



Rivista
d'informazione
e prevenzione
respiratoria

Periodico
trimestrale

RESPIRO

Numero 1
**Primavera
2008**

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

Allergie da polline

BPCO e Medico di famiglia

Tubercolosi, un problema attuale

Pazienti in associazione

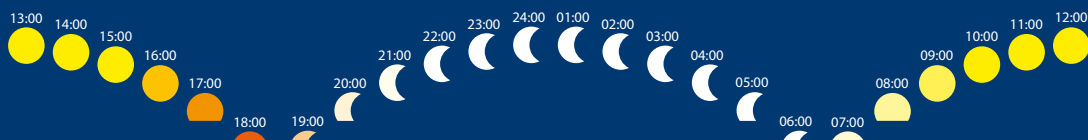
Organo ufficiale della
Federazione Italiana
contro le Malattie
Polmonari Sociali
e la Tubercolosi
ONLUS

QUESTA
COPIA E'
GRATIS.
PRENDILA!

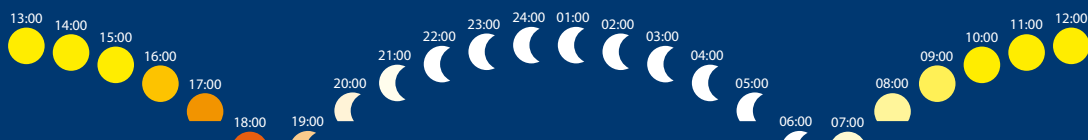


PRIMA DI STAMPARE

INFORMATEVI SUL TEMPO



Previsioni per le **24 ore**: sereno con stampa digitale



Previsioni per le **48 ore**: sereno con stampa tradizionale

*Se siete in cerca del bello,
e l'alta precisione è un requisito fondamentale,
prima di stampare il prossimo lavoro...*

BROCHURE VOLANTINI PIEGHEVOLI TESI RELAZIONI PROGRAMMI INVITI
FOLDER PORTADOCUMENTI POSTER MANIFESTI ETICHETTE COVER CD
DVD STAMPA SU MATERIALI INSOLITI [TELA, PELLE, ED ALTRI OGGETTI]

consultate

arte stampa

ARTESTAMPA sas • arti grafiche • stampa digitale
via Belvedere 26 • 21020 Galliate Lombardo (VA) • Tel. +39 0332 949595 • www.arte-stampa.com

LINEA DIRETTA:

0332 949595

info@arte-stampa.com

RESPIRO numero 1 | 2008

Rivista d'informazione e prevenzione respiratoria

Periodicità trimestrale

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

Registrazione

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

Direttore Responsabile

Antonio Schiavulli

Direzione Scientifica

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

Redazione Scientifica

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

Coordinamento Editoriale

Mario De Palma, Margherita Neri

Direzione, redazione e amministrazione

MIDIA srl

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

Segreteria di redazione

Elena Narcisi, Manuela Polimeni

Copertina

Maurizio Milani

Impaginazione, CTP, stampa

Artestampa, Galliate L. VA

Pubblicità e Marketing

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

Elisabetta Berti, Roma

Tel. +39 335 6051878
berti@midiaonline.it

Hanno collaborato

B. Balbi, G. Besozzi, M. Franchi,
N. Gatta, P. Schisa, V. Zagà

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

Editoriali

5 Insieme

Antonio Schiavulli

6 L'importanza della prevenzione delle malattie respiratorie

Maria Pia Foschino

7 La Federazione e la sua missione

Antonino Mangiacavallo,
Presidente FIMPST

La Federazione

8 "Come nasce?..."

Mario De Palma,
Past-President FIMPST

Malattie di stagione

11 Primavera, polline, allergia

Gennaro D'Amato, Allergologo

12 Che aria tira in Europa

14 Calendario pollinico

Patologie

15 Asma, nutrizione ed obesità

Margherita Neri, Pneumologo

17 Anticipare e migliorare la diagnosi di BPCO nella pratica del medico di famiglia

Germano Bettoncelli,
Medico di famiglia

20 StopTB contro la tubercolosi

Giorgio Besozzi, Pneumologo

Fumo

23 Fumo di coppia

Eugenio Sabato, Pneumologo

25 10 gennaio 2005/2008 Effetti del divieto di fumo nei locali pubblici in Italia

Vincenzo Zagà, Pneumologo

Malattie rare

26 Associazionismo dei pazienti e malattie rare. Una risorsa per la sanità del futuro?

Nuccia Gatta, Presidente Alfa1-AT
Bruno Balbi, Pneumologo

Eventi

28 13ª Giornata Nazionale del Respiro 27 ottobre 2007

Progetti Educazionali

29 L'ammalato in ossigenoterapia: riabilitazione e mobilità

30 Notizie Legislative

La voce dei pazienti

31 La partecipazione attiva delle Associazioni dei malati cronici

Mariadelaide Franchi,
Presidente Associazione Italiana Pazienti BPCO

32 Le Associazioni dei Pazienti

Proposte

34 Nino Taranto duetta con la Pneumologia italiana

La finestra di Patrizia Schisa

35 Comunicare, apprendere, riconoscere i rischi

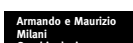
36 Le Società Scientifiche

36 Gary e Spike

Memoria storica

38 1937. Buona Pasqua

Gli Sponsor di questo numero



MIDIA
EDIZIONI

Copyright © 2008 Midia srl

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



Il valore della ricerca

curiamo la ricerca per prenderci cura di te

sigma-tau un'azienda farmaceutica italiana



Il Direttore Responsabile

Insieme

Antonio Schiavulli



Questo che avete fra le mani è il primo numero di RESPIRO, la rivista della Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la

Tubercolosi (FIMPST), storica istituzione della quale si può leggere a pag. 8.

RESPIRO è gratuita e si rivolge ai cittadini, ai malati, ai medici, agli operatori sanitari, alle istituzioni, ovvero a tutti.

Quattro numeri all'anno, cadenzati dalle stagioni. Questo Numero 1/Primavera di RESPIRO sarà seguito dal Numero 2/Estate, e così via.

Guardando agli obiettivi istituzionali della Federazione (a pag. 7), che sono l'educazione sanitaria e la prevenzione delle malattie respiratorie, RESPIRO getta un ponte di collegamento tra la comunità pneumologica e il cittadino e si mette a disposizione delle

Associazioni dei Pazienti, per condividere l'impegno a supporto del miglioramento della qualità della vita degli Associati.

Per raggiungere questi obiettivi è richiesta la collaborazione delle Aziende, farmaceutiche e non, che sono chiamate ad essere partecipi e protagonisti del progetto editoriale (anche con contributo di contenuti), a favore della comunità di cui sono parte.

Esserci, con grande o minimo supporto non importa, si traduce in un impegno sociale, teso al miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini e dei pazienti con malattie respiratorie, e che va al di là del semplice contributo economico.

Qualcuno ha voluto esserci già da questo numero e lo ringraziamo, insieme a tutta la redazione, compreso Dylan Dog, che si è messo a disposizione di RESPIRO, grazie alla generosità di Sergio Bonelli.

Non si può non sottolineare che se state leggendo questa rivista, lo dobbiamo alla disponibilità degli Sponsor, che l'hanno portata lì dove l'avete trovata.



L'obiettivo è di far trovare RESPIRO in qualsiasi posto pubblico (ambulatori medici, farmacie, banche, concessionarie d'auto, aerei, navi, librerie, ecc.), per offrire al cittadino l'opportunità di aumentare le proprie conoscenze e la conseguente possibilità di vivere meglio.

Però, come dice Dylan, "molto dipende da noi". Gli stili di vita non sono medicine da ingoiare, ma più semplicemente la consapevolezza di ciò che fa bene e di ciò che è contrario al volersi bene. La corretta alimentazione, la lotta al fumo, la lotta all'abuso di alcol, una buona attività fisica, che sono i temi promossi dal Ministero della Salute, nell'ambito del programma "Guadagnare salute", sono disponibili per tutti senza alcuna discriminazione. Dipende da noi. RESPIRO, occupandosi della prevenzione delle malattie respiratorie, vedrà il tema "fumo" particolarmente presente

su queste pagine.

Il fumo, lo possiamo prendere come l'esempio più calzante di uno stile di vita sbagliato, che mette volontariamente a rischio la nostra vita e quella degli altri, e che quando si traduce in malattia, ponendo il problema serio della cura, si traduce in un costo per la collettività, sottraendo risorse (oggi sempre più scarse) alla cura delle malattie contratte involontariamente.

Nel salutare i lettori di RESPIRO (cittadini, malati, medici, operatori sanitari, istituzioni, ovvero tutti), un invito. Stiamo insieme. Aiutiamoci a migliorarci. Verrebbe da dire "i bambini ci guardano".

Buona Primavera. ■

schiavulli@midiaonline.it

Il Direttore Scientifico

L'importanza della prevenzione delle malattie respiratorie

Maria Pia Foschino

I dati forniti all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stimano che attualmente centinaia di milioni di persone soffrono di malattie respiratorie croniche:

- 80 milioni con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) di grado moderato o grave;
- altri milioni di persone soffrono le conseguenze di BPCO lievi, riniti allergiche e altre patologie respiratorie croniche.

Le malattie respiratorie sono già oggi la prima causa di invalidità nella Comunità Europea. Secondo l'OMS, le 5 più importanti malattie respiratorie non solo causano il 17% di tutte le morti, ma sono alla base di ben il 13% di tutti gli anni di vita in buona salute persi (per invalidità o morte). In Italia le malattie respiratorie, dopo le malattie cardiovascolari e neoplastiche, rappresentano la terza causa di morte: 68.000 morti ogni anno.

Asma e BPCO costituiscono le epidemie del terzo millennio e si prevede che, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione, la prevalenza di tali patologie sia destinata ad aumentare. Prima del 2025, la BPCO sarà da sola la terza causa di morte nel mondo.

La diffusione delle conoscenze delle malattie respiratorie presso la classe medica e la popolazione generale, la promozione della cultura della riduzione dei fattori di rischio, mediante la disassuefazione dal fumo di tabacco e l'adozione di corretti stili di vita, diventano l'unica strategia di prevenzione in grado di incidere a lungo termine sul peso delle malattie respiratorie, e sulla conseguente riduzione della morbilità e mortalità.

Il concetto di prevenzione diventa quindi fondamentale. Una corretta prevenzione permette infatti di intervenire con una percentuale superiore di successo su diverse malattie riducendo i costi sanitari e l'impatto sociale. Priorità deve essere data alla disassuefazione dei fumatori attivi, tenendo conto anche del fatto che la riduzione della prevalenza totale dei

fumatori così ottenuta riduce anche la iniziazione al fumo dei ragazzi.

Anche attraverso la diagnosi precoce, con strumenti standardizzati come la spirometria, è possibile individuare la patologia cronica in fase iniziale. Il conseguente trattamento con terapie tempestive e appropriate può essere in grado di prevenire o ritardare l'invalidità ed eventualmente rallentarne la progressione verso gli stadi più severi.

Sensibilizzare l'opinione pubblica e responsabilizzare i cittadini e la classe medica alle problematiche sanitarie, sociali e umane legate all'aumento di queste malattie attraverso interventi di informazione ed educazione è un compito molto importante.

RESPIRO farà la sua parte. ■

mfoschino@qubisoft.it

Pillola di saggezza

La cosa più bella che l'uomo possa fare è essere utile al prossimo.

Sofocle

Il Presidente

La Federazione e la sua missione

Antonino Mangiacavallo



CON “Respiro”, riprende vita la rivista di prevenzione respiratoria della Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi, che, con finalità di divulgazione e informazione per cittadini, pazienti, operatori sanitari nonché di interfaccia con le Istituzioni, vuole rappresentare la voce della comunità pneumologica al servizio della comunità nazionale.

Un gruppo di valorosi pneumologi, già in passato impegnati nella comunicazione al paziente, costituiscono il nuovo corpo redazionale con l’obiettivo di informare, in modo semplice, comprensibile e sintetico sui problemi legati alle patologie respiratorie, sui fattori di rischio a loro connessi e su argomenti di rilevanza socio-sanitaria e istituzionale.

Con il tempo e soprattutto con l’appoggio di sponsor attenti a una editoria e a un’informazione rivolta al grande pubblico, le collaborazioni potranno estendersi, per rispondere alle richieste ed alle sollecitazioni dei lettori e potrà aumentare la tiratura e la distribuzione territoriale della rivista.

Crediamo fortemente che RESPIRO costituisca un progetto vincente e possa contribuire al miglioramento della Specialità e dell’assistenza pneumologica, infatti il 2007 ha visto la ripresa progressiva dell’attività della Federazione che dopo il TB Day, ha affiancato le due Società costituenti AIPO e SIMeR nella progettazione e nel lancio dell’Anno del Respiro, recentemente autorizzato con specifico decreto dal Ministero della Salute ed in attesa di ratifica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il 27 ottobre ha organizzato la XIII° Giornata Nazionale del Respiro che, oltre a numerose manifestazioni territoriali, è stata presentata alla Conferenza stampa del 23 ottobre presso la Sala Stampa della Camera dei Deputati; nell’occasione alcuni Deputati, firmatari della proposta, hanno illustrato e presentato il Disegno di Legge per la prevenzione, la diagnosi e la cura della broncopneumopatia cronica ostruttiva, con l’obiettivo di meglio organizzare

la rete pneumologica nazionale e assicurare al paziente una proposta di salute più qualificata.

La “Casa comune della Pneumologia”, come è stata più volte definita, ha riaperto i battenti e vuole fortemente assolvere ai suoi compiti istituzionali; cercheremo, con spirito di servizio, di portare a termine efficacemente i nostri compiti, costituendo il braccio operativo educativo, sociale e politico-sanitario delle Società Scientifiche costituenti.

Confidiamo di avere il supporto degli altri protagonisti dell’Area pneumologica e soprattutto l’attenzione e il gradimento del grande pubblico.

E il 24 maggio prossimo il nuovo appuntamento con la Giornata del Respiro 2008. ■

a.mangiacavallo@libero.it

Pillola di buonumore

Un automobilista pericoloso è uno che vi sorpassa nonostante tutti i vostri sforzi per impedirglielo.

Woody Allen



“Come nasce?...”

Mario De Palma

L'espressione “come nasce?...” è tipica della buona società, soprattutto nelle regioni meridionali del Paese, per stabilire le origini di nuovi arrivati nei consessi che contano. Anche per quanto riguarda la Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi (FIMPST), ci si può porre la domanda e si deve certamente riconoscere che l'origine è antica e molto rispettabile.

Il 25 ottobre 1922, per iniziativa di Achille Serra, Giovanni Battista Motta e Federigo Bocchetti, presso la Clinica Medica dell'Università di Firenze, le Società nazionali e locali, operative negli studi e nell'azione sanitaria e sociale antitubercolare e i 28 Consorzi Provinciali Antitubercolari già esistenti, decidevano di collegare le loro attività scientifiche, assistenziali e sociali, dando luogo ad una federazione moderna, corrispondente alle istituzioni già presenti in altri paesi europei. Nasceva così la Federazione Italiana contro la Tubercolosi, che,

presieduta dal Prof. Raffaele Paolucci, Segretario il Dott. Guido Mendes, aderiva all'Unione Internazionale contro la Tubercolosi (IUAT) e organizzava nel 1923 il 1° Convegno Nazionale a Venezia, intitolandolo alla “Necessità di un'inchiesta sulle istituzioni antitubercolari”.

Da notare, come curiosità, che il Prof. Raffaele Paolucci, Ordinario di Chirurgia generale e fra i principali promotori della Chirurgia Toracica italiana, durante la prima guerra mondiale, insieme a Raffaele Rossetti, aveva fondato, nel porto di Pola, la corazzata “Viribus Unitis”, nave ammiraglia della flotta austriaca.

Negli anni '20, la tubercolosi, prima malattia sociale nel mondo, colpiva inesorabilmente in Italia più di 65.000 persone all'anno ed il numero di malati era calcolato almeno dieci volte superiore. Mancava però un'organica impostazione di iniziative nei confronti dei problemi inerenti la lotta antitubercolare, lo sviluppo ed il coordinamento dell'assi-

stenza, la profilassi, l'informazione e l'educazione sanitaria. In questo quadro, la Federazione si dette tre obiettivi: sul piano scientifico, attivare la ricerca ed organizzare periodici Congressi nazionali; sul piano tecnico, favorire e ottenere una politica sanitaria unitaria, conforme alle acquisizioni cliniche e sociali per il controllo e la prevenzione della malattia tubercolare; sul piano sociale, convincere l'autorità e l'opinione pubblica che la tubercolosi rappresentava un problema di interesse collettivo da risolvere con la collaborazione ed il contributo della popolazione, oltre che con idonei strumenti di difesa.

Nel 1930, la Federazione, vedeva realizzata, attraverso apposita legge, l'assicurazione sociale contro la tubercolosi, gestita dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, delegato a costituire una rete sanatoriale omogenea su tutto il territorio nazionale: si realizzava così, oltre ad un'assistenza specialistica efficiente, l'isolamento dei malati contagiosi. ►►





► Attraverso questa moderna legislazione e con il miglioramento delle condizioni socio-economiche, l'organizzazione assistenziale si estendeva alla protezione delle famiglie e alla prevenzione delle classi più povere, più giovani e più esposte.

Nel 1931, la Federazione, affiancata dai Consorzi antitubercolari provinciali, predisponendo la Campagna Nazionale contro la tubercolosi nelle scuole e nel paese; dopo i primi tre anni, la Croce Rossa Italiana si affiancava a questa operazione capillare, che allineava il nostro paese ai più avanzati in tema di prevenzione e

protezione della popolazione dalla più importante malattia sociale; simbolo di questa campagna erano i famosi francobolli chiudillettera con immagini di promozione della lotta antitubercolare e con la croce di Lorena, simbolo internazionale dell'impegno contro la malattia. I risultati ottenuti, l'attività scientifica e congressuale, l'attività editoriale e le autorevoli adesioni alla Campagna favorivano il conferimento alla Federazione della medaglia d'oro al merito della Sanità pubblica.

L'emergenza tubercolosi subiva una nuova pericolosa impennata nel periodo bellico e postbellico, ►►

LA FEDERAZIONE

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

Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi ONLUS

Presidente

A. Mangiacavallo

Vice Presidente

G. Girbino

Past President

M. De Palma

Consiglio Direttivo

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

Sede

Via Giovanni da Procida, 7d
00162 Roma

La FIMPST, posta sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica, organizzazione non lucrativa di utilità sociale (ONLUS), organizzazione volontaria non governativa (ONG), ente senza fini di lucro con personalità giuridica, riunisce le Istituzioni, i sodalizi e gli enti che, mediante lo studio, la ricerca scientifica, l'azione sanitaria, le attività di informazione e di educazione socio-sanitaria, il contributo tecnico e finanziario hanno come scopo l'ordinato sviluppo delle attività di prevenzione, accertamento cura e riabilitazione delle malattie respiratorie, in particolare di quelle di rilevanza sociale e della tubercolosi.

(Articolo 1 dello Statuto)





I letterati Anton Cechov e Franz Kafka, vittime illustri della TBC.

corrispondente al secondo conflitto mondiale (1940-1945); al termine della guerra, nel giugno 1945, venivano fissati gli indirizzi per il riordinamento della lotta antitubercolare in Italia.

A memoria di questo periodo, merita ricordare che il Segretario della Federazione Dott. Federigo Bocchetti, impegnato come medico con l'Armata italiana in Russia, risultava disperso, con l'aereo che lo trasportava, come volontario per il soccorso ad un reparto italiano accerchiato da forze sovverchianti nel rigido inverno della campagna russa.

Negli anni a seguire, la Federazione collaborava intensamente all'aggiornamento organizzativo dei Consorzi provinciali antitubercolari, finanziava alcune cattedre universitarie tisiologiche e, partendo dal 1° "Congresso Nazionale del dopoguerra" nel 1945, "in continuità di azione e di pensiero", riprendeva l'organizzazione di Congressi nazionali annuali di Tisiologia. Nel 1948 il Presidente, Luigi Einaudi, conferiva alla Federazione l'alto Patronato della Presidenza della Repubblica, in riconoscimento dell'opera di prevenzione e di educazione sanitaria, determinante in campo antitubercolare.

Negli anni successivi veniva progressivamente estesa la sfera operativa della Federazione nel campo delle malattie polmonari croniche (asma bronchiale, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva, tumori polmonari), condizionate dal fumo di tabacco e dall'inquinamento ambientale cittadino e lavorativo.

Nel 1976, mentre, nel mondo occidentale e industrializzato, si assisteva al declino della tubercolosi e alla parallela evoluzione epidemiologica delle altre pneumopatie, la Federazione cambiava denominazione ed assumeva il nome di Federazione contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi, conformemente all'istituzione internazionale (IUATLD), continuando la sua azione di informazione e di educazione sanitaria sulle malattie respiratorie, attraverso la Campagna nel paese e nelle scuole, attraverso l'attività editoriale, attraverso l'organizzazione di Congressi Nazionali fino alla fine degli anni '80 e attraverso la partecipazione ai Congressi, organizzati dalle nuove istituzioni societarie pneumologiche negli anni a seguire.

Nel settembre 1998, in considerazione della sua crisi organizzativa, iniziata vari anni prima con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, la chiusura progressiva della rete sanatoriale e la trasformazione dei Consorzi provinciali antitubercolari, la Federazione, modificato il suo statuto, passava sotto la gestione delle Società Scientifiche pneumologiche (AIPO e SIMeR), con l'obiettivo di dare corso ad una decisa azione educativa e sociale nei confronti delle patologie respiratorie croniche dal peso sociale più gravoso.

L'azione rifondativa, pur rilevante sul piano organizzativo e nel tentativo di ristabilire i rapporti con l'Autorità pubblica, di riavviare l'attività editoriale, di riprendere con vigore l'attività educativa, non raggiungeva il successo sperato, anche per l'interferenza di importanti tensioni nell'ambito interassociativo.

Da ricordare comunque due udienze, nel 1998 e nel 2002, presso il Quirinale ed il riconoscimento dell'asma bronchiale come malattia sociale invalidante, avendo come unico alleato positivo Federasma.

Oggi la Federazione riprende il suo cammino con nuovi programmi e nuove speranze, riaffermando il proprio impegno sociale, a fianco delle Società Scientifiche pneumologiche, nei confronti dei problemi di oggi, nel nome delle battaglie di ieri.

Molte sono infatti, le analogie; come in passato fu per la tubercolosi, l'epidemia da fumo di tabacco, l'inquinamento ambientale e le malattie da esse dipendenti, rappresentano l'obiettivo da fronteggiare ed il nemico da battere. ■

mario_depalma@fastwebnet.it

Primavera, polline, allergia

Gennaro D'Amato



LA primavera (che al sud inizia già a fine febbraio/inizio marzo) costituisce un appuntamento molto fastidioso per gli

allergici. Come mai?

Le manifestazioni più classiche e note da secoli dell'allergia respiratoria sono costituite appunto da quelle stagionali primaverili, che interessano l'apparato respiratorio (starnuti, prurito nasale, tosse, e talvolta anche asma) e frequentemente anche gli occhi con congiuntivite. Si tratta delle allergie cosiddette stagionali, che insorgono quando i pollini (equivalenti in linea di massima agli spermatozoi umani) di alcune erbe (Graminacee e, in alcune zone del Sud, Campania soprattutto, la Parietaria, della famiglia delle Urticacee) o di alcuni alberi (Olivo, Betulla ecc.) vengono immessi in atmosfera onde garantire la riproduzione ed il perpetuarsi della specie vegetale. Ebbene, questi pollini, una volta depositatisi sulle congiuntive o sulle mucose nasali o bronchiali delle persone, liberano molto rapidamente il loro contenuto proteico; se questo contiene allergeni e se il soggetto è allergico,

si innescheranno le reazioni di cui abbiamo detto in precedenza. Occorre dire, però, che non solo la primavera è una stagione foriera di reazioni allergiche, dal momento che altre piante, ad esempio quelle della famiglia delle Compositae (Assenzio e Ambrosia) liberano il loro polline allergenico in autunno. D'altra parte, anche le graminacee, oltre che la Parietaria, possono riprendere ad impollinare in autunno. Esistono, poi, taluni alberi, come il Cipresso, che, liberando il polline nel periodo invernale, possono indurre l'insorgenza di pollinosi invernali, con rinite che assomigliano a quelle indotte da virus, mentre sono di tipo allergico. Un altro aspetto da considerare è quello relativo al ruolo dell'inquinamento atmosferico delle città con intenso traffico veicolare. È dimostrato che gli agenti dell'inquinamento urbano (polveri, ozono ecc.) vanno a potenziare gli effetti degli allergeni o aumentando il potere allergenico o favorendo la loro penetrazione nelle vie aeree per l'azione proinfiammatoria da essi posseduta. Ne risulta che a soffrire di pollinosi sono prevalentemente gli abitanti delle città e d'altra parte i periodi

caratterizzati da sintomi clinici tendono a diventare sempre più lunghi, non limitati quindi al periodo di presenza atmosferica del polline allergenico. ■

gdamato@qubisoft.it

Allergene. Cos'è

Un allergene è una sostanza solitamente innocua per la maggior parte delle persone, ma che in taluni individui (i soggetti allergici) è in grado di produrre manifestazioni allergiche di varia natura (asma, orticaria, ecc.). Gli allergeni possono penetrare nell'organismo attraverso diverse vie. Le patologie allergiche più frequenti sono quelle dovute agli allergeni respiratori (pollini, polvere domestica, pelo di animali, escrementi di insetti ecc.) e quelle dovute agli allergeni alimentari (fragole, latte vaccino, banane, pesche, kiwi, carne di pesce, molluschi e crostacei, cereali e rispettive farine ecc.). È importante ricordare che molte tra le sostanze di origine naturale o di sintesi possono provocare una reazione allergica in soggetti ipersensibili.

**Armando e Maurizio
Milani
Graphic design**

Milano

via Vivaio 11
20122 Milano, Italia
tel 0276022468 0236533357
fax 0276005664

New York

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

info@milanidesign.it
www.milanidesign.com



Zerowatt
Elettrodomestici,
Bergamo



**Centro Diagnostico
Italiano**
Analisi Mediche, Milano



Magis Farmaceutici
Prodotti Farmaceutici
Brescia



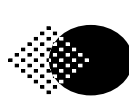
Gruppo Magneti Marelli
Divisione corse
Milano



**Pietro Mezzaroma
e Figli**
Costruzioni, Roma



Uomo Moda
Presentazione stilisti italiani
New York



**Istituto Europeo
di Oncologia**
Milano



Uk 101
Anti tumorale
Milano

Che aria tira in Europa

L'allergia da pollini ha un elevato impatto clinico sulla popolazione europea ed ha mostrato nelle ultime decadi in aumento costante, tuttavia i recenti dati del ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Children) mostrano una stabilizzazione della situazione.

Attualmente la prevalenza dell'allergia da pollini viene stimata fino al 40%. L'esposizione agli allergeni è il fattore chiave tra i fattori ambientali, che includono anche l'inquinamento atmosferico. Le Arpa (Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente) forniscono in varie regioni italiane attraverso i loro siti internet, oltre ai dati relativi all'inquinamento atmosferico, bollettini sulle concentrazioni dei pollini.

I professori Gennaro D'Amato e Gennaro Liccardi della Divisione Malattie Respiratorie e Allergiche dell'Ospedale A. Cardarelli di Napoli e il Dott. Lorenzo Cecchi di Firenze hanno sviluppato con altri autori una interessante review pubblicata sulla rivista internazionale *Allergy*, sui pollini e le allergie da pollini in Europa, esaminando i fattori climatici, geografici e botanici. Dal loro lavoro risulta che in Europa la pollinazione copre quasi metà dell'anno, da primavera all'autunno, e può essere divisa in **cinque grandi aree**:

Artica: betulla

Centrale: foreste decidue, betulla, graminacee

Orientale: graminacee, artemisia, ambrosia

L'immunoterapia specifica (ITS)



L'ITS o Vaccino Antiallergico è l'unico trattamento causale delle allergie respiratorie, cioè che combatte le cause e non solo i sintomi della malattia allergica. Il suo scopo è ottenere una specifica tolleranza immunologica. Le ITS maggiormente utilizzate sono quelle che vengono somministrate per via sottocutanea e per via sublinguale. Quest'ultima, vista la facilità e la praticità di assunzione è quella oggi maggiormente prescritta (il 75-80% sul totale delle immunoterapie prescritte).



- **Montagne:** la pollinazione ritarda 3-4 settimane rispetto al livello del mare
Mediterranea: parietaria, olivo, graminacee e cipressi.

Graminacee

Il polline dell'erba è una delle maggiori cause di pollinosi in quasi tutto il mondo ed anche in Europa.

La reazione avviene quando il polline raggiunge la mucosa degli occhi, del naso o della bocca, inducendo i sintomi della febbre da fieno nei pazienti sensibilizzati. La severità dei sintomi dipende dalla concentrazione dei pollini nell'aria.

Nel centro e nord Europa la stagione della fioritura va circa da maggio a luglio, mentre nell'area mediterranea è anticipata di circa un mese. Questo periodo varia di anno in anno a causa dei fattori climatici e, nonostante la concentrazione di questi pollini sembri diminuire a causa dei cambiamenti nelle colture agricole, la sensibilizzazione della popolazione non è diminuita.

Alberi

Nel nord, centro ed est Europa sicuramente la betulla è il principale albero responsabile delle allergie da polline, mentre nell'area mediterranea sono significativi anche l'olivo e il cipresso.

Da notare che spesso chi è allergico alla betulla è sensibile anche ad altre piante dell'ordine delle fagali, a cui appartengono il faggio, le querce, il castagno, il noce. Il picco di pollinazione dura circa 1-3 settimane, ma considerando che le varie piante non hanno lo stesso periodo di fioritura può accadere che soggetti sensibili a diversi pollini abbiano disturbi su un arco di tempo ben maggiore.

Da notare che la betulla si è diffusa notevolmente nel nord Italia perché molto apprezzata da

creatori di spazi verdi e urbanisti, causando un notevole aumento di questa allergia.

Nel meridione, in Spagna, Grecia e Turchia è significativo l'olivo, che causa generalmente più rinocongiuntiviti che asma bronchiale. Il cipresso, diffuso in tutta l'area mediterranea, ha la caratteristica di rilasciare un'enorme quantità di polline e di avere un periodo di fioritura che può durare più di un mese, perché ha una maturazione graduale. La famiglia del cipresso ha una pollinazione che varia molto da anno ad anno ed è responsabile delle pollinosi invernali, periodo in cui non sono presenti altri pollini. Il sintomo più diffuso di questa allergia è la tosse secca.

Infestanti

Il polline della parietaria ha la caratteristica di essere estremamente persistente nell'atmosfera e nell'area mediterranea provoca una sintomatologia multistagionale. In alcune aree del meridione italiano ci sono soggetti che presentano i sintomi su tutto l'arco dell'anno. La pollinosi causata dalla famiglia della parietaria ha la caratteristica di svilupparsi difficilmente al di sotto dei 10 anni, interessa soprattutto la fascia 10-30 anni ed i residenti nelle aree costiere. La manifestazione è principalmente la tosse, l'asma bronchiale e la rinocongiuntivite.

Compositae

Si tratta di una grande famiglia botanica della quale l'ambrosia e l'artemisia sono le specie più responsabili di pollinosi, che causano asma e rinite. Spesso chi è allergico a una specie lo è anche all'altra, ed essendo il periodo di fioritura, a luglio-agosto, coincidente l'effetto è rafforzato.

L'artemisia produce un'enorme quantità di polline molto leggero, che viene trasportato a grandi distanze.

Le piante ornamentali

Nelle ultime decadi, sono aumentate le piante ornamentali che possono provocare allergia, sia nei parchi che negli ambienti chiusi. Una di queste è il Ficus benjamina. Si deve considerare che le piante ornamentali nelle abitazioni possono provocare ad esempio rinite perenne.

Pollini e inquinamento

Molti studi hanno dimostrato che gli abitanti delle zone altamente urbanizzate e ad elevato tasso di circolazione di veicoli sono più soggetti all'allergia da polline rispetto ai residenti nelle aree rurali.

Sembra che l'ozono (O_3) che si forma dall'inquinante biossido d'azoto (NO_2) soprattutto nelle città mediterranee a clima più caldo, sia uno dei responsabili di questa osservazione.

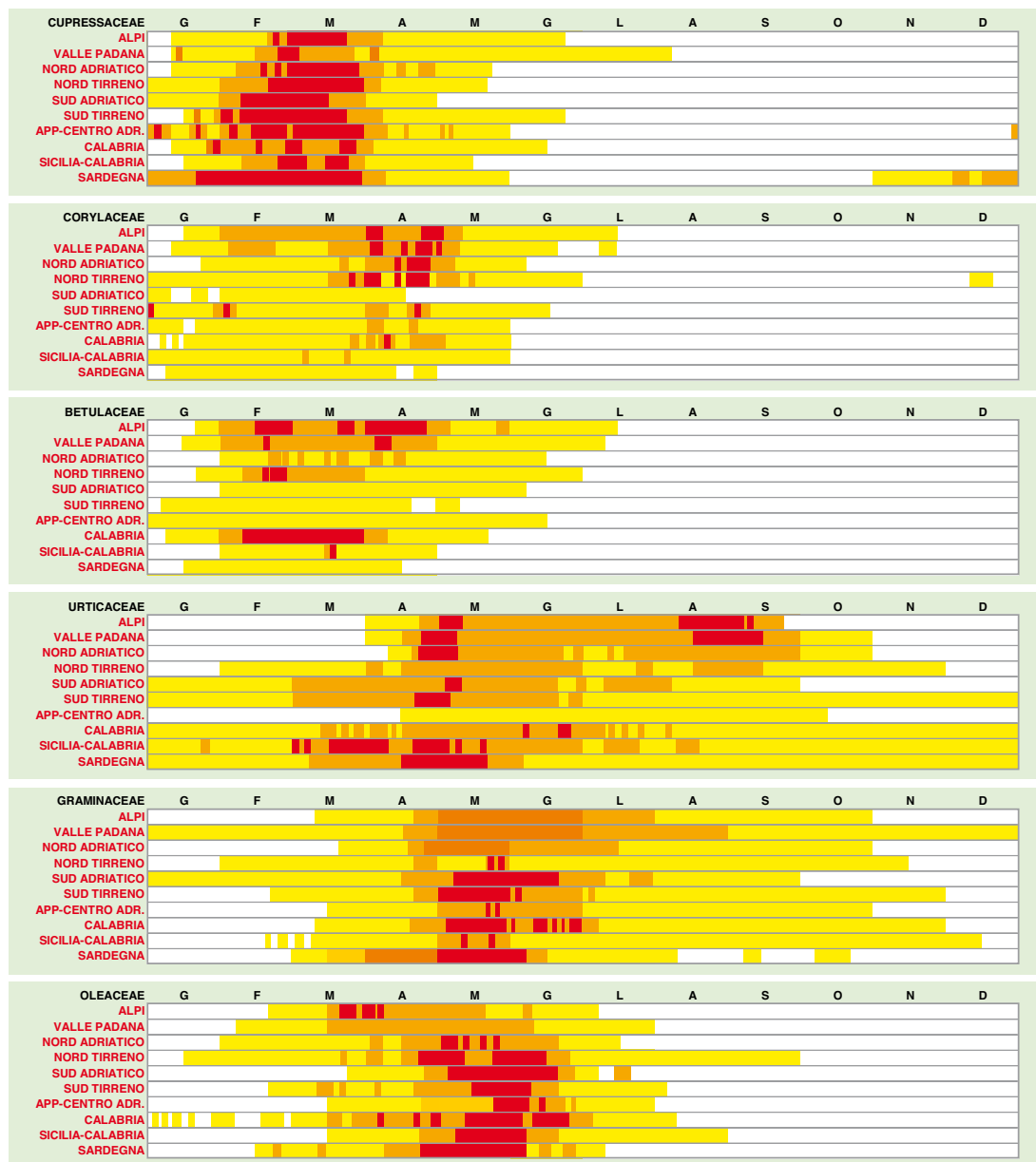
I cambiamenti climatici

Sembra che la circolazione atmosferica in Europa sia cambiata in seguito al riscaldamento globale e questo abbia contribuito a intensificare episodi di trasporto dei pollini a grandi distanze, generando nuove sensibilizzazioni nella popolazione allergica. Tuttavia sembrano più pronunciati gli effetti dovuti ai cambiamenti nelle colture agricole, ai cambiamenti socioculturali e ai trasporti internazionali rispetto a quelli climatici.

Il tempo

Circa 15 anni fa si è riconosciuta l'evidenza dell'"asma da temporale" in vari paesi. L'ipotesi formulata per spiegare questi episodi di asma è che il flusso di aria fredda durante il temporale sposti e concentri le particelle presenti nell'aria vicino a terra e che l'aumentata concentrazione dei granuli di polline induca la crisi asmatica. ■

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

Asma, nutrizione ed obesità

Margherita Neri



L'ASMA è una malattia cronica dell'apparato respiratorio molto diffusa, presente in tutti

i Paesi del mondo, dai più sviluppati a quelli molto arretrati. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità i pazienti asmatici di tutto il mondo si aggirano intorno ai 200-300 milioni.

In Europa i pazienti affetti da asma sono più di 30 milioni ed in Italia 3-4 milioni; la malattia colpisce persone di tutte le età, dai bambini molto piccoli agli anziani.

Spesso è una malattia su base allergica, ma nella metà dei casi non è possibile individuare una allergia responsabile. Nel nostro Paese ne sono colpite persone residenti in tutte le Regioni, anche se con più frequenza nelle zone mediterranee per la presenza di alcuni allergeni nel corso di tutto l'anno e nelle grandi città del Nord per il notevole inquinamento atmosferico.

Negli ultimi decenni è stato evidenziato anche in Italia un aumento della prevalenza dell'asma, forse dovuto allo sviluppo delle città che sono sempre più popolate, a discapito delle campagne, oltre all'inquinamento atmosferico, ma probabilmente anche alle modificazioni dello stile di vita della popolazione. È infatti in aumento la tendenza a vivere in luoghi chiusi, a volte "sigillati" dai moderni serramenti ed inquinati da sostanze chimiche che si sprigionano nell'aria a causa del riscaldamento (o del condizionamento), oppure dai rivestimenti

di pavimenti e pareti, dai prodotti chimici usati per le pulizie, ecc.

L'incremento dell'asma, inoltre, potrebbe essere favorito da altri cambiamenti delle abitudini delle nostre abitudini di vita che hanno causato, così come negli altri Paesi occidentali, una vera e propria "epidemia di obesità".

Anche l'alimentazione di per sé potrebbe rivestire un ruolo importante per l'insorgenza e il decorso di questa malattia: è stato dimostrato da vari studi scientifici che le persone affette da asma seguono una dieta più povera di vitamine e di frutta rispetto ai sani. Inoltre, secondo alcune ricerche, un corretto apporto materno di vitamine in gravidanza potrebbe prevenire la comparsa di asma nei piccoli all'età di 5 anni.

Altri studi molto importanti pubblicati di recente hanno inoltre dimostrato che vi è un legame stretto fra obesità ed asma: i bambini e gli adolescenti obesi sviluppano asma più frequentemente dei coetanei che non sono in sovrappeso e soprattutto soffrono di forme di asma più gravi. Questo problema si manifesta precocemente: uno studio effettuato seguendo un gruppo di bambini con asma fin dall'età dell'asilo

(3 anni) ha documentato come i bambini più in sovrappeso avessero molte più probabilità di avere asma in forma più grave.

Ci sono altre considerazioni da fare: un bambino asmatico potrebbe tendere a non svolgere altrettanta attività fisica di un coetaneo senza problemi perché fa più fatica; questo lo porterà ad adottare uno stile di vita sedentario (magari a passare un po' troppo tempo davanti alla televisione!) e quindi favorirà la comparsa di sovrappeso o addirittura di obesità.

Da quanto esposto nascono alcuni suggerimenti validi per tutti ed in particolare per chi potrebbe avere problemi di salute: adottare uno stile di vita sano, cioè mangiare in modo intelligente e corretto (sempre valida la dieta mediterranea, ricca di frutta e verdura!) e praticare sport o comunque attività fisica regolare ci mantengono in salute senza grandi sacrifici e fin da piccoli.

Uno stile di vita corretto può aiutare chi soffre di asma a vivere in modo del tutto normale, tanto più che abbiamo a disposizione medicine con le quali possiamo curare l'asma molto efficacemente. ■

mneri@fsm.it



Grandi novità 2008

SPIROMETRIA OSSIMETRIA TELEMEDICINA

MirOxi

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



spirobank G USB

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

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



FlowMir

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



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®.



Anticipare e migliorare la diagnosi di BPCO nella pratica del medico di famiglia

Germano Bettoncelli



LA broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rappresenta un preoccupante problema sanitario, per le conseguenze sulla salute generale della popolazione, sia in termini di mortalità, che di morbidità (la frequenza di una malattia in una popolazione), invalidità e consumo di risorse. La malattia colpisce soprattutto i fumatori, ma può anche manifestarsi in soggetti esposti per motivi professionali alle polveri, al fumo passivo, all'inquinamento ambientale.

Un numero minore di questi pazienti si ammala anche perché portatore di una particolare predisposizione genetica nota come "deficit di alfa1-antitripsina".

In generale, la malattia inizia attorno alla quarta-quinta decade di vita, ma per lo più esordisce in modo apprezzabile, dal punto di vista dei sintomi, nella sesta. I quadri clinici più impegnativi, sotto il profilo della gravità, si osservano pertanto nei soggetti appartenenti alla fascia di popolazione più anziana.

Vi sono due concetti importanti attorno ai quali si raccoglie un ampio consenso nel mondo medico:

1. la diagnosi di BPCO deve essere supportata da una spirometria che verifichi la presenza di ostruzione bronchiale non o poco reversibile.

2. Solo il dato spirometrico consente di attribuire alla malattia un determinato livello di gravità, cui

deve corrispondere una determinata intensità di trattamento.

Pertanto: la diagnosi è impossibile senza verifica spirometrica e non vi è appropriatezza della terapia senza che sia stato definito prima lo stadio di gravità clinica.

Ma cosa accade nella realtà?

I dati che possediamo ci dicono che, in tutto il mondo, la malattia è nota, cioè diagnosticata, in percentuali che vanno dal 25 al 50% del totale degli ammalati. Altrettanto basso è il numero dei pazienti che vengono avviati ad un regolare trattamento farmacologico e riabilitativo. I motivi che generano questa sottostima sono probabilmente più di uno.

Intanto, l'attenzione della nostra società alle malattie respiratorie si è cominciata a manifestare in modo concreto solo negli anni recenti e, seppure in progressiva crescita, non può essere certo paragonata all'impatto che hanno avuto ed ancora hanno altre condizioni morbose, quali ad esempio le malattie cardiocircolatorie o il diabete. Non trascurabile è anche un certo diffuso atteggiamento di accettazione passiva dei sintomi respiratori da parte del paziente, per lo meno fino all'esordio delle condizioni cliniche più impegnative. Favoriscono questo comportamento sia la consapevolezza di non essere ancora disponibili a mettere in discussione la principale causa della malattia, cioè il fumo di tabacco, sia la lentezza dell'esordio e della progressione dei sintomi, che consentono al pa-

ziente di adeguare il proprio standard di attività fisica alle mutate condizioni respiratorie. Tutto ciò sembra che avvenga nel paziente quasi senza che questi se ne renda conto.

Sul versante della classe medica, certamente non mancano le responsabilità nei confronti di una patologia per molto tempo trascurata e disattesa. Basti pensare all'abitudine di considerare il fumo un "vizio" piuttosto che una malattia, alla tendenza a non occuparsi dei sintomi caratteristici quali la tosse e l'espettorato, se non occasionalmente e con rimedi di basso profilo (mucolitici) ed ancora all'abitudine di non indagare il sintomo della mancanza di respiro (dispnea) per mezzo delle opportune indagini funzionali.

Così accade che da un lato alcuni medici effettuino la diagnosi di patologia respiratoria cronica ostruttiva, esclusivamente sulla base dei sintomi del paziente, mentre altri dichiarano la presenza di BPCO sulla base esclusivamente di una radiografia del torace.

A parziale scarico dei medici, va ricordato che le prospettive terapeutiche per questi malati erano fino a poco tempo fa piuttosto limitate, di fatto scarsamente o per nulla in grado di incidere sull'attesa di vita o ancora basate su farmaci la cui efficacia terapeutica è stata in seguito messa in discussione.

La sottostima diagnostica della BPCO è, in maniera simmetrica, un indicatore di grave ritardo ►►

► anche degli interventi di prevenzione della malattia.

È questo un terreno nel quale, in modo particolare, dovrebbe essere coinvolto il medico di famiglia, se questi volesse davvero sfruttare la particolare collocazione strategica in cui si trova ad operare. Un dato su tutti: il contatto con almeno l'80% dei pazienti fumatori che per motivi diversi si recano nel suo studio nell'arco dell'anno e almeno un contatto con tutta la sua popolazione di assistiti nell'arco di 4-5 anni.

Partendo da questi presupposti è ragionevole ritenere che il medico di medicina generale debba:

1. rilevare l'abitudine al fumo in tutti i pazienti con cui viene a contatto;
2. individuare i soggetti esposti a fattori di rischio che presentano tosse e catarro cronici e soprattutto difficoltà respiratorie, sia dopo sforzo che a riposo.

A tutti i pazienti con sospetto di BPCO dovrebbe essere prescritta una spirometria.

Si è da tempo discusso in merito alla possibilità/opportunità che i medici di famiglia effettuino nei loro studi la spirometria sui propri pazienti, non certamente con l'intento di eseguire un test sofisticato ed approfondito, ma almeno un primo esame di base per selezionare le persone sane da quelle che già presentano alterazioni respiratorie. Costoro, una volta individuati verrebbero inviati presso un centro specialistico per una diagnosi più approfondita. ►►

E tu quanto fiato hai?*

Il respiro è un bene prezioso, che dobbiamo proteggere con cura.

Si può misurare con un esame semplice, indolore e immediato che si chiama spirometria

La spirometria aiuta il medico a identificare le persone che soffrono di una malattia respiratoria ostruttiva (ad esempio asma o bronchite cronica o enfisema) ad uno stadio precoce.

Che cos'è la spirometria?

È la misura della funzionalità respiratoria, cioè un indicatore della salute del nostro apparato respiratorio.

Il respiro è fondamentalmente composto da due fasi: l'**inspirazione** e l'**espirazione**. Ad ogni **inspirazione** un certo volume d'aria entra nei polmoni e ad ogni **espirazione** lo stesso volume esce dai polmoni. Si ricorda che la composizione dell'aria è comunque diversa, dato che l'aria che **entra nel polmone** lascia ossigeno e **si porta via** l'anidride carbonica.

La spirometria è un esame rapido, del tutto indolore e non fastidioso, che permette di "misurare il respiro", cioè sia i volumi d'aria mobilizzabili dall'apparato respiratorio, sia i flussi respiratori.

Cosa deve fare il paziente prima dell'esame?

Non ci sono particolari raccomandazioni da seguire. Tuttavia, è importante chiedere al proprio medico se si possono o meno assumere i farmaci abituali prima dell'esame. Se l'esame si svolge nel pomeriggio, si dovrebbe evitare un pasto troppo abbondante. Inoltre, al fine di evitare distorsioni nei risultati, non si devono effettuare sforzi o affaticarsi prima dell'esame.

Può accadere che i pazienti con dolori al torace e che tossiscono frequentemente, non riescano ad eseguire una prova soddisfacente.

Come avviene l'esame spirometrico?

La spirometria deve essere eseguita in piedi o seduti con i piedi sul pavimento, senza costrizioni nell'abbigliamento.

Seguendo le indicazioni di un operatore, il paziente respira in un boccaglio - con uno stringinaso per evitare perdite d'aria che falserebbero il risultato dell'esame - prima normalmente, poi effet-

tuando inspirazioni ed espirazioni forzate in base alle istruzioni ricevute.

Quanto tempo dura un esame spirometrico?

La durata dell'esame di base dipende molto dal rapporto tra tecnico e paziente, il quale deve cercare di seguire al meglio le istruzioni ricevute. Normalmente, un esame completo dura circa 30 minuti.

Che cos'è lo spirometro?

Lo Spirometro è uno strumento che permette di misurare la capacità dei polmoni e quanto efficacemente e velocemente può avvenire lo svuotamento e il riempimento dei polmoni.

Lo spirometro registra le varie misure del respiro e fornisce immediatamente le informazioni necessarie per valutare lo stato di salute dell'apparato respiratorio.

Gli strumenti per eseguire la Spirometria sono tutti uguali?

Esistono in commercio diversi tipi di spirometro, alcuni semplici di uso ambulatoriale, altri più complessi di uso in laboratorio specializzato nella misura della funzionalità respiratoria.

Cosa misura la spirometria?

La spirometria fornisce al medico numerosi parametri sulla presenza o meno di un'alterazione ostruttiva, e quindi di **asma bronchiale** o di **BPCO**, o di un'alterazione funzionale di altro tipo.

I parametri spirometrici principali utilizzati per la diagnosi di asma e di BPCO comprendono:

- **CVF (Capacità Vitale Forzata)**: È il volume massimo di aria che può essere espulsa in un'espirazione forzata partendo da un'inspirazione completa.
- **VEMS (Volume Espiratorio Massimo nel 1° secondo)** (oppure **FEV₁**, dall'inglese). È il volume d'aria espulsa nel primo secondo di un'espirazione forzata, partendo da una inspirazione completa, e permette di misurare la velocità di svuotamento dei polmoni.
- **VEMS/CVF**: il VEMS espresso come percentuale del CVF (**rapporto VEMS/CVF**) è un indice clinicamente utile della limitazione del flusso (ostruzione) delle vie aeree. Il rapporto VEMS/CVF in pazienti adulti normali oscilla tra 70% e 80%; un valore inferiore al 70% indica un deficit ostruttivo e quindi la possibile presenza di asma o BPCO.

► Alcuni specialisti sostengono che, in assenza di tutte le garanzie di qualità necessarie, sarebbe meglio che la spirometria non fosse eseguita, altri invece che stante la grande fetta di pazienti ancora non diagnosticati, anche attraverso un test eseguito da un non specialista si otterrebbero dei vantaggi. In generale le linee guida raccomandano che ovunque vi sia la possibilità di effettuare una spirometria questa venga eseguita.

Appare evidente che l'adozione di una tale pratica diagnostica

applicata su larga scala, potrebbe contribuire in maniera decisiva ad elevare la percentuale di diagnosi di BPCO, certamente ben oltre gli attuali livelli. La spirometria è un esame semplice, non invasivo, eseguibile con tecnologia oggi affidabile, facilmente trasportabile, dotata di auto-controllo sulla qualità dei test, alla portata del medico di medicina generale anche sotto il profilo dei costi. Sottoporre a spirometria i soggetti a rischio nella fase in cui i sintomi non sono emersi o lo sono in for-

ma lieve, potrebbe consentire un importante anticipo della diagnosi, con importanti conseguenze sull'andamento futuro della malattia. Va infatti tenuto presente che i sintomi normalmente percepiti dal paziente si manifestano quando in genere il deterioramento funzionale del polmone ha raggiunto già livelli del 50% ed oltre.

Dal punto di vista dei medici di famiglia, il problema principale è quello dei tempi di esecuzione della spirometria e del numero ►►

Se questi valori risultano alterati allora sarà necessario approfondire l'esame con altre misurazioni come quella dei volumi complessivi del polmone (Capacità Polmonare Totale – CPT e Volume Residuo – VR), della reversibilità dell'ostruzione dei bronchi dopo inalazione di un broncodilatatore (Test di broncodilatazione), della capacità dei polmoni di scambiare i gas tra sangue e aria atmosferica (Test della diffusione del monossido di carbonio), della misura dello sforzo tollerato dal paziente (Test del cammino o test ergometrico).

Nel referto vengono riportati anche i grafici della misura che vengono chiamati **Curva Volume/Tempo** e **Curva Flusso/Volume** che permettono al medico di valutare meglio i risultati e la qualità della prova e gli sono molto utili per spiegare la situazione al paziente.



Come sono valutati i risultati?

I dati sono molto numerosi e importanti per il medico ai fini della diagnosi. Per la valutazione dello stato dell'apparato respiratorio, il medico confronta i risultati ottenuti con valori di riferimento, che sono calcolati in funzione dell'età, del sesso, dell'altezza. Rappresentando i risultati dell'esame spirometrico con i valori di riferimento, il medico può valutare lo stato ed il funzionamento dell'apparato respiratorio, formulare una diagnosi, stabilire la gravità della malattia e seguirne l'evoluzione nel corso del tempo.

Quale è la misura del respiro?

Leggere una spirometria è molto difficile, e non è questo che deve sapere il paziente. È tuttavia importante che anche lui conosca bene i propri valori del respiro.

Il parametro che tutti i pazienti dovrebbero imparare a conoscere si chiama **Volume Espiratorio Massimo nel primo Secondo di espirazione forzata – VEMS (o FEV₁)**, cioè il volume d'aria che il paziente può espellere durante il primo secondo di un'espirazione forzata. Questo valore viene espresso in litri (per esempio 4 litri nel 1° secondo), ed in percentuale rispetto al valore teorico (per esempio 89%). Nel soggetto normale questa percentuale è uguale al 100%. Tanto più è bassa, tanto più è grave l'ostruzione bronchiale misurata in quel momento.

Il valore del VEMS diminuisce negli anni e più velocemente nei soggetti affetti da BPCO, rispetto a soggetti sani.

È possibile per il paziente misurare da solo il proprio respiro?

È possibile misurare in modo approssimativo con piccoli strumenti portatili il Picco di Flusso Espiratorio o PEF o anche FEV₁; si tratta di una misurazione parziale che dà una informazione limitata ma tuttavia utile, certamente non paragonabile al risultato di una spirometria.

* Dalla Campagna di prevenzione delle malattie respiratorie ostruttive promosse da FEDERASMA e Associazione Italiana Pazienti BPCO

► di pazienti che teoricamente dovrebbero esservi sottoposti.

Per un medico con 1500 pazienti si tratterebbe di intervenire su una popolazione di circa 200-250 persone, considerando i soli soggetti fumatori. Con gli attuali modelli organizzativi della medicina di famiglia e con il progressivo aumento del carico di lavoro che negli ultimi anni si è registrato, questa ipotesi appare di fatto difficilmente praticabile. Invece, all'interno delle sempre più diffuse nuove forme organizzative degli studi medici, che prevedono più medici che lavorano insieme (medicina di gruppo) nella stessa sede, spesso coadiuvati da personale infermieristico e di segreteria, la spirometria potrebbe essere effettuata, magari delegandola ad un medico che abbia acquisito particolari competenze nel settore rispetto agli altri colleghi.

Interessante potrebbe essere anche lo sviluppo della telemedicina, che consente una valutazione immediata dell'esame da parte di uno specialista collegato in tempo reale.

In conclusione, esiste la necessità di una maggior precocità dell'intervento diagnostico sulla BPCO, di una corretta stadiazione della malattia e di un'impostazione razionale dell'intervento terapeutico. La medicina generale dovrà fare la propria parte, specialmente nelle fasi precoci e negli stadi di malattia lieve-moderata. La collaborazione con la medicina specialistica, volta a definire i rispettivi ambiti di competenza e a sviluppare un modello di gestione integrata, sarà certamente un importante obiettivo attraverso il quale sarà possibile migliorare la qualità dell'assistenza. ■

gerbet@libero.it

StopTB contro la tubercolosi

Giorgio Besozzi



RESPIRO è il titolo di questa nuova rivista. Ma è anche il titolo della creazione di Michelangelo Pistoletto, raffigurata in

copertina e creata appositamente dall'artista per l'associazione StopTB Italia. Quale miglior connubio di questo? Nascono una nuova rivista e, quasi contemporaneamente, un'opera d'arte, del tutto casualmente con lo stesso nome e, in fondo, con le stesse finalità.

Se la rivista si propone una diffusione di notizie in ambito pneumologico, dirette alla gente comune e quindi, finalmente, con un linguaggio da non addetti ai lavori, l'opera di Pistoletto vuole parlare, attraverso il comprensibile linguaggio dell'arte, alla popolazione. Il fine è di comunicare loro che esiste Stop TB Italia, che è nata una associazione che si propone di raccogliere fondi e finanziare progetti per il con-

trollo della tubercolosi, malattia troppo poco ricordata dai mass media e troppo "fuori moda" rispetto alla medicina-spettacolo che attira attenzione e risorse.

Un flagello, se si pensa che sul pianeta muoiono 5.000 malati al giorno; che vi sono 20.000.000 di nuovi casi all'anno, che un terzo della popolazione mondiale è infettata. La globalizzazione sta ripresentando il problema tubercolosi anche alle nostre latitudini; la costante mancanza di risorse nei paesi poveri, ma anche la disattenzione e la superficialità con cui si affronta il problema nei paesi ricchi, ha portato alla creazione di ceppi resistenti ai farmaci, ceppi che si stanno diffondendo in modo subdolo e incontrollato, ceppi che ci faranno scontare la nostra trascuratezza a caro prezzo. Ceppi che si trasmettono con il RESPIRO.

Stop TB Italia si propone di pubblicizzare questo problema, di fare in modo che la gente sappia che la tubercolosi esiste ancora, che è un problema molto ►►

Michelangelo Pistoletto

Nato a Biella nel 1933, è uno dei massimi esponenti dell'arte contemporanea. Il suo esordio risale alla fine anni '50 con una pittura centrata sull'autoritratto.

Nel 1961 dipinge di nero una tela e stende sul nero una spessa coltre di vernice facendo diventare la tela specchiante.

Così due cose, tela e specchio, diventano una sola.

Dal '62 la figura viene ritagliata e applicata su lastre d'acciaio riflettenti: lo spettatore entra a far parte del quadro, attraverso il proprio rispecchiamento.

Per maggiori informazioni: www.cittadellarte.it



► più grave della SARS, dell'influenza aviaria e di tante altre malattie che hanno il costante onore della cronaca ma un impatto epidemiologico al confronto a dir poco irrilevante.

Il problema va affrontato alla radice, unendo gli sforzi delle attività istituzionali con quelle del volontariato e del privato.

Le risorse devono essere messe a disposizione ma anche gestite in modo efficace, da personale esperto e consapevole dei danni che si possono creare con progetti non adeguati.

Stop TB Italia stoptb2004@yahoo.it, membro della Stop TB Partnership e in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, promuove raccolta fondi per progetti in tal senso e per mantenere alta l'attenzione delle istituzioni e della gente comune. Collaboriamo ora per non dovere, in futuro, trattenere il RESPIRO. ■

besozzig@tiscali.it



Luis Figo testimonial della campagna di StopTB contro la tubercolosi.

Tubercolosi in cifre

Tubercolosi nel mondo

- **6 milioni di persone** muoiono ogni anno di AIDS, malaria e tubercolosi, di queste quasi 2 milioni muoiono di tbc
- La tbc è una malattia curabile, ma ciononostante uccide ogni giorno **circa 5.000 persone**
- **Il 98%** dei decessi dovuti alla tbc avvengono nei Paesi in via di sviluppo, colpendo in maggioranza giovani adulti nei loro anni più produttivi
- Se lasciata senza controllo, entro 20 anni, la tbc ucciderà **altri 35 milioni di persone**
- **2 miliardi di persone** sono contagiate dal bacillo della tbc
- La tbc è contagiosa e si diffonde attraverso l'aria come una normale influenza; ogni portatore di tbc infetta in media **da 10 a 15 persone ogni anno**
- La tbc è una pandemia mondiale
- Nel 2003 si sono verificati **8,8 milioni di nuovi casi**, di cui **l'80% in soli 22 Paesi**
- **425.000 nuovi casi** di tbc farmacoresistenti si registrano ogni anno.

Tubercolosi in Europa

- Stime OMS nel 2004: **450.000 nuovi casi**, **69.000 decessi**, cioè 50 nuovi casi e 8 decessi ogni ora
- L'incidenza della tbc varia notevolmente passando dai **4 nuovi casi** della Svezia ai **177** del Tajikistan (per 100.000 abitanti)
- L'Europa presenta zone con i più alti tassi di tbc farmacoresistenti al mondo, con **ben 8 Paesi** fra i primi 10 che sono stati trovati al momento dell'indagine (1999-2002) con una prevalenza di tbc multiresistente **superiore al 10%**
- Importante terreno per la diffusione della tbc, specialmente nella sua forma farmacoresistente, sono le carceri dell'Europa dell'Est, dove **la frequenza di carcerazione è tra le più alte del mondo**
- L'incidenza di tbc fra i detenuti, conseguente al sovraffollamento, alla inadeguata ventilazione, alla malnutrizione, alla scarsa igiene nelle carceri è **circa 50 volte più elevata** che nella popolazione normale; la mortalità nelle carceri è **28 volte più elevata** che nella popolazione normale.

Importante iniziativa istituzionale

In risposta all'emergenza tbc in Europa, si è svolto a Copenaghen, il 16 e 17 ottobre 2006 un **"Forum Ministeriale sulla tbc"** che si è prefisso di raggiungere alcuni fondamentali obiettivi:

- ▶ Sensibilizzare l' U.E. per ottenere più donazioni
- ▶ Ottenere l'impegno degli Stati Membri per "Stop TB"
- ▶ Fondare una "Stop TB partnership Europa", con lo scopo di catalizzare il sostegno politico, finanziario e tecnico nella lotta alla tbc.

Tubercolosi in Italia

- ▶ Nel 1996 notificati circa **5.500 casi**
- ▶ Oggi ci si assesta sui **4.200-4.700 casi/anno**
- ▶ Nel 2002, ultimo anno per il quale sono disponibili dati definitivi, l'incidenza dei casi notificati è stata pari a **7,3 / 100.000 abitanti**
- ▶ La situazione epidemiologica italiana tende ad avvicinarsi a quella di altri Paesi dell'Europa Occidentale, in cui la maggioranza dei casi incidenti è appannaggio di cittadini nati in altre Nazioni
- ▶ Ma mentre in Italia l'incidenza si mantiene stabile, in altri Paesi industrializzati il trend è di nuovo in diminuzione, grazie ai programmi di controllo attuati negli ultimi quindici anni.

Fattore immigrazione

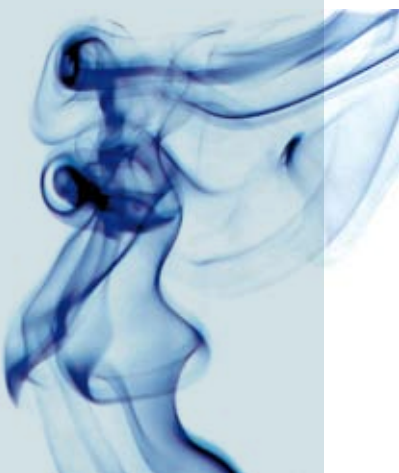
- ▶ Il fenomeno di crescente immigrazione da Paesi ad alta endemia tubercolare crea i presupposti per l'aumento della circolazione del Micobatterio, come anche della circolazione di ceppi resistenti
- ▶ La probabilità di guarigione può risultare ridotta negli immigrati: per la carenza di una rete sociale di sostegno e per la difficoltà da parte dei servizi sanitari, non più specificatamente dedicati alla tbc, di attuare un efficace follow-up dei pazienti
- ▶ La diagnosi può ritardare per vari motivi: problemi di accesso ai servizi sanitari, barriere linguistiche, basso sospetto diagnostico nei medici italiani, data la rarità della patologia.

Test BPCO

A quante di queste domande rispondi SÌ?

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

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



Fumo di coppia

Eugenio Sabato

Approfitto dell'influenza e... smetto di fumare!



LO sapevo che mi sarei preso l'influenza, l'ultima, il colpo di coda dell'inverno, la peggiorerò! Ho la tosse più forte del solito, non riesco a respirare, non ho appetito e ...neppure voglia di fumare! Basta, ho deciso, approfitto di questa "astensione volontaria dal fumo" e così mi passa prima l'influenza, smetto di fumare, butto il "mio" pacchetto di sigarette.

Già, ma quando mi passa la tosse, riuscirò a mantenere la promessa? Sudo già al solo pensiero di stare senza sigarette, mi batte forte il cuore, mi sento ansioso, mi manca l'aria: riuscirò a stare senza? E dopo il caffè? E quando sono triste? E quando mi fanno arrabbiare (mia moglie, i colleghi, il capo, la suocera)...

Basta! Ho deciso, sono più forte io delle sigarette.

Ha ragione il dottore, sono diventato uno schiavo della sigaretta, sono veramente dipendente dalla nicotina e questa cosa mi dà fastidio: essere schiavo di un pacchetto di sigarette.

Ma ora vinco io: sono più forte io della sigaretta. Mi libero di una schiavitù. E della tosse.

Immagino come sarà bello svegliarsi la mattina e non avere più il mal di testa, non avere il pensiero della sigaretta, non sentire più quell'odore nauseabondo di sigaretta in casa, in auto, sui vestiti e sui capelli (già quelli ormai

sono veramente pochi, saranno state le sigarette?).

Potrò finalmente guardare fiero in faccia mio figlio che da anni mi dice: Papà non fumare, non voglio che muori!

Neanche io voglio morire... tocchiamo ferro!

Ma so già che non è semplice smettere di fumare. Il dottore mi ha detto che potrò avere qualche problema legato alla dipendenza dalla nicotina: ansia, insonnia, difficoltà di concentrazione, facile irritabilità... avviserò moglie, figli e suocera: dovranno sopportare qualche mio momento... di ira.

Ma so che passerà presto e poi ne vale la pena: sarò libero da questa schiavitù, respirerò meglio, sentirò di nuovo odori e sapori... e poi non spenderò più tanti soldi per le sigarette.

Non immaginavo: ho fatto un po' di calcoli: 2 pacchetti al giorno, circa 10 euro, 300 euro al mese, 3600 euro l'anno, pazzesco! Se penso che fumo da 30 anni... no, non voglio pensarci. Smetto di fumare... un'altra vita!

Sì, dopo la convalescenza ricomincerò a correre, mi alzerò la mattina per fare footing, mi manca tanto quella sensazione di aria fresca, il profumo delle campagne.

Mi rimetterò in forma e potrò tornare a giocare a calcio con i miei amici: gliela farò vedere io... altro che vecchio.

Senza sigarette mi tornerà il fiato, potrò correre come prima.

Sì, sarà stupendo senza la sigaretta: sarà bellissimo.

A volte l'influenza fa bene!



Mio marito ha smesso di fumare! Sono felice per lui, ma non per me...

CHI lo sopporta ora: Io ce l'ho fatta! Mettici un po' di buona volontà! Non fumare in auto che mi dai fastidio!

Non c'è peggior nemico del fumatore dell'ex fumatore!

Lui è diventato un integralista delle sigarette. Critica chiunque fumi vicino a lui: "Guarda quello, ha appena spento una sigaretta e già ne accende un'altra. Ma non si rende conto del danno che si fa". Eppure, fino a poco tempo fa, lui fumava 40 sigarette al giorno e non aveva rispetto per nessuno.

E ci si mettono anche i miei figli: "Mamma, e tu quando smetti di fumare?" "Guarda papà come è stato bravo!"

Hanno ragione ma non riesco a stare senza sigarette, fumo da quando avevo 13 anni, ricordo ancora quel giorno di nascosto con i miei amici. Mi offrirono quella sigaretta ed io un po' per gioco, un po' per fare quello che tutto il mio gruppo faceva la accesi e da allora non ho più smesso.

Ora ho 43 anni, due figli e non ho mai smesso di fumare. Mi vergogno a dirlo: ho fumato anche in gravidanza. Ricordo ancora il giorno in cui il mio ginecologo mi disse che aspettavo un figlio. Lui per primo mi consigliò fortemente di smettere di fumare perché avrei potuto avere problemi ►►

X Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale

World No Tobacco Day 2008

30 maggio 2008

Anche quest'anno, in occasione della Giornata Mondiale senza Tabacco promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si terrà il 30 maggio 2008 presso l'Istituto Superiore di Sanità il Convegno Nazionale "Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale", giunto alla sua X edizione (programma).

Il tema scelto dall'OMS per celebrare la Giornata Mondiale senza Tabacco del 2008 è: "GIOVENTÙ SENZA TABACCO".

L'OMS ritiene che uno dei modi più efficaci con cui i governi possono proteggere i giovani dall'iniziazione al fumo e dal diventare consumatori abituali sia la proibizione diretta e indiretta della promozione dei prodotti del tabacco e della sponsorizzazione di qualsiasi evento da parte dell'industria del tabacco.

Per l'approfondimento sul tema della Giornata Mondiale senza Tabacco del 2008, leggi la traduzione italiana "GIORNATA MONDIALE SENZA TABACCO 2008" sul sito www.iss.it e visita il sito <http://www.who.int/tobacco/wntd/2008/en/index.html> dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

▶ durante la gravidanza. Mi parlò di parto prematuro, di basso peso neonatale ed io che non credevo alle sue parole. Mi dicevo: il solito allarmista.

Ho vissuto tutto il periodo della gravidanza nascondendomi per fumare, odiavo la sigaretta ma non riuscivo a staccarmene. Aspettavo di essere sola in casa per fumare, trovavo ogni scusa per uscire e fumare. È vero, ho vissuto male quel periodo: mi sentivo in colpa verso il bambino che avevo in grembo, ma non riuscivo ad abbandonare le sigarette.

Poi arrivarono le prime contrazioni, purtroppo prima del previsto: già, Luigi è nato un mese prima... caro diario non mi rimproverare anche tu. Non mi dire che aveva ragione il dottore.

Ora mi sento ghetizzata: non posso fumare in auto, non posso fumare in casa, non posso fumare

al lavoro, quando andiamo a cena mi devo alzare per andare a fumare fuori, devo sentire sempre i bimbi che mi rimproverano, non sono credibile nei loro confronti quando chiedo a loro un po' di buona volontà nello studio, ed io?

La mia buona volontà per smettere di fumare?

Basta! Devo smettere...

La mia pelle sembra più vecchia di 10 anni, noto già delle rughe intorno alla bocca (quanti soldi sto spendendo per creme antirughe, ma a che servono?), i miei denti ingialliti, la puzza di fumo nei capelli... i miei capelli.

Ho deciso, oggi a tavola comunico a tutti che smetto di fumare. Mi sentirò, così, impegnata con loro e con me stessa: dimostrerò a tutti che ho forza di volontà.

Mi farò aiutare dal mio medico, lui saprà trovare le parole e il far-

maco per aiutare questa mia decisione. Mi sento già meglio, mi sento felice di poter dire: No grazie, non fumo più.

Stasera prendo appuntamento con il dentista per la pulizia dei denti, poi passo dal mio parrucchiere e cambio look.

Vita nuova.

Ma sono felice soprattutto per i miei figli, perché sono sicura che loro mi abbracceranno contenti, mi faranno le coccole, saranno miei complici, mi aiuteranno nei momenti di difficoltà.

Andrò in palestra con Federica, mi rimetterò in forma come prima. Farò così: metterò da parte in un nuovo salvadanaio i soldi che avrei speso per le sigarette, con quelli un giorno offrirò loro un pranzo... alla faccia delle sigarette. ■

esabato@qubisoft.it

Telefono Verde 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:

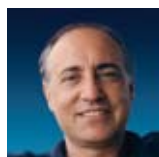
- chiunque sia interessato alle problematiche legate al Fumo di tabacco
- fumatori e loro familiari
- non fumatori
- ex fumatori
- Istituzioni pubbliche e private.



10 gennaio 2005/2008

Effetti del divieto di fumo nei locali pubblici in Italia

Vincenzo Zagà



IL divieto di fumo nei locali pubblici e in quelli privati aperti al pubblico, introdotto il 10 gennaio 2005 con la legge 3/2003, art. 51, compie 3 anni. Secondo l'indagine DOXA-ISS i fumatori in Italia nel 2007 si sono ridotti a 11.844.000 (23,5% di cui 27,9% uomini e 19,3% donne) dai 14 milioni del 2004. Globalmente la prevalenza del fumo in Italia nel periodo 2004-2007 è calata del 2,7% pari a meno 2.156.000 fumatori. Una legge quindi che sta dando dei notevoli effetti positivi e che viene in gran parte rispettata, anche se negli ultimi tempi ci sono pericolosi segnali di violazioni. Una legge che ha avuto ed ha un'ottima accoglienza da parte della popolazione come riportato da vari studi e rilevazioni.

Uno di questi studi si basa sul monitoraggio della qualità dell'aria in 40 locali pubblici di Roma prima e dopo l'entrata in vigore del divieto di fumo. Nel periodo successivo al divieto, le PM_{2,5} erano diminuite da 119,3 mg/m³ di aria a 38,2 (dopo 3 mesi) e 43,3 (dopo un anno). Il numero di particelle ultrasottili è diminuita da 76.956 particelle/cm³ a 38.079, dopo 3 mesi, e quindi a 51.692, dopo un anno. Anche la concentrazione della cotinina urinaria (indice di assunzione della

nicotina) nei lavoratori non fumatori dei locali pubblici era diminuita da 17,8 ng/ml a 5,5 e quindi a 3,7. Un altro studio del Center for Study and Prevention of Cancer di Firenze mostra che, dopo il divieto di fumo, la concentrazione ambientale di nicotina in quattro pub e tre discoteche di Firenze e la concentrazione di polveri sottili PM_{2,5} in 50 locali pubblici di Milano, Trieste e Roma sono calate tra il 70-97% rispetto alle concentrazioni presenti prima del divieto. Effetti positivi anche sulla vendita delle sigarette: nel 2005 la vendita totale era diminuita del 6,1% vs 2004, da 98,8 a 92,8 milioni di kg. Nel 2006 c'è stato un lieve aumento delle vendite dell'1,1% vs 2005, andate verosimilmente ad aumentare il numero di sigarette fumate al dì (da 13,6 a 14,1) piut-

tosto che il numero di fumatori che invece risulta calato dal 24,3% del 2004 al 23,5% del 2007.

Le conclusioni sono più che incoraggianti in quanto l'applicazione del divieto di fumo ha portato ad una notevole diminuzione nell'esposizione a particelle ultrasottili nei luoghi di ristorazione.

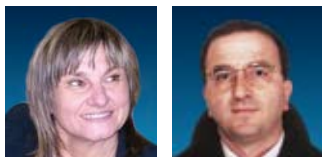
Il dato è confermato anche dalla contemporanea diminuzione della cotinina urinaria nei lavoratori esposti. Contemporaneamente è diminuito in maniera significativa il numero di fumatori. Tutto ciò, anche sulla scorta delle esperienze internazionali (ITC Proiet California), ci conferma la necessità di intervenire con misure globali e integrate fra loro nel controllo del tabacco al fine di mantenere nel tempo i risultati ottenuti. ■

vincenzo.zaga@ausl.bologna.it



Associazionismo dei pazienti e malattie rare. Una risorsa per la sanità del futuro?

Nuccia Gatta e Bruno Balbi



Cosa sono le malattie rare (MR)?

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

Parallelamente vi sono stati alcuni importanti atti legislativi sia all'estero (ricordiamo l' "Orphan Drug Act" degli U.S.A. e simili atti legislativi della U.E.) che in Italia. Nel 2001 è stata emanata una legge costitutiva delle rete nazionale per le MR, che mira a porre ordine in un campo molto vasto ed articolato, che comprende anche alcune malattie dell'apparato respiratorio. Pur interessando tutti gli organi ed apparati del nostro organismo e purtroppo colpendo individui di tutte le età, le MR hanno molti punti in comune: la diagnosi frequentemente ostacolata dalla non consapevolezza dell'esistenza di tali malattie e da test diagnostici non

alla portata di tutti laboratori, la presenza di pochi centri di riferimento, talvolta difficili da individuare, i problemi anche da un punto di vista amministrativo-burocratico nel farsi riconoscere come portatori di bisogni particolari, la frequente mancanza o non approvazione di una terapia per la malattia. L'Orphan Drug Act mirava proprio a favorire la ricerca scientifica per i farmaci che curano le MR, detti farmaci orfani perché, dato il "mercato" molto ridotto a cui sarebbero indirizzati, non avrebbero un "padre" ossia una casa farmaceutica disposta ad investire molto denaro per la loro realizzazione.

Perché l'associazionismo tra i pazienti affetti da malattie rare?

Dalle peculiarità ricordate, che accomunano le MR, derivano purtroppo le grandi difficoltà in cui si trova il cittadino che si scopre affetto da una di tali malattie. Non sa di cosa si tratta (e purtroppo frequentemente neppure il suo medico di fiducia lo sa con precisione!), non sa quindi a chi rivolgersi, non capisce se si tratta di un caso "unico" o se qualcuno da qualche parte ha già passato tutto ciò che sta avvenendo a lui, non riesce a rapportarsi con le istituzioni (ASL, Servizio farmaceutico, persino Ospedali) in maniera corretta ed efficace perché non vi sono informazioni o norme particolari che si riferiscono alla MR, e così via.

Proprio questi problemi e queste difficoltà che accomunano i pazienti ed i loro familiari paradossalmente sono la molla principale che può spingere la formazione di associazioni di pazienti affetti da MR. L'esempio viene da altri Paesi che hanno tradizioni differenti dal nostro: in U.S.A. ed in generale nel mondo anglo-sassone, le "Foundations" ed altre associazioni simili sono frequentemente il risultato di tali spinte dal basso: associazioni che spingono le Istituzioni verso una maggiore attenzione a problemi particolari, anche con la raccolta di fondi. Generalmente sono organizzazioni no-profit che servono da pungolo, da catalizzatore per convogliare risorse, in senso lato e non solo economiche, verso determinati obiettivi: maggiori investimenti nella ricerca, maggiore attenzione del mondo medico ed anche del mondo politico verso certe tematiche. Ad esempio negli U.S.A. la Cystic Fibrosis Foundation è una potentissima associazione che si occupa dei malati con Fibrosi Cistica o Mucoviscidosi. Essa è stata una dei motori che hanno consentito negli ultimi decenni il miglioramento spettacolare delle condizioni di vita e della sopravvivenza dei pazienti con Fibrosi Cistica.

In Italia questo tipo di Associazioni è ancora agli inizi e deve combattere con un tipo di società che per sue caratteristiche è molto meno flessibile e preparata ad accogliere le istanze dei cittadini. ►►

► Qual è il ruolo dell'Associazionismo di pazienti con Malattie Rare nel nostro Sistema Sanitario ?

I nostri successi, ottenuti solo su base volontaristica ed in un campo molto difficile, in parte sconfessando le incredulità iniziali di molti, ci inducono però oggi ad una riflessione sul nostro ruolo e più in generale sul ruolo che questo tipo di Associazioni possono avere nel nostro Sistema Sanitario. Come già detto, l'Italia ha una tradizione diversa dalle Società anglo-sassoni. Eppure anche da noi l'associazionismo ed il volontariato hanno ormai rinverdito negli ultimi decenni le tradizioni delle storiche "Pubbliche Assistenze" o "Croci" di vario colore che si trovano in molte delle nostre città e paesi. Si avverte l'esigenza di unirsi, di raggrupparsi e di aiutarsi vicendevolmente che testimonia la vitalità e le buone radici solidaristiche degli italiani. Queste spinte si innestano in un contesto sociale non semplice: ad un pro-

gresso scientifico innegabile anche nel nostro Paese si associa una decentralizzazione del potere amministrativo sanitario ed anche la non felice situazione economica attuale. Ciò considerato, le Associazioni di pazienti con MR se da un lato devono per la loro ragione sociale reclamare maggiore attenzione delle Istituzioni ai problemi di cui i loro associati sono portatori, non possono certo ridursi a "controparte" delle Regioni o delle ASL, in una logica rivendicativa di tipo sindacale o peggio corporativa.

Devono invece, a nostro parere, fare la loro parte nel passaggio in corso, ma non ancora compiuto, dei malati, da soggetti solo portatori di bisogni che attendono una risposta al loro problema dalle Istituzioni (la logica del "suddito"), a cittadini che hanno un problema sanitario serio ma che vogliono anche collaborare in maniera propositiva al cambiamento ed, almeno in parte, alla soluzione di problemi sanitari (la logica del "cittadino"). È necessario, lo ribadiamo, passare, anche in questo campo, dalla logica del

"suddito" che si aspetta la risoluzione dei problemi rappresentati all'Autorità in forma di supplica, a quella del cittadino, che rappresenta i propri problemi alle Istituzioni preposte, ma che ha anche un suo parere sul come si debbano guidare i processi che tendono alla loro soluzione, assumendosene, anche in parte, la responsabilità e collaborando con le Istituzioni a questo fine. È un percorso di crescita umana e sociale da compiere nel rispetto dei reciproci ruoli e con grande onestà, senza voler prevaricare o affidarsi a "ricatti" basati sulla commiserazione della condizione di malato. Noi pensiamo che i tempi siano maturi per impostare un tipo di rapporto di questo genere sia da parte dei cittadini che, almeno lo speriamo, da parte delle Istituzioni. I prossimi anni ci diranno se ci eravamo illusi o se davvero si può cominciare a cambiare le attitudini e le caratteristiche di questo tipo di rapporto tra cittadini ed Istituzioni Sanitarie in Italia. ■

*nucciagatta@libero.it
bruno.balbi@fsm.it*

La Comunicazione sulle Malattie Rare (MR) della Commissione Europea ed il Registro delle Malattie Rare

Durante la Conferenza Europea di Lisbona del 27- 28 novembre 2007 sulle Malattie Rare (MR), la Commissione Europea ha pubblicato la Comunicazione sulle strategie sanitarie da adottare nei confronti delle Malattie Rare, che colpiscono in Europa 30 milioni di persone, in Italia 1 milione, e che costituiscono una realtà molto frammentata di 6-7000 malattie fino ad oggi conosciute. Il documento evidenzia la necessità di realizzare politiche comuni nell'Unione Europea per ottenere diagnosi precoci e certe, cure adeguate per efficacia, costi ed accesso, nonché un'informazione tempestiva ai pazienti affetti da malattie a bassa prevalenza ed ai loro familiari. In Italia il DM 279/2001 "Regolamento d'istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esecuzione della partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie" ha dato la possibilità di costituire il documento normativo di riferimento con l'obiettivo di definire le forme di tutela per i soggetti affetti da

MR; di istituire la Rete nazionale delle MR per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia; di creare il Registro Nazionale delle Malattie Rare (RNMR) presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per la programmazione nazionale e regionale degli interventi. L'attività del RNMR, iniziata nel 2001, è integrata dal 2006 dal Centro Nazionale Malattie Rare (CNMR), (diretto dalla Dott.ssa Domenica Taruscio dell'Istituto Superiore di Sanità), che ha il compito di raccogliere i dati utilizzati dai Centri abilitati alla diagnosi e alla cura dei pazienti e dai responsabili dei Centri di coordinamento regionale.

29 febbraio 2008 Giornata Europea delle Malattie Rare

Il 29 febbraio si è celebrata la Giornata Europea delle Malattie rare che mobilita e dà visibilità a tutte le Istituzioni, le Associazioni e soprattutto ai pazienti, ai familiari, agli operatori, coinvolti dai problemi legati alle Malattie Rare. A Roma, presso l'Istituto Superiore di Sanità, si è svolta la 1ª Giornata di Sensibilizzazione per le malattie rare con l'intento di mettere a confronto le esperienze della Consulta Nazionale delle Malattie Rare, delle iniziative delle Regioni italiane e delle Associazioni, per stimolare la ricerca scientifica e gli investimenti della case farmaceutiche.

13ª Giornata Nazionale del Respiro

27 ottobre 2007

LA manifestazione si è svolta lo scorso 27 ottobre con l'adesione di un centinaio di centri ospedalieri.

A seguito di un report inviato da circa il 30% dei centri aderenti sono stati erogati i seguenti servizi: spirometrie di base, saturimetrie, visite pneumologiche, elettrocardiogrammi, visite otorinolaringoiatriche, ecocardiogrammi, misurazione del grado di intossicazione da fumo di tabacco, consulenze in ambito pneumologico, valutazione questionari per lo screening in soggetti con apnee notturne, somministrazione questionari per la dipendenza nicotina.

Le visite specialistiche e l'approfondimento cardiologico sono stati determinati dalla presenza di anomalie alla spirometria di base o da problematiche emerse durante il colloquio con il medico. La maggior parte degli individui visitati era già consapevole della patologia respiratoria, mentre in altri casi è stata riscontrata una ostruzione bronchiale severa misconosciuta.

Dallo screening effettuato presso i centri emerge quindi la possibilità di patologie bronco-polmonari misconosciute in circa il 20% degli accessi, per i quali è stato fissato un appuntamento per successivi approfondimenti, mostrando quanto la patologia bronchiale e polmonare possa essere frequente in una popolazione altrimenti considerata sana.

In generale, si è svolta un'opera di informazione sulla prevenzione e in particolare, sulla prevenzione delle malattie respiratorie e del fumo. Alcuni centri hanno organizzato incontri con le scolaresche dove è stato affrontato il tema: "Perché smettere di fumare".

Un altro incontro da segnalare si è tenuto sulla "BPCO. Epidemiologia, diagnosi e terapia" e "informazioni sull'apparato respiratorio: Sintomi ed esami diagnostici".

In altri centri sono stati proiettati anche video educazionali sull'Asma, la BPCO e sull'esame spirometrico e distribuiti opuscoli educazionali.

Si segnala, in particolare l'attività svolta dall'UOS-D Fisiopatologia e Riabilitazione Respiratoria del Pio Albergo Trivulzio di Milano, che ha preparato uno specifico programma informativo e di educazione respiratoria su tre problematiche fondamentali: i disturbi respiratori del sonno, la problematica del fumo e quella relativa agli eccessi/difetti nutrizionali.

24
maggio
2008

14ª Giornata
Nazionale
del Respiro

Le strutture ospedaliere che hanno inviato, come richiesto un report sulla Giornata, si sono dichiarati soddisfatti per l'importanza che si attribuisce alla prevenzione delle malattie respiratorie e per la stima e la considerazione manifestate dalle Istituzioni e dai cittadini.

A Milano, al Centro Ospedaliero Militare, è stato allestito un gazebo istituzionale che prevedeva la distribuzione di materiale informativo sulle patologie respiratorie.

Nonostante questa edizione della Giornata del Respiro sia terminata, continuiamo a ricevere telefonate da persone che chiedono informazioni e che a seconda del problema enunciato e della località di residenza, vengono indirizzate presso i centri specializzati.

Per promuovere la manifestazione è stato realizzato il sito: www.lagiornatadelrespiro.it, con l'obiettivo di raccogliere e diffondere tutte le informazioni necessarie all'organizzazione dell'evento e con l'indicazione di tutti i centri che via via aderivano.

Il sito ha registrato migliaia di accessi ed è tuttora attivo, e all'interno di esso sono visibili i patrocinatori della 13ª Giornata, le aziende sponsor che hanno contribuito alla sua realizzazione, e molte altre informazioni. ■



In piazza a Sarzana, spirometrie nel gazebo

L'ammalato in ossigenoterapia: riabilitazione e mobilità

Per favorire il miglioramento della qualità della vita dei pazienti e la loro mobilità

L'AMOR (Associazione Milanese di Ossigenoterapia a lungo termine e Riabilitativa) ha organizzato un progetto educativo per i malati in ossigenoterapia a lungo termine (OLT) dal titolo: "L'ammalato in ossigenoterapia: riabilitazione e mobilità", attraverso tre incontri, il primo svoltosi sabato 27 ottobre 2007, in occasione della Giornata Nazionale del Respiro, gli altri programmati nel corso dell'anno 2008.

Lo scopo di questi convegni è quello di migliorare le conoscenze teoriche e pratiche sull'uso dell'ossigenoterapia, favorire il miglioramento della qualità della vita e della mobilità dei pazienti in ossigenoterapia, sensibilizzare le istituzioni e gli *home care providers* a fornire risposte sempre più efficienti per i pazienti.

Il primo incontro, svoltosi nell'Aula Magna dell'Ospedale Niguarda di Milano, dove venticinque anni fa, per merito del Prof. Italo Brambilla, è nata in Italia l'ossigenoterapia a lungo termine, ha visto la partecipazione di un numeroso pubblico, costituito da pazienti e loro parenti e da medici e fisioterapisti della riabilitazione respiratoria.

Il Presidente dell'AMOR, Dott. Davide Chiumello e il moderatore Prof. Mario De Palma, hanno aperto la seduta, ricordando le finalità degli Incontri e la volontà dell'Associazione di supportare con il massimo impegno i propri Soci, affrontando soprattutto il problema della loro mobilità.

Il Prof. Italo Brambilla (Presidente Onorario di AMOR), tracciata la storia dell'ossigenoterapia

domiciliare e definiti i criteri di prescrizione e le modalità di somministrazione dell'OLT, ha esposto alcuni aspetti critici nell'assistenza italiana, auspicando che: a) lo specialista pneumologo ospedaliero coinvolga, nell'avvio dell'OLT, il medico di Medicina generale, fornendogli copia della relazione inviata all'ASL per avviare il comodato d'uso delle apparecchiature necessarie; b) lo specialista pneumologo fissi nella relazione la data del controllo per il paziente, anche per verificare, in Day Hospital o a domicilio, la persistenza dei requisiti emogasanalitici e la misura della carbossiemoglobina; c) l'assegnazione delle apparecchiature sia basata sull'effettiva capacità del paziente di uscire di casa.

Successivamente, l'Ing. Guido Matucci, Amministratore delegato della Vivisol ha descritto le varie modalità di somministrazione dell'ossigeno liquido, sottolineando tutti gli aspetti tecnici e le indicazioni terapeutiche per un uso corretto dell'ossigeno, atte ad evitare gli inconvenienti di riscontro più comune.

La Dott.ssa Elisabetta Fogari, dell'ASL Città di Milano, ha presentato il "Progetto AirTem", di telemedicina, rivolto ai pazienti in ossigenoterapia di Milano, con la collaborazione della Regione Lombardia. Il programma prevede il controllo routinario telematico dei pazienti, attraverso l'invio a domicilio di medici pneumologi, di personale tecnico esperto in assistenza pneumologica, di medici di medicina generale e di personale delle aziende forn-

2^o incontro
19 Aprile 2008
Aula Magna
Pio Albergo Trivulzio
amor.associazione@libero.it
www.associamor.org

trici di ossigeno. Il disegno dello studio prevede anche un braccio di controllo, nel quale i pazienti sono seguiti con i consueti controlli. I primi risultati sono incoraggianti perché evidenziano il giudizio positivo dei pazienti e la diminuzione delle riacutizzazioni e degli accessi in pronto soccorso.

Nella seconda parte del Convegno, la Ft Marta Lazzeri, Presidente dell'Associazione Riabilitatori dell'Insufficienza Respiratoria, ha parlato delle "Indicazioni e dei benefici dell'OLT e delle principali difficoltà incontrate nell'adesione alla terapia", presentando brevi filmati, dimostrativi sia dei vari problemi incontrati che delle eventuali specifiche soluzioni. Hanno chiuso il Convegno le relazioni affidate alla Dott.ssa Papetti, psicologa, e alla Ft Assunta De Biase di Villa Pineta di Gaiato (Modena) che hanno parlato delle loro esperienze durante i soggiorni assistiti riabilitativi, organizzati annualmente dall'AMOR per i pazienti in ossigenoterapia. Al termine di questi interventi, la discussione è stata molto vivace ed ha permesso ai presenti di avere il conforto dei tecnici per risolvere alcune problematiche quotidiane. ■

Sindrome delle apnee nel sonno (OSAS) e idoneità alla guida

Qui di seguito la lettera di risposta del Ministero della Salute alla richiesta di intervento istituzionale da parte di AIPO, SIMeR e FIMPST

Ministero della Salute

Al Presidente AIPO, Antonio Corrado

Al Presidente SIMeR, Cesare Saltini

Al Presidente FIMPST, Antonio Mangiacavallo

E p.c. Al Direttore Generale Motorizzazione Civile
Ing. Sergio Dondolini

14 settembre 2007

Oggetto: Sindrome delle apnee nel sonno (OSAS) e idoneità alla guida

Nel manifestare piena consapevolezza della rilevanza del rischio di incidenti stradali rappresentato dai guidatori che presentino una riduzione delle capacità reattive e di guida per problemi di sonnolenza, correlati in particolare alla sindrome OSAS, si precisa che sebbene non vi sia una specifica previsione normativa che preveda l'accertamento di tale sindrome, la stessa, al pari di altre patologie utili a definire il proprio stato di salute, deve essere segnalata dall'interessato in sede di rilascio/rinnovo della patente, rientrando tra le condizioni che il medico accertatore è tenuto a valutare quale causa d'impedimento a condurre con sicurezza il tipo di veicolo per il quale la patente abiliti, ai sensi dell'articolo 319 comma 1 del regolamento del C.S.

In considerazione del rilevante numero di soggetti affetti, stimato in Italia in oltre 1.600.000 persone, e dei rischi connessi per la circolazione si ritiene opportuno proporre la definizione di specifiche linee guida in ambito nazionale da elaborare in collaborazione con il Ministero dei trasporti e con le vostre società scientifiche, ove disponibili, per una corretta valutazione di tale sindrome nell'ambito dell'accertamento dell'idoneità alla guida.

Con l'occasione, ove dovesse essere condivisa da parte del Ministero dei trasporti la valutazione sull'opportunità di avviare in maniera più ampia un lavoro di revisione ed aggiornamento dei requisiti previsti per l'idoneità alla guida, in analogia a quanto avvenuto per la patente nautica, si dichiara sin da ora la piena disponibilità ad una fattiva collaborazione.

Il Direttore Generale
Dr.ssa Francesca Fratello

Norme per la prevenzione, diagnosi e cura della BPCO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva)

Il 6 novembre 2007 è stata presentata alla Camera da numerosi deputati (16) appartenenti ad entrambi gli schieramenti politici, primo firmatario Gero Grassi, una proposta di legge per la prevenzione, la diagnosi e la cura della broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Scopo del testo – assegnato alla Commissione Affari sociali in sede referente – è, essenzialmente, l'attuazione di un efficace programma di prevenzione, terapia, riabilitazione, educazione/informazione e di ricerca scientifica e farmacologica, in grado di impedire la progressione della malattia verso più pesanti livelli di gravità ed irreversibilità, che determinano il maggior impatto socio-economico della malattia sulla collettività, oltre che il maggior impegno di risorse.

La proposta di legge prevede, tra l'altro, l'organizzazione da parte delle aziende sanitarie locali, nell'ambito di ogni distretto, di servizi volti a promuovere e a sostenere la cessazione della dipendenza dal fumo. La BPCO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva) verrà, inoltre, inserita tra le patologie croniche ed invalidanti che danno diritto alla esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza, necessarie ed appropriate per il monitoraggio dell'evoluzione della malattia e per la prevenzione. Verrà, anche istituito, presso l'Istituto Superiore di Sanità, l'Osservatorio epidemiologico delle malattie respiratorie con il compito di effettuare attività di sorveglianza e di diffondere periodicamente relazioni sulla diffusione delle malattie respiratorie, e in particolare della BPCO, ai fini della programmazione e del monitoraggio degli interventi.

Nella proposta, tra gli interventi di prevenzione, è stata inserita anche la promozione della diagnosi precoce da sindrome da apnee ostruttive del sonno (OSAS) e della narcolessia e la diffusione dell'uso degli ausili per la terapia respiratoria nei soggetti affetti, ai fini della riduzione degli incidenti stradali, degli incidenti sul lavoro e domestici.

La partecipazione attiva delle Associazioni dei malati cronici

Mariadelaide Franchi



LE malattie respiratorie croniche sono tra le principali cause di morbidità (la frequenza di una malattia in una popolazione) e mortalità e si stima un trend in crescita per i prossimi anni.

Quali sono le Associazioni che rappresentano i cittadini colpiti da queste malattie? Ne riflettono l'importanza epidemiologica e sociale?

I criteri di valutazione della loro rappresentanza possono essere molteplici, in termini sia quantitativi (numero dei soci) sia qualitativi (attività svolta, progettualità, ecc.).

Ma il loro vero ruolo si misura dal riconoscimento quale espressione della richiesta di aiuto da parte dei cittadini con patologie gravi, croniche, genetiche o rare e quale punto di riferimento e d'incontro per quanti hanno il più grande bisogno di farsi ascoltare e di fare valere i loro diritti.

Si deve constatare che è ancora del tutto sottostimato il ruolo che ogni cittadino può svolgere per salvaguardare i propri diritti, mentre invece l'art. 118 della nostra Costituzione ultimo comma stabilisce che: *"Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà"*. In altri termini, la Costituzione riconosce il ruolo attivo dei cittadini e delle loro organizzazioni.

Esistono settori nell'area respiratoria nei quali le Associazioni dei malati hanno una storia lunga e una grande capacità di radicamento e di raccogliere consensi. Occorre riconoscere che l'attenzione degli oncologi e delle Istituzioni ha determinato una crescita importante del riconoscimento sociale dei tumori, che ha aiutato lo sviluppo di un notevole e determinante movimento della cittadinanza attiva in questo campo.

La stessa cosa non può sempre dirsi per le principali patologie respiratorie croniche (BPCO, insufficienza respiratoria, asma e altre forme di cronicità, tra le quali figurano la rinite allergica, al primo posto, e a seguire molte altre, come l'apnea del sonno, la sarcoidosi, ecc.), perché la sottovalutazione e la scarsa attenzione da parte delle Istituzioni e dell'opinione pubblica, e a volte anche da parte del mondo scientifico, non ha favorito nel tempo o sostenuto gli interventi di aggregazione della cittadinanza attiva.

Ancora più difficile e complessa è la situazione per le Associazioni rappresentanti malattie di origine genetica oppure rare. Tra queste, molto rilevante è il ruolo delle Associazioni di tutela dei malati di fibrosi cistica, che è tra le principali malattie genetiche nel settore respiratorio. Tra le malattie respiratorie rare – definite tali quando colpiscono 5 su 10.000 cittadini nella popolazione comunitaria – segnaliamo le Associazioni di tutela dei malati portatori del deficit da alfa1antitripsina, dei pazienti con Fibrosi Polmona-

re (detta anche Fibrosi Polmonare Idiopatica) oppure con Iperensione Polmonare Primitiva (o Iperensione Arteriosa Polmonare Idiopatica).

Le Associazioni dei pazienti con malattie respiratorie croniche o rare attualmente operanti nel nostro paese sono rilevanti perché hanno sviluppato, ognuna nel proprio ambito, conoscenze e competenze, che giustificano la loro partecipazione e il loro coinvolgimento nella politica sanitaria.

Sono capaci di raccogliere e elaborare informazioni, sulla base delle situazioni che vivono e delle esperienze dirette, e di usarle per la continuità delle attività di promozione e di tutela dei diritti, per la ricognizione delle criticità e l'individuazione delle soluzioni al fine di prendersi cura dei pazienti. Hanno un valore perché possono suggerire interventi, anche di tipo legislativo, rispondenti a concreti bisogni dei cittadini oppure esprimere pareri qualificati su provvedimenti normativi che le istituzioni intendono varare.

La *mission* comune ad ogni Associazione è quella di migliorare le condizioni di salute e la qualità della vita dei pazienti, dei loro familiari, *caregiver*, ottenere servizi e prestazioni socio-sanitari rispondenti ai loro bisogni reali in maniera paritetica su tutto il territorio nazionale.

Il conseguimento di questo obiettivo richiede la messa in opera di strategie, che sono diverse in funzione della vocazione di ogni Associazione, ma che si svilup- ►►

▶ pano attorno a due grandi diret-
tive o linee di azione.

La prima consiste nell'offrire servizi specifici, che costituiscono una risposta diretta a esigenze, interessi o diritti di talune categorie dei pazienti. Numerose sono le attività concrete di informazione e di educazione nel settore respiratorio. Tra le iniziative di sostegno alla ricerca scientifica, a titolo di esempio ricordiamo gli screening genetici di popolazione per la diagnosi precoce del deficit di Alfa1-antitripsina, attività che si inseriscono nell'ambito dell'obiettivo prioritario della prevenzione primaria. Altro esempio di servizio a favore del miglioramento della qualità della vita dei malati, è rappresentato dall'organizzazione da parte dell'AMOR (Associazione Milanese di Ossigenoterapia Riabilitativa a lungo termine), di vacanze assistite per pazienti in ossigenoterapia, per rispondere ad un bisogno reale del paziente.

La seconda strategia è quella di rappresentare i pazienti e difendere le loro richieste, aspettative e esigenze nei confronti delle Istituzioni, sollecitando interventi, anche di tipo legislativo, volti ad attuare la propria *mission*.

Ogni Associazione, poi, per raggiungere i propri obiettivi, mette in piedi una serie di modelli operativi, volti a migliorare la conoscenza della malattia, a mobilitare le risorse, ad avanzare denunce e reclami presso i vari livelli istituzionali. Da segnalare quanto siano importanti la cooperazione con associazioni aventi obiettivi e interessi analoghi a livello nazionale, europeo o internazionale e l'appartenenza a questi organismi. FEDERASMA riunisce 18 associazioni di malati asmatici e allergici, UNIAMO federa un gran numero di associazioni di malattie rare, la Lega Italiana Fibrosi Cistica è composta da 18 Associazioni Regionali e dal Gruppo Italiano Adulti Fibrosi Cistica. La

maggiore parte delle Federazioni o Associazioni di malati cronici respiratori sono aderenti a Cittadinanzattiva-Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC).

Un primo tentativo di aggregazione delle Associazioni di pazienti respiratori cronici è rappresentato dal CARE (Coordinamento delle Associazioni di malati Respiratori), costituito nel 2005.

Molte associazioni inoltre aderiscono alle loro Federazioni europee o internazionali. Ad esempio, FEDERASMA e l'Associazione Italiana Pazienti BPCO aderiscono all'EFA (European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations), la Lega Italiana Fibrosi Cistica è membro della Cystic Fibrosis Worldwide, l'Associazione Italiana Pazienti BPCO dell'International COPD Coalition, l'Associazione Nazionale Alfa1-antitripsina di AlfaEurope, ecc. ▶▶

Le Associazioni dei Pazienti

AIMS Onlus

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

A.I.P.A.S. Onlus

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

AIPI Onlus

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

Alfa1-AT

Associazione Nazionale Alfa1-Antitripsina
Via Galilei, 24 - Sarezzo (BS)

tel. 335 7867955 - fax 030 8907455
nucciagatta@libero.it
info@alfa1at.org - www.alfa1at.org

ALIR

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

AMIP

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

AMOR

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

► In conclusione, le Associazioni di tutela dei pazienti con malattie respiratorie, nell'ambito delle loro vocazioni specifiche, hanno preparazione tecnica e politica, sono attori che contano nel contesto nazionale e regionale, e dimostrano un grande impegno basato sul volontariato, soprattutto se si tiene conto delle scarse risorse di cui dispongono, per assicurare la partecipazione attiva o la mobilitazione.

Un esempio di successo recente, ottenuto grazie alle pressioni dell'associazionismo, è il riconoscimento dell'impatto epidemiologico e sociale delle malattie respiratorie nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, che per la prima volta nel nostro paese sono inserite tra le *grandi patologie*, insieme ai tumori, le malattie cardiovascolari e il diabete.

Trasformare queste dichiarazioni di principio in programmi sanitari concreti, che coinvolgano ogni Regione, è una sfida che non dobbiamo perdere.

La vera grande opportunità è la promozione da parte del Ministero della Salute dell'Anno del Respiro 2009, quale contenitore istituzionale di iniziative alle quali tutte le forze debbono partecipare, comprese le Associazioni di pazienti.

Una scelta positiva è avere fiducia nei risultati che potranno essere conseguiti, coordinare le proprie forze e mettersi in rete per apportare ognuna la propria competenza al fine di ottenere i più alti standard ai fini della diagnosi precoce, delle cure corrispondenti alle più recenti acquisizioni scientifiche, alla riabilitazione e al monitoraggio.

Una grande sfida è quella di lavorare in *partnership* con le Società Scientifiche e le Istituzioni, condividendo strategie e coordinando le attività progettuali per conseguire obiettivi comuni nell'interesse prioritario dei pazienti. ■

franchima@tin.it

Il nuovo Comitato Direttivo di Federasma

Presidente Sandra Frateiacchi
(ALAMA, Roma)
sandrafra@tiscalinet.it

Vice-Presidente Silvano Gobbo
(ARGAB, Padova)
gobbosil@bio.unipd.it

Tesoriere Luca Scaranello
(ASPAS, Rovigo)
lucascaranello@libero.it

Segretario Giorgio Salerni
(A.L.A., Genova)
salernigenoa@tin.it

Consigliere Vania Busata
(F.B.A., Misurina)
fpierolo@alice.it

Consigliere Carla Bruscoli
(A.T.A., Prato)
ataprato@federasma.org

Consigliere Delegato ai rapporti con il CMS
Giuliano Perugini
(AMA/Umbria, Terni)
giuliano.perugini@comune.tr.it

Presidente Onorario
Mariadelade Franchi
franchima@tin.it



A.R.S.P.I. Onlus

Associazione di Riferimento e Sostegno per le Pneumopatie Infantili

c/o Divisione di Pneumologia Osp. Inf. R. Margherita
P. Polonia, 94 - 10126 Torino
tel. 011 84110

Associazione Italiana Pazienti BPCO

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

Associazione Malati Fibrosi Polmonare

Mario Crivaro Onlus

Via S. Sebastiano, 38 - 58040 Istia D'Ombro (GR)
www.mariocrivaro.onlus.it

FEDERASMA

Federazione Italiana delle Associazioni di sostegno ai Malati Asmatici e Allergici

Via Ser Lapo Mazzei, 33 - 59100 Prato
tel./fax 0574 444000
segreteria@federasma.org - www.federasma.org

Legla 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

Nino Taranto duetta con la Pneumologia italiana

Cento anni fa nasceva a Napoli Nino Taranto. Attore, cantante, straordinario uomo di teatro, cinema, televisione. Un grande napoletano, di talento e di cuore. La sua carriera è partita dalla macchietta (Ciccio Formaggio e la paglietta), e da qui parte il nostro divertimento che questo CD sta a testimoniare.

Un manipolo di medici pneumologi e manager di aziende operanti nel campo respiratorio, sotto la direzione artistica di Francesco de Blasio, pneumologo napoletano e nipote d'arte di Ciccio Formaggio, provano oggi, a cento anni dalla nascita a rendergli omaggio.

Quindici interpretazioni straordinarie (destinate ad entrare nella storia della musica) in duetto con Nino Taranto e la splendida voce solista in Lusingame, una delle canzoni d'amore più belle mai scritte. Non posso fare a meno di svelare nell'occasione che questa canzone Nino Taranto la scrisse, non come si potrebbe facilmente pensare per un'amata in fuga, ma per dedicarla alla figlia Maria (la mamma di Francesco) sul punto di convolare a giuste nozze.

Dicite 33, con la voce solista di Nino Taranto, conclude questo nostro divertimento, che si fa memoria sonora per una testi-

monianza di affetto verso un grande, indimenticabile attore.

I divertiti interpreti si augurano con questo gioco festoso di aggiungere un piccolo contributo all'attenta cura della famiglia e della Fondazione Nino Taranto che ne custodisce con passione il ricordo. Con la speranza che il nostro divertimento sia anche il vostro. *(dalla presentazione di Antonio Schiavulli)*

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 Tuberculosis)



Come fare per averlo

Telefona al
numero verde
per informazioni

Numero Verde
800-601715

o acquista
online sul sito
www.midiaonline.it



Midia srl

Tel. 039 2304440
Fax 039 2304442
midia@midiaonline.it
www.midiaonline.it

Ciccio formaggio dice 33

Le canzoni e gli interpreti

CICCIO FORMAGGIO
AGATA!
COSIMA
'O PAPPAAVALLO
DOVE STA ZAZÀ
CANZONE PETTEGOLA
ATTENTI ALLE DONNE
BRINNESO
FATTE FA 'A FOTO

FATTE PITTÀ!
PUPATELLA
'A SERENATA 'E MAST'ACHILLE
TOTONNO 'E QUAGLIARELLE
CUPIDO QUESTO TI FA
'O GUAPPO 'NNAMMURATO
LUSINGAME
DICITE 33

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

Comunicare, apprendere, riconoscere i rischi



INTERNET ha aperto nuove e democratiche frontiere alla conoscenza. Imparando a navigare

possiamo arrivare ad esplorare territori che prima erano preclusi alla maggior parte di noi, entrare nei musei e nelle biblioteche più importanti del mondo, comprare qualsiasi cosa, trovare ricette per pranzi esotici e istruzioni per costruire bombe. I terroristi, a qualunque fede o razza appartenessero, hanno imparato navigando in internet dove trovare e come usare un'arma più letale degli aerei invisibili ai radar. Una nuvola di batteri che può scegliere una lettera, un soffio di vento o un corso d'acqua per diventare un killer micidiale.

“L'atomica dei poveri” così definisce la guerra batteriologica il professor Rubinstein, uno dei massimi esperti in materia.

L'antrace esiste da sempre in natura, (se ne parla persino nell'Iliade) annidato nel pelo degli animali da pascolo, è chiamato carbonchio per via delle macchie scure che vengono a chi contrae la forma cutanea. Esiste poi una forma più rara gastrointestinale, ma la più pericolosa colpisce le vie respiratorie e se non si interviene prima che si sviluppi la tossina è quasi sempre letale.

La terra è sempre più inquinata, i batteri volano sulle ali del vento. Dunque respirare è diventata un'attività rischiosa?

Indossare una maschera antigas al primo sospetto di contaminazione non servirebbe a molto, dato che le spore dell'antrace resistono mesi e anche anni persino in condizioni climatiche avverse.

La medicina resta l'arma di difesa più efficace, mediante vaccinazione per chi va nelle zone a rischio, per esempio i soldati inviati in Medio Oriente, o con una terapia pre- e post-esposizione. In Italia, tutte le strutture specializzate avranno presto la macchina capace di sequenziare il DNA del batterio o virus che ci minaccia e di individuare in poche ore il genotipo del batterio, permettendo ai sanitari di scegliere immediatamente la cura migliore. La tempestività è fondamentale in una malattia che ha un'incubazione di un giorno e già a 48 ore dai primi sintomi può aver sviluppato la tossina che ucciderebbe gli antibiotici invece di esserne eliminata.

Ci sono altre malattie come il vaiolo, la peste, il virus Ebola, il botulino che sembravano dimenticate o relegate al terzo mondo, che minacciano di tornare attraverso la guerra batteriologica. Negli ultimi due anni gli esperti ne hanno parlato in tutti i congressi, ci sono altri virus o batteri che potrebbero essere usati dai bioterroristi, ma il mondo si sta attrezzando a combatterli. Fondamentale è una informazione corretta. Per la meningite ha fun-

zionato: comunicazione, attenzione; appena si segnala un caso tutte le persone che sono state a contatto, anche non diretto, con la persona ammalata devono presentarsi in ospedale. Così si ferma il contagio.

In linea teorica il virus della Spagnola o un altro virus altrettanto aggressivo può ripresentarsi, ma adesso gli studiosi hanno a disposizione i mezzi per riconoscerlo attraverso gli osservatori sparsi per il mondo e hanno scoperto che quel tipo di virus migra sempre da est a ovest, riuscendo ad andargli incontro e combatterlo.

La prevenzione è fondamentale. Il vaccino antinfluenzale non è solo per le categorie a rischio, anzi, soprattutto in un momento come questo, con gli ospedali pieni di persone in preda ad attacchi d'ansia e con sintomi aspecifici, sapere che un paziente è vaccinato contro l'influenza farebbe guadagnare ai medici del tempo prezioso. ■

p.schisa@tiscali.it



Società Scientifiche di riferimento per le malattie respiratorie

A.A.I.T.O.

Associazione Allergologi e Immunologi Territoriali e Ospedalieri

AUSL 3 Lanciano-Vasto, U.O.C. Medicina Interna
Presidio Ospedaliero di Lanciano
Via del Mare, 1 - 66034 Lanciano
tel./fax 0872 706393 - www.aito.it

ACCP

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 2503112
stpic@gmail.com

AIMAR

Associazione Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie
Viale Marazza, 30
28021 Borgomanero (Novara)
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

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
www.aitfr.com - segreteria@aitfr.com

AMP

Associazione Mediterranea Pneumologi

Via G. Simili, 14 - 95129 Catania
www.ampneumologia.it

ARIR

Associazione Riabilitatori dell'Insufficienza Respiratoria

A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda
c/o Unità Spinale
Piazza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano
cell. 347 8044525 - fax 02 700557594
segreteria@arirassociazione.org

FIMMG

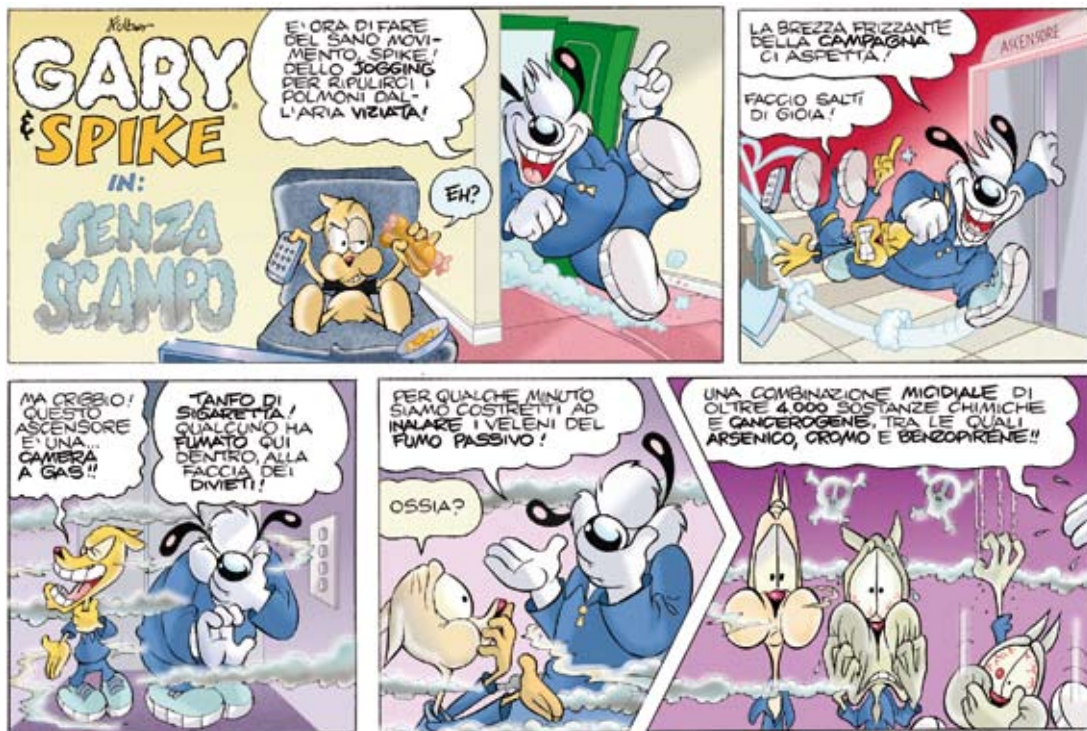
Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

Grattacielo Italia
Piazza Marconi, 25 - 00144 Roma
tel. 06 54896625 - fax 06 54896645
www.fimmg.org - fimmg@fimmg.org

LILT

Lega Italiana Lotta Contro i Tumori

Via A. Torlonia, 15 - 00161 Roma
tel. 06 4425971 - fax 06 44259732
www.lilt.it - sede.centrale@lilt.it



METIS

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

MTS

Mediterranean Thoracic Society
ggirbino@unime.it

SIAIC

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

SIAIP

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

SIFC

Società Italiana per lo studio della Fibrosi Cistica
c/o Centro Regionale Veneto Fibrosi Cistica,
P.le Stefani 1 - 37126 Verona
tel. 045 8072293
cbraggion@qubisoft.it

SIMeR

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

SIMG

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

SIMReG

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

SIMRI

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

S.I.P. SPORT

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

SITAB

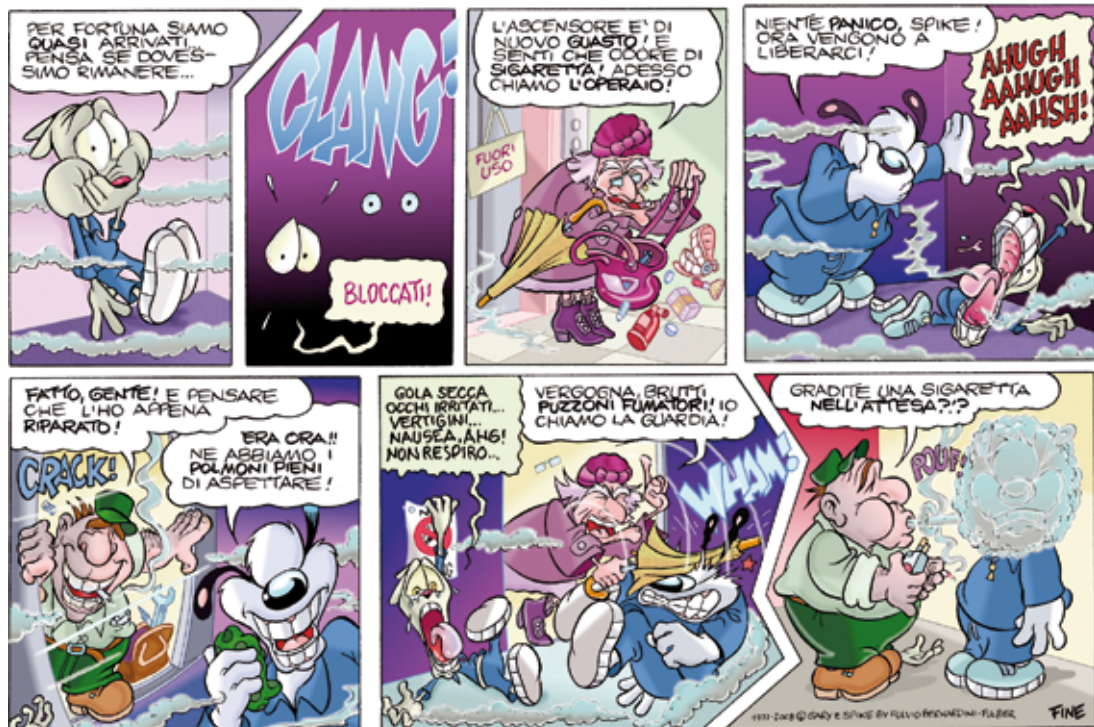
Società Italiana di Tabaccologia
c/o GEA Progetto Salute - onlus
Via Giorgio Scalia, 39 - 00136 Roma
tel. 06 39722649 - fax 178 2215662
tabaccologia@fastwebnet.it
www.tabaccologia.org

STOP TB

Istituto Villa Marelli
Viale Zara, 81 - 20159 Milano
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



1937. Buona Pasqua



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



assofarm FARMACIE COMUNALI
AZIENDE E SERVIZI SOCIO-FARMACEUTICI

A.S.SO.FARM rappresenta le Aziende Speciali, i Consorzi, i Servizi Farmaceutici e le Società che gestiscono le **farmacie comunali**.

Nell'ambito di un moderno indirizzo socio-sanitario che privilegia e promuove sempre di più il primario e fondamentale **diritto alla salute del cittadino**, la Federazione si adopera per favorire l'estensione dell'attività delle associate dalla distribuzione finale e intermedia del farmaco al più vasto settore dell'erogazione di **servizi a carattere sanitario e socio-assistenziale**.

L'impegno della Federazione è indirizzato non solo alle farmacie, per un loro rilancio e sviluppo, ma anche al settore socio-sanitario, dove le aziende possono **migliorare i servizi esistenti e impostarne di nuovi a favore della collettività**.

Il sistema A.S.SO.FARM considera la Farmacia un presidio sanitario per operare sul territorio, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, capace di **integrare e completare il ciclo di cura dei cittadini-pazienti**.