

COUGH
COUGH
RANT
COUGH
AAGH

QUESTA TOSSE CONTINUA
E IL CATARRO NON SONO
UN BEL SEGNALE, SPIKE!



Rivista
d'informazione
e prevenzione
respiratoria

Periodico
trimestrale

R E S P I R O

Anno IV
Numero 13

Primavera
1/2011

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

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

La comunicazione
medico-paziente

La continuità delle cure
al bambino allergico

Sport: quando il farmaco
è doping

Parole in fumo

La mia vita
in ossigenoterapia



HO BISOGNO
DI UNA
BOCCATA D'ARIA

GSK per la **salute**
dell' **apparato**
respiratorio



RESPIRO numero 13 | 2011

Rivista d'informazione e prevenzione respiratoria

Periodicità trimestrale

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

Registrazione

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

Direttore Responsabile

Antonio Schiavulli

Direzione Scientifica

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

Redazione Scientifica

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

Coordinamento Editoriale

Mario De Palma, Margherita Neri

Direzione, redazione e amministrazione

MIDIA srl

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

Segreteria di redazione

Mauro Cassano

Copertina

Maurizio Milani

Impaginazione, grafica, stampa

Tipografia Villaggio del Fanciullo (TS)

Pubblicità e Marketing

MIDIA srl, Trieste

Tel. +39 040 3720456
midia@midiaonline.it

Hanno collaborato

Francesca Censini, Giuseppe
Filippetti, Giacomo Mangiaracina,
Anna Rosa Nigrelli, Barbara
Schiavulli, Angelo Tagliaferri

Finito di stampare nel marzo 2011

Editoriale

5 Fame d'aria, pulita

Antonio Schiavulli

Salute e comunicazione

6 La comunicazione medico-paziente

Francesca Censini,
Comunicatore Pubblico
Angelo Tagliaferri,
Comunicatore Pubblico

Patologie

8 La continuità delle cure al bambino allergico

Giuseppe Filippetti,
Dirigente Ministero della Salute

12 Primavera e non solo: tempo di allergie

Patologia e farmaci

14 Sport: quando il farmaco è doping

Claudio Micheletto,
Pneumologo

Eventi

16 Sesta Giornata del bambino allergico

La scheda

18 L'inquinamento atmosferico esterno e i polmoni

Tabagismo

22 Parole fuorvianti producono fumo

Giacomo Mangiaracina,
Tabaccologo

Ricambio d'aria

24 Un'idea che respirava

Barbara Schiavulli,
Giornalista

I pollini

25 Calendario pollinico

La voce dei pazienti

26 La mia vita in ossigenoterapia

Anna Rosa Nigrelli,
Paziente BPCO

27 Le associazioni dei pazienti

28 Le Società Scientifiche

Gary e Spike

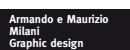
28 Tosse sospetta

Memoria storica

30 Dall'accesso asmatico alla tisi...

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

Gli Sponsor di questo numero



MIDIA
EDIZIONI

Copyright © 2011 Midia srl
Tutti i diritti riservati.

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



spirolab III

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



SPIROMETRIA OSSIMETRIA TELEMEDICINA



Minispir

Spirometro con
opzione ossimetro
direttamente collegato
al PC via USB



spirobank

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



spirobank G USB

Spirometro multifunzionale
con collegamento al PC
6.000 spirometrie
in memoria



MirOxi

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



FlowMir

La prima turbina
usa e getta
per garantire
igiene e accuratezza



spirobank II

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

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

MIR - Medical International Research
Via del Maggiolino, 125 - 00155 Roma (Italy)
tel 06.22754777 - fax 06.22754785

www.spirometry.com
mir@spirometry.com

LA FEDERAZIONE

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

**Federazione Italiana contro
le Malattie Polmonari
Sociali e la Tuberculosis
ONLUS**

Presidente

Franco Falcone

Vice Presidente

Stefano Centanni

Past President

Antonino Mangiacavallo

Consiglio Direttivo

Antonio Corrado

Franco Pasqua

Andrea Rossi

Giuseppe Di Maria

Vito Brusasco

Giuseppe Girbino

Sede

Via Giovanni da Procida, 7d
00162 Roma



RESPIRO C'È. DOVE?

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

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

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

Il Direttore Responsabile

Fame d'aria, pulita

Antonio Schiavulli



Respirare l'aria pulita dovrebbe essere un diritto di tutti, ma le nostre città sembrano costruite per le auto più che per le persone. Le strisce pedonali dipinte sulle strade sono lì a simulare ponti innalzati sullo scorrere di fiumi di auto. Ci permettono il passaggio da una sponda all'altra, ma siamo sicuri che non anneghiamo ugualmente in quell'atmosfera inquinata? E se poi soffri d'asma o altra malattia respiratoria?

È abbastanza facile immaginare il vantaggio che ne deriverebbe dal non usare l'auto in città e usare i mezzi pubblici. Può essere uno stile di vita. Troppo intelligente? Forse sì, per chi sia ammalato di pigrizia, fisica e mentale. Informazioni e consigli utili li possiamo trovare a pag. 18. Ovviamente solo per persone sveglie (o quelle che si volessero ridestare dal torpore irresponsabile).

Le patologie respiratorie insorgono a causa dell'azione di un insieme di fattori che si possono classificare in due grosse categorie: fattori di rischio individuali (genetici e legati alla familiarità) e fattori di rischio ambientali (fumo di sigaretta, esposizione professionale, inquinamento atmosferico outdoor e indoor, condizioni sociali, dieta, infezioni).

La prevenzione di questi fattori può avere un impatto significativo sulla morbosità e sulla mortalità. Ora se non possiamo fare molto per i fattori di rischio genetici, molto si può fare per quelli che dipendono dal nostro stile di vita. Fumi? E il cervello dove l'hai messo a riposare? Oggi ci si accapiglia a discutere di fine vita (non so quanti in modo sincero e rispettoso della libertà e della dignità dell'uomo), ma sul "durante" non varrebbe la parte di dibattere? Il bambino allergico ha problemi nella continuità delle cure (pag. 8 e 16) e a scuola non ci sono ancora i farmaci salva vita, perché poi "chi può usarli"? Sembra impossibile, vero?

Sono certo che il nostro paese può crescere, in tutti i campi, basta ricordare che il paese siamo noi, e siamo noi che, migliorandoci, lo facciamo crescere. Aspettare quelli che dormono non conviene (ma proviamo almeno svegliarli!), e di quelli troppo svegli (se furbi) meglio diffidare e starne alla larga.

Viva l'Italia normale! ■

schiavulli@midiaonline.it

© Sergio Bonelli
Editore 2011
Disegno di Angelo Stano
Dylan Dog è stato creato da Tiziano Sclavi.



La comunicazione medico-paziente: l'importanza della medicina dal volto umano

Francesca Censini, Angelo Tagliaferri



La medicina "è un insieme armonico di tecnologia medica e antropologia medica dove accanto all'applicazione delle scienze di base deve sussistere, con pari dignità, il rapporto interumano tra medico e paziente: un rapporto di dualità che diventa pluralità coinvolgendo medico, paziente e società" (S. Stagnaro, Vecchio e Nuovo nella Scienza, Tempo Medico, 315, 16, 67, 1989).

Sono molte le sfide che il mondo sanitario ha davanti in un contesto profondamente cambiato e che presenta, nella sua dimensione propria che è ormai quella della globalizzazione, caratteristiche e natura in trasformazione. Si è di fronte ad un nuovo modello di lettura più complesso del paradigma salute/malattia che va al di là della mera concezione biomedica. I cambiamenti e le sfide che si trovano a fronteggiare i sistemi sanitari e le organizzazioni ad esso correlate, sono molteplici. I piani di lettura accrescono mettendo in evidenza relazioni/comunicazioni fra sistemi, fino a qualche decennio fa, nemmeno pensabili. Emer-

ge il ruolo sempre più attivo e consapevole dell'utente, meno disposto ad essere in balia dell'autorità medica e più partecipativo nella costruzione del percorso di cura e nella valutazione delle organizzazioni sanitarie. Alla luce di ciò, per i soggetti che utilizzano i servizi sanitari, il termine "paziente" diviene obsoleto; si propone di ripartire dall'idea di "cittadino" come legittimo portatore di diritti e di doveri, per giungere anche a quella di "cliente esigente", poiché il paziente sottopone richieste precise e si aspetta risposte chiare e risultati certi.

In questo contesto comunicazione, partecipazione e tutela diventano le parole chiave in grado di aprire nuove prospettive e modalità di comprensione. La comunicazione si configura come una dimensione essenziale della stessa partecipazione e rappresenta l'espressione più forte di una relazione attiva tra la struttura sanitaria e l'utente fruitore del servizio sanitario. Al settore sanitario,

non viene più richiesto solo di affrontare lo stato patologico o di prevenirlo, ma si chiede di porsi nella condizione di erogatore di servizi e prestazioni tenendo conto della pluralità del nuovo concetto di salute, all'interno del quale il dialogo diventa componente di valore imprescindibile della prestazione sanitaria come strumento non solo diagnostico, ma anche come vera e propria terapia di educazione e di benessere.

I cittadini, potenziali utilizzatori dei servizi sanitari, sono sempre più istruiti, consapevoli delle proprie necessità, sempre più partecipativi nell'organizzazione sanitaria e sempre meno disposti ad accettare il tradizionale rapporto paternalistico nei confronti del personale sanitario. A loro volta i medici non sono più visti come soggetti detentori di un sapere irraggiungibile e mai messo in discussione, ma professionisti dotati di una preparazione specialistica a disposizione degli utenti. I cittadini, quindi, non sono più disposti a subire un trattamento, ma impongono la necessità di instaurare una relazione paritaria e interpersonale con il personale sanitario; inoltre, gli utenti pretendono che i servizi erogati debba-



► no tener conto nella loro costruzione, così come nella loro valutazione, anche del loro contributo, che siano cioè coerenti con la personalizzazione dell'intervento e siano centrati sulle esigenze delle capacità interpretative del ricevente.

Ogni richiesta di cura di un cittadino pertanto non solo racchiude una semplice richiesta di aiuto tecnico, ma anche un'esigenza di relazione. Il riconoscimento dello stato di malattia provoca infatti nel paziente una crisi comunicativa su due livelli, con sé e con gli altri. Egli tende a chiudersi in sé stesso, eppure più che mai avrebbe bisogno degli altri, delle loro parole. Ignorare ciò significherebbe ridurre la medicina all'applicazione di una tecnica, trasformando il rapporto medico-paziente in una prestazione di servizi, senza tenere conto che esso in primo luogo è attenzione verso la persona.

L'aspetto che va tenuto in considerazione si riferisce soprattutto al fatto che una buona qualità di comunicazione tra medico e paziente può avere diversi effetti positivi: dall'aderenza al trattamento proposto, al miglioramento dei sintomi, allo stato emotivo del paziente. Al contrario, una scarsa o una cattiva comunicazione incidono negativamente sulla rispondenza ma anche sulla valutazione che il paziente fornisce al trattamento somministrato. Sono considerati ostacoli alla comunicazione:



- ♦ l'atteggiamento sbrigativo del medico: il colloquio si riduce ai minimi termini e il paziente lo interpreta come scarso interesse nei suoi confronti;
- ♦ l'atteggiamento distratto del medico: il paziente ha la sensazione di non essere ascoltato;
- ♦ l'uso di un linguaggio eccessivamente tecnico: utilizzando termini eccessivamente specialistici, il medico contraddice il senso stesso della comunicazione efficace;
- ♦ l'interruzione del discorso: l'abitudine del medico ad interrompere il paziente mentre sta esponendo le proprie problematiche;
- ♦ l'esclusione del paziente nella conversazione tra due o più medici.

Eppure il processo terapeutico, per quanto possibile, dovrebbe avere il paziente come principale

collaboratore delle modalità terapeutiche, a partire dall'espressione dei sintomi, dal rispetto per la necessità di ascolto ravvisata dallo stesso, dal bisogno di comprendere e di evitare risposte elusive da parte del medico.

È necessario quindi rendere il paziente un vero e proprio attore e soprattutto che il medico concili i propri limiti umani e professionali, evitando il totale distacco dalla sofferenza altrui. È importante personalizzare l'assistenza e considerare il paziente nella sua specificità, senza mai smettere di ascoltarlo e comprenderlo. ■

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

La continuità delle cure al bambino allergico

A casa e in ospedale, dall'infanzia all'età adulta.

Gli impegni istituzionali per la sua tutela.

Giuseppe Filippetti*



La lotta alle malattie respiratorie - secondo il massimo documento di piano di cui dispone, il PNS (Piano Sanitario Nazionale), in campo sanitario, il nostro Paese - si realizza in primo luogo attraverso interventi finalizzati alla prevenzione sia primaria (sui fattori di rischio), sia secondaria (anticipazione diagnostica), sia terziaria (continuità della presa in carico).

Altrettanto rilevante - allorché si sia in presenza di uno stato morboso - è l'informazione a pazienti e familiari, che devono essere formati a conoscere le caratteristiche della malattia, a seguire/far seguire correttamente la terapia prescritta e a reagire prontamente in caso di problemi.

Questo paradigma vale, in genere, per le malattie respiratorie, ma, anche e soprattutto, per le forme allergiche che colpiscono il bambino.

Su un altro versante di programmazione istituzio-

nale, il PNP 2010-2012 (Piano Nazionale di Prevenzione) segnala come proprio obiettivo la riduzione di incidenza e mortalità per malattie respiratorie, attraverso quattro linee di lavoro:

- ♦ individuare screening di popolazione per l'identificazione precoce delle patologie respiratorie, secondo criteri e caratteristiche di appropriatezza;
- ♦ predisporre protocolli terapeutici per il controllo dei principali fattori di rischio, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici dei diversi principi attivi. In particolare, il PNP segnala la valutazione dell'utilizzo di farmaci e la predisposizione di protocolli per l'ossigenoterapia;
- ♦ definire percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi con particolare riguardo all'appropriatezza del ricovero o trattamento ambulatoriale e della gestione da parte del medico di assistenza primaria o specialistica;
- ♦ valutare, per ciascuna Regione, la rete assistenziale, per l'acuzie e la cronicità, e introdurre criteri di standardizzazione e razionalizzazione.

All'interno dello scenario sommariamente descritto, che evidenza hanno le aller-

gie del bambino?

L'asma bronchiale, assieme all'obesità, è certamente la patologia cronica più diffusa nell'infanzia e nel 1999 è stata riconosciuta come malattia sociale. La rinite allergica è un problema sanitario rilevante anche perché rappresenta un fattore certo di rischio per asma, anche indipendentemente dall'atopia. La prevalenza dell'allergia ad alimenti è più elevata nei primissimi anni di vita (ad esempio, quasi tutti i bambini che hanno allergia al latte vaccino manifestano i segni di intolleranza nel loro primo anno di vita) colpendo - secondo alcuni dati - circa il 6% dei bambini con meno di tre anni di vita. La dermatite atopica, infine, risulta essere una malattia estremamente diffusa in età pediatrica, con un'incidenza massima nei primi anni di vita.

Se questo è il contesto, la risposta al problema è allora obbligata: le Istituzioni dovrebbero rispondere in maniera coerente ed adeguata alle esigenze del bambino allergico.

Ritengo che molti abbiano ben chiaro qual'è - dopo l'intervenuta modifica della carta costituzionale del 2001 - la struttura di processo che governa l'assistenza sanitaria ►►

* Dirigente medico, Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute

► nel nostro Paese: l'Amministrazione centrale individua gli obiettivi da perseguire e mette a disposizione le risorse finanziarie necessarie al loro raggiungimento; le Regioni organizzano la propria rete di presidi, cui trasferiscono - secondo propri criteri interni - le risorse finanziarie che ritengono di dovervi allocare; le Strutture sanitarie regionali, infine, trasformano le risorse finanziarie nelle risorse economiche (medici, infermieri, tecnologie, attrezzature, ecc.) che loro occorrono per erogare le singole prestazioni ed il complesso di prestazioni necessarie a garantire il grado di salute richiesto dalla popolazione di pertinenza. Nel caso della presa in carico del bambino allergico, poi, va ulteriormente messa in conto la necessità di interlocuzioni con soggetti che non atten-

gono strettamente al profilo sanitario (dal mondo della scuola a quello delle attività ludiche e ricreative, a quello dei Comuni, cui spetta il governo del territorio, ecc.).

Come che sia, questa distinzione di ruoli e funzioni tra i tre livelli enunciati (Stato-Regioni-SSN) non va mai dimenticata perché altrimenti si ingenera confusione nella ricerca delle responsabilità sia quando le cose vanno bene, che quando vanno male.

Di certo, a livello delle Istituzioni centrali il problema del bambino portatore di allergia è noto ed è stato affrontato con l'incisività dovuta. Altrettanto certamente, mi rendo conto che a livello pratico sono tante le difficoltà che nella vita quotidiana il bambino malato ed i suoi familiari incontrano (nell'accesso agli interventi di prevenzione, alla diagno-

si, al trattamento, all'informazione ed all'educazione sanitaria, per esempio) e, però, per quanto detto appena prima sui diversi ruoli svolti dagli attori istituzionali, dovrebbero essere Regioni e Strutture sanitarie a fornire la loro interpretazione della realtà denunciata.

Quello che è evidente ed incontrovertibile per tutti è che, al centro della questione, dovrebbero esserci i bambini. È già difficile essere bambini malati e lo è ancor di più esserlo quando bisogna rincorrere liste d'attesa oppure quando c'è la giusta aspettativa di una migliore assistenza nelle scuole, a casa, sul territorio, in pronto soccorso, in ambulatorio, in ospedale, in post-acuzie, ovunque ci sia bisogno, insomma, dal momento che le fasce infantili affette da allergie necessitano di trattamenti a lungo termine, in maniera continuativa.

Anche sulla base dell'esperienza dell'Associazione dei malati di patologie allergiche, le maggiori difficoltà nel rapporto con i servizi sanitari sembrano riscontrarsi quando i piccoli pazienti passano a convivere con la malattia e diventa decisiva la possibilità di contare su servizi e strutture extra-ospedaliere accessibili e qualificate. Non vi è dubbio, infatti, che una delle sfide che oggi Regioni e SSN devono affrontare è quella di dover intercettare e rispondere adeguatamente ad una domanda ►►



► crescente di assistenza che si connota almeno per tre elementi:

- ♦ la lunga durata;
- ♦ la necessità di essere erogata in ambiti molto diversi (domicilio, scuola, ambulatorio, residenza intermedia, ospedale);
- ♦ la necessità di essere supportata da adeguati servizi sociali.

Promuovere una effettiva presa in carico del bambino allergico sta infatti a significare favorire il disegno e la implementazione di percorsi che garantiscano la continuità di un sistema curante - migliorando la integrazione all'interno dei servizi sanitari e tra questi e i servizi sociali dei Comuni, i servizi scolastici, i servizi deputati all'incontro e allo svago - che ha a che fare con un target particolarmente fragile ed indifeso.

Pur nella consapevolezza che è difficile mettere assieme contributi che provengono da culture, linee gerarchiche, assetti organizzativi e professionalità così diverse come quelle che - in un modello virtuoso - dovrebbero interagire intorno al



bambino allergico, proprio nell'ottica dell'unitarietà è necessario che Regioni e SSN ricerchino l'integrazione sul territorio tra gli stakeholder interessati.

Questo è quello che l'Istituzione centrale sta cercando di fare - non a livello operativo ma a livello di elaborazione di policies - con GARD Italia anche per i piccoli pazienti pneumologici. GARD Italia rappresenta un'alleanza volontaria tra Società scientifiche, Associazioni dei pazienti e, tendenzialmente, ogni altro partner operante in ambito pneumologico, che lavora per il comune obiet-

tivo di sviluppare una strategia di prevenzione e di assistenza alle malattie respiratorie adattata al contesto italiano. Sulla base di quanto stabilito da GARD internazionale l'obiettivo generale di salute che GARD-Paese deve perseguire è quello di ridurre l'incidenza, morbosità e mortalità delle malattie respiratorie nel lungo periodo attraverso un approccio integrato.

Mi fa dunque piacere sottolineare, come tra le prime cinque linee operative attivate da GARD sia stata data priorità alla prevenzione primaria, sviluppando un'apposita linea operativa ►►

Armando e Maurizio
Milani
Graphic design

Milano

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

New York

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

info@milanidesign.it
www.milanidesign.com



Zerowatt
Elettrodomestici,
Bergamo



Centro Diagnostico
Italiano
Analisi Mediche, Milano



Magis Farmaceutici
Prodotti Farmaceutici
Brescia



Gruppo Magneti Marelli
Divisione corse
Milano



Pietro Mezzaroma
e Figli
Costruzioni, Roma



Uomo Moda
Presentazione stilisti italiani
New York



Istituto Europeo
di Oncologia
Milano



Ulk 101
Anti tumorale
Milano

► chiamata "Programma di prevenzione per le scuole dei rischi indoor per malattie respiratorie e allergiche".

Cito questa circostanza e non altre, altrettanto significative, semplicemente perché essa conforta una tesi a me cara, secondo la quale far sedere intorno ad un tavolo Istituzioni, pazienti e società scientifiche con il compito specifico di fornire (anche se ciò dovesse comportare una forte dialettica tra le tre parti) indicazioni utili e pratiche al decisore politico per cercare di superare le problematiche di cui qui si discute, ha molteplici valenze. Infatti, non significa soltanto responsabilizzare tre interlocutori indispensabili, non significa soltanto pervenire ad una sintesi delle evidenze scientifiche e organizzative, non significa soltanto arrivare ad una mediazione tra l'ideale (spesso impossibile da afferrare per questioni legate ai costi, alla complessità organizzativa, a ordinamenti che stentano a parlarsi tra loro, ecc.) ed il reale (spesso così e così, ma l'unico concretamente praticabile), bensì significa

mettere al centro del pensiero, prima, e dell'azione, poi, il paziente nell'interesse dei suoi bisogni.

Questo è quello che si tenta di fare a livello dell'Istituzione centrale e questo è quello che le Regioni più virtuose hanno implementato e stanno implementando a livello territoriale.

Faccio un esempio che deriva da un'esperienza personale. In Friuli Venezia Giulia (ma altrettanto può dirsi per altre Regioni) è stato codificato con una norma locale che la programmazione delle attività sanitarie territoriali non può prescindere da un confronto con i soggetti che esprimono un bisogno. Tale indicazione - che ha come primo effetto quello di rompere l'autoreferenzialità che, per mia esperienza, inevitabilmente connota qualsiasi struttura sanitaria - si è tradotta nell'utilizzo di strumenti denominati Piani di zona. L'utilità dell'adozione dei Piani di zona risiede nel fatto che in essi risulta scritto e firmato nero su bianco quello che i diversi attori si impegnano a fare rispetto ad un certo problema, dopo

aver sentito e valutato le esigenze dei malati e delle loro Associazioni. Nel caso del bambino allergico, dunque, in un Piano di zona si troverebbe, ad esempio, non solo la descrizione di che cosa si impegnano a fare il distretto in termini di attività dell'ambulatorio allergologico o l'ospedale in termini di 118, ma ed è questo quello che più conterebbe per i piccoli pazienti, anche gli interventi previsti nel mondo scolastico o le attività di sostegno promosse dai Comuni.

Le buone pratiche, come si vede, esistono, ma stentano ad affermarsi in maniera diffusa e capillare. Occorre, dunque, incoraggiare tale percorso avendo ben chiaro in testa che sicuramente, la strada da percorrere è ancora lunga e, altrettanto sicuramente, non è priva di ostacoli. Il fatto stesso che ci sia una presenza così variegata di soggetti interessati allo sviluppo del tema significa, però, che forse la via intrapresa è quella giusta. ■

g.filippetti@sanita.it

GLI APPUNTAMENTI DEL RESPIRO 2011

Giornata Mondiale della Tubercolosi
24 marzo

Giornata Mondiale dell'Asma
3 maggio

Giornata Nazionale del Respiro
28 maggio

Giornata Mondiale contro il Tabacco
31 maggio

Giornata Mondiale BPCO
16 novembre

Primavera e non solo: tempo di allergie

Con l'arrivo della stagione primaverile è doveroso parlare di allergie, anche se di allergia ormai si parla tutto l'anno.

Cos'è l'allergia?

Il sistema immunitario che ci protegge da infezioni e malattie, può in alcuni soggetti predisposti, manifestare un'eccessiva reattività nei confronti di sostanze normalmente innocue provenienti, per esempio, dai pollini, dagli acari della polvere, dal pelo degli animali oppure da certi alimenti.

Queste sostanze, conosciute con il nome di allergeni, possono provocare una reazione allergica per inalazione (respirazione), ingestione o semplicemente per contatto.

Quali sono i sintomi?

La patologia allergica si può manifestare con sintomi cutanei (orticaria, dermatite, eczema) e/o respiratori come la febbre da fieno (rinite) e l'asma. La rinite allergica colpisce la parte superiore delle vie respiratorie, provocando sintomi quali:

- ♦ naso che cola o chiuso
- ♦ prurito al naso con starnuti
- ♦ arrossamento, bruciore e prurito agli occhi (congiuntivite)
- ♦ mal di testa, stanchezza, difficoltà a concentrarsi



Al contrario, l'asma allergico colpisce la parte inferiore delle vie aeree, e può causare anche gravi difficoltà respiratorie.

Come si può curare l'allergia?

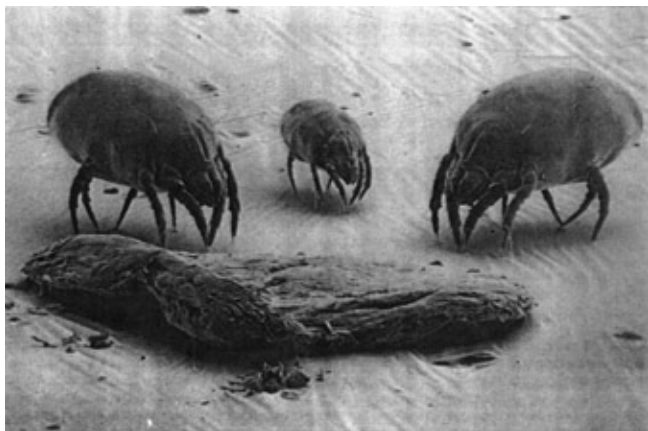
Allontanamento degli allergeni

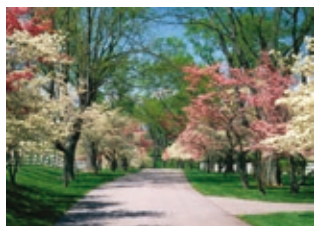
È buona regola cercare sempre di evitare il contatto con gli allergeni verso i quali si è sensibili.

Purtroppo non è possibile, come nel caso di acari o pollini, evitare completamente la fonte dell'allergia.

Trattamento sintomatico

Il trattamento con i farmaci sintomatici (antistaminici, cortisonici, etc) produce un rapido sollievo dai sintomi allergici; tuttavia dato che questi non agiscono sulla causa dell'allergia, alla loro sospensione, i sintomi si ripresentano di nuovo. ►►





► **Vaccinazione antiallergica (immunoterapia specifica)**

La vaccinazione antiallergica consiste nella somministrazione per via sottocutanea o per via sublinguale degli allergeni a cui si è sensibili.

La terapia, che per garantire la massima efficacia dovrebbe essere protratta per almeno 3 anni, porta gradualmente il paziente ad essere tollerante verso gli allergeni responsabili dei sintomi.

La vaccinazione essendo l'unico trattamento che agisce all'origine dell'allergia, è in grado di ridurre significativamente sia i sintomi sia il rischio di sviluppare asma o nuove sensibilizzazioni. I suoi benefici permangono definitivamente o molto a lungo dopo il termine di un ciclo di terapia di 3 anni; tale obiettivo non è raggiungibile con nessun farmaco sintomatico.

Perché è importante curare la rinite

La rinite rappresenta un campanello di allarme che avverte che il sistema immunitario reagisce in modo non fisiologico quando esposto agli allergeni.

Il sintomo può apparire lieve, ma la causa sottostante è ben più grave e predispone

verso un percorso le cui tappe possono essere rappresentate da un rischio superiore di sviluppare asma rispetto i soggetti non allergici e da un rischio di sensibilizzazione ad ulteriori allergeni. L'asma provoca degli episodi di difficoltà respiratoria destinati ad aggravarsi nel tempo, che possono costringere il paziente ad un trattamento farmacologico a vita con farmaci antiasmatici.

Perché è importante l'aderenza alla terapia.

Per ottenere i migliori risultati da una terapia farma-

cologia è molto importante seguire lo schema terapeutico prescritto dal medico (aderenza allo terapia).

L'efficacia della immunoterapia, valutabile dal paziente "attraverso" la scomparsa dei sintomi allergici, la diminuzione dell'uso di farmaci sintomatici, il miglioramento della qualità della vita, è ottenibile solo se si è puntuali e costanti nel rispettare lo schema terapeutico prescritto dal medico specialista. ■

STATI GENERALI DELLA TUBERCOLOSI

1ª EDIZIONE

23 Marzo 2011

Senato della Repubblica

Sala Zuccari, Palazzo Giustiniani

Via della Dogana Vecchia, 29

Roma



Federazione Italiana
Tubercolosi
In Molte
Pulmonari Sociali
e in Università



Sport: quando il farmaco è doping

L'Agenzia Mondiale Antidoping ha diramato una nuova lista delle sostanze proibite entrata in vigore il 1 gennaio 2011.

Claudio Micheletto



L'asma da sforzo è un sintomo molto frequente, soprattutto nei giovani allergici che praticano attività sportiva agonistica. Il trattamento dell'asma bronchiale è stato ampiamente valutato da numerose linee guida, sia nazionali che internazionali, che sono state pubblicate, rivedute ed aggiornate negli ultimi 20 anni. Le linee guida considerano molti aspetti dell'asma, ma non la specifica condizione degli atleti agonisti, in particolare per quanto riguarda l'uso di farmaci sintomatici, da usare al bisogno, e dei farmaci in grado di controllare la malattia, da usare su base regolare. Per tutti coloro che pratica-

no uno sport regolarmente, è importante non solo controllare i sintomi asmatici e prevenire la progressione, ma diventa egualmente importante ridurre la limitazione dell'attività sportiva, che spesso viene eseguita in circostanze straordinarie, basti pensare al maratoneta che si allena su lunghissime distanze, al ciclista che rimane in sella alla bicicletta per ore ed ore, al fondista che sugli sci effettua una gara di 50 chilometri con basse temperature. Pertanto, il trattamento prescritto dovrebbe avere un effetto ottimale sull'asma, tenendo anche in considerazione i possibili effetti collaterali dei farmaci.

Gli studi epidemiologici hanno dimostrato che gli atleti agonisti, in particolare coloro che praticano sport di resistenza, presentano una

elevata incidenza di questa patologia. Le percentuali di asmatici tra gli atleti che hanno partecipato alle ultime quattro Olimpiadi estive (Atlanta 1996, Sydney 2000, Atene 2004, Pechino 2008) sono infatti particolarmente significative nel ciclismo (15.3%), nuoto (11.3%), pentathlon (10.1), mentre sono basse negli sport come il tennis (2.2%), pallamano (2.2%), calcio (1.9%) tennis da tavolo (1.2%) e ginnastica (1.1%).

Gli aspetti più importanti, che possono determinare asma da sforzo negli atleti, riguardano l'elevato aumento dell'iperventilazione durante lo sforzo, assieme a fattori ambientali, come ad esempio l'aria fredda o la presenza di cloro nelle piscine, che determinano un aumento dell'infiammazione e della reattività bronchiale. ►►

Thomas L. Petty

AVVENTURE IN OSSIGENO

(Adventures of an Oxy-philie)

Presentazione e traduzione
a cura di Italo Bembilla

MIDIA
EDIZIONI

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

Direttamente a casa tua

acquista online sul sito
www.midiaonline.it



**Disponibile nelle migliori
librerie scientifiche**

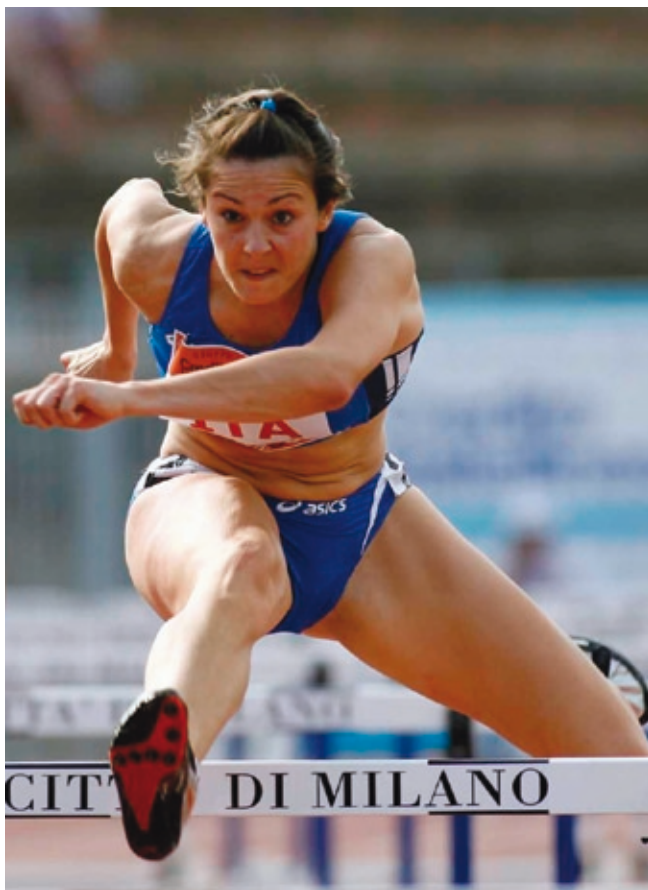
Midia srl - Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

MIDIA
EDIZIONI

► La Lista delle sostanze vietate è uno dei pilastri della lotta contro il doping. In essa sono dettagliati sostanze e metodi vietati nello sport, e il suo adempimento è obbligatorio per le organizzazioni che hanno adottato il Codice Antidoping Mondiale.

La nuova lista, entrata in vigore dal 1 gennaio 2011, tiene conto degli ultimi progressi scientifici e presenta numerose novità rispetto a quella del 2010. Alcune novità riguardano anche il trattamento dell'asma bronchiale.

Beta2-agonisti. Questa categoria farmacologica è sempre stata proibita, ma ora per la prima volta è consentita l'inalazione di salbutamolo (broncodilatatore a breve durata d'azione, sino ad un massimo di 1600 microgrammi al giorno) e di salmeterolo (broncodilatatore a lunga durata d'azione) se assunto per via inalatoria nel rispetto del regime terapeutico indicato dalle case produttrici. Il salbutamolo e il salmeterolo continuano a essere autorizzati se assunti per inalazione, ma non necessitano più di dichiarazione d'uso in quanto tale requisito è stato rimosso dalla lista 2011 delle sostanze vietate. È importante sottolineare che la presenza di salbutamolo nelle urine oltre la soglia di 1000 ng/ml non è ritenuta di uso terapeutico, pertanto è della massima importanza che i medici istruiscano attentamente



tutti gli sportivi che assumono queste sostanze sul loro uso corretto.

Permane invece il divieto di fare uso di formoterolo, terbutalina e altri agonisti beta-2, per i quali è richiesto la regolare procedura di autorizzazione prima dell'utilizzo. La richiesta per queste sostanze deve essere accompagnata da una cartella medica completa con test di funzionalità respiratoria che confermino la diagnosi di asma bronchiale.

Glucocorticosteroidi. Sono proibiti tutti i glucocorticosteroidi quando somministrati per via orale, en-

dovenosa, intramuscolare o rettale. I glucocorticosteroidi somministrati per vie non sistemiche non richiedono più una dichiarazione d'uso, per cui il classico trattamento inalatorio per l'asma bronchiale non ha più necessità di essere dichiarato.

L'efedrina e la metildfedrina, che sono presenti anche in vari preparati come decongestionanti nasali, sono proibite quando la loro concentrazione nelle urine è superiore a 10 microgrammi per millilitro. ■

cmicheletto@ulss.ven.it

Sesta Giornata del bambino allergico

I diritti dei bambini allergici a scuola

Lo scorso 18 febbraio alla “Sapienza” di Roma si è svolta la sesta edizione della “Giornata del bambino allergico”, il Convegno organizzato da FEDERASMA Onlus (Federazione Italiana delle Associazioni di Sostegno dei Malati Asmatici e Allergici), ALAMA (Associazione Laziale Asma e Malattie Allergiche) ad essa aderente e SIAIP (Società Italiana Allergologia e Immunologia Pediatrica) in collaborazione con l'Università di Roma “Sapienza”, Policlinico Umberto I.

Il documento congiunto FEDERASMA-SIAIP “Raccomandazioni sulla gestione del bambino allergico a scuola” elaborato dagli esperti delle due Organizzazioni, coordinate da Giovanni Cavagni, è stato presentato per la prima volta nel corso del convegno, dando lo spunto per focalizzare l'attenzione

sulle problematiche dell'integrazione del bambino allergico a scuola in Italia.

I bambini allergici e/o asmatici hanno il diritto di vivere la scuola, in classe e all'aperto, il pranzo e la merenda, lo sport ed i momenti ricreativi con serenità e sicurezza. Una dichiarazione a “misura di bambino allergico” per riconoscerne i diritti e per tutelarne la frequenza scolastica.

Presso l'Aula Magna del Dipartimento di Pediatria e Neuropsichiatria Infantile del Policlinico Umberto I dell'Università la “Sapienza” di Roma, Medici, Specialisti e Associazioni di Pazienti hanno dibattuto con Amministratori Locali e Referenti dei Ministeri della Salute, dell'Istruzione e dell'ISPRa i tanti aspetti - non solo strettamente clinici, ma anche ambientali e assistenziali - di



quella che sta assumendo i contorni di una vera e propria malattia sociale proponendo una guida dettagliata, al tempo stesso essenziale, per affrontare la tutela del bambino a scuola con gli strumenti adeguati.

Sono stati inoltre esaminati i più recenti protocolli diagnostici, terapeutici e di prevenzione relativi a malattie della pelle, respiratorie e al- ►►





► lergie alimentari, sottolineando gli aspetti psicologici che queste malattie croniche svolgono in ambito familiare.

“Nel nostro Paese dal 1950 ad oggi, si è passati da un 10% della popolazione colpita da una manifestazione allergica, ad un allarmante 30%, che include bambini ed adolescenti in età scolare” ha sottolineato il Professor Giovanni Cavagni, Coordinatore del Gruppo di Lavoro FEDERASMA-SIAIP.

Il 10% dei bambini al di sotto dei 14 anni soffre di asma bronchiale, nell'80% dei casi provocata da allergie; il 18-20% soffre di rinite allergica, mentre il 10% può presentare dermatite atopica, malattie che riconoscono nell'inquinamento indoor/outdoor e nel fumo di sigaretta due importanti fattori di rischio e causa di esacerbazione della malattia.

E' allarmante che, come emerge dall'indagine condotta nelle scuole dal MIUR (Ministero dell'Istruzione - dati 2001), meno del 43% delle scuole italiane sia in possesso del certificato igienico-sanitario che attesti condizioni

idonee ad accogliere gli studenti senza esporli a rischi per la propria salute; ancor più grave è la mancanza di una specifica normativa che regolamenti la gestione delle emergenze attraverso l'individuazione di figure sanitarie



preposte alla somministrazione dei farmaci salvavita all'interno delle scuole, in caso di gravi reazioni allergiche e asmatiche. Di fatto, in attesa che ciò avvenga anche in Italia, il diritto all'integrazione scolastica degli alunni con specifiche esigenze terapeutiche, non è garantito.

Le “Raccomandazioni sulla gestione del bambino allergico a scuola” FEDERASMA-SIAIP oltre ad essere una linea guida per dirigenti scolastici, insegnanti e aziende sanita-

rie locali su come approntare le condizioni ambientali per prevenire le gravi reazioni allergiche e su come intervenire tempestivamente e in modo efficace nelle emergenze e nelle gravi crisi allergiche, è anche un primo approccio per il bambino affinché acquisisca comportamenti attraverso i quali gestire i disturbi allergici a scuola con l'insegnante e i compagni di classe.

Il Convegno ha ricevuto i patrocinii delle Istituzioni nazionali, della Provincia e del Comune di Roma, della regione Lazio, della Società Italiana di Pediatria (SIP) e dell'ARES118 Regione Lazio. I lavori sono stati aperti dal Direttore dell'Uff. IX della

D.G. Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute, Giuseppe Filippetti. Sono intervenuti tra gli altri Giovanni Cavagni, Allergologo, Marzia Duse, Direttore del scuola di specializzazione in Pediatria, Luciana Indinnimeo, Presidente della SIAIP, e Sandra Frateiacchi Presidente di FEDERASMA Onlus ed ALAMA ad essa aderente. ■

L'inquinamento atmosferico esterno e i polmoni

Un adulto medio respira oltre 15 metri cubi di aria al giorno. Sebbene gli inquinanti atmosferici siano spesso invisibili, essi possono avere effetti gravi sulla nostra salute, sui polmoni, il cuore e altri apparati e sul feto in via di sviluppo. La presente scheda informativa ha lo scopo di rispondere alle numerose domande che si possono formulare sull'inquinamento atmosferico e i polmoni.

Quali sono i principali inquinanti atmosferici?

Un inquinante atmosferico è "qualsiasi sostanza presente nell'aria che potrebbe, a concentrazioni sufficientemente elevate, costituire un pericolo per l'uomo, gli animali, la vegetazione o i materiali". Esistono numerosi inquinanti atmosferici e i vari elementi che costituiscono l'inquinamento dell'aria variano da un'area all'altra. Alcuni inquinanti vengono tuttavia monitorati più strettamente di altri perché causano notoriamente danni all'ambiente o alla salute. I principali inquinanti includono ozono, biossido di azo-

to, particolato e anidride solforosa. A pagina 20 è consultabile la tabella che descrive tutti questi inquinanti.

Quali sono gli effetti clinici sui polmoni causati dagli inquinanti atmosferici?

Gli effetti respiratori degli inquinanti atmosferici dipendono dal tipo e dalla miscela di inquinanti, dalla concentrazione nell'aria, dalla durata dell'esposizione all'inquinante, dalla quantità di inquinante respirato e dalla quantità di inquinanti che penetra nei polmoni. I sintomi clinici polmonari che possono essere osservati subito dopo l'esposizione a livelli elevati di inquinanti includono ►►



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 propri servizi in ambito domiciliare grazie alla costante introduzione di nuovi prodotti tecnologicamente all'avanguardia in Italia e nei principali paesi europei.

Servizio Assistenza 24 h su 24 - 365 giorni all'anno



Reperibilità e tempestività di intervento in caso di emergenza e consegne garantite in modo **ORDINARIO** e **STRORDINARIO** 24h su 24 compresi i giorni prefestivi e festivi.

Servizio VIVITRAVEL



Lo standard di servizio di ossigenoterapia comprende la possibilità per il paziente di viaggiare e soggiornare sul territorio nazionale e nei principali paesi della Comunità Europea.

VIVISOL ha fatto della Qualità e Sicurezza i cardini del proprio modello di sviluppo, che ha trovato naturale compimento nel conseguimento della Certificazione UNI EN ISO 9001:2008 a tutela e garanzia della Sua professionalità e tranquillità.

VIVISOL
Home Care Services



www.vivisol.com

► irritazione delle vie aeree, dispnea (respirazione difficoltosa) e un rischio maggiore di avere attacchi d'asma. È stato dimostrato che l'esposizione prolungata agli inquinanti atmosferici aumenta i casi di patologia polmonare, incluso il cancro, e i decessi correlati.

Quali sono i soggetti più a rischio di esposizione all'inquinamento atmosferico e cosa può causare quest'ultimo?

L'inquinamento atmosferico è pericoloso per i soggetti che già soffrono di patologie polmonari come asma e patologia polmonare cronica ostruttiva (COPD - che include bronchite cronica ed enfisema). Tuttavia, anche l'anziano, il bambino e i neonati presentano un rischio maggiore di sperimentare gli effetti nocivi derivanti dall'esposizione all'inquinamento atmosferico. Il soggetto affetto da condizioni respiratorie croniche o l'anziano presentano il massimo rischio per gli effetti nocivi dell'inquinamento atmosferico, come morte prematura per patologie polmonari o cardiache. Nei soggetti con vie aeree sensibili, l'esposizione può scatenare attacchi d'asma e causare respiro ansimante, tosse e irritazioni. Anche le persone sane che lavorano o fanno esercizio fisico all'aperto sono vulnerabili agli effetti avversi dell'inquinamento atmosferico, particolarmente in presenza di concentrazioni elevate di ozono a livello del suolo.

Come si può ridurre l'esposizione all'inquinamento atmosferico?

L'esposizione agli inquinanti atmosferici può essere evitata in numerosi modi. In generale, bisognerebbe innanzitutto consultare gli avvisi quotidiani sull'inquinamento atmosferico. Durante l'inverno, evitare di passeggiare lungo strade trafficate. In estate, i livelli di inquinamento atmosferico sono generalmente maggiori nelle giornate assolate molto calde. Evitare quindi di fare esercizio fisico energico all'aperto, o svolgerlo al mattino quando i livelli di inquinamento sono inferiori.

Come interpretare i livelli di inquinamento atmosferico?

Molti paesi hanno sviluppato sistemi per mostrare i vari livelli di inquinamento atmosferico nelle varie zone, avvisando così la popolazione quando i livelli sono eccessivi. Uno di questi, del

Ministero della sanità del Regno Unito, viene mostrato qui sotto. Il sistema agisce classificando ogni concentrazione di inquinante e assegnando un punteggio da 1 a 10. Questi livelli vengono quindi suddivisi in quattro categorie: basso; moderato; alto; molto alto. (tabella a pag. 21) ►►

Cosa si può fare per ridurre i livelli di inquinamento?

Oltre ai processi industriali, una delle maggiori fonti di inquinamento è costituita dalle automobili e altri veicoli. Come persona quindi, si possono compiere molte azioni per ridurre i livelli di inquinamento.

1. Considerare seriamente l'opportunità di usare l'auto per gli spostamenti. Considerare i vantaggi offerti da altre modalità di trasporto, come la bicicletta, passeggiare o usare i mezzi pubblici (per esempio: maggiore sicurezza, soprattutto per i bambini; riduzione degli ingorghi; migliore stato di salute verificando di soddisfare i 20 minuti di esercizio giornaliero raccomandati dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS); risparmio di tempo, poiché può essere più veloce utilizzare altre forme di trasporto; risparmio di denaro).

2. Quando si va a scuola, a fare acquisti o al lavoro, considerare l'uso dell'auto in comune, spegnere il motore del veicolo durante le soste, fare un'adeguata manutenzione dell'auto e ridurre la velocità.

3. Acquistare "verde" ed "efficiente" (per esempio, all'acquisto di una nuova automobile considerare il veicolo che usa la quantità minore di carburante e inquina meno).

4. Cercare di ridurre il consumo energetico dell'abitazione o passare a fonti energetiche rinnovabili pulite, non inalare sostanze pericolose (etichette di rischio rosse) e smettere di bruciare combustibili solidi, soprattutto spazzatura o legname trattato.

5. Collaborare con altri cittadini europei per garantire la protezione dei propri polmoni. Visitare il sito www.environment.european-lung-foundation.org per collegamenti e informazioni sulle modalità di coinvolgimento in attività come ad esempio rendere più pulita l'aria della propria città o aiutare a migliorare le strutture di trasporto pubblico.

	OZONO / O ₃	BIOSSIDO DI AZOTO / NO ₂	PARTICOLATO / PM	ANIDRIDE SOLFOROSA / SO ₂
Di cosa si tratta?	L'ozono è un gas composto da tre atomi di ossigeno. Può essere buono o cattivo a seconda di dove si trova.	Gli ossidi di azoto sono gas che contengono azoto e ossigeno. Il biossido di azoto (NO ₂ - uno dei principali ossidi di azoto presenti nell'aria) è un gas di colore rossomarrone con odore acuto pungente ed è una fonte maggiore di smog.	Il particolato (PM) è una miscela di particelle solide e liquide di varie dimensioni. • Particelle grossolane: 2,5-40 mm di diametro (spessore tipico di un capello 75 mm) • PM 10: 2,5-10 mm • Particelle fini: (anche note come PM 2,5) < 2,5 mm • Particelle ultrafini: diametro < 0,1 mm	L'anidride solforosa è un gas incolore, con odore pungente, soffocante, prodotto dalla combustione dello zolfo.
Da dove viene?	Nella stratosfera (lo "strato di ozono", 15-40 km sopra la superficie terrestre), l'ozono è buono, poiché necessario per assorbire la radiazione ultravioletta nociva impedendole di raggiungere la terra. Vicino al suolo, l'ozono è cattivo, poiché deriva da reazioni chimiche tra i raggi solari e gas organici e ossidi di azoto emessi da veicoli, centrali elettriche, caldaie industriali, raffinerie, impianti chimici e altre fonti.	Le principali fonti di ossidi di azoto di origine umana includono i veicoli a motore, le centrali elettriche e altre fonti che bruciano combustibili fossili. Gli ossidi di azoto e gli inquinanti che ne derivano possono essere trasportati a lunghe distanze, dal vento e dalle intemperie.	Le fonti naturali di particolato includono vulcani, spuma marina, pollini, spore fungine e particelle di terra. Le particelle di derivazione umana derivano principalmente da processi industriali, lavori di costruzione o dall'attrito dei veicoli a motore sulle superfici stradali. Si forma anche particolato in atmosfera a causa di reazioni chimiche che trasformano i gas presenti nell'aria. In genere, le particelle grandi restano poco tempo nell'aria, mentre le particelle più piccole possono rimanere in sospensione per giorni o mesi. Le precipitazioni aiutano a rimuovere il particolato dall'aria.	La maggior parte dell'anidride solforosa proviene dalle centrali elettriche che bruciano combustibili fossili. Altre fonti di anidride solforosa sono le industrie che fabbricano prodotti a partire da materiali grezzi come ad esempio carbone e petrolio greggio, o che bruciano carbone o petrolio per produrre calore di processo (raffinerie di petrolio, industria del cemento e lavorazione dei metalli). L'anidride solforosa e gli inquinanti che ne derivano, come i particolati di solfato, possono essere trasportati a lunga distanza.
Quali effetti ha sui polmoni?	• Irrita il naso e la gola • Causa respiro ansimante, tosse, dolore quando si respira profondamente • Causa difficoltà di respirazione durante l'esercizio fisico o attività all'aperto • Riduce la capacità polmonare (la quantità d'aria che i polmoni possono contenere) • Aggrava l'asma • Causa un aumento nell'uso di broncodilatatori (farmaci usati per aprire le vie aeree nell'asma) • Aumenta la vulnerabilità a patologie respiratorie come ad esempio polmonite e bronchite • Aumenta il rischio di morte per patologie polmonari e cardiache • Aumenta i ricoveri ospedalieri per patologie polmonari	• Aumenta l'incidenza dell'asma • Aumenta il rischio di morte per patologie polmonari • Aumenta i ricoveri ospedalieri per condizioni polmonari	• Irrita il naso e la gola • Aumenta i ricoveri ospedalieri per condizioni polmonari • Causa morte precoce a causa di patologie cardiache e polmonari • Possibile associazione con l'asma	• Contribuisce alla patologia respiratoria, soprattutto nel bambino e nell'anziano • Aggrava le patologie cardiache e polmonari presenti, soprattutto nei soggetti asmatici • Le particelle di solfato (formate quando la SO₂ reagisce con altre sostanze chimiche nell'aria) raggiungono i polmoni e causano aggravamento dei sintomi e delle patologie respiratorie, respirazione difficoltosa e persino un maggiore rischio di morte prematura.
Quali azioni dovrebbero essere intraprese dopo l'esposizione a livelli elevati?	• Asmatici, anziani e bambini dovrebbero evitare di svolgere esercizio fisico all'aperto • I soggetti con sintomi di asma, mancanza di respiro o tosse devono consultare il medico, o stare a riposo e assumere il farmaco sintomatico, se precedentemente prescritto • Se i sintomi persistono, i soggetti devono andare dal medico	• I soggetti con sintomi di asma, mancanza di respiro o tosse devono consultare il medico, o stare a riposo e assumere il farmaco sintomatico, se precedentemente prescritto • Se i sintomi persistono, i soggetti devono andare dal medico	• I soggetti con patologie cardiache o polmonari dovrebbero evitare l'esercizio fisico vigoroso • I soggetti che sperimentano dolore toracico, mancanza di respiro o tosse devono consultare il medico, o assumere i farmaci sintomatici, se precedentemente prescritti • Se i sintomi persistono, i soggetti devono andare dal medico	• Asmatici, anziani e bambini dovrebbero evitare un'eccessiva esposizione • I soggetti che sperimentano i sintomi devono andare dal medico o assumere il farmaco sintomatico, se precedentemente prescritto

GRUPPO INDICE	O ₃ µg/m ³	NO ₂ µg/m ³	PM µg/m ³	SO ₂ µg/m ³
Basso	1 0-32	0-95	0-16	0-88
	2 33-66	96-190	17-32	89-176
	3 67-99	191-286	33-49	177-265
Moderato	4 100-126	287-381	50-57	266-354
	5 127-152	382-476	58-66	355-442
	6 153-179	477-572	67-74	443-531
Alto	7 180-239	573-635	75-82	532-708
	8 240-299	636-700	83-91	709-886
	9 300-359	701-763	92-99	887-1063
Molto alto	10 3360	3764	3100	31064

Chi controlla i livelli di inquinamento atmosferico?

Gli standard sulla qualità dell'aria sono impostati dall'Unione Europea. Per altre informazioni, visitare il sito: <http://ec.europa.eu/environment/air>. Questi standard variano da Paese a Paese, a seconda di varie considerazioni. L'OMS rivede regolarmente le evidenze sugli effetti sanitari degli inquinanti atmosferici, quindi scrive le linee guida, che aiutano a sostenere azioni a livello mondiale per migliorare la qualità dell'aria e proteggere la salute. La tabella che segue mostra i livelli di qualità dell'aria raccomandati dall'OMS. Per il particolato, i livelli medi sono raccomandati per 1 anno e per 24 ore, perché determinano effetti sia a breve sia a lungo termine. Si ritiene che nessuna linea guida sia in grado di fornire una protezione completa, ma che sia possibile ridurre gli effetti sulla salute.

Inquinante	Tempo medio	Linee guida sulla qualità dell'aria
PM		
PM _{2.5}	1 anno	10 mg/m ³
	24 ore	25 mg/m ³
PM ₁₀	1 anno	20 mg/m ³
	24 ore	50 mg/m ³
O ₃	8 ore (al giorno)	100 mg/m ³
NO ₂	1 anno	40 mg/m ³
	1 ora	200 mg/m ³
SO ₂	24 ore	20 mg/m ³
	10 minuti	500 mg/m ³

Per l'ozono, viene fornito il livello da non superare in 8 ore, perché gli effetti di questa sostanza possono essere osservati molto rapidamente. L'ozono può avere effetti a lungo termine, ma non esistono attualmente sufficienti evidenze per suggerire linee guida. L'evidenza ha dimostrato che il biossido di azoto ha effetti a lungo termine sulla salute e che i suoi livelli sono comparabili a quelli degli altri inquinanti. È stato proposto un livello di 10 minuti per l'anidride solforosa, poiché i suoi effetti sugli asmatici che stanno facendo esercizio fisico possono essere osservati entro questo periodo. È stato proposto un livello di 24 ore per l'anidride solforosa perché vari studi hanno dimostrato che abbassare i livelli riduce gli effetti sulla salute, sebbene sia difficile separare questi effetti dagli altri inquinanti.

Altri inquinanti

I **composti organici volatili** o **COV** sono tutte le sostanze composte da carbonio e coinvolte in reazioni chimiche con i raggi solari nell'atmosfera. Questi composti sono volatili (gassosi) e possono quindi anche essere chiamati gas organici. All'aperto, le fonti principali di COV sono il traffico stradale e l'uso industriale di pitture, vernici, o colle. È stato già dimostrato che i COV irritano il naso e la gola, causano reazioni cutanee allergiche e dispnea (respirazione difficoltosa), e aggravano l'asma.

Il **monossido di carbonio** o **CO** è un gas incolore e inodore, che deriva dall'incompleta combustione del carbonio nei combustibili. All'aperto, le emissioni di monossido di carbonio sono generate dal traffico stradale, industrie manifatturiere e abitazioni. Il riscaldamento delle abitazioni produce la quota maggiore di questo inquinante nelle città. Il CO riduce la quantità di ossigeno che il sangue può trasportare nel corpo, causando danni all'organismo.

Per altre informazioni e collegamenti visitare il sito: www.environment.european-lung-foundation.org; ec.europa.eu/environment/air/links.htm Compilata dalla European Respiratory Society (www.ersnet.org) Environment and Health Committee (Comitato Ambiente e Salute). Altre fonti includono WHO Air Quality Guidelines - Global Update 2005 (www.euro.who.int/Document/E87950.pdf) e UK National Air Quality Information Archive (www.airquality.co.uk/archive/index.php) Cofinanziamento, e supporto produzione e forniti dalla Health and Environment Alliance, (precedentemente nota come (EEN)); <http://www.env-health.org/>), attraverso la Direzione generale dell'ambiente, Commissione Europea.

Parole fuorvianti producono fumo

Giacomo Mangiaracina



La notizia battuta da Adnkronos il 2 marzo scorso, e ripresa da alcune testate italiane, porta questo titolo: *"Tumori: Veronesi, più rischi da cattiva alimentazione che da fumo"*. E prosegue in questi toni:

"I tumori? Si preven-
gono partendo dalla tavola. A

ribadirlo, tornando su un tema a lui caro, è l'oncologo Umberto Veronesi, ex ministro della Sanità e direttore scientifico dell'Istituto europeo di oncologia (Ieo) di Milano, intervenuto stamani al ciclo di incontri "Vivere in salute" all'università Sapienza di Roma. Veronesi, numeri alla mano, stila una classifica dei fattori che rappresentano un rischio sul fronte tumori. La parte del leone spetta all'alimentazione "con il 35%" dei pericoli nell'innescare una neoplasia. Seguono "tabacco (30%), infezioni virali (10%), fattori riproduttivi (7%), attività lavorativa e inquinamento (4% rispettivamente)".

Cattiva alimentazione, dunque, ancor più pericolosa del fumo, da sempre sul banco degli imputati. [...] continua...]



Il paragone con il fumo è anomalo, nel senso che viene omesso il fatto che il fumo non è solo causa di tumori ma anche di gravi malattie cardiovascolari e respiratorie (BPCO) che portano a morte. Viene anche omesso che si devono anche attribuire al fumo i 30 mila decessi che avvengono ogni anno in Italia per tumore polmonare, area in cui l'alimentazione c'entra poco e niente. Non ce l'abbiamo certo con Veronesi, a cui va la nostra stima e anche il ringraziamento per aver presieduto per molti ►►

SOS LILT

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

SOS LILT 800.998877

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

www.lilt.it



in libreria

Barbara Schiavulli Guerra e guerra Una testimonianza

192 pagine € 14,00

Garzanti



► anni il comitato scientifico della rivista "Tabaccologia". Quello che mi chiedo è: possibile che i giornalisti presenti alla Sapienza per ascoltare il luminare non abbiano fatto una domanda pertinente nel merito e che Veronesi non abbia dato una risposta adeguata? Perché il problema risiede nella comunicazione della notizia e in quelle parole fuorvianti. Allora sia chiaro. Il Fumo (con l'iniziale maiuscola a definire l'eccellenza del problema) produce in Italia 80 mila decessi ogni anno e recluta 80 mila nuovi consumatori, ragazzi dai 14 ai 20 anni. Se consideriamo che i decessi da incidenti stradali sono 5 mila l'anno, si capisce il dramma di una sanità con i paraocchi.

La conclusione del pezzo è in perfetta sintonia con quanto abbiamo detto fin qui:

[...] Buona abitudine, poi, portare a tavola "mirtilli e uva rossa" intesa anche come "vino: due bicchieri al dì - ricorda il direttore scientifico dello Ieo - uno a pranzo e l'altro alla sera, hanno un buon effetto protettivo".

Spazio inoltre a "fragole, tè verde, aglio, verza, broccoli e pomodori", perché la lotta ai tumori si combatte anche a tavola ed è bene tenerlo sempre a mente. Parola di Umberto Veronesi.

La questione dei mirtilli e dell'uva rossa "intesa anche come vino" depista eccome. Mirtilli nello specifico e frutta fresca in generale, insieme con le crucifere (cavoli, cavolfiori, broccoli, senape) rappresentano la migliore cura anticancro insieme con la riduzione del consumo di zucchero. Abbiamo in proposito appoggiato la campagna di Vita e Salute per la riduzione dello zucchero nelle merendine per ragazzi. Spostare l'attenzione sul vino in questo contesto è sbagliato perché non prende in considerazione il rapporto tra bevande alcoliche e altre patologie come quelle metaboliche, cardiovascolari e dell'apparato digerente. Sul vino il motto internazionale, condiviso dall'OMS è: "Less is better", "meno e' meglio". ■

giacomo.mangiaracina@uniroma1.it

Telefono Verde contro il Fumo **800.554088**

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

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



Il laboratorio artistico di Paolo Cervi Kervischer prevede lezioni di disegno, studio del nudo, pittura e conversazioni sulla storia dell'arte moderna e contemporanea. È previsto anche un laboratorio didattico per bambini (5-10 anni).

Via Mazzini 30 - Trieste
Tel. 040/300025 - 347/3629751
www.pck.it

IL LABORATORIO
 CERVİ KERVİSCHER



Un'idea che respirava

Barbara Schiavulli



È la prima volta che incontro Murad. Un ingegnere di cinquant'anni. Quando con gli occhi seri e il viso teso mi disse che era fuggito dalla Libia per mettere in salvo la sua famiglia, gli ho creduto. Così come gli ho creduto quando mi ha detto che sarebbe tornato subito nel suo paese per unirsi ai ribelli, perché se il primo dovere di un uomo è proteggere chi ama, il secondo è lottare per il proprio paese.

Se fai la giornalista, a volte capita che le domande che si fanno per lavoro, ti rimbalzino addosso e ti entrino dentro fino a diventare un piccolo tarlo. Chiedo a Murad cosa sia la Libia e lui mi parla del deserto, dell'ospitalità, dell'orgoglio di essere arabo, dell'arte e dei racconti di suo nonno. "Tu non lotteresti per il tuo paese?". La sua domanda è un macigno. 24 ore prima dal nostro incontro, un poliziotto all'aeroporto di Tunisi ha guardato il mio passaporto e sorridendo, ha mormorato davanti a tutti: "Italia? Bunga Bunga". Per un attimo mi sono vergognata.

Poi incontro Jawar, su una spiaggia, ha solo 23 anni, ha già rischiato di morire perché ha tentato di attraversare il Mediterraneo, ha visto una

ventina di suoi compagni affogare, lui è stato solo fortunato. Ma ci riproverà. Mi dice che per lui l'Italia è il paradiso. Il posto dove tutto è possibile. Quanto si sbaglia, ma non sarò io a dirglielo.

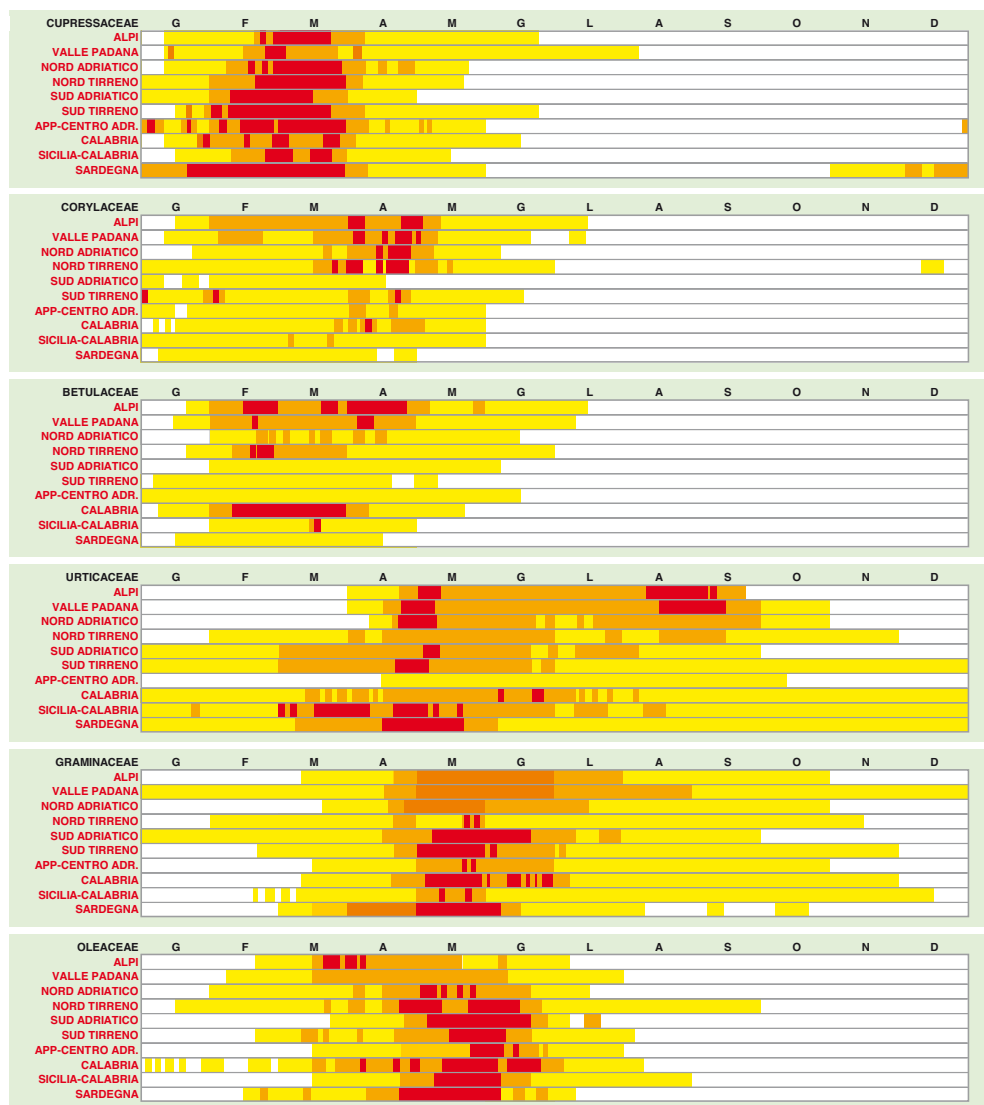
Torno a casa, a Roma, e continuo a chiedermi se lotterei per questo paese. In fondo cos'è l'Italia per noi che abbiamo meno di quarant'anni e rappresentiamo l'ultima generazione dopo di quelli che non hanno mai voluto cedere il loro posto. L'Italia per noi è vecchia e maschilista. Immobile. Scadente. Poco funzionale. E' un paese per vecchi che se lo possono permettere. Gli altri, quelli che sono solo persone normali, sono come noi, quella generazione che non comanda, produce poco, non conta nulla. E non perché non abbia i numeri, ma perché ha perso l'illusione di poter essere la differenza. Da noi non c'è la generazione che viene dopo e che sistema o peggiora quello che hanno fatto quelli prima.

Si festeggiano i centocinquanta anni dell'Unità di Italia e vedo un partito al governo che ripudia la Costituzione, mentre in Afghanistan i soldati italiani muoiono per farla accettare ai talebani. Vedo persone che chiedono aiuto

perché fanno la fame o sono perseguitati e noi chiudiamo loro le porte in faccia, i teatri chiudono e la scuola non insegna. Non ci sono abbastanza pediatri per i bambini, ma oggi non ci sono neanche abbastanza bambini. Vedo donne che diventano importanti e mi fanno pena per come lo sono diventate. Vedo uomini che dovrebbero ispirarci e invece fanno venire voglia di scappare. No, non lotterei per questo paese. Non si merita il nostro sforzo. Non si merita quei ricercatori che restano, quegli insegnanti che continuano nonostante tutto, quelle donne che fanno tutto senza doversi svendere. Rivedo il viso di Murad che mi guarda e scuote la testa: "Amica mia, non torno in Libia per lottare per quello che il mio paese è diventato o per me. Noi non contiamo. La mia vita non sarà migliore. Potrei anche morire. Lottiamo oggi per quello che potremmo essere e per quelli che ci saranno domani". Improvvisamente ha senso. Forse anche l'Italia è nata così, da un'idea che respirava e alla quale pochi riuscivano a credere, da un tarlo che si era insinuato e si aggrappava alle loro anime. ■

schiaivulli@hotmail.com

Calendario pollinico delle principali famiglie allergeniche*



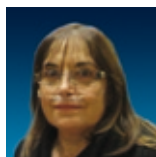
Il calendario pollinico è stato realizzato con i dati forniti dai Centri afferenti alla rete di monitoraggio Aeroallergenici (RIMA) dell'Associazione Italiana di Aerobiologia. Il calendario è su base decennale. Sono previste quattro classi di concentrazione: assente = bianco, bassa = giallo, media = 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

La mia vita in ossigenoterapia

Anna Rosa Nigrelli



Mi ammalavo spesso di bronchite, ma pensavo fosse colpa del clima freddo e umido del paese in cui vivevo, situato sulle Madonie a 1100 metri sul livello del mare. Mi sentivo sempre più stanca e affaticata e nel 1993 ebbi una forte crisi respiratoria. Fui costretta al ricovero in ospedale e fu allora che mi fu diagnosticata la BPCO, anche se in quel momento non capii bene cosa avrebbe davvero significato per me. La prima reazione fu di non preoccuparmi forse per paura di doverne accettare le conseguenze. Poi un giorno decisi di capire la realtà che si celava dietro la diagnosi che mi era stata fatta e presi coraggio andando da uno specialista che mi avrebbe spiegato meglio la mia nuova condizione. Sono stata proprio di recente ricoverata in terapia intensiva, purtroppo oltre all'ossigenoterapia 24 ore al giorno sono costretta di notte alla ventilazione assistita. So ormai che la cronicità della malattia mi abituerà a frequenti peggioramenti. Nel mio caso è dipeso dalla scoliosi. La scorretta posizione della mia colonna vertebrale fa pressione su una parte dei

miei polmoni e ciò ha indotto l'insufficienza respiratoria cronica. Mi ha cambiato in peggio la vita. Sono stata costretta a lasciare il lavoro che mi consentiva di avere delle relazioni sociali e subito dopo dovetti trasferirmi a Roma per avvicinarmi alla mia famiglia. Mi sono sentita sradicata e molto sola.

Ogni volta che devo uscire devo organizzarmi con l'ossigeno, devo pensare alla quantità che mi è necessaria per arrivare a destinazione e anche se riuscirò a sopportarne il peso. Lo stroller pieno (il recipiente portatile che contiene l'ossigeno liquido), per me che avverto la stanchezza più facilmente, diventa anch'esso un problema, una difficoltà. Se sto male devo dipendere dall'aiuto di qualcuno, dalla sua disponibilità e non è sem-



pre facile. Spesso le persone che ci circondano non comprendono le difficoltà di chi è nella mia condizione.

Oltre al lavoro ho dovuto anche lasciare un corso di pittura che avevo cominciato a frequentare e che mi appassionava molto. Basta qualche ostacolo come la difficoltà a trovare parcheggio o una rampa di scale particolarmente ripida e sei costretto per non rischiare troppo d'affaticarti a rinunciare a uscire. Ho avuto l'ultimo ricovero in terapia intensiva nel 2010 ed è il mio medico curante a venire a casa per le cure. Ormai lo vivo come una normale conseguenza della malattia, ma nel 2001 ebbi davvero una sensazione di panico. Mi portarono in reparto dopo la crisi respiratoria. Ero circondata dagli occhi incuriositi degli altri malati che mi facevano domande e io non avevo alcuna voglia di rispondere. Mi sentivo sola. Lì ebbi la percezione come di caduta libera in un vortice oscuro. Disperata chiamai un'infermiera e le dissi che avevo bisogno di parlare. Lei mi guardò senza rispondermi nulla poi andò via. Fu in quel momento che ►►



► esplosi, lanciai urla disperate. Fu un brutto momento, forse il più brutto. L'indomani era anche il mio compleanno. Decisi che non avrei più permesso che mi accadesse di nuovo, accettai le difficoltà e non me ne dispero. Cerco di vivere alla giornata. Nonostante tutto non mi sento malata, penso ci sia gente che, nonostante paia apparentemente sana, è più malata di me. Ogni tanto mi assale l'ansia, a volte mi sveglio di notte. Ci convivo meglio ora, ma è la solitudine quello che più mi pesa di questa malattia. La malattia ti isola e passo intere giornate da sola. Oltre alla

BPCO nel 2001 mi fu diagnosticato un carcinoma al seno per il quale fui operata. Da allora devo sottopormi a controlli periodici a volte estenuanti. Mi sottopongo a terapie farmacologiche per l'ipertensione, ricorro ai broncodilatatori e alla ventilazione assistita per l'insufficienza respiratoria. Mi consentono più che altro di sopravvivere, ma non ci sono miglioramenti e non ci spero. Posso augurarmi solo che la malattia possa rimanere stabile il più possibile. I medici sono sempre stati molto disponibili con me, sono stati preziosi nel comprendere le mie difficoltà

e competenti nel supporto medico che mi hanno offerto. Inoltre l'aver conosciuto l'esistenza dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus e sapere che molte altre persone si trovano nella mia stessa condizione e poter condividere problematiche comuni mi fa sentire meno sola. Il fatto di poter mettere a disposizione la mia esperienza ed il mio tempo fa sì che posso contribuire al raggiungimento degli obiettivi a favore dei pazienti respiratori al fine di migliorare la loro condizione di vita. ■

annarosa.nigrelli@alice.it

Le Associazioni dei pazienti

AIMS Onlus

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

A.I.P.A.S. Onlus

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

AIPI Onlus

Associazione Ipertensione Polmonare Italiana
Sede Amm.va c/o
Pisana Ferrari Presidente
Via Vigoni 13 - 20122 Milano
cell. 3484023432
pisana.ferrari@alice.it

Alfa1-AT

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

ALIR

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

AMIP

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

AMOR

Associazione Malati in Ossigeno-ventiloterapia e Riabilitazione
Ospedale di Milano Niguarda
P.zza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano - tel./fax 02 66104061
amor.associazione@libero.it
www.associamor.org

A.R.S.P.I. Onlus

Associazione di Riferimento e Sostegno per le Pneumopatie Infantili
c/o Divisione di Pneumologia
Osp. Inf. R. Margherita
P. Polonia, 94 - 10126 Torino
tel. 011 84110

Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

Sede Operativa
Via Cassia 605 - 00189 Roma
tel. 06 33251581 - fax 06 33259798
franchima@tin.it

Sede Legale

c/o Unità O. C. di Pneumologia
Azienda C. O. S. Filippo Neri, Roma
www.pazientibpc.it
Numero Verde 800 961922
lunedì-venerdì ore 10.00-13.00

Associazione LAM Italia Onlus

Via Udine 33/4
33050 Pavia di Udine (UD)
tel. 335 5380863
info@lam-italia.org - www.lam-italia.org

Associazione Malati Fibrosi Polmonare Mario Crivaro Onlus

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

FEDERASMA Onlus

Federazione Italiana delle Associazioni di sostegno ai Malati Asmatici e Allergici
Via Ser Lapo Mazzei, 33
59100 Prato
tel./fax 0574 607953
segreteria@federasma.org
presidente@federasma.org
www.federasma.org

Lega Italiana Fibrosi Cistica Onlus

Viale Regina Margherita, 306
00198 Roma
tel. 06 44209167 - tel/fax 06 44254836
segreteria@fibrosicistica.it
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

Le Società Scientifiche

Società Scientifiche di riferimento per le malattie respiratorie

A.A.I.T.O.

Associazione Allergologi e Immunologi Territoriali e Ospedalieri

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

ACCP Capitolo Italiano

American College of Chest Physicians Capitolo Italiano
Clinica Malattie Respiratorie
Policlinico Universitario
"G. Martino"

Via Consolare Valeria, 1
98125 Messina
tel. 090 2212003 - fax 090 8967896
stepic@gmail.com - www.chest.it

AIA

Associazione Italiana di Aerobiologia

Via delle Fonti, 10/7
50018 Scandicci (FI)
tel. 3346385437
fax verde 800910315
info@ilpolline.it - www.ilpolline.it

AIMAR

Associazione Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie
Viale Marazza, 30
28021 Borgomanero (NO)
tel. 0322 846549 - fax 0322 869737
www.aimarnet.it

AIMeF

Associazione Italiana Medici di Famiglia

Pizza Duca d'Aosta, 12 - 20124 Milano
tel. 02 67490005 - fax 02 67385689
mail@aimef.org - www.aimef.org

AIPO

Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri

Via Antonio da Recanate, 2
20124 Milano
tel. 02 36590350 - fax 02 36590360
segreteria@aiporicerche.it
www.aiporicerche.it

AIST

Associazione Italiana per lo Studio della Tosse

Via Mazzini, 12 - 40138 Bologna
tel. 051 307307 - fax 051 302933
info@assotosse.com
www.assotosse.com

AITFR

Associazione Italiana Tecnici di Funzionalità Respiratoria
segreteria@aitfr.com
www.aitfr.com

AMP

Associazione Mediterranea Pneumologi

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

ARIR

Associazione Riabilitatori dell'Insufficienza Respiratoria

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

FIMMG

Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

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



LILT**Lega Italiana Lotta****Contro i Tumori**

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

METIS**Società Scientifica dei Medici
di Medicina Generale**

Piazza Marconi, 25 - 00144 Roma
tel. 06 54896627 - fax 06 54896647
metis@fimmg.org - www.fimmg.org

MTS**Mediterranean Thoracic Society**
ggirbino@unime.it**SIAIC****Società Italiana di Allergologia
ed Immunologia Clinica**

Via Tescione - 81100 Caserta
tel. 0823 232436 - fax 0823 232425
siaic@siaic.com - www.siaic.com

SIAIP**Società Italiana di Allergologia
e Immunologia Pediatrica**
ugazio@opbg.net - www.siaip.it**SIFC****Società Italiana per lo studio
della Fibrosi Cistica**

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

SIMEr**Società Italiana
di Medicina Respiratoria**

Via A. Righi
50019 Sesto Fiorentino (FI)
tel. 055 3361.1

SIMG**Società Italiana di
Medicina Generale**

Via Del Pignoncino, 9
50142 Firenze
tel. 055 700027 - fax 055 7130315
simg@dada.it - www.simg.it

SIMReG**Società Italiana di Medicina
Respiratoria in età Geriatrica**

A.O. "V. Cervello"
Via Trabucco, 180 - 90146 Palermo
tel. 091 6802652 - fax 091 6891857
simreg03@virgilio.it

SIMRI**Società Italiana per le Malattie
Respiratorie Infantili**
salvatore.tripodi@fastwebnet.it

barbato@pediatria.unipd.it
www.simri.it

S.I.P. SPORT**Società Italiana di Pneumolo-
gia dello Sport**

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

SITAB**Società Italiana di Tabaccologia**

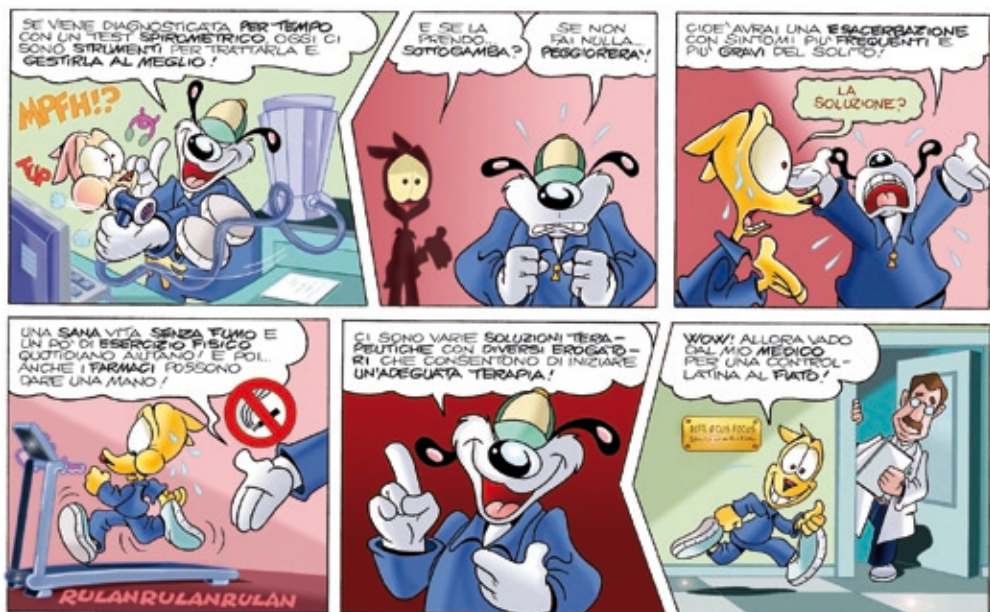
c/o GEA Progetto Salute - onlus
Via Giorgio Scialia, 39 - 00136 Roma
tel. 039 2384744/11 - fax 178 2215662
presidenza@tabaccologia.it
www.tabaccologia.org

STOP TB

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

UIP**Unione Italiana
per la Pneumologia**

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



Dall'accesso asmatico alla tisi...



Pyramidon

**RACCOMANDATO da
AUTORITÀ MEDICHE**

come il **miglior rimedio di effetto assolutamente sicuro, pronto contro i dolori di capo di ogni natura, emierania, mal di denti, dolori nevralgici e reumatici,**
e come **sedativo negli accessi asmatici.**

IL PIRAMIDONE

sopprime i dolori che accompagnano i disturbi periodici delle signore e delle ragazze. Il miglior rimedio contro la febbre nell'influenza, raffreddori, tisi, tifo, malaria, ecc.

Flaconi originali di 20 tavolette da gr. 0.1 a L. 1 al flac.
da 100 tavolette L. 3.50 al flac.
Si trovano in tutte le farmacie.

Soc. Ital. Meister Lucius & Bruning
MILANO, via M. Pagano, 44



RESPIRO C'È. DOVE?

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

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

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

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

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

CARATTERISTICHE DELLA RIVISTA

Periodicità

Trimestrale / 4 numeri
Primavera, Estate,
Autunno, Inverno

Uscite

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

Target

Cittadini, Pazienti,
Operatori Sanitari,
Istituzioni

PUBBLICITÀ, MARKETING E VENDITE

MIDIA srl

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



nebula

Apparecchio per aerosolterapia

- Dotato di ampolla **Rinowash** e **maschera buccale volumetrica** per il trattamento differenziato delle **alte e basse vie respiratorie**
- **Tempi brevi** di terapia: **2 minuti** per un trattamento **completo**
- Di lunga durata e resistenza, Nebula è l'apparecchio utile per **tutta la famiglia**
- Prodotto in **Italia** e garantito **5 anni**.



Respirare bene è vivere meglio