con l'utilizzo dei broncodilatatori per via aerosolica nel 1935 e con introduzione in commercio nel 1956 della prima bomboletta spray. In quell'anno infatti è stato usato il primo farmaco in aerosol pre-dosato o MDI (Metered-Dose Inhaler), che ha costituito un mutamento decisivo per il trattamento dell'asma e della BPCO, conquistando notevole consenso da parte sia della classe medica sia dei pazienti. La bomboletta consente l'utilizzo di bassi dosaggi del farmaco, ha una notevole rapidità d'azione, presenta una bassa incidenza di effetti col-

lateralità ed è subito piaciuta ai pazienti perché si è rivelata semplice da usare, pratica e disponibile ovunque.

Nel corso degli ultimi cinquanta anni le tecniche inalatorie sono progredite e oggi esiste una nuova generazione di erogatori. Gli spray hanno abbandonato come propellente i CFC (clorofluorocarburi) per adottare gli HFA (idrofluoroalcani); gli erogatori in polvere o DPI (Dry Powder Inhalers) presentano rispetto al passato caratteristiche innovative, che ne rendono l'utilizzo ancora più facile e sicuro. Questi dispositivi moderni sono il frutto di anni di sviluppi tecnologici, dovuti in gran parte anche all'industria italiana, che tengono conto dei bisogni dei pazienti e si basano su sperimentazioni cliniche, che ne hanno ampiamente testato l'efficacia e la sicu-

rezza. La terapia inalatoria, se correttamente seguita, consente di ottenere un buon risultato terapeutico e può incidere positivamente sulle condizioni di salute e sulla qualità della vita del paziente. I nuovi erogatori hanno tutte le caratteristiche per assicurare un'efficace assunzione del farmaco. Numerosi studi tuttavia hanno dimostrato che i pazienti non sempre riescono a usare gli inalatori come dovrebbero e a volte hanno scarsa aderenza al trattamento, con gravi conseguenze sulla gestione e sul controllo della malattia. La campagna sulla terapia inalatoria per il trattamento farmacologico delle malattie respiratorie è promossa dall'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus, con il patrocinio del Progetto LIBRA-Linee Guida Italiane BPCO, Rinite, Asma.

CENTRO
EUROPEO
MEDICINA
RESPIRATORIA

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

Servizi di diagnosi precoce

Tac Spirale
Broncoscopia ad
Autofluorescenza
Citologia

Terapia integrata

Chirurgia Toraco Polmonare
Terapia Endoscopica
Termoablazione

ROMA - Per informazioni telefonare al 335 5488207

Dispositivi usati per la terapia inalatoria

Perché i medici raccomandano la via inalatoria?

I medici raccomandano la via inalatoria, fatta eccezione per le più gravi riacutizzazioni, perché consente di somministrare alte concentrazioni di farmaco direttamente nelle vie aeree, minimizzando od evitando effetti collaterali sistemici. I farmaci assunti in questo modo giungono direttamente nelle vie aeree (che sono la sede della malattia) ad elevati dosaggi e concentrazioni, con potenti effetti terapeutici e scarsi effetti collaterali.

Quali sono i dispositivi usati per la terapia inalatoria?

I farmaci per via inalatoria utilizzati nel trattamento dell'asma e della BPCO sono somministrabili tramite:

- > aerosol predosati in bombolette pressurizzate (MDI);
- > erogatori di polvere (DPI);
- > aerosol nebulizzati (nebulizzatori).

I vari sistemi di inalazione determinano una diversa deposizione dei farmaci nel tratto respiratorio inferiore, dovuta alle modalità di inalazione, alla grandezza delle particelle di farmaco o alla velocità dell'erogazione.

Anche se gli studi clinici non hanno dimostrato differenze di efficacia fra i vari inalatori, le prefe-

renze del singolo paziente e la facilità di uso possono influenzare non solo il risultato del trattamento farmacologico, ma anche l'aderenza alla terapia.

Quali sono le difficoltà incontrate dal paziente?

La terapia inalatoria è oggi il caposaldo del trattamento dell'asma e della BPCO, ma molti pazienti non la eseguono in modo ottimale. La dose che raggiunge effettivamente i polmoni può essere molto diversa a seconda dei vari sistemi di erogazione e uno stesso dispositivo, usato da persone diverse, può dare risultati differenti a seconda dell'abilità con cui viene impiegato e della tecnica di inalazione.

Apparentemente inalare un farmaco sembra un'operazione molto semplice, in effetti non è così.

I dispositivi esistenti sono numerosi e di vario tipo e ognuno di essi è azionato secondo modalità tecnologiche proprie. Sono sicuri ed efficaci, ciononostante tutti possono presentare una certa difficoltà, per cui occorre conoscerli molto bene, dato che si differenziano soprattutto per le loro caratteristiche di funzionamento. I principali problemi possono dipendere dal tipo di erogatore usato oppure dalle tecniche di inalazione.

Bambini, pazienti anziani o gravemente compromessi possono incontrare difficoltà all'uso dei dispo-

sitivi inalatori. In tal caso, il medico consiglia l'uso dei nebulizzatori.

Cosa chiedere al medico?

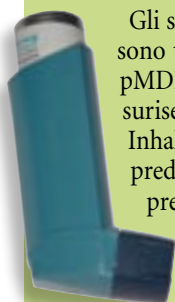
Il primo passo è comprendere la propria malattia e ricevere dal medico un piano di trattamento personalizzato. Occorre inoltre conoscere le caratteristiche dei farmaci che si assumono ed essere addestrati ad usare correttamente i dispositivi inalatori, attraverso istruzioni approfondite, complete e ripetute. La tecnica di inalazione varia per ogni tipo di erogatore ed il paziente, che a volte ne utilizza più di uno ogni giorno, deve ricevere dimostrazioni ed istruzioni scritte ed illustrate su ognuno di essi. È importante comunicare al proprio medico le difficoltà incontrate e potere concordare la scelta del dispositivo da usare, tenendo conto della propria situazione individuale.

Infine, si raccomanda al paziente di fare controllare regolarmente la tecnica seguita per l'inalazione dei farmaci ad ogni visita. In questo modo si può ottenere un miglioramento dell'aderenza alla terapia e del controllo della malattia e si possono prevenire le crisi e le riacutizzazioni.

Si ricorda la necessità di risciacquare la bocca dopo ogni inalazione per evitare la candidosi del cavo orale (mughetto).

Modalità di somministrazione

Gli spray



Gli spray (talvolta si possono trovare con la scritta pMDIs, dall'inglese Pressurised Metered-Dose Inhalers) sono aerosol predosati in bombolette pressurizzate azionate manualmente.

L'erogazione del farmaco avviene grazie alla presenza, all'interno della bomboletta, di un gas propellente, che si disperde nell'aria ed è innocuo per l'uomo. Gli spray più recenti utilizzano i gas denominati HFA (idrofluoroalcani) in sostituzione dei comuni propellenti CFC (clorofluorocarburi), che sono stati banditi in quanto dannosi per l'ambiente (distruggono la fascia dell'ozono).

I farmaci erogati sotto forma di spray sono quelli utilizzati sia per la terapia di fondo sia per la tera-

pia sintomatica. La loro assunzione richiede una buona capacità di coordinazione, perché è necessario aspirare esattamente nel momento in cui il farmaco esce dalla bomboletta. Poiché il farmaco fuoriesce ad una velocità molto elevata (120-130 km/h) il rischio è che il prodotto si depositi principalmente a livello della bocca e non raggiunga il sito d'azione, polmoni ed alveoli.

Per ovviare a questo problema i medici raccomandano l'uso del **distanziatore** (o camera di espansione), un dispositivo che, collegato alla bomboletta, impedisce che il farmaco si disperda nell'aria. I pazienti non lo adoperano volentieri a causa del suo ingombro e della necessità di procedere a operazioni di pulizia e manutenzione. Il suo volume ne rende peraltro disagiata l'utilizzo soprattutto fuori casa. Non deve essere sottovalutato il costo di questo presidio che può influenzare la scelta del paziente.

L'uso del distanziatore migliora l'erogazione del farmaco, riduce l'assorbimento sistemico e gli effetti collaterali. Gli spray recenti con propellenti HFA (idrofluoroalcani) erogano il farmaco con una velocità ridotta rispetto alle bombolette più vecchie che utilizzavano i CFC (clorofluorocarburi). Ciò determina una "nube" vaporizzata più prolungata, che dà al paziente più tempo per coordinare l'attivazione dell'erogazione con l'atto inspiratorio.

Vantaggi

- > Pratici da utilizzare, non ingombranti;
- > Erogano dosi precise;
- > Veloci da utilizzare.

Svantaggi

- > Contengono propellenti;
- > Necessitano di coordinazione da parte del paziente;
- > Mancano in alcuni casi di un contatore di dosi ad indicare quando il farmaco è terminato.

Come usare la bomboletta spray

- 1 Togliere il cappuccio ed agitare la bomboletta
- 2 Buttare fuori l'aria lentamente
- 3 Porre l'inalatore in bocca oppure vicino alla bocca
- 5 Inspirare con la bocca lentamente e profondamente mentre si effettua l'erogazione (si dovrebbero impiegare 3-4 secondi per riempire i polmoni)
- 6 Trattenere il respiro per almeno 10 secondi. Espirare
- 7 Ripetere l'operazione dopo 30 secondi

Come usare l'erogatore spray con il distanziatore (tecnica con respiro singolo)

- 1 Agitare bene l'erogatore
- 2 Inserire l'erogatore nell'apposita fessura del distanziatore
- 3 Espirare normalmente, quindi inserire il bocchaglio del distanziatore tra i denti e stringere le labbra tenendo alta la fronte
- 4 Spruzzare una dose di farmaco nel distanziatore e inspirare lentamente ma il più profondamente possibile (si dovrebbero impiegare 3-4 secondi per riempire i polmoni)
- 5 Trattenere il respiro per almeno 10 secondi, quindi respirare normalmente togliendo il distanziatore dalla bocca

In commercio esistono vari tipi di distanziatori. È bene chiedere consiglio al proprio medico.



Gli erogatori di polvere secca

Da alcuni anni sono disponibili erogatori di polvere secca predosata (DPIs, dall'inglese Dry Powder Inhalers), che offrono potenziali vantaggi rispetto agli spray. Sono generalmente più facili da usare perché non richiedono una coordinazione da parte del paziente. Richiedono invece un livello minimo di flusso inspiratorio (atto inspiratorio), di conseguenza possono risultare difficili da utilizzare per alcuni pazienti, specialmente durante le riacutizzazioni.

La polvere molto fine per lo più non ha alcun sapore. In alcuni dispositivi viene aggiunta una sostanza, lattosio, che veicola il farmaco e rende la polvere di un sapore dolciastro. Nella maggioranza dei casi non ci sono problemi per chi è allergico al lattosio, è comunque raccomandato ai pazienti particolarmente sensibili di parlarne con il medico curante. Una volta inalata correttamente, la polvere raggiunge i polmoni e arriva sino alle più piccole diramazioni bronchiali con una buona deposizione polmonare. Il medico potrebbe modificare la dose di trattamento quando si passa da un aerosol predosato con bomboletta pressurizzata ad un erogatore di polvere.

Esistono due tipologie di inalatori per polveri:

Inalatori monodose

Occorre caricare il farmaco ogni volta che deve essere effettuata l'inalazione (il farmaco è contenuto in capsule da inserire nell'inalatore, che sono forate mediante la pressione di appositi tasti). Questi inalatori possono risultare per alcuni pazienti scomodi da usare, ma permettono di controllare che il farmaco sia stato assunto completamente ed eventualmente di ripetere la manovra inalatoria.

Inoltre, possono essere lavati in quanto la polvere è contenuta in capsule o serbatoi separati.

Aerolizer



HandiHaler



Vantaggi

- > Facili da utilizzare
- > Il paziente può verificare lo "svuotamento" della capsula
- > Sono attivati dal respiro, per cui richiedono minore capacità di coordinazione

Svantaggi

- > Devono essere caricati ogni volta prima dell'inalazione
- > Occorre un elevato flusso inspiratorio al fine di ottenere una dose di polvere sufficiente a raggiungere anche le parti più distali del polmone

Inalatori multidose

Gli inalatori multidose contengono un numero di dosi variabile (da 50 a 100 o più). Sono facili da usare, richiedono una minore capacità di coordinazione e sono dotati di un contatore che permette di conoscere quante dosi residue sono ancora disponibili. In genere però offrono maggiore resistenza

all'inalazione, per cui è richiesto al paziente un flusso inspiratorio sufficiente. A volte il paziente non percepisce se l'inalazione è avvenuta o meno. I principali inalatori multidose sono:

Turbohaler



Vantaggi

- > Facile da utilizzare
- > Dotato di un contatore di dosi

Svantaggi

- > Scarsa percezione della polvere inalata.
- Resistenza al flusso medio-alta
- > Nessun meccanismo di controllo di avvenuta corretta inalazione

Diskus



Vantaggi

- > Bassa resistenza al flusso inspiratorio
- > Dotato di un contatore di dosi

Svantaggi

- > Nessun meccanismo di controllo di avvenuta corretta inalazione

Novolizer**Vantaggi**

- > Facile da utilizzare
- > Meccanismi di controllo multipli: visivo-acustico-gustativo (lattosio)

- > Contatore di dosi che registra solo le inalazioni effettuate con successo
- > Resistenza al flusso medio-bassa

Svantaggi

- > Inserimento della cartuccia multidoso (da effettuarsi solo la prima volta che si utilizza il farmaco)

Come usare il dispositivo di erogazione di polvere secca

- 1 Aprire l'erogatore e caricare il farmaco secondo le istruzioni
- 2 Espellere completamente l'aria, evitando di soffiare sull'inalatore, inserire il bocchaglio tra le labbra e inspirare il più profondamente e velocemente possibile
- 3 Togliere l'erogatore dalla bocca e trattenere il respiro per circa 10 secondi, quindi respirare normalmente
- 4 Chiudere l'erogatore dopo aver pulito il bocchaglio con un panno
- 5 Controllare le dosi residue

I nebulizzatori

Il medico consiglia l'uso del nebulizzatore a persone che non possono o non riescono ad usare bene altri inalatori, o quando solo il trattamento con un nebulizzatore risolve o allevia i problemi respiratori. Spesso ai bambini o agli anziani, il medico consiglia il

nebulizzatore quando non sono in grado di utilizzare bene uno spray o altri inalatori, che richiedono sempre una certa abilità e coordinazione. In alcune situazioni – bambini piccoli o persone anziane che non sanno usare lo spray o un altro tipo di inalatore – si ricorre ai nebulizzatori che, usando aria compressa, trasformano la

soluzione acquosa contenente le particelle di farmaco in una nube di aerosol che viene inalata dal paziente. Si tratta di dispositivi complessi e piuttosto costosi. Poiché ne esistono molti modelli in commercio, è bene chiedere il parere del proprio medico prima di acquistarli.

Come eseguire l'aerosol in modo corretto

- 1 Riempire l'ampolla con la dose indicata del/i farmaco/i prescritto/i e l'eventuale soluzione fisiologica subito prima di iniziare l'aerosol (almeno 2 cc in totale).
Si devono preferire le ampolle di plastica, che si possono aprire e lavare meglio. Scegliere il bocchaglio o la mascherina più adatta al viso (per adulti o per bambini). Verificare che i tubi siano tutti connessi e non vi siano perdite. Inserire la spina di alimentazione nella presa elettrica (o nel caso di strumenti a batteria, verificare che la carica della batteria sia sufficiente a garantire l'intera somministrazione del farmaco).
- 2 Accendere l'apparecchio.
- 3 Mettere il bocchaglio in bocca e chiudere bene le labbra, o indossare la mascherina.
- 4 Inalare con calma e lentamente per il tempo previsto senza pause e tenendo sempre le labbra serrate sul bocchaglio e senza parlare. Evitare con attenzione che l'aerosol vada negli occhi specialmente con farmaci anticolinergici o cortisonici e se si ha un'elevata pressione negli occhi (glaucoma).
- 5 Quando è finita la nebulizzazione spegnere il nebulizzatore. Non lasciare residui di farmaco per sedute successive perché la soluzione potrebbe perdere ogni efficacia e anche contaminarsi con microorganismi. Di regola la nebulizzazione si considera conclusa solo quando tutta la soluzione è stata consumata. Comunque, il tempo di nebulizzazione non dovrebbe superare 8-10 minuti. Gettare la soluzione residua. Lavare bene il viso e le mani al termine della nebulizzazione (soprattutto nei bambini) e dopo l'uso di cortisonici per evitare problemi alla pelle.
- 6 Smontare sempre ogni componente dell'apparecchio ed eseguire regolarmente una rigorosa igiene del nebulizzatore. Sostituire periodicamente i tubi e l'ampolla.
- 7 Riporre lo strumento in un luogo sicuro, lontano da fonti di calore e protetto dalla polvere dell'ambiente.

Fonte: Gruppo Attività Educazionale dell'AIPO - Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri

Uso dei dispositivi inalatori in età pediatrica

La terapia inalatoria può risultare efficace anche nei bambini e, in età pediatrica, vengono usati gli stessi sistemi di somministrazione. I medici consigliano:

> Per bambini al di sotto dei 4 anni di età, l'uso di un aerosol in bombolette pressurizzate, con distanziatore e maschera facciale o, in alternativa, di un nebulizzatore con maschera o boccaglio.

> Per bambini di 4-6 anni di età, l'uso di un aerosol in bombolette pressurizzate con distanziatore con boccaglio o maschera facciale oppure, se necessario, di un nebulizzatore con maschera o boccaglio.

> Nei bambini di età superiore ai 6 anni, l'uso di un aerosol in bombolette pressurizzate con distanziatore e boccaglio, o di un erogatore di polvere secca o di un nebulizzatore con boccaglio.

È importante che il medico insegni ai bambini e ai genitori come usare i farmaci per via inalatoria, poiché le tecniche di inalazione sono diverse a seconda dell'erogatore utilizzato.

Aerosol predosati in bombolette spray

L'uso degli aerosol predosati in bombolette spray con il distanziatore è il metodo più appropriato per somministrare i farmaci per via inalatoria ai bambini piccoli. Anche per i neonati è raccomandato l'uso dell'aerosol predosato in bombolette spray, con distanziatore a piccolo volume progettato specificatamente per questa fascia di età. La presenza di una **maschera** a tenuta stagna, che ricopra il naso e la bocca, aiuta i



Foto gentilmente concessa da: Asthma and Allergy Association, Danimarca

bambini piccoli che non accettano o hanno difficoltà ad utilizzare correttamente il boccaglio. L'aerosol predosato in bombolette pressurizzate deve inserirsi perfettamente nel distanziatore. Le dimensioni del distanziatore devono aumentare a seconda dell'età del bambino.

Erogatori di polvere

L'uso degli erogatori di polvere non viene generalmente raccomandato nei bambini piccoli, perché non sono in grado di generare un

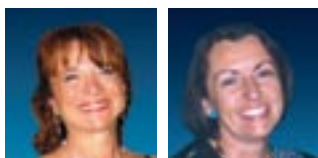
flusso inspiratorio sufficiente per fare disgregare la polvere che deve portare il farmaco nei polmoni. Il loro uso invece è possibile quando i bambini sono in grado di svolgere correttamente le manovre richieste.

Nebulizzatori

Si tratta di una buona alternativa anche per i bambini più grandi sia per il trattamento delle riacutizzazioni sia quando l'uso degli spray o degli erogatori di polvere risulti più difficoltoso.

Fumo passivo e focolare domestico: il fumo uccide?

Cristina Cinti, Margherita Neri



L'AMBIENTE domestico spesso è inquinato dal fumo di sigaretta, prodotti di combustione per cucinare e riscaldare originati da fornelli a gas, stufe a legna e cherosene, materiali da costruzione ed isolamento, colle e radon che possono essere molto nocivi.

Tra i principali inquinanti dell'ambiente interno abbiamo gli ossidi di azoto (NO_2) prodotti da qualunque tipo di combustione e la formaldeide che viene impiegata come vernice di mobili, pannelli fonoassorbenti di controsoffitti e nelle pareti divisorie. Tende negli anni a distaccarsi e a volatilizzarsi nell'ambiente circostante.

Il particolato è emesso dal riscaldamento domestico (gasolio, carbone, legna) e dal fumo di sigaretta. Dai combustibili fossili quali gasolio, olio combustibile o carbone, dove lo zolfo è presente come impurità, viene prodotta anidride solforosa (SO_2).

Il Radon è un gas che fuoriesce dal terreno vulcanico, si disperde nell'ambiente si accumula nei locali chiusi e sembra attualmente una delle principali cause di tumore del polmone nei non fumatori. Il Radon è un gas radioattivo incolore ed inodore prodotto dal decadimento del Radio, può percorrere nel terreno distanze di centinaia di chilometri. Un rimedio immediato, anche se non sempre efficace, consiste nel continuo ricam-

bio d'aria degli ambienti, soprattutto nei casi in cui questi siano interrati o a contatto diretto col terreno.

In Italia non c'è ancora una normativa per quanto riguarda il limite massimo di concentrazione di radon all'interno delle abitazioni private. Le rilevazioni nel nostro Paese sono attuabili dalle Agenzie Regionali per la Protezione Ambientale (ARPA). Il Radon penetra dal terreno nelle abitazioni contaminando soprattutto i locali poco areati nei piani inferiori (cantine, seminterrati, ecc.) e viene rilasciato dal tufo, graniti e porfidi usati come materiali da costruzione. Le Regioni più a rischio in Italia sono il Lazio (in particolare le provincie di Roma e Latina) e la Lombardia, in zone dove ci sono proprio graniti, porfido e tufo.

L'uso dell'asbesto in Italia è bandito per legge dal 1992 perché è correlato all'aumentato rischio di sviluppare mesotelioma e carcinomi polmonari; per questi ultimi è stata riscontrata una stretta relazione tra la quantità totale di asbesto inalata e l'esposizione al fumo di tabacco. Lo sviluppo di mesotelioma nelle donne è correlato con l'attività di detersione degli indumenti usati al lavoro dai mariti che erano esposti all'amianto ma anche alle caratteristiche dell'abitazione domestica, ad esempio presenza tegole e tubi di eternit, sottopentole, caldaie, pannelli protettivi.

Il principale inquinante dell'ambiente domestico resta comunque il fumo di tabacco attivo e passivo (ETS o environmental tobacco smoke) che è costituito da vapori esalati dal fumatore e contiene ►►





► varie sostanze tra le quali catrame, NO_2 , CO, acido cianidrico, ammoniaca, N-nitrosamina, idrocarburi policiclici aromatici, benzene, tutte con effetti estremamente nocivi sull'uomo. Tra questi effetti ricordiamo il tumore del polmone, del laringe, della bocca, della vescica, le malattie cardiache (infarto, angina, ecc), malattie delle arterie ed ictus, fibrosi polmonare, aggravamento dell'asma bronchiale. È inoltre la prima causa di Bronchite cronica ed Enfisema (BPCO) e di aggravamento del diabete e dell'ipertensione, di aumentata mortalità per tubercolosi.

Per ETS in genere ci si riferisce all'inalazione di fumo passivo. Esistono delle differenze tra fumi principali e secondari di tabacco conseguenti principalmente alle temperature di combustione. Le componenti variano nel tempo man mano che il fumo "invecchia" ed interagisce con le superfici degli interni.

Il fumo passivo è definito dall'Associazione dei Cardiologi Americani (American Heart Association) come l'esposizione passiva al fumo di tabacco di un'altra persona per almeno 15 minuti al giorno per più di un giorno ogni

settimana, per almeno due anni nel corso di 10 anni.

Uno storico documento pubblicato da una importantissima rivista di Medicina, il British Medical Journal, nel 1981 denunciava che in Giappone le mogli non fumatrici di forti fumatori avevano un rischio molto aumentato di sviluppare tumori del polmone. Le principali evidenze epidemiologiche sull'ETS che aumenta il rischio di neoplasie polmonari derivano proprio da studi attuati in non fumatrici sposate a fumatori. Il rischio relativo è anche funzione del numero (e caratteristiche) delle sigarette fumate giornalmente dal marito. Nei non fumatori di età 40-79 i dati di letteratura riportano un'incidenza di tumori del polmone del 14,4-20,8/100.000 per le donne e 4,8-13,7/100.000 per gli uomini. Tra tutti i portatori di neoplasie del polmone il 3-15% degli uomini e 33-53% delle donne non fumano. Questa maggiore incidenza nelle donne è legata alla differente esposizione a stimoli oncogeni ma in parte anche ad una diversa suscettibilità di genere (cioè legata al sesso) ormono-correlata.

Il Shanghai Women Study, uno studio condotto su 71.314 donne

cinesi, domiciliate in centri urbani, mai fumatrici, di 40-70 anni ha riportato 220 casi di neoplasie polmonari; l'inizio tardivo della menopausa, il lungo periodo riproduttivo, il numero maggiore di gravidanze (> 4) e l'uso di dispositivi intrauterini sono risultati protettivi nei confronti di sviluppo di neoplasie polmonari.

Gli estrogeni quindi sembrano avere un effetto protettivo nei confronti del cancro del polmone.

Sono state anche evidenziate alcune caratteristiche socioeconomiche e dietetiche di donne non fumatrici (1938) di 4 diverse aree geografiche italiane esposte a ETS con mariti fumatori: erano meno istruite, vivevano in ambienti più affollati e generalmente appartenevano a classi sociali poco abbienti, inoltre mangiavano meno verdure. Caratteristiche socioeconomiche simili sono state docu- ►►

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.



mentate in donne di altri Paesi Europei e del Nord America.

Infine ricordiamo che la diagnosi di BPCO è particolarmente sotto-stimata nelle donne ed esistono delle peculiarità di genere anche nelle espressioni cliniche della BPCO e nella segnalazione dei sintomi.

L'esposizione a ETS determina anche aumentata mortalità coronarica (per infarto ed angina) fra le non-fumatrici.

In uno studio effettuato ad Hong Kong è stata riportata una relazione dose-dipendente tra fumo passivo e mortalità per ictus, BPCO, neoplasia del polmone, cardiopatia ischemica cronica e tutte le cause di morte (34%).

La relazione dose-dipendente è quasi doppia rispetto alla mortalità per tutte le cause riportata in Nuova Zelanda (15%) probabilmente per il minore affollamento domestico e la migliore igiene ambientale (BMJ 2005).

Nei Paesi meno sviluppati è comunque difficile differenziare il danno da inalazione di fumo passivo di tabacco e quello derivante

da fuochi domestici. Le donne cinesi di Xuan Wei, non fumatrici nel 99% presentano una notevole incidenza di neoplasie del polmone verosimilmente correlata all'esposizione di fumi di cottura e vapori di frittura di certi oli; la mortalità femminile per cancro del polmone è del 25,3 x100.000 abitanti. I fumi del carbone usato come combustibile per cucinare e riscaldare in case senza camini sono risultati ad alto contenuto di idrocarburi aromatici policiclici. L'associazione sembra ulteriormente potenziata dalla presenza di alcune caratteristiche genetiche.

La mortalità cardio-respiratoria nelle donne asiatiche è significativa anche in altre esperienze pubblicate. L'esposizione a fumo passivo domestico in Cina aumenta il rischio di malattie cardiorespiratorie del 15-36%: neoplasie del polmone e coronaropatia. Si conferma anche l'incremento della mortalità per altre cause cardiovascolari, ictus e tutte le neoplasie. L'esposizione domestica al fumo passivo dei mariti potenzia nelle donne non fumatrici l'azione di tutte le cause di mortalità e morbidità cardiorespiratoria; l'esposizione al fumo passivo nei luoghi di lavoro aumenta ulteriormente la mortalità per cancro specie quello del polmone. Anche la tubercolosi è correlata con ETS. Uno studio recente segnala una correlazione tra esposizione a fumo passivo domestico, sia di tabacco sia di biomassa (da combustibili utilizzati in ambiente domestico, sostanze di origine animale e vegetale, non fossili, usate per la produzione di energia) e tubercolosi polmonare.

Concludendo possiamo affermare che esistono delle evidenti peculiarità di genere: le donne sono storicamente esposte ai rischi legati alle attività domestiche non retribuite, per motivi sociali e, spe-



cie nei paesi asiatici, le non fumatrici sono particolarmente esposte al fumo passivo dei maschi conviventi. L'esposizione al fumo ambientale domestico risulta più probabile per una donna non fattrice ed il danno è proporzionalmente concentrato dalla fisiologica ridotta superficie corporea femminile. L'inquinamento domestico da combustibili da biomassa espone a rischio di danno respiratorio grave il 50% della popolazione mondiale, in particolare le donne e nei paesi in via di sviluppo.

Non sembra poi inopportuno ricordare che in Italia secondo l'ISTAT in un report del 2006 i casi di violenza e maltrattamenti contro le donne dentro e fuori dall'ambito domestico sono ancora numerosissimi (7 milioni di donne nell'arco della loro vita le hanno subite), poco denunciati e anche con esiti letali viste le recenti tragiche cronache dei media.

L'amore uccide? A volte sì! L'ambiente domestico risulta particolarmente pericoloso specie per le donne. ■

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



Fumo passivo e patologia respiratoria degli adolescenti

Fabio Cibella



ÈOGGI ben noto come il fumo di sigaretta sia un importante fattore di rischio per gravi patologie a carico dell'apparato respiratorio (broncopneumopatia cronica ostruttiva e tumori) nonché dell'apparato cardiovascolare, anche se questa consapevolezza non appare mai abbastanza da tutti realizzata. Il fumo di sigaretta, però, è in grado di determinare effetti nocivi sulla salute dell'apparato respiratorio anche se a fumare non siamo noi ma solo chi ci sta accanto. In particolare, il fumo delle donne durante la gravidanza e il fumo in vicinanza di un bambino, soprattutto in ambienti chiusi, durante i primi anni di vita può determinare effetti negativi sulla salute che potranno manifestarsi anche a distanza di molti anni.

In un recente studio epidemiologico condotto a Palermo* su un numeroso campione di studenti di 16 Scuole Medie Inferiori cittadine, è stato possibile indagare la salute respiratoria dei ragazzi, anche mediante l'esecuzione di test allergici e spirometria, un test, questo, che è in grado di misurare la funzione delle vie aeree. L'utilizzo di un questionario compilato sia dai

ragazzi che dai loro genitori, poi, ha consentito di acquisire tutte le informazioni utili per definire la storia clinica del ragazzo per quanto riguarda i problemi relativi alle malattie allergiche delle vie aeree, e all'asma bronchiale in particolare. I dati così ottenuti sono stati messi in relazione con l'abitudine dei genitori al fumo prima e dopo la loro nascita (in particolare, il fumo della madre in gravidanza e il fumo dei familiari nell'abitazione di residenza durante il primo anno di vita). È emerso che in circa il 12% delle famiglie degli oltre 1600 ragazzi intervistati la madre aveva fumato durante la gravidanza e che in circa un quarto delle famiglie almeno un familiare aveva fumato accanto al bimbo durante il primo anno di vita. L'effetto di tale esposizione "passiva" al fumo di sigaretta è stato un netto incre-

mento (circa il 40%) delle patologie acute respiratorie (bronchite asmatica, polmonite, bronchite, bronchiolite) nel corso dei primi due anni di vita. Ma, dato forse ancora più importante, si è osservato un significativo aumento, a distanza di 10-14 anni, dei casi di asma bronchiale. In particolare, i ragazzi la cui madre aveva fumato durante la gravidanza presentavano aumento del rischio non solo per episodi acuti delle vie aeree nei primi anni di vita, ma anche per una funzione respiratoria deteriorata durante l'adolescenza, ovvero diversi anni dopo l'esposizione. Inoltre, gli episodi acuti delle vie aeree nell'infanzia, dal canto loro, sono stati associati a un vistoso incremento del rischio di asma bronchiale all'epoca dell'indagine epidemiologica. ►►

*Lo studio è stato realizzato da Fabio Cibella¹, Giuseppina Cuttitta¹, Stefania La Grutta², Mario R. Melis¹

¹ Istituto di Biomedicina e Immunologia Molecolare del Consiglio Nazionale delle Ricerche, Palermo.

² Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente, ARPA Sicilia, Palermo.



► Questi risultati non soltanto fortemente propongono un'ulteriore evidenza degli effetti del fumo di sigaretta anche su chi non fuma direttamente ma è solo esposto al fumo di chi gli sta accanto, ma mettono anche in evidenza come ancora molto possa e debba essere fatto in termini di prevenzione delle malattie dell'apparato respiratorio che così tanto dipendono da abitudini di vita evitabili. In particolare, l'elevato numero di donne che non sospendono l'abitudine al fumo di sigaretta durante la gravidanza e il gran numero di bambini esposti al fumo dei familiari in ambito domestico durante la prima infanzia, dimostra come sia necessario incrementare le campagne di prevenzione identificando nuovi strumenti che siano in grado di raggiungere anche le fasce di popolazione svantaggiate dal punto di vista socio-economico, ovvero quelle in cui è



più complesso ottenere la consapevolezza degli effetti per la salute derivanti da abitudini e stili di vita incorretti. L'abbattimento dei fattori di rischio evitabili potrà contribuire a ridurre la prevalenza delle patologie respiratorie allergiche che ha evidenziato un

progressivo incremento nel mondo occidentale negli ultimi decenni e che ancora cresce in Italia, mentre una tendenza alla stabilizzazione sta emergendo in questi ultimi anni in alcuni paesi di lingua anglosassone. ■

fabio.cibella@ibim.cnr.it

Sanità Militare contro il Tabagismo

Mentre l'Italia piange i suoi caduti della guerra afgana, gli ambienti militari si organizzano per contrastare un nemico maggiore. Niente cannoni, cingolati, ricognitori e tenuta d'armi per questo nemico che è tra noi, silenzioso carnefice, da oltre mezzo secolo. Troppo tardi il tabacco è stato riconosciuto "prima causa di morte evitabile al mondo". Così, mentre ci apprestiamo in questi giorni ad avere un'audizione al Senato su questo tema (il presidente SITAB Biagio Tinghino è già stato precedentemente ricevuto), la autorità sanitarie militari sferrano la prima offensiva, fatta di metodo scientifico e di future strategie. L'arma è rappresentata dal convegno che si terrà all'Ospedale Militare del Celio, a Roma, il 26 settembre, con un tema che rende bene l'idea: "Tabagismo e Sanità Militare. Il problema, le strategie di controllo, i servizi territoriali". Si parte dalla triste constatazione che negli ambienti militari si è fumato e si continua a fumare tanto. Negli spacci della NATO una stecca di sigarette della migliore marca costa appena 15 euro, e i soldati possono comprarne fino a 6 stecche al mese. Una pacchia che si rivela un boomerang se si pensa al danno che quel tabacco causerà ai militari in carriera e di transito, forse invalidandoli per il resto della vita. La prima forma di invalidità è la dipendenza stessa, quella cosa che ti obbliga a fidelizzarti forzatamente, a comprare e ricomprare, incessantemente, fino a quando i polmoni trasuderanno di colaticcio catramoso. Il secondo passo è quello di estendere questa consapevolezza negli ambienti della sanità militare italiana, e il terzo sarà quello della creazione di servizi per la cura della dipendenza tabagica proprio in ambito militare, come è accaduto a La Spezia, che ha già una buona esperienza di lavoro alle spalle. Ciò significa che il problema è già all'attenzione di questi ambienti e della Croce Rossa, ma è arrivato il momento di agire in modo appropriato. Ci si attende che la strategia militare possa sortire maggiori risultati di certe azioni isolate che hanno prodotto solo... fumo.

(Giacomo Mangiaracina, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori)

Programma: http://www.gea2000.org/convegni/convegno_sanita_militare.pdf

Ritorno a scuola, una giusta attenzione

A settembre 8 milioni di studenti tornano sui banchi di scuola. I consigli di Federasma per un rientro senza pericolose "sorprese" per i bambini allergici e asmatici.

DOPO la pausa estiva, 8 milioni di bambini in Italia ritornano sui banchi di scuola. Di questi, uno su dieci soffre di sintomi asmatici ed uno su tre di sintomi allergici. In Italia le allergie sono al terzo posto nelle malattie croniche, mentre l'asma bronchiale è tra le malattie croniche adolescenziali più frequenti e le più recenti evidenze scientifiche hanno reso noto come i fattori ambientali, siano essi esterni o interni (indoor) "giocano" un ruolo importante nella loro eziopatogenesi.

È dimostrato, infatti, che l'inquinamento dell'aria degli ambienti indoor si associa ad un maggior rischio di irritazioni, sintomi respiratori acuti, iper-reattività bronchiale e sensibilizzazione allergica. Inoltre, l'inalazione di "allergeni indoor" può indurre, in soggetti sensibilizzati, una rapida risposta infiammatoria, mentre ripetute esposizioni possono causare anche asma bronchiale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha recentemente pubblicato un lavoro che dimostra che chi abita, o frequenta abitualmente, edifici umidi o con muffe, ha il 75% di possibilità in più di soffrire di disturbi respiratori come l'asma: si stima che in Europa il 20-30% degli edifici abbia questo problema.



A rendere noti questi dati e a sensibilizzare i genitori dei bambini allergici ed asmatici, a pochi giorni dal rientro a scuola, è Sandra Frateiaci, Presidente Federasma Onlus (Federazione Italiana delle Associazioni di sostegno ai malati asmatici e allergici) la quale ha aggiunto: "dopo le vacanze trascorse all'aria aperta, spesso in località vicine al mare o in montagna, i bambini asmatici e allergici che vivono nelle grandi città devono far di nuovo i conti con l'aria inquinata e con altri fattori di rischio presenti negli ambienti chiusi dove trascorrono molto tempo della loro giornata. Come si sa, la casa e la scuola sono i luoghi più frequentati dai bambini. A scuola i bambini trascorrono dalle 4 alle 8 ore al giorno per almeno 10 anni. In questi ambienti i rischi per la salute dei bambini allergici e asmatici possono essere più elevati che non a casa.

Se a casa le misure di prevenzione ambientale sono applicate dai genitori dei bambini allergici, a scuola gli studenti allergici sono spesso costretti a vivere in ambienti "inquinati". Nelle aule scolastiche, infatti, gli acari della polvere, i derivati di animali domestici ("trasportati" attraverso gli indumenti dei bambini) e alcuni microrganismi, come funghi e spore (muffe) – ha aggiunto Sandra Frateiaci – rappresentano le principali fonti di allergeni indoor: si tratta di pericoli "invisibili" e pertanto subdoli e pericolosi per i soggetti maggiormente a rischio". Oltre agli allergeni, negli ambienti scolastici i bambini possono essere esposti a molti inquinanti chimici che traggono origine da fonti interne: dai materiali da costruzione e di arredamento, dai sistemi di riscaldamento, dalla cottura dei cibi nelle mense, dai prodotti usati per la pulizia degli ambienti, dalla strumentazione e macchi- »

► nari (es. fax, stampanti, PC e macchinari vari) ecc.; altri ancora provengono dall'aria esterna (PM10, ossidi di azoto), soprattutto se l'edificio scolastico è situato in una zona ad elevato traffico; inoltre pollini e spore provenienti dai giardini e altri spazi esterni possono essere presenti, anche in alte concentrazioni, nell'aria interna.

Un'attenzione particolare, dovrebbe essere dedicata ai bambini ancora in tenera età che si apprestano per la prima volta a varcare le soglie dell'asilo nido o della scuola materna. È infatti dimostrato che proprio nei primi anni di vita, le esposizioni ambientali possono influenzare il sistema immunitario verso una risposta di tipo allergico.

Per dare un contributo pratico FEDERASMA ha messo a punto

un breve Vademecum rivolto alle scuole e ai genitori dei bambini allergici ed asmatici che a breve torneranno ad occupare i banchi di scuola.

Queste le principali regole generali da rispettare

Inserire l'alunno/studente tutte le attività scolastiche, sportive e ludico-ricreative tenendo conto delle esigenze derivanti dalla specificità della patologia dalla quale è affetto mettendo in atto un protocollo di gestione dell'ambiente scolastico e delle eventuali criticità ed emergenze che potrebbero dover essere gestite durante l'orario scolastico:

- **Comunicare alla scuola** le patologie da cui è affetto l'alunno/studente così che la scuola attivi, in collaborazione con le strutture

sanitarie competenti in materia di salute, un protocollo di gestione che tenga conto delle necessità di tipo sanitario (sommministrazione dei farmaci e gestione delle emergenze), ambientale ed alimentare.

- **Fornire alla scuola** una copia sempre aggiornata dei farmaci prescritti in particolare, le **istruzioni da seguire** in caso di **crisi asmatica o reazione allergica** (protocollo terapeutico personalizzato) e le raccomandazioni dietetiche fissate dal medico curante.

- **Rispettare con il massimo rigore il regime alimentare** dell'alunno/studente con documentata allergia alimentare **assicurando** che i cibi somministrati non vengano contaminati con gli allergeni a cui il soggetto è sensibile. ►►

Le Associazioni dei pazienti

AIMS Onlus

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

A.I.P.A.S. Onlus

Associazione Italiana Pazienti con Apnee del Sonno
Via Vittani 5 - 20157 Milano
tel./fax 023551727 - cell. 3343361267
info@sleepapnea-online.it
aipasonlus@fastwebnet.it
www.sleepapnea-online.it

AIPI Onlus

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

Alfa1-AT

Associazione Nazionale Alfa1-Antitripsina
Via Galilei, 24 - Sarezzo (BS)
tel. 335 7867955 - fax 030 8907455
nucciagatta@libero.it - info@alfa1at.org
www.alfa1at.org

ALIR

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

AMIP

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

AMOR

Associazione 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 Onlus

Via Cassia, 605 - 00189 Roma
tel. 06 33253020 - fax 06 33259798
franchima@tin.it
www.pazientibpc.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.mariocrivaro.onlus.it

FEDERASMA Onlus Federazione Italiana delle Associazioni di sostegno ai Malati Asmatici e Allergici

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

Lega Italiana delle Associazioni per la Lotta contro la Fibrosi Cistica

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

RIMAR

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

- **Non escludere** a priori l'alunno/studente dall'attività sportiva ma seguire invece le indicazioni fornite dal medico curante (eventuale premedicazione e ambiente idoneo).
- **In caso di allergie ai pollini**, evitare di far giocare o fare sport all'aperto durante i periodi dell'anno "a rischio" (come da calendario pollinico).

Negli ambienti scolastici interni

- **Nei periodi di impollinazione o in presenza di elevato traffico veicolare esterno**, mantenere le finestre chiuse e favorire il soggiorno all'interno dei locali scolastici.
- **Eliminare tendaggi interni**, ove ciò non fosse possibile, predili-

gere tende a vetro facilmente rimovibili e lavabili.

- **Preferire alle classiche lavagne con il gesso** lavagne metalliche o plastificate con i relativi pennarelli atossici.
- **Utilizzare il grembiule** in quanto utile per proteggere, anche se parzialmente, il soggetto allergico dall'esposizione agli allergeni degli animali eventualmente presenti nelle case dei compagni di classe e da questi trasportati attraverso gli abiti e le calzature.
- **Lasciare a scuola i grembiuli** in un apposito armadio chiuso.
- **Appendere i cappotti all'esterno delle aule.**
- **Far rispettare categoricamente il divieto di fumo in tutti gli ambienti confinati.**
- **Effettuare le attività di pulizia al termine dell'orario scolastico o**

comunque in assenza degli alunni/studenti con particolare riferimento ai soggetti affetti da asma e allergie.

Negli ambienti esterni

- **Non fumare** nelle zone di ritrovo ricreativo.
- **Estirpare regolarmente piante fortemente allergizzanti** come la parietaria, le graminacee o l'ambrosia.
- **Non effettuare lavori di giardinaggio** (taglio dell'erba, etc.) **durante le ore scolastiche.**
- **Verificare attentamente che non ci siano nidi di vespe, api o calabroni.**
- **Verificare la presenza della "processionaria"** (è importante perché causa di gravissime reazioni allergiche) in giardini scolastici dove sono presenti i pini. ■

Asma e allergie sono malattie croniche, che richiedono **adeguate** misure di prevenzione.

L'informazione, la gestione ed il controllo della malattia sono i tre punti essenziali per la tutela del paziente asmatico ed allergico, per questo FEDERASMA onlus è impegnata costantemente per diffondere informazioni rivolte al paziente divulgandole attraverso pubblicazioni, incontri pubblici di prevenzione, incontri di formazione rivolti al personale sanitario e al personale scolastico e manifestazioni nazionale e locali volte a sensibilizzare l'opinione pubblica e i media.

Visita il nostro sito **www.federasma.org** oppure contattaci per avere maggiori informazioni sulle nostre attività.

Un respiro di sollievo.



Per ricevere assistenza sulla conoscenza della patologia e nell'utilizzo degli inalatori.

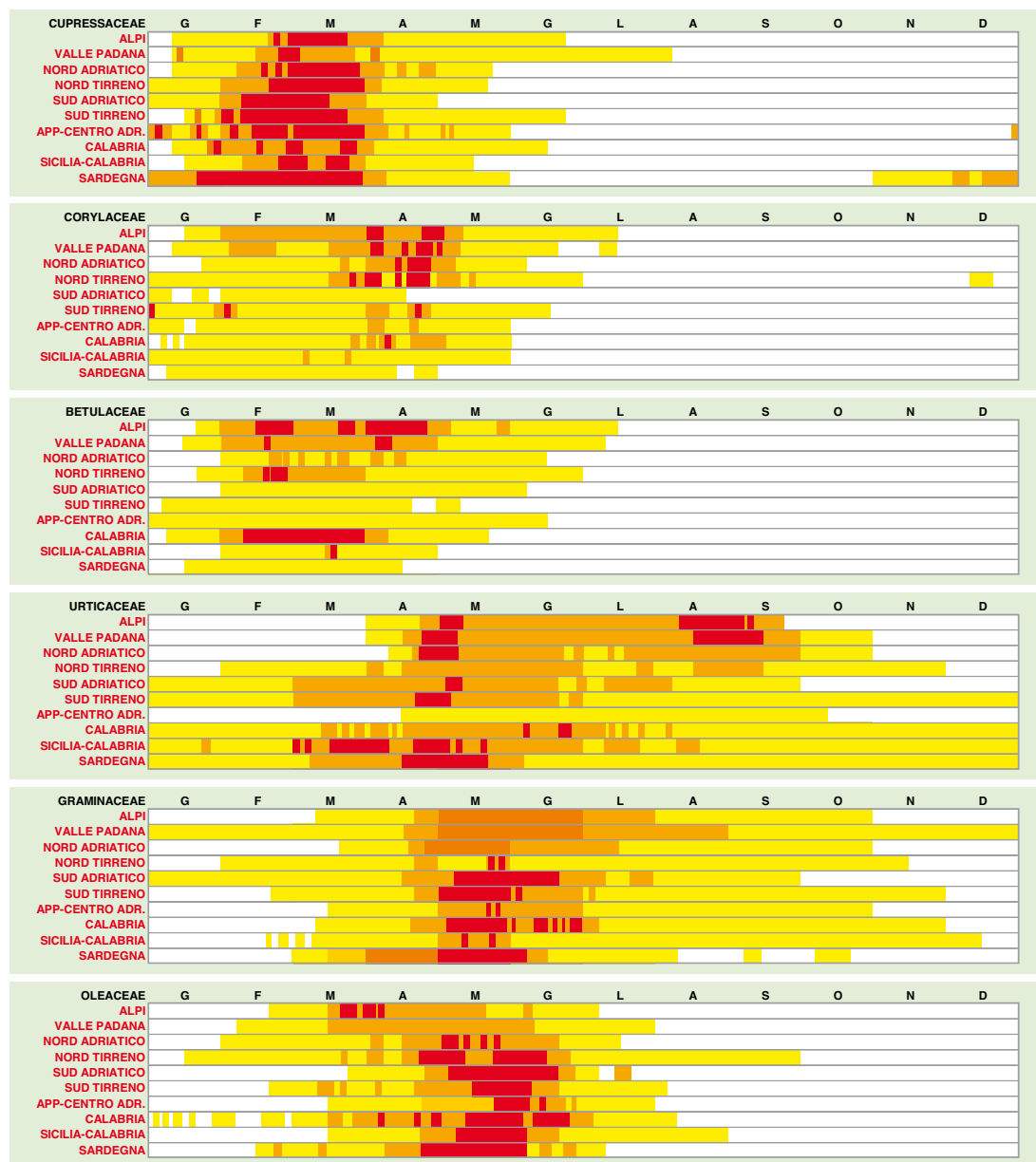
Servizio di assistenza gratuita cui risponderanno medici volontari ai quali potrai chiedere informazioni sulla gestione e il controllo dell'asma e delle allergie e sul funzionamento degli inalatori.

FEDERASMA
Federazione Italiana per l'Asma e le Allergie

Numero Verde
800-12.32.13

Attivo:
Lunedì ore - 11.00-13.00
Martedì ore - 11.00-13.00
Giovedì ore - 15.00-17.00

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

Fibrosi cistica, 19-25 ottobre

Settimana Italiana della Ricerca

LA Fondazione per la Ricerca sulla Fibrosi Cistica richiama l'attenzione dei cittadini sulla Campagna FC d'Autunno 2009, che si apre in questi giorni, finalizzata a sensibilizzare il pubblico e a raccogliere fondi per la ricerca in fibrosi cistica. Essa avrà il suo culmine nella VII Settimana Italiana della

Ricerca FC, dal 19 al 25 ottobre (con significativa presenza nelle piazze italiane il 24 ottobre), e sarà supportata dalla Campagna SMS solidale nel periodo dal 19 al 31 ottobre (al numero 48588 si potrà inviare uno o più SMS del valore di 1 euro).

A chi vorrà associarsi alla Fonda-

zione, ai suoi Gruppi e alle sue Delegazioni per organizzare qualche iniziativa, anche piccola, nello spirito della Settimana, potrà mettersi in contatto tramite il sito www.fibrosicisticaricerca.it, dove sono presentati gli eventi scientifici e sociali, oppure telefonando ai numeri riportati qui sotto. ■

Che cos'è la fibrosi cistica?

È la più comune delle malattie genetiche gravi. Nel mondo ne sono colpite oltre 100.000 persone.

Grazie ai progressi della ricerca e delle cure, i bambini che nascono oggi con questa malattia hanno un'aspettativa media di vita di 40 anni, mentre non superavano l'infanzia cinquanta anni fa, quando la malattia è stata scoperta e si è cominciato a curarla.

In Italia vengono diagnosticati circa 200 nuovi casi all'anno: ogni settimana nascono circa 4 nuovi malati; ma ogni settimana muore un malato.

Sempre in Italia secondo i dati del Registro Nazionale Fibrosi Cistica i malati in vita al 31/12/2004 erano 4099 e 1742 (42% del totale) avevano più di 18 anni (172 di questi aveva superato i 40 anni). L'età alla diagnosi era entro gli 8 mesi di vita per il 50% dei malati, ed era invece in età adulta per circa l'8%. Oggi si stima che i malati viventi siano in realtà molti di più, tenuto conto che vi sono ancora limiti nel loro riconoscimento, particolarmente per le forme meno classiche di malattia e particolarmente nelle regioni dove non si attua screening neonatale.

Chi nasce con la malattia ha ereditato un gene difettoso (gene CFTR mutato) sia dal padre che dalla madre, che sono portatori sani. I portatori sani del gene CFTR in Italia sono circa 2 milioni e mezzo (c'è un portatore sano ogni 25 persone circa). La coppia di portatori sani ha ad ogni gravidanza 1 probabilità su 4 di avere un figlio con Fibrosi Cistica (FC).

È una malattia che colpisce indifferentemente maschi e femmine. Ha un decorso diverso da un malato all'altro.

È una malattia cronica di cui oggi è organizzata la presa in carico da parte di centri specializzati. I centri hanno un programma di cure omogeneo, che è costantemente oggetto di ricerca e miglioramento.

LA FONDAZIONE

La Fondazione per la Ricerca sulla Fibrosi Cistica – Onlus è una organizzazione di utilità sociale senza scopo di lucro. Essa promuove e finanzia progetti innovativi di ricerca sulla fibrosi cistica; sostiene la formazione di giovani ricercatori ed operatori sanitari, informa ed aggiorna operatori sanitari e popolazione sui problemi della fibrosi cistica. Ha bisogno per questo della solidarietà e del contributo di tutti.

Sede

Ospedale Maggiore,
Piazzale Stefani, 1 - 37126 Verona
Codice Fiscale: 93100600233

Telefoni

Segreteria

Tel. 045 812 3438

Direzione Scientifica

Tel. 045 812 3567

Settore Comunicazione

Tel. 045 812 3599

Ufficio adozioni progetti e delegazioni

Tel. 045 812 3604-3605

Fax 045 812 3568

e-mail

Segreteria fondazione.ricercafc@azosp.vr.it

Direzione Scientifica gianni.mastella@azosp.vr.it

Comunicazione comunicazione.fcc@azosp.vr.it

Adozione Progetti marketing.fcc@azosp.vr.it

Società Scientifiche di riferimento per le malattie respiratorie

A.A.I.T.O.

Associazione Allergologi e Immunologi Territoriali e Ospedalieri

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

Medicina Interna

Presidio Ospedaliero di Lanciano

Via del Mare, 1 - 66034 Lanciano (CH)

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

ACCP Capitolo Italiano

American College of Chest Physicians Capitolo Italiano

Clinica Malattie Respiratorie

Policlinico Universitario

"G. Martino"

Via Consolare Valeria, 1

98125 Messina

tel. 090 2212003 - fax 090 8967896

stepic@gmail.com

www.chest.it

AIA

Associazione Italiana di Aerobiologia

Via delle Fonti, 10/7

50018 Scandicci (FI)

tel. 3346385437

fax verde 800910315

info@ilpolline.it - www.ilpolline.it

AIMAR

Associazione Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie

Viale Marazza, 30

28021 Borgomanero (NO)

Tel. 0322 846549 - Fax 0322 869737

www.aimarnet.it

AIMeF

Associazione Italiana Medici di Famiglia

P.zza Duca d'Aosta, 12

20124 Milano

tel. 02 67490005 - fax 02 67385689

mail@aimef.org - www.aimef.org

AIPO

Associazione Italiana

Pneumologi Ospedalieri

Via Antonio da Recanate, 2

20124 Milano

tel. 02 36590350 - fax 02 36590360

segreteria@aiporicerche.it

www.aiporicerche.it

AIST

Associazione Italiana

per lo Studio della Tosse

Via Mazzini, 12 - 40138 Bologna

tel. 051 307307 - fax 051 302933

info@assotosse.com

www.assotosse.com

AITFR

Associazione Italiana

Tecnici di Funzionalità Respiratoria

segreteria@aitfr.com

www.aitfr.com

AMP

Associazione Mediterranea

Pneumologi

Via G. Simili, 14 - 95129 Catania

www.ampneumologi.it

ARIR

Associazione Riabilitatori

dell'Insufficienza Respiratoria

A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda

c/o Unità Spinale

Piazza Ospedale Maggiore, 3

20162 Milano

cell. 347 8044525 - fax 02 700557594

segreteria@arirassociazione.org

www.arirassociazione.org

FIMMG

Federazione Italiana Medici

di Medicina Generale

Grattacielo Italia

Piazza Marconi, 25

00144 Roma

tel. 06 54896625 - fax 06 54896645

fimmg@fimmg.org

www.fimmg.org



LILT

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

METIS

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

MTS

Mediterranean Thoracic Society
ggirbino@unime.it

SIAIC

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

SIAIP

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

SIFC

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

tel. 045 8072293
cbraggion@qubisoft.it

SIMEr

Società Italiana di Medicina Respiratoria
Via Pellizza da Volpedo, 4
20149 Milano
tel. 02 34934404 int. 216
fax 02 34934397
segreteria@simernet.eu
www.simernet.eu

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



TBC, laviamoci le mani



Il simbolo della Federazione
per il sapone in fogli



RESPIRO C'È. DOVE?

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

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

Per poter procedere all'acquisto, telefonare al numero 040 3720456 o inviare una mail a midia@midiaonline.it

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

CARATTERISTICHE DELLA RIVISTA

Periodicità

Trimestrale / 4 numeri
Primavera, Estate,
Autunno, Inverno

Uscite

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

Target

Cittadini, Pazienti,
Operatori Sanitari,
Istituzioni

PUBBLICITÀ, MARKETING E VENDITE

MIDIA srl

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

LA PNEUMOLOGIA ITALIANA CANTA CON NINO TARANTO

Ciccio Formaggio dice

Nino Taranto duetta con la Pneumologia italiana

33



Come fare per averlo

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

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

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* Ludovico Trianni *pneumologo, Gaiato-Modena*

MIDIA
EDIZIONI

Via Cesare Beccaria, 3
34133 Trieste

Tel. 040 3720456

Fax 040 3721012

midia@midiaonline.it

www.midiaonline.it