

Come cambia la Sanità  
pag. 11

Sarcopenia: un comune  
denominatore di genere pag. 13

Dispositivi medici, quali i  
criteri di scelta? pag. 16

# RESPIRO

ANNO XV  
N° 60

INVERNO  
2022

TRIMESTRALE DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE E BENESSERE

RESPIRO.NEWS



## Per uno sport a pieni polmoni



# LINES SPECIALIST

## Derma Protection



**La nuova protezione  
che si prende cura anche della pelle**



**Una linea completa adatta a ogni livello di incontinenza**



Con la temperatura del corpo, la lozione si attiva, creando una **barriera** tra la pelle e l'umidità, aiutando così a prevenire l'insorgere di irritazioni, soprattutto nelle parti più delicate.



**Massima protezione** anche dagli odori grazie all'esclusiva tecnologia brevettata per intercettare, bloccare e neutralizzare l'odore e garantire una maggior sicurezza e discrezione.



Morbidi pannelli laterali flessibili che si **estendono** e si **adattano comodamente** al corpo, per una vestibilità ottimale dalla taglia **M** alla **L**. Non stringono né lasciano segni e contribuiscono a ridurre il rischio di fuoriuscite.

N° 60

**INVERNO 2022**

Periodicità trimestrale

**RESPIRO.NEWS**

# RESPIRO

TRIMESTRALE DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE E BENESSERE

**Direttore Responsabile**

Claudio Micheletto (VR)

**Vicedirettore**

Chiara Finotti (MI)

**Redazione**

Achille Abbondanza (RA)

Bruno Balbi (NO)

Simona Barbaglia (MI)

Gennaro D'Amato (NA)

Salvatore D'Antonio (RO)

Marco Dottorini (PG)

Raffaele Scala (AR)

Antonella Serafini (IM)

**Direzione, redazione e amministrazione**

Sintex Editoria

via Antonio da Recanate, 2 - 20124 Milano

Tel. +39 02 66790460

editoria@sintexservizi.it

**Segreteria di Redazione**

editoria@sintexservizi.it

**Progetto grafico e immagine**

Sintex Editoria

grafica@sintexservizi.it

**Relazioni esterne e pubblicità**

Sintex Editoria

via Antonio da Recanate, 2 - 20124 Milano

Tel. +39 02 66790460

direzione@sintexservizi.it

**Stampa**

Roto3, Industria Grafica, Castano Primo (MI)

**Pubblicazione di SINTEX SERVIZI S.r.l. - Milano**

© 2022 Sintex Servizi S.r.l. - Tutti i diritti riservati. È vietata la riproduzione di testi e immagini senza il permesso scritto dell'Editore.

www.sintexservizi.it

**Per acquistare copie di RESPIRO**

Prezzo copia: € 2,50

Abbonamento annuale: € 10,00

RESPIRO è spedita in abbonamento postale.

**Garanzia di riservatezza**

L'Editore garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati, sia in modalità cartacea sia in modalità elettronica. È possibile richiedere gratuitamente la cancellazione o rettifica ai sensi dell'art. 7 del D. lgs 196/2003 (e successive modificazioni), scrivendo a [privacy@sintexservizi.it](mailto:privacy@sintexservizi.it)

**Registrazione**

Periodico iscritto al Tribunale di Trieste

11 aprile 2014 al n. 1274 - 1559/2018 V. G.

Chiuso in Redazione nel mese di dicembre 2022

## RESPIRONews



/respironews



+39 333 88 22 666

## RESPIRONews



HOME PREVENZIONE ALIMENTAZIONE AMBIENTE SPORT RICERCA LA VOCE DEI PAZIENTI EDITORIALI LA REDAZIONE

**Australiana, la peggiore influenza degli ultimi 50 anni**

Presentazione 19 Dicembre 2022 Volume 31



"Siamo di fronte alla peggiore epidemia influenzale degli ultimi 50 anni" ha dichiarato Matteo Bassetti, direttore della Clinica di Malattie Infettive del Policlinico San Martino di Genova, a colloquio con Fagnola Dire.



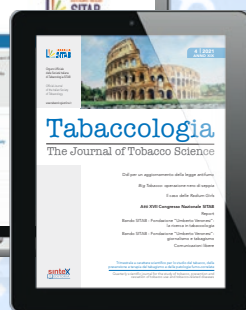
**sintex**

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

Più sappiamo, più ci rendiamo  
conto che c'è da sapere  
*Jennifer Anne Doudna*  
(premio Nobel per la chimica 2020)



**Il continuo divenire della scienza  
richiede saperi e capacità in grado di comprendere oggi  
le sfide che attraverseremo domani**



Visita la sezione Editoria del sito  
[www.sintexservizi.it](http://www.sintexservizi.it)

**sintex**

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

via A. da Recanate, 2 - 20124 Milano

+39 02 66790460 - [azienda@sintexservizi.it](mailto:azienda@sintexservizi.it)

[www.sintexservizi.it](http://www.sintexservizi.it)

SEGUICI SU



## Editoriale

07

Influenza, la peggiore ondata degli ultimi 15 anni  
Sarà colpa del debito di immunità? | C. Finotti

## Gli articoli

09

Giornata mondiale della BPCO per migliorare  
la consapevolezza della malattia  
La gestione della BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva  
non è ancora ottimale: spesso in ritardo diagnosi e terapie | C. Micheletto

Come cambia la Sanità | S. D'Antonio

Sarcopenia: un comune denominatore di genere | A. Serafini

REMAP-ILD un importante progetto per accelerare  
le tempistiche della ricerca scientifica | A. Abbondanza

Riabilitare i pazienti post COVID-19:  
aspetti tecnici e pratici | A. Iovine, L. Borgese

Qatar, Mondiali di calcio 2022 in modalità *smoke free* | V. Zagà

*Smartworking*: vantaggi e svantaggi in medicina respiratoria | G. D'Amato

## Malattie rare

26

L'assalto ai globuli rossi: il fenomeno dell'emolisi  
nell'emoglobinuria parossistica notturna | A. Paradiso, N. Ardu

## Cultura

28

Iran: tre motivi che rendono le proteste di oggi  
diverse da quelle passate | B. Schiavulli

10 Febbraio. Il Giorno del Ricordo | A. Schiavulli

## La voce dei pazienti

35

*Webinar* BPCO  
Educare, informare, dibattere | S. D'Antonio

Un Respiro in Musica | M. Prati

Telemedicina e fibrosi cistica:  
i progetti della Lega Italiana Fibrosi Cistica | A. Amato

Nasce l'*hub* informativo di Respiriamo Insieme | S. Barbaglia

E.RE. – Resistenze Resilienti | A. Piva



## IL CONTROLLO DELLA BPCO ATTRAVERSO IL TELEMONITORAGGIO

L'impegno di AIPO-ITS: la tecnologia al servizio del paziente per la prevenzione delle riacutizzazioni e la riduzione delle ospedalizzazioni

### TELEMONITORAGGIO

Tecnologia basata su intelligenza artificiale che migliora la gestione della malattia.

### SEMPLICE E IMMEDIATO

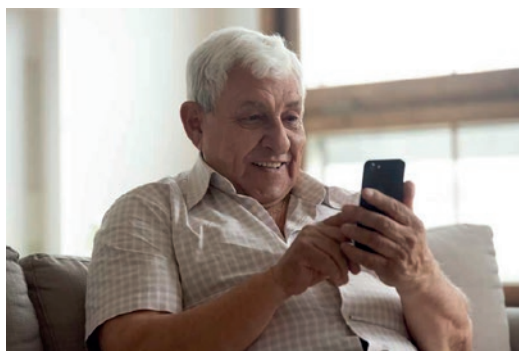
- Scaricare e attivare l'App
- Rilevare i parametri respiratori regolarmente
- Controllare l'App quotidianamente
- Seguire le indicazioni terapeutiche prescritte



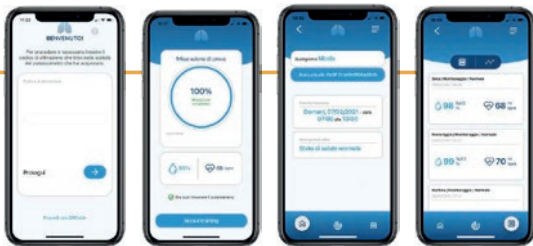
Dispositivo medico certificato\*  
specifico per la BPCO

**VISITA IL SITO**  
[www.telemonitoraggio.aiponet.it](http://www.telemonitoraggio.aiponet.it)

\* Ministero della Salute. Certificato CE 0477 dispositivo  
medico di classe IIa n. 0477\_MDD\_19\_3188\_1  
Identificativo di registrazione BD/RDM 1830076



**PARTECIPAZIONE ATTIVA ALLA  
CURA CON EFFETTI POSITIVI  
SULL'ADERENZA**



Approvato da



## DOVE CI TROVI

RESPIRO, trimestrale di informazione, prevenzione e benessere, si rivolge ai cittadini, alle Associazioni dei Pazienti, ai medici e a tutti gli operatori sanitari quale strumento di educazione e di diffusione per un corretto e positivo stile di vita.

Nella rivista ampio spazio viene dedicato ai contributi delle **Associazioni di Pazienti**, da sempre impegnate, attraverso diverse iniziative e progetti anche in collaborazione con Istituzioni e Società Scientifiche, nella lotta per la salute e nel dare voce ai pazienti.

I cittadini possono trovare gratuitamente RESPIRO negli ospedali, negli ambulatori dei medici di famiglia e da oggi anche nelle farmacie.

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

Per procedere all'acquisto è possibile scrivere a [editoria@sintexservizi.it](mailto:editoria@sintexservizi.it) o visitare il sito [www.sintexservizi.it](http://www.sintexservizi.it)

f / Respiro News



# Influenza, la peggiore ondata degli ultimi 15 anni

## Sarà colpa del debito di immunità?

**Chiara Finotti**



**F**ebbre molto alta che sale rapidamente e fatica a scendere, dolore alle ossa, mal di gola, raffreddore e inappetenza, questi i principali sintomi della sindrome influenzale che, insieme al COVID-19 e al virus respiratorio sinciziale (Rsv) sta mettendo a dura prova gli ospedali italiani. Dura in media cinque giorni e colpisce prevalentemente i bambini. Sotto i cinque anni si registrano infatti 40 casi su 1.000, valori tre volte superiori alla media.

Con l'avvio della stagione influenzale in Europa l'OMS, la Commissione Europea e l'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) hanno diffuso un documento congiunto in cui vengono caldamente consi-

gliate le vaccinazioni antinfluenzale e anti COVID-19 per i soggetti più fragili e viene ribadita l'importanza di adottare misure preventive quali il lavaggio frequente delle mani, l'uso delle mascherine, soprattutto negli spazi affollati, chiusi e privi di un'adeguata ventilazione, fino a mantenere il distanziamento qualora si sia contratto un virus respiratorio.

Stiamo certamente assistendo a una recrudescenza delle infezioni respiratorie, in particolare, quelle dovute a A(H3N2), il virus influenzale di quest'anno, al SARS CoV-2 e al Rsv. Quest'ultimo colpisce soprattutto i bambini sotto i 5 anni e, in alcune categorie, può essere molto pericoloso. Può infatti provocare bronchioliti e polmoniti.

Secondo la Federazione dei medici di medicina generale (Fimmg) «la curva dell'epidemia influenzale si è elevata in maniera tale da far prevedere, se il trend si manterrà su questi livelli, il picco più alto degli ultimi 15 anni. E potrebbe essere raggiunto ►►

Vicedirettore di Respiro



► prima di Natale perché i valori sono molto cresciuti».

Ma a cosa è dovuto l'intensificarsi di queste infezioni respiratorie? Secondo alcuni, per spiegarle dobbiamo ricorrere al concetto di "debito di immunità" termine coniato, nell'agosto 2021, da ricercatori francesi per indicare una riduzione dell'immunità nella popolazione generale. In sostanza, meno siamo esposti a un agente patogeno e meno capacità avremo di contrastarlo attraverso le nostre difese immunitarie. Dietro l'attuale impennata, secondo alcuni, c'è il problema è della diminuzione dell'immunità. In assenza di esposizione a un virus, in pratica, i livelli di anticorpi diminuiscono. Le mascherine, l'allontanamento sociale e il lavaggio delle mani più frequente durante le ondate di COVID-19 potrebbero averci resi più suscettibili all'influenza e al virus respiratorio sinciziale. Si tratta di infezioni che hanno sempre circolato ma per le quali stiamo ora assisten-

do a una recrudescenza, dovuta appunto ora alla ri-esposizione massiva, dopo le chiusure prolungate. È accaduto per esempio negli Stati Uniti, in Gran Bretagna, nella Nuova Zelanda e anche in Italia, dove le società scientifiche di pediatria e di neonatologia raccomandano di prestare molta attenzione alla nuova ondata di Rsv, in particolare nei pazienti più fragili, come i prematuri e i soggetti con patologie congenite cardiache o polmonari.

È importante sottolineare come la teoria del debito di immunità non sia universalmente accettata e condivisa all'interno della comunità scientifica. C'è chi critica o addirittura condanna questa ipotesi e chi considera sbagliata la scelta dei termini con i quali viene definito questo fenomeno: "debito di immunità". Secondo taluni esperti questa dicitura potrebbe indurre a un'alterata interpretazione dei fatti che vede la recrudescenza delle suddette infezioni respiratorie come una

conseguenza di misure cautelative definite eccessive o sbagliate, quali la chiusura delle scuole nel caso dei bambini. Sarebbe gravemente fuorviante associarlo al concetto di qualcosa di sbagliato commesso in passato.

*Last but not least*, ricordiamo come l'arma più potente di cui disponiamo per prevenire l'influenza sia il vaccino antinfluenzale. Non sempre protegge dai numerosi virus parainfluenzali, responsabili delle tante sindromi da raffreddamento che si verificano durante l'inverno. In Italia è gratuito per le fasce di popolazione più a rischio, tra cui i soggetti con 65 anni o più, gli operatori sanitari a contatto diretto con pazienti a più alto rischio, donne in gravidanza o pazienti con particolari patologie. È inoltre consigliato nei bambini dai 6 mesi in su.

I vaccini antinfluenzali non proteggono del tutto, ma sono efficaci nel prevenire le infezioni gravi e ridurre il tempo della malattia. L'influenza può infatti degenerare in condizioni cliniche molto critiche come polmonite o malattie cardiache. Uno studio del 2018 sul *New England Journal of Medicine* ha infatti dimostrato che il rischio di avere un infarto è sei volte superiore entro una settimana dall'influenza. ■

chiara.finotti@sintexservizi.it

# Giornata mondiale della BPCO per migliorare la consapevolezza della malattia

## La gestione della BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva non è ancora ottimale: spesso in ritardo diagnosi e terapie

**Claudio Micheletto**



**I**l 16 novembre si è celebrata in tutto il mondo la Giornata mondiale della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, conosciuta come BPCO, una patologia respiratoria cronica caratterizzata da un'ostruzione progressiva delle vie aeree associata a una risposta infiammatoria a gas e agenti esterni, con conseguente riduzione della capacità respiratoria. C'è bisogno di ricordare globalmente questa malattia? Sicuramente sì, la malattia ha ancora una elevata epidemiologia nella popolazione generale, causa un pesante impatto sulla qualità di vita dei pazienti, ha importanti costi socioeconomici e soprattutto determina una significativa mortalità. Secondo gli ultimi dati dell'Organizzazione Mondia-

*Direttore Responsabile di Respiro*

le della Sanità, la BPCO è una delle patologie più diffuse e si stima che sia diventata la terza causa di morte e quinta causa di invalidità a livello mondiale.

In Italia, l'incidenza della patologia nella popolazione con età superiore ai 40 anni è del 5-10%. Secondo i più recenti dati ISTAT, nei soggetti con età superiore ai 70 anni, la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, moderata e severa, si aggira intorno al 20% per gli uomini e al 15% per le donne, con una mortalità che la colloca al terzo posto tra le cause di decesso, dopo le malattie cardiovascolari e i tumori. Inoltre, il 10% dei giovani tra i 20 e i 40 anni presenta i segni caratteristici della malattia, vale a dire la tosse con catarro. Si stima che una proporzione significativa di questi pazienti

sviluppi la BPCO nel corso della vita.

Uno degli aspetti da migliorare nel prossimo futuro riguarda la diagnosi precoce. I fumatori sono abituati a convivere con una lenta progressione dei sintomi e la diagnosi arriva spesso in ritardo, quando è già evidente una significativa ostruzione. Per poter parlare di BPCO si deve dimostrare con la spirometria una caratteristica ostruzione, ma il ricorso a questo test diagnostico non è ancora ottimale. La spirometria è l'esame diagnostico fondamentale per diagnosticare la BPCO. Si tratta di un esame indolore, sicuro ed economico, con il quale si misura la quantità di aria espirata e la velocità di espirazione. Molti pazienti la eseguono tardivamente, la prossima sfida è quella ►►

► di aumentare il numero dei test diagnostici e soprattutto di eseguire la spirometria alla comparsa dei sintomi. La precocità della diagnosi ha un importante aspetto gestionale, visto che il trattamento farmacologico e la sospensione del fumo possono ottenere degli evidenti risultati quando la malattia non è di grado severo. Il miglioramento della consapevolezza della malattia potrà migliorare la definizione e la precocità diagnostica.

La seconda sfida per il futuro riguarda l'aderenza ai trattamenti farmacologici prescritti. I pazienti con malattie croniche, come asma e BPCO, si caratterizzano per una percentuale molto bassa nell'uso dei farmaci. Probabilmente le terapie inalatorie non hanno la stessa percezione della terapia orale, solo con l'educazione dei pazienti si può migliorare il numero delle terapie giornaliere assunte. La malattia è spesso poco controllata a causa della scarsa aderenza: quando non si assumono i farmaci prescritti sono più frequenti le riacutizzazioni, gli accessi al Pronto Soccorso e le ospedalizzazioni. I dati attuali evidenziano come i pazienti affetti da BPCO assumano poco più della metà delle inalazioni giornaliere prescritte.

Questi dati dimostrano chiaramente come la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva sia una patologia non ancora controllata in modo efficace, ma nelle ultime linee guida internazionali è definita come una malattia prevenibile e trattabile e, soprattutto, si può intervenire per rallentarne l'evoluzione



Andrey\_Popov

con un adeguato trattamento farmacologico. Per questo motivo, in occasione della *Giornata Mondiale della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva*, hanno preso vita numerose iniziative in tutta Italia, insieme ad associazioni e medici specialisti, per migliorare la consapevolezza della salute respiratoria e la diagnosi precoce.

La BPCO è tradizionalmente considerata una patologia causata dal fumo di tabacco e caratterizzata da un accelerato declino della funzione polmonare con l'età. Effettivamente il fumo di sigaretta è la causa principale, in Italia circa il 22% della popolazione continua a fumare e si espone a un rischio elevatissimo di contrarre delle malattie respiratorie e cardiovascolari. Tuttavia, circa un terzo dei pazienti affetti da BPCO non ha mai fumato ed è stato sottoposto ad una significativa esposizione ambientale o professionale.

In occasione della Giornata Mondiale della BPCO è stata diffusa la nuova versione del documento internazionale GOLD

(*Global Obstructive Lung Disease*), che ha recepito le ultime indicazioni della ricerca scientifica. Il documento distingue pazienti prevalentemente con dispnea, vale a dire con difficoltà respiratoria da sforzo, rispetto a coloro che presentano anche frequenti riacutizzazioni, vale a dire quegli episodi di peggioramento (tosse, secrezioni, rialzo febbrile) per i quali i pazienti devono ricorrere a cicli di antibiotico e/o steroide sistemico. Per i pazienti con dispnea la terapia è basata soprattutto sull'uso di broncodilatatori, anche associati in un unico inalatore (beta2-stimolante + anticolinergici). Nel caso dei frequenti riacutizzatori si ribadisce l'importanza degli steroidi inalatori, associati ai broncodilatatori, che nella BPCO servono a ridurre questi episodi. ■

*claudio.micheletto@univr.it*

# Come cambia la Sanità

**Salvatore D'Antonio**



Uno dei problemi continenti più importanti nella gestione dei reparti ospedalieri è rappresentato dalla carenza di personale. Si calcola che negli ultimi 10 anni le dimissioni del personale medico dagli ospedali stia aumentando dell'81% in tutta Italia e, in numeri assoluti, passando da 1.849 unità nel 2009 a 3.123 nel 2019 mentre nel 2021 si sono licenziati 2.886 medici, un lieve decremento forse dovuto allo spirito di servizio che ha indotto molti colleghi a rinviare alcune decisioni nel dramma della pandemia.

Questa continua emorragia va ad aggravare i guasti causati da una politica sanitaria miope, a corto respiro, che di fronte a una popolazione sempre più anziana e quindi bisognosa di assistenza, ha depauperato il SSN dei suoi attori principali:

*Pneumologo, già Dirigente medico Ospedale San Camillo-Forlanini, Roma*



gli operatori sanitari. Non c'è stata adeguata programmazione, non è stato calcolato un giusto *turnover* che risulta anzi bloccato dal 2005, per cui la stima a livello nazionale di reintegro dei pensionati è di 10 a 100, senza parlare di situazioni ancora più drammatiche nel Lazio, in Sicilia e in Campania.

Un ulteriore calcolo stima la perdita di specialisti tra il 2015 e il 2022 in oltre 15.000 unità.

Vari sono i motivi che spingono specialisti che spesso sono nella piena maturità, redditività, affidabilità nell'espletamento del loro ruolo professionale ad abbandonare le corsie per impegni meno gravosi o addirittura altre attività. Non sono certe estranee motivazioni di carattere personale derivanti da scarsa valorizzazione e riconoscimento di impegni gravosi, stressanti,

che vanno a interferire spesso anche con i normali equilibri familiari, condizionati da turnazioni sempre più pesanti, conseguenza, a loro volta, di carenza di personale con aumento dei carichi di lavoro con peggioramento del *burnout* fisico e psicologico. A questo si devono aggiungere le carenze organizzative di alcune strutture obsolete che devono essere risolte a volte in condizioni di emergenza, i crescenti obblighi burocratici che nel corso degli anni hanno investito sempre più il personale medico quasi a supportare, se non sostituire, quello amministrativo. Sempre più frequentemente, inoltre, si registra un atteggiamento aggressivo e rivendicativo con denunce legali se non vere e proprie aggressioni.

Tutto questo a fronte di una scarsa progressione di carriera e, infine, di una retribuzione ►►

► economica non adeguata che in Italia si attesta a 80.000 euro annui, mentre in Francia a 85.000, in Inghilterra a 130.000 e in Germania a 150.000. L'Olanda offre una retribuzione annua di 255.000 euro e, infine, negli Emirati Arabi le retribuzioni variano dai 14.000 e ai 20.000 euro al mese con abitazione, scuola per i figli e autista.

Da anni stiamo assistendo all'imbarazzante fenomeno dei "cacciatori di teste" che scendono nel nostro Paese per reclutare specialisti, formati nelle nostre Università, offrendo vantaggiosi contratti di lavoro comprensivi di alloggio gratuito e corsi di lingua per i primi mesi di lavoro nella destinazione offerta. Si calcola che in Europa la percentuale di italiani che emigrano è del 52% rispetto alle altre nazionalità e si calcola che siano circa 1.500 i medici specialisti che lasciano la nostra nazione, cosa che non solo impoverisce le piante organiche già gravemente compromesse, ma causa anche una perdita economica.

Infatti, considerato che formare un medico specialista costa fino a 250.000 euro allo Stato e, altrettanti, allo specialista e alla sua famiglia, ogni anno stia-

mo regalando 350 milioni agli altri Paesi, mentre ci troviamo nel pieno di una emergenza per carenza di medici. Preoccupante, infine, è la constatazione che la progettazione di un eventuale trasferimento all'estero, viene pianificata fin dall'inizio della scelta universitaria. A conferma di ciò, le richieste ai test di accesso di Medicina in inglese sono in notevole aumento.

Altra preoccupante constatazione è la ridotta richiesta di accedere a specializzazioni chiave per l'organizzazione ospedaliera quali medicina d'urgenza, dove il 57% dei posti non è coperto, anestesia con il 17% dei posti vacanti, mentre le preferenze vanno alle specialità di cardiologia, dermatologia, pediatria, neurologia, oculistica, endocrinologia, dove si presume una possibilità di gestione ambulatoriale e, infine, una crescente propensione per la chirurgia plastica con gli evidenti risvolti economici. Il lavoro in ospedale, in corsia, a fianco del letto del malato, che fino a pochi anni fa era il sogno di ogni studente in Medicina, che sognava un posto di ruolo a tempo indeterminato, per intraprendere una carriera ospedaliera o universitaria, non è che un ricordo dei più

anziani come lo sono io, che mi sono sentito realizzato, dopo un lungo periodo di volontariato non retribuito, raggiungendo una stabilità lavorativa. Sentirsi realizzati, raggiungere una certa stabilità economica, rivestire un ruolo sociale rispettato è stato per me, come per molti altri anziani Colleghi, motivo di grande soddisfazione e spesso opportunità di crescita nella scala sociale. Oggi mi meraviglia il fatto che molti concorsi pubblici vadano deserti; al di là delle responsabilità politiche, gli amministratori devono far ricorso a medici stranieri per coprire esigenze assistenziali, con discutibili riscontri qualitativi.

Altra realtà che sta emergendo è quella del ricorso a professionisti a partita IVA o alle cooperative che organizzano rapidi trasferimenti di medici che si spostano da un ospedale a un altro, anche in differenti e distanti regioni, coprendo turni di guardia senza il rigido rispetto dei limiti orari imposti, a ragione, dalle Direzioni Sanitarie agli strutturati. Questo è possibile per servizi che non prevedano un rapporto continuo medico-paziente, può riguardare solo servizi di guardia, prestazioni limitate nel tempo come nei pronto soccorso o come per l'anestesista nell'atto operatorio, ma sicuramente non in linea con quello che era la realtà ospedaliera fondata sulla collaborazione, rapporti giornalieri di colleganza, scambi di opinioni e amicizia.

Nel futuro dovremo forse abituarci a figure di medici con i trolley. ■

*skip50@libero.it*



# Sarcopenia: un comune denominatore di genere

**Antonella Serafini**



Nel 1931 McDonald Critchley, neurologo britannico, notò per la prima volta che nell'invecchiamento si verifica una perdita di massa muscolare, in particolare a livello delle mani e degli arti inferiori. Nel 1997 questo quadro clinico viene denominato per la prima volta sarcopenia (*sarx*-carne e *πείρα*-perdita), cioè perdita di massa muscolare scheletrica e di funzione in relazione all'età. Il termine, infatti, descrive importanti cambiamenti nella composizione corporea e nelle funzioni correlate. Le donne e gli uomini ne sono colpiti in egual misura. La sarcopenia, inoltre, non si limita al solo paziente anziano. Fisiologicamente, a partire dai 25 anni si assiste in entrambi i generi a una graduale riduzione della massa, forza e *performance* muscolare scheletrica, che



prosegue fino a una perdita stimata di circa il 30% della massa a 80 anni. La sarcopenia è pertanto inevitabile. Secondo il consenso scientifico internazionale più recente la sarcopenia di durata inferiore a 6 mesi è considerata una condizione acuta, mentre la sarcopenia di durata  $\geq 6$  mesi è considerata una condizione cronica. La sarcopenia acuta è solitamente correlata a una malattia acuta, mentre la sarcopenia cronica è stata associata a condizioni

croniche progressive e ad aumentato rischio di mortalità. Caratteristica della sarcopenia è la riduzione della sezione trasversale del muscolo (*Cross Sectional Area*, CSA), del numero e delle dimensioni delle fibre muscolari, in particolare quelle di tipo II, attribuibili principalmente agli scarsi livelli di attività fisica nella popolazione. Nel corso del processo di invecchiamento la sua eziopatogenesi è multifattoriale ed è caratterizzata ►►

► da un *milieu* infiammatorio che favorisce l'insorgenza delle alterazioni morfo-funzionali a livello muscolare con conseguente *fatigue* limitante lo svolgimento dell'attività fisica. Tra le differenti unità di misura e indicatori utili a definire una condizione sarcopenica uno dei più utilizzati è lo *Skeletal Muscle Index* (SMI), calcolato dividendo la massa muscolare scheletrica degli arti (kg) per il quadrato dell'altezza (m<sup>2</sup>). In base ad esso, la minor massa muscolare nell'anziano può essere definita da uno SMI inferiore a 7,0 kg/m<sup>2</sup> negli uomini e a 5,7 kg/m<sup>2</sup> nelle donne.

Tra i fattori di rischio favorevoli la sarcopenia vanno annoverati le modifiche sostanziali nella dieta con ridotta assunzione di calorie e di proteine, la mancanza di attività fisica, il fumo di tabacco, la ridotta esposizione al sole, a cui consegue uno scarso apporto di vitamina D che influenza la salute muscolo-scheletrica, le alterazioni ormonali, quali la riduzione dei livelli sierici di testosterone nei soggetti di sesso maschile (circa 1% all'anno a partire dai 30 anni) e di estrogeni a partire dai 55 anni nelle donne, con un impatto importante in termini di

trofismo e funzione sia del tessuto osseo che di quello muscolare scheletrico.

Una variante è costituita dall'obesità sarcopenica in cui si verifica un eccesso di massa grassa e un *deficit* di massa muscolare. Sia l'invecchiamento che l'obesità favoriscono l'accumulo di tessuto adiposo in sede ectopica, in particolare a livello del fegato, del midollo osseo e del muscolo scheletrico, sostenendo fenomeni di lipotossicità e infiammazione. Studi recenti dimostrano che l'adiposità, soprattutto quella di tipo viscerale, determina alterazioni a carico dell'asse *Growth hormone* (GH) / *Insulin Like Growth Factor 1* (IGF 1): l'IGF-1 è un ormone che, insieme all'ormone della crescita (GH), promuove un'appropriata crescita delle ossa e dei tessuti. L'alterazione di questo equilibrio è in grado di favorire il depauperamento muscolare, indipendentemente da età e sesso. Sebbene la sarcopenia sia stata inizialmente descritta come un fattore di rischio per la comparsa di fragilità fisica e disabilità, ora è argomento di approfondimento non soltanto nella medicina geriatrica, ma anche in un'ampia gamma di specialità. Molti

studi hanno riportato che la sarcopenia è infatti un fattore importante nello sviluppo di varie malattie come l'osteoporosi, la sindrome metabolica, le malattie cardiovascolari, le malattie respiratorie.

Nell'ambito delle patologie respiratorie la sarcopenia è prevalente in una percentuale significativa di persone con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e ha un impatto negativo su importanti *outcome* clinici. La prevalenza della sarcopenia e il suo impatto clinico sono variabili nella BPCO anche in considerazione dei criteri di definizione: i dati di alcuni studi indicano infatti che il 30-60% dei soggetti con BPCO è malnutrito, il 20-40% ha una massa muscolare ridotta e il 15-21,6% presenta sarcopenia. La prevalenza di ostruzione grave e molto grave era significativamente maggiore nei pazienti con sindrome da malnutrizione-sarcopenia. I pazienti con sarcopenia avevano un FEV<sub>1</sub> più basso (differenza media da -7,1%; IC 95% da -9,0 a -5,1%) e una tolleranza all'esercizio più scarsa (differenza media standardizzata da -0,8; IC 95% da -1,4 a -0,2) così come scarsa qualità di vita (differenza media standardizzata ►►

LA TUA SALUTE È IMPORTANTE  
NON PERDERE TEMPO

vai su [www.pazienti.it](http://www.pazienti.it)

Prenota un videoconsulto

Trova lo specialista più vicino a te

Invia una domanda di salute

Leggi tutte le info che cerchi

\* Il servizio di videoconsulto offerto da Pazienti.it è riservato a una prescrizione sanitaria emessa da un medico. La salute rimane un compito di responsabilità del paziente. Pazienti.it è un servizio di informazione e supporto. Per questo ha un rapporto di gestione con i medici, non di consulenza.

► 0,26; IC 95% 0,2-0,4) rispetto a coloro che non erano affetti da sarcopenia ( $P < 0,001$  per tutti). Ne consegue che sia fondamentale effettuare una corretta diagnosi sia per ottimizzarne la gestione il più precocemente possibile sia per valutarne l'impatto sulla mortalità in questo gruppo di pazienti. Recentemente, è stato suggerito che una diminuzione della massa e della forza dei muscoli che sono alla base del riflesso della deglutizione sia associata a una alterazione di tale funzione con secondaria disfagia: la disfagia causata dalla sarcopenia dei muscoli sistemici correlati alla deglutizione è denominata disfagia sarcopenica. Attualmente, pochi studi hanno mostrato associazioni tra polmonite da aspirazione e disfagia sarcopenica: sebbene l'aspirazione avvenga a causa della disfagia, la polmonite si sviluppa raramente se il contenuto aspirato viene rimosso dalle vie aeree con la tosse. In ultimo, la compromissione simultanea della deglutizione e del riflesso della tosse può provocare l'insorgenza di polmonite da aspirazione nelle persone anziane.

Come contrastare la progressione della sarcopenia? Dobbiamo iniziare a considerare la perdita di massa muscolare come una patologia e non soltanto come un fattore di rischio: l'approccio più efficace consiste non solo in una adeguata prevenzione, con modifiche dello stile di vita, ma anche con una accurata diagnosi per un piano di trattamento personalizzato. Con la pratica costante di esercizio fisico e una dieta adeguata è possibile controllarne in modo

efficace l'evoluzione ed evitare le conseguenze peggiori correlate. L'esercizio fisico può influire sull'equilibrio ormonale, indurre la sintesi mitocondriale, modulare la funzione immunologica e migliorare la capacità ossidativa muscolare. È stato osservato che l'esercizio aerobico, l'allenamento di resistenza e la loro combinazione riducono i biomarcatori infiammatori circolanti (tra cui IL-6, proteina C-reattiva e TNF) e determinano un aumento della sintesi proteica muscolare negli anziani, nonostante la riduzione degli stimoli anabolici legata all'età.

Non è mai tardi per intervenire sulla sarcopenia, condizione patologica sottostimata quanto diffusa. L'intake medio di energia con la dieta, l'attività fisica con un buon consumo di energia porta a una probabilità di rischio minima prevista di sarcopenia. Il suo controllo, però, richiede impegno e costanza. ■

antonella.serafini123@gmail.com

## Bibliografia di riferimento

– BIAN A, MA Y, ZHOU X, ET AL. Association between sarcopenia and levels of growth hormone and insulin-like growth factor-1 in the

elderly. BMC Musculoskelet Disord 2020;21:214.

- CRITCHLEY M. *The neurology of old age*. Lancet 1931;217:1119-27.
- CRUZ-JENTOFT AJ, BAHAT G, BAUER J, ET AL. *Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis*. Age Ageing 2019;48:16-31.
- KALUŹNIAK-SZYMANOWSKA A, KRZYMIŃSKA-SIEMASZKO R, DESKUR-ŚMIELECKA E, ET AL. *Malnutrition, sarcopenia, and malnutrition-sarcopenia syndrome in older adults with COPD*. Nutrients 2021;14:44.
- OKAZAKI T, EBIHARA S, MORI T, ET AL. *Association between sarcopenia and pneumonia in older people*. Geriatr Gerontol Int 2020; 20:7-13.
- ROSENBERG IH. *Sarcopenia: origins and clinical relevance*. J Nutr 1997;127(Suppl 5):S990-S991.
- SEPULVEDA-LOYOLA W, OSADNIK C, PHU S, ET AL. *Diagnosis, prevalence, and clinical impact of sarcopenia in COPD: a systematic review and meta-analysis*. J Cachexia Sarcopenia Muscle 2020;11:1164.

# SARCOPENIA



età 30 anni

età 50 anni

età 80 anni

# Dispositivi medici, quali sono i criteri di scelta?

**Chiara Finotti<sup>1</sup>**  
**Carlo Zerbino<sup>2</sup>**



Un vento insidioso si è abbattuto sul mondo del *wound care* in seguito alla pubblicazione del documento “Guida della Regione Emilia-Romagna alla scelta appropriata dei dispositivi di medicazione” in forza della delibera della Giunta regionale n.2277 del 22/11/2019 Commissione Regionale Dispositivi Medici.

La “Guida della Regione Emilia-Romagna alla scelta appropriata dei dispositivi di medicazione” Bologna (Giugno 2022), redatta dalla Direzione Generale Cura Della Persona Salute e *Welfare*, Settore Assistenza Ospedaliera – Area Farmaco e Dispositivi Medici, Gruppo Medic-RER a cui hanno collaborato numerosi professionisti, non intende essere un documento esaustivo, ma uno strumento di facile consultazione per gli operatori sanitari allo scopo di orientare le scelte appropriate in relazione a uno dei componenti della cura della persona con lesioni cutanee, ossia la medicazione.

La Guida ribadisce che le medicazioni in sé e per sé non guariscono le ferite ma, se selezionate

e utilizzate in modo appropriato, contribuiscono a creare un microambiente favorevole che supporta il processo di riparazione tissutale.

La Guida riporta anche i prezzi delle medicazioni, introducendo immediatamente il parametro economico per i loro utilizzatori e da cui nascono le insidie.

In questo contesto, l'Associazione Infermieristica per la Cura delle Lesioni Cutanee (AISLeC) ha voluto esprimere le sue perplessità attraverso l'invio di una missiva destinata all'Assessore alle politiche per la salute Regione Emilia-Romagna.

La Società Scientifica, pur riconoscendo l'impegno e il valore del lavoro svolto nell'elaborazione del documento, avanza timori circa i continui riferimenti al costo di trattamento e dei diversi formati, più volte presenti nella suddetta guida, che potrebbero indurre a ritenere tale aspetto il criterio principale nella scelta dei dispositivi medici da utilizzare.

AISLeC, come già evidenziato in occasione del Congresso Nazionale svoltosi nei mesi scorsi a Rimini, ha sottolineato l'importanza della valorizzazione delle competenze. In altre parole, se si vuole garantire un elevato livello di qualità delle cure nel trattamento delle lesioni, così come in tutti gli ambiti di cura, ci si deve avvalere di professionisti sanitari con competenze specialistiche riconosciute all'interno del Sistema Sanitario Regionale.

Nella missiva si sottolinea inoltre come i professionisti sanitari



che abbiano raggiunto elevati livelli di competenze siano in grado di discriminare e scegliere all'interno di un panorama di dispositivi medici decisamente più ampio rispetto a quello indicato nel sopracitato documento.

Emergono inoltre preoccupazioni circa l'eventualità che questa guida, una volta scaricata dal paziente, possa essere fonte, in particolari situazioni cliniche, di fraintendimenti o di errori in termini di appropriatezza e personalizzazione della cura.

I firmatari della missiva indirizzata all'Assessore temono che il fattore costo diventi il principale criterio considerato nelle scelte dei professionisti sanitari andando a oscurare aspetti quali l'appropriatezza terapeutica e il livello di competenze specialistiche che AISLeC, al contrario, intende valorizzare per tutti i professionisti esperti di *wound care*.

La comunicazione si chiude con l'esplicita messa a disposizione di AISLeC, in qualità di Società Scientifica, a collaborare al fine di contribuire al miglioramento dei percorsi clinici così come della comunicazione fra professionisti e quella rivolta a cittadini e istituzioni anche rispetto ai timori suscitati dal suddetto documento. ■

<sup>1</sup> Vicedirettore di Respiro

<sup>2</sup> Editore per caso, Sintex Servizi S.r.l., Milano

# REMAP-ILD un importante progetto per accelerare le tempistiche della ricerca scientifica

**Achille Abbondanza**



**R**EMAP-ILD è l'acronimo di *Randomised, Embedded, Multifactorial, Adaptive Platform trial for Interstitial Lung Disease*, che in italiano possiamo tradurre come studio randomizzato, integrato, multifattoriale, su piattaforma adattiva per la malattia polmonare interstiziale. Qual è la novità di questo nuovo modello di studio? Che permetterà di testare contemporaneamente più farmaci, indipendentemente che siano ancora in sperimentazione, già approvati, o in uso ma per altre malattie. Inoltre, ogni gruppo fungerà da controllo per gli altri, permettendo di terminare prematuramente le sperimentazioni meno efficaci, e indirizzare i pazienti verso trattamenti che funzionano. Se non bastasse, lo studio sarà integrato nella pratica clinica, permettendo

anche a centri minori di utilizzare terapie all'avanguardia.

L'emergenza mondiale della pandemia COVID ha dimostrato che si può fare, la ricerca può accelerare, si può essere più veloci! Esistono almeno un paio di esempi sulla riprogettazione di *trial* clinici con questo sistema. Uno è REMAP CAP <https://www.remapcap.org> e l'altro è I-SPY Trial <https://www.ispytrials.org/i-spy-platform/i-spy2>.

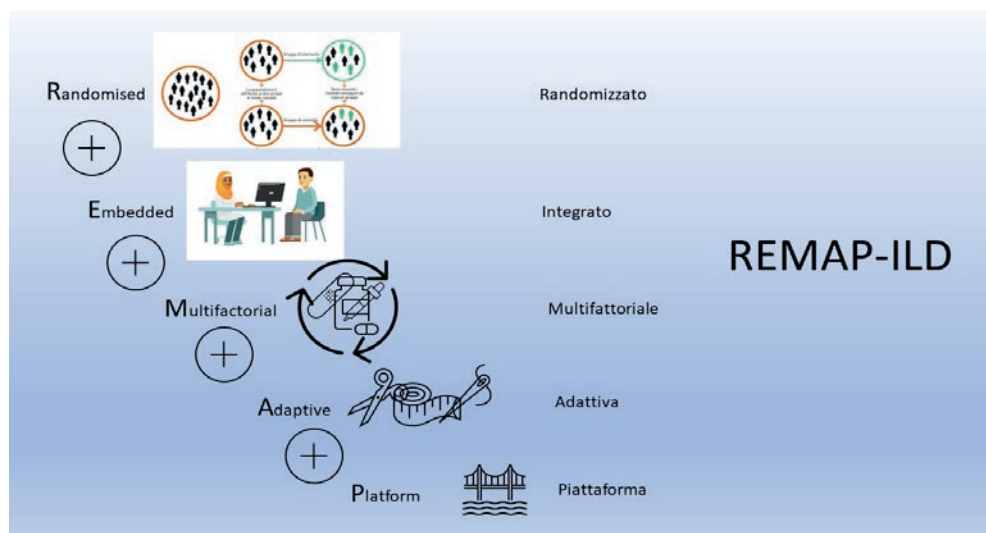
Sappiamo tutti quanto siano costose queste ricerche e sappiamo che quando uno studio viene interrotto molto di quello studio va perso e molti fondi vanno sprecati. Pazienti con delle prognosi infauste come quella della fibrosi polmonare idiopatica (IPF) capiscono bene il valore del tempo e

spingono per avere nuove opportunità di cura in tempi più rapidi. Capita che studi anche di fase III su pazienti IPF vengano fermati perché non si raggiungono gli obiettivi dello studio. Se questi studi fossero stati all'interno di questo nuovo protocollo, cosa sarebbe successo?

Le malattie polmonari interstiziali sono un gruppo eterogeneo di disturbi caratterizzati da ispessimento dei setti alveolari, proliferazione dei fibroblasti, deposizione di collagene e, se il processo permane incontrollato, di fibrosi polmonare. Questo nutrito gruppo di circa 200 patologie, nella maggior parte dei casi rare, comprende polmonite da ipersensibilità, sarcoidosi, malattie interstiziali pol- ➤



Membro del Patient Advisory Group (PFPAG) di European Lung Foundation (ELF); consigliere FIMARP Onlus e AMMP Odv, Cervia



► monari fibrosanti associate a malattie autoimmuni come l'artrite reumatoide e la sclerosi sistemica (SSc), malattie interstiziali polmonari fibrosanti associate a malattia mista del tessuto connettivo, polmonite interstiziale idiopatica aspecifica e polmoniti interstiziali idiopatiche non classificate. La più frequente è l'IPF.

REMAP-ILD è un progetto collaborativo globale inclusivo che svilupperà la prima sperimentazione su piattaforma internazionale nella malattia polmonare interstiziale (ILD), accelerando l'identificazione di terapie efficaci e innovative nella ILD fibrotica.

Un ruolo importante lo hanno anche le associazioni di pazienti per fare conoscere il progetto e contribuire a coinvolgere le persone affette da malattie interstiziali. Sottolineo che più persone verranno a conoscenza e contribuiranno a dare forma a questo entusiasmante progetto e più si avrà la possibilità di arrivare all'obiettivo finale!

Il progetto è guidato dal professor Gisli Jenkins, dell'Imperial College London e da un *team* internazionale di esperti di ILD.

Una presentazione e una panoramica di REMAP-ILD sono state recentemente fatte all'apertura del 21° International Colloquium on Lung and Airway Fibrosis (ICLAF) tenutosi a Reykjavík Islanda l'1 ottobre ([https://youtu.be/SaQe\\_oihN7U](https://youtu.be/SaQe_oihN7U)).

Il progetto ha ricevuto finanziamenti dal National Institute for Health Research (NIHR) per più di 200.000€, cioè dall'agenzia governativa del Regno Unito che finanzia la ricerca nel campo della salute e dell'assistenza. Il contributo di NIHR mira a trasformare in realtà l'idea di REMAP-ILD. Nei prossimi 12 mesi ci sarà uno sforzo di collaborazione internazionale per progettare, pianificare e sviluppare la sperimentazione. Il *team* REMAP-ILD richiederà ulteriori finanziamenti nella speranza di portare avanti il progetto

con successo. Ulteriori aggiornamenti ed informazioni sono disponibili a questo *link*: <https://www.imperial.ac.uk/mtw-centre-fibrosing-lung-disease/research/research-priorities/remap-ild/> o sul profilo twitter @REMAP\_ILD.

Con questo articolo vorrei che anche in Italia si iniziasse a parlare di questo progetto che da paziente ritengo molto interessante e importante. Spero che si possa aprire un tavolo di lavoro delle associazioni italiane che si occupano di malattie interstiziali per sostenere questo progetto che al momento ha l'appoggio di Action for Pulmonary Fibrosis, EU-IPFF, Pulmonary Fibrosis Foundation Asthma + LUNG UK, Pulmonary Fibrosis Trust Scleroderma & Raynaud's UK (<https://www.actionpf.org/news/remap-ild-the-future-of-clinical-trials-in-pulmonary-fibrosis>). ■

*achillelipc@gmail.com*

# Riabilitare i pazienti post COVID-19: aspetti tecnici e pratici

**Antonio Iovine<sup>1,3</sup>, Luca Borgese<sup>2,3</sup>**



Nel precedente articolo si è discusso circa il percorso clinico-terapeutico del paziente A.C., affetto da insufficienza respiratoria acuta secondaria a polmonite interstiziale bilaterale da SARS-CoV-2 e ricoverato presso un reparto di riabilitazione respiratoria. In questo secondo articolo ci occuperemo di descrivere il percorso riabilitativo che ha portato il paziente a lasciare il ricovero in condizioni cliniche stabili e migliorate.

Il paziente in esame è stato inquadrato secondo il cosiddetto "PRI" (piano riabilitativo individuale) stilato dall'equipe riabilitativa, della quale fanno parte lo specialista pneumolo-

go, il fisiatra e il nutrizionista, con il supporto dei fisioterapisti. Il piano prevede una stratificazione del paziente secondo il *Triage* A, B o C, in base alle condizioni del paziente al momento del ricovero. I pazienti in condizioni migliori vengono allocati nel *Triage* A, effettuano allenamento all'esercizio fisico per i muscoli degli arti superiori e inferiori ed effettuano, inoltre, il test del cammino iniziale/finale. I pazienti del *Triage* B presentano condizioni più compromesse ed effettuano allenamento all'esercizio fisico ad un carico inferiore, ed il test del cammino iniziale (su indicazione)/finale; infine, i pazienti severamente compromessi effettuano un programma riabilitativo in *Triage* C che prevede un trattamento in camera/reparto, deambulazione assistita e allenamento all'esercizio fisico senza carico.

Nello specifico, l'ammalato in questione rientrava nel *Triage* C in quanto allettato e in condizioni cliniche scadute. Tutto il programma di riabilitazione è stato svolto tenendo ben presenti i potenziali obiettivi a breve termine, cioè il miglioramento della dispnea a riposo, della resistenza allo sforzo fisico e dell'autonomia nelle attività quotidiane, oltre che degli obiettivi a lungo termine, cioè il recupero completo della mobilitazione e dell'autonomia fino alla risoluzione dell'insufficienza respiratoria.

All'atto del ricovero abbiamo stabilito un programma riabilitativo sulla base di diversi fattori che comprendevano l'utilizzo di scale autovalutative, prove di funzionalità muscolare, valutazione nutrizionale, esercizi mirati alla valutazione della capacità motoria e della resistenza all'esercizio fisico.

<sup>1</sup> Scuola di Specializzazione in Pneumologia, Università "Federico II", Napoli (Dir. Prof.ssa M.L. Bocchino)

<sup>2</sup> Scuola di Specializzazione in Pneumologia, Università della Campania "L. Vanvitelli", Napoli (Dir. Prof. A. Bianco)

<sup>3</sup> UO di Riabilitazione Respiratoria, Casa di Cura Clinic Center S.P.A., Napoli (Resp. Prof. F. De Blasio)

► Lo scopo del programma riabilitativo era quello di ridurre la dispnea, aumentare la resistenza all'esercizio fisico, minimizzare la disabilità, controllare l'ansia e migliorare la qualità di vita.

Ogni paziente praticava il test del cammino, una prova di semplice esecuzione: il paziente doveva camminare per sei minuti durante i quali abbiamo monitorato la distanza percorsa e parametri vitali come la saturazione arteriosa dell'ossigeno, la frequenza cardiaca, la dispnea e altri indici come l'affaticamento del paziente durante il cammino. Dal test abbiamo potuto estrapolare in particolare il T90 cioè il tempo che il paziente trascorrevva con una saturazione inferiore al 90%.

Il paziente A.C., nello specifico, non ha potuto eseguire questo test in quanto allettato e impossibilitato alla tipologia di esercizio.

Al fine di inquadrare la difficoltà ad eseguire le normali azioni della vita quotidiana abbiamo utilizzato la scala di "Barthel", con la quale abbiamo esaminato la dispnea del paziente in relazione alle semplici e più comuni attività quotidiane. Il punteggio andava da un minimo di 0 ad un massimo di 100 ed era generato dalla somma di diversi indicatori tra cui capacità di deambulare, salire le scale, passaggi posturali, il vestirsi, alimentarsi e fare il bagno. Essa ci ha dato informazioni preziose circa il piano di riabilitazione da intraprendere. A.C. aveva un punteggio in ingresso pari a 30/100, dunque si trovava in condizioni moderatamente gravi.



È fondamentale valutare lo stato di nutrizione del paziente attraverso l'Indice di Massa Corporea (BMI), MNA, Bioimpedenziometria. Il BMI, o indice di massa corporea, è un dato biometrico che viene utilizzato come indicatore dello stato di peso-forma di un individuo. Viene calcolato attraverso il rapporto tra peso corporeo altezza elevata al quadrato. Il risultato di questo calcolo colloca il paziente in tre gruppi: un punteggio compreso tra 18,5 e 25 kg/m<sup>2</sup> è indicativo di un soggetto normopeso, compreso tra 25 e 30 kg/m<sup>2</sup> è valutato come sovrappeso, maggiore di 30 kg/m<sup>2</sup> è indicativo di obesità, mentre minore di 18,5 kg/m<sup>2</sup> è considerato sottopeso. A.C. presentava un BMI di 18,6 kg/m<sup>2</sup>, dunque al limite alto del sottopeso, a testimonianza delle condizioni fisiche scadute.

L'MNA, invece, è una scala di valutazione del rischio di malnutrizione effettuata mediante un questionario e grazie al quale possiamo dif-

ferenziare i pazienti per fasce di rischio: alto, medio e basso rischio di malnutrizione.

La bioimpedenziometria è un esame non invasivo, utile per l'analisi qualitativa e quantitativa della composizione corporea, la quale consente di rapportare la massa magra e la massa grassa e la quantità d'acqua presente nel corpo dei pazienti presi in esame al fine di impostare un piano riabilitativo fatto su misura per il paziente. Esso ci offre la possibilità di valutare alcuni indici prognostici per il futuro incremento del *performance status*.

Il paziente A.C. presentando sarcopenia, ipotono-trofismo muscolare e sindrome da allettamento rientrava senza dubbio tra i casi ad alto rischio di malnutrizione, come evidenziato dai test effettuati.

Importanza fondamentale riveste la spirometria globale che ci consente di valutare la funzione respiratoria attraverso un particolare strumento chiamato spirometro. Questo ►►

► esame può stimare il danno polmonare causato dal COVID-19 in termini di capacità respiratoria. Possiamo andare a valutare i volumi polmonari statici (quantità d'aria presente nei polmoni nelle varie fasi della respirazione) e dinamici (cioè i volumi di aria mobilizzabili in inspirazione ed espirazione).

Nel caso specifico il paziente in esame non ha potuto effettuare neanche la spirometria all'ingresso per gli stessi motivi per i quali non ha potuto svolgere anche le altre indagini precedentemente descritte. Durante la degenza gli esercizi fisici mirati all'incremento della forza e della resistenza muscolare hanno poi consentito di praticare tale prova: il paziente presentava quella che in gergo tecnico si definisce come "sindrome disventilatoria di tipo restrittivo" con riduzione di tutti i volumi polmonari. Il COVID è una malattia che determina una polmonite di tipo interstiziale a causa della quale vi è forte riduzione della *compliance* polmonare (elasticità del polmone) e un aumento delle resistenze polmonari all'espansione.

Fondamentale per il paziente in esame è stato il programma riabilitativo individuale composto da esercizi volti a migliorare la resistenza, coinvolgenti più gruppi muscolari. L'intensità dell'esercizio è compresa tra il 60 e l'80% della frequenza cardiaca massima teorica, la quale corrisponde di solito a esercizi valutati di solito dal paziente tra un punteggio compreso tra 12 e 16 della "scala di Borg", misura indiretta della fatica percepita. Ogni paziente

pratica, ogni giorno, una mobilitazione della durata di 60 minuti, per 6 giorni a settimana. Il paziente ha attraversato diverse fasi del programma riabilitativo: la gestione delle posture, per il recupero della sindrome da allettamento; la gestione della respirazione per recuperare l'autonomia respiratoria e la fonazione; la mobilitazione attiva e passiva per recuperare la forza muscolare, l'ortostatismo, la deambulazione e il bilanciamento.

Già durante il programma riabilitativo A.C. ha compiuto progressi notevoli: per quanto concerne lo stato nutrizionale il BMI è passato da 18,6 kg/m<sup>2</sup> a 19,5 kg/m<sup>2</sup>, MNA nettamente migliorato passando da uno stato di malnutrizione severa a moderata.

Alla bioimpedenziometria si è evidenziato un aumento della massa magra rispetto alla massa grassa, portando ad un aumento del tono-trofismo muscolare e pertanto anche delle *performance* motorie, permettendogli di passare dalla posizione di allettamento a quella assisa e poi all'ortostatismo.

Finalmente al termine della riabilitazione il paziente è riuscito a eseguire il test del cammino dei sei minuti e la spirometria. Il test del cammino evidenziava una buona resistenza all'esercizio e buona mobilità. Il T90 presentava un valore del 25%, più che soddisfacente viste le scadute condizioni in cui versava il paziente all'inizio del ricovero; alla spirometria, invece, sono stati evidenziati netti miglioramenti dei parametri misurati in precedenza.

In conclusione, come testimoniato dai numerosi test effettuati durante la degenza del paziente, e confrontando i valori all'ingresso e all'uscita:

- il paziente ha praticato e concluso con successo il programma di riabilitazione motoria e respiratoria con miglioramento della tolleranza all'esercizio fisico;
- sono migliorati i parametri spirometrici, bioimpedenziometrici, nutrizionali e clinici;
- sono migliorate l'autonomia nella vita quotidiana e la *performance* fisica;
- la riabilitazione respiratoria ha migliorato la capacità di esercizio, ridotto la dispnea e migliorato la qualità della vita.

In definitiva, la riabilitazione respiratoria si è dimostrata in grado di migliorare le condizioni psicologiche del paziente, il quale versava inizialmente in uno stato depressivo, migliorando parallelamente le proprie condizioni cliniche generali.

Il paziente è stato dimesso dopo circa 40 giorni di ricovero, uscendo dalla nostra struttura con autonomia significativamente migliorata, senza più bisogno di ossigenoterapia supplementare e di ulteriori trattamenti farmacologici. ■

luca9borgese4@gmail.com  
iovine.antonio989@gmail.com

# Qatar, Mondiali di calcio 2022 in modalità *smoke free*

**Vincenzo Zagà**



In occasione dei Campionati Mondiali di Calcio che si sono svolti nelle scorse settimane in Qatar, l'OMS, la FIFA (Associazione Internazionale delle Federazioni di Football) e lo Stato del Qatar hanno messo a punto il progetto Healthy 2022 World Cup. Si tratta di un'iniziativa volta a garantire che il torneo sia un evento sano e sicuro per la salute. Tra gli obiettivi, oltre al divieto di vendere alcolici negli stadi, decisione influenzata prevalentemente da motivi religiosi, anche l'espulsione di prodotti del tabacco e di sigarette elettroniche. L'idea è stata quella di permettere a chi ha assistito al più grande evento del calcio mondiale di farlo in



sicurezza respirando aria pulita, priva di fumo.

La rappresentante dell'OMS in Qatar ha detto "Ciascuno dei tre *partner* [...] ha sostenuto l'applicazione di regole anti-tabacco negli eventi sportivi che si svolgono sotto l'egida della FIFA. Tuttavia, il successo dei grandi eventi sportivi senza tabacco dipende da una comunicazione efficace e da come si applicano e si fanno rispettare le regole". Come è noto, il tabacco rimane una delle più grandi minacce per la salute pubblica che il mondo abbia mai affrontato.

Gli organizzatori della *World Cup 2022* hanno adottato misure restrittive per garantire ai tifosi la possibilità di godersi la partita senza essere esposti al fumo passivo. La politica della FIFA sul tabacco negli eventi sportivi è in linea con le raccomandazioni dell'OMS per i mega-eventi sportivi e mira a proteggere il diritto delle persone a respirare aria pulita, non contaminata da agenti cancerogeni e altre sostanze nocive.

La politica della FIFA proibisce fumo e svapo negli stadi. Questi sono consentiti solo in specifiche aree fumatori all'a- ➤



▶ perto e all'esterno degli stadi. Il regolamento rafforzato per rendere i luoghi dei mondiali sicuri per i tifosi è stato predisposto per sfruttare il potere del calcio al fine di proteggere e promuovere la salute di tutti, in questo torneo e in futuri grandi eventi sportivi.

### **Come è stata garantita l'applicazione del regolamento anti tabacco**

Durante la Coppa del Mondo, che si è tenuta dal 21 novembre al 18 dicembre scorsi, una squadra di 80 ispettori ha supportato i volontari della FIFA e il personale di sicurezza nell'applicazione del regolamento sul tabacco. Sono stati progettati anche strumenti di comunicazione visiva e audio per raggiungere un pubblico considerevole. Tra gli strumenti c'è anche Florence, l'operatore sanitario virtuale creato dall'OMS, in grado di fornire

consulenza ai fumatori che cercano di smettere di fumare.

"Il Qatar è stato all'avanguardia nel controllo del tabacco nella regione", ha affermato il dottor Kholoud Ateeq KM Al-Motawaa, capo del settore malattie non trasmissibili per il Ministero della sanità pubblica del Qatar. "Per la Coppa del Mondo FIFA, sono state messe a punto misure di controllo del tabacco all'interno e all'esterno degli stadi, in particolare, nei luoghi pubblici. Anche le zone dove i tifosi potranno guardare le partite su grandi schermi senza pagare biglietto saranno rigorosamente senza fumo."

### **La FIFA riconosce che l'esposizione passiva al fumo e ai vapori delle e-cig è dannosa**

"La Coppa del Mondo FIFA in Qatar ha avuto un pubblico globale di cinque miliardi

di persone, un fatto che mette a disposizione del calcio una piattaforma significativa per il cambiamento sociale", ha affermato Federico Addiechi, responsabile FIFA per la sostenibilità, aggiungendo: "Il tabacco ha rappresentato a lungo una seria sfida agli sforzi per prevenire le malattie croniche in molti Paesi dove le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche e il diabete sono le principali cause di morte prematura. "Vietare l'uso, la vendita e la promozione dei prodotti del tabacco durante gli eventi sportivi rimane un passo fondamentale nella battaglia contro il tabacco e le malattie fumo-correlate".

### **Non solo controllo del tabacco nel progetto Healthy 2022 World Cup**

Healthy FIFA World Cup Qatar 2022™ è un progetto che non persegue solo l'obiettivo di contrastare l'uso di prodotti del tabacco ma ha finalità più ampie. Il progetto poggia su tre pilastri principali:

- 1) indurre le persone a condurre stili di vita sani attraverso l'attività fisica, le diete sane e il controllo del tabacco;
- 2) promuovere la sicurezza di raduni ed eventi di massa;
- 3) approfittare dell'attenzione sull'evento in tutto il mondo per sensibilizzare il mondo sull'importanza di tenersi in salute. ■

*vincenzo.zaga@icloud.com*

# Smartworking: vantaggi e svantaggi in medicina respiratoria

Gennaro D'Amato



Lo *smartworking*, un tempo chiamato “telelavoro” venne introdotto per la prima volta attorno agli anni ‘70 durante la prima crisi petrolifera nel tentativo di ridurre il consumo di carburante e il pendolarismo. Le vicende di quegli anni, con le domeniche e altri giorni a piedi, sono rimaste nella memoria di chi adesso ha più di 50 anni. Oltre a ridurre il consumo di combustibili fossili, quelle giornate senza auto invitarono a spostarsi a piedi e quindi portarono a una condizione generalizzata di aumentato benessere fisico delle persone e contribuirono a ridurre l'inquinamento atmosferico che poi riprese a salire in modo esponenziale quando quelle limitazioni vennero eliminate.

Pneumologo e Allergologo, Napoli



Ci sono voluti poi molti anni perché lo *smartworking* prendesse davvero piede e si diffondesse. Nel 2019, circa mezzo secolo dopo, solo meno del 6% della popolazione italiana lo praticava con regolarità. Con la pandemia da COVID-19, e il conseguente *lockdown*, il lavoro a distanza è stato però adottato e, talora imposto, in moltissimi settori dall'amministrazione pubblica e a quello privato nel tentativo di arginare la diffusione del Coronavirus. Grazie al lavoro da casa si potevano infatti ridurre i contatti fra le persone,

così come, gli assembramenti, condizioni favorevoli al propagarsi dell'infezione.

Il diffondersi e consolidarsi dello *smartworking* ha messo in evidenza le sue enormi potenzialità con riscontri molto positivi che hanno portato al superamento delle iniziali perplessità avanzate da alcuni datori di lavoro che temevano una perdita di produttività dei propri dipendenti.

Oggi alcune, seppur poche, aziende hanno richiamato i dipendenti in ufficio ritenendo lo *smartworking* uno strumento di natura puramente emergen- ➤

► ziale ma, di fatto, molti datori di lavoro continuano a incentivarlo e, certamente, la sua diffusione continuerà anche dopo la fine della pandemia da COVID-19. Esso è destinato a rimanere soprattutto nelle nazioni dove esiste una buona infrastruttura digitale. Ad esempio, in Francia si prevede che entro il 2050 tra il 30 e il 50% di coloro che hanno utilizzato il lavoro da casa opereranno per continuare a farlo. Lo studio francese ADEME realizzato nel 2020 su un campione di più di 2.500 dipendenti dimostra che oltre il 70% dei lavoratori in *smartworking* ha richiesto di poter lavorare con questa modalità, anche in futuro, per più di un giorno a settimana.

Numerosi sono i vantaggi legati allo *smartworking*: consente di avere orari più flessibili, di lavorare con maggiore tranquillità e di risparmiare il tempo impiegato per gli spostamenti tra casa e ufficio, di ridurre il consumo di benzina riducendo quindi l'inquinamento atmosferico in misura anche maggiore di quanto avvenne negli anni '70. Nel dicembre 2019, Zoom, una delle principali piattaforme utilizzate per le videoconferenze ha

registrato ogni giorno dieci milioni di utenti che partecipavano a riunioni da remoto in tutto il mondo. Con la pandemia questi numeri sono aumentati sensibilmente: nel maggio 2020 si è arrivati a 200 milioni di utenti per arrivare a 300 milioni nel mese successivo. In realtà, le videoconferenze, pur rappresentando un valido supporto ai fini del mantenimento delle relazioni a distanza, possono presentare riscontri negativi. Se non adeguatamente controllate le videoconferenze realizzate su Zoom possono influire sulla salute psicologica degli utenti stimolando l'insorgenza di una forma di stanchezza che viene definita "Zoom fatigue" (fatica da videoconferenza). Si tratta di una sintomatologia caratterizzata da stanchezza, preoccupazione, ansia, *burnout*, disagio e stress, nonché mal di testa. Con il consolidarsi dello *smartworking* si è diffusa inoltre la preoccupazione dell'immagine di sé a cui consegue un continuo e attento monitoraggio dei propri comportamenti e delle proprie espressioni. Una spasmodica attenzione concentrata sull'abbigliamento e su quale possa essere l'imma-

gine di sé che arriva agli altri.

Durante le videoconferenze può succedere che l'ossessiva valutazione del proprio aspetto possa portare i soggetti a distogliere l'attenzione dall'argomento della riunione per concentrarsi maggiormente su se stessi.

In taluni casi, lo *smartworking* può portare a una riduzione dell'attività fisica con conseguente rischio di obesità e peggioramento della condizione di salute nei soggetti con problemi respiratori di tipo cronico. Un altro rischio connesso all'impiego dello *smartworking* può essere quello di distrarsi più frequentemente attraverso l'uso dei *social* che, in taluni casi, può portare a un aumento delle crisi di ansia. ■

[gdamatomail@gmail.com](mailto:gdamatomail@gmail.com)



## Clinic Center

**CASA DI CURA e  
POLIAMBULATORIO  
SPECIALISTICO**

Viale Maria Bakunin, 171  
Parco S. Paolo - 80126 Napoli  
Centralino T 081.7283144

[www.cliniccenter.it](http://www.cliniccenter.it)  
[info@cliniccenter.it](mailto:info@cliniccenter.it)

[www.napoli1.pneumonet.it](http://www.napoli1.pneumonet.it)  
[napoli@pneumonet.it](mailto:napoli@pneumonet.it)

**Numero Verde  
800194848**

Unità di degenza per riabilitazione dotata di 250 posti letto per ricoveri in regime ordinario e Day Hospital.

Programmi riabilitativi differenziati.

Ambulatorio specialistico con attività tecnica e diagnostica.

Centro di specializzazione broncopneumologico e di allergologia respiratoria.

Centro Anti Fumo della Rete Campania AIPO.

Centro per i Disturbi Respiratori durante il Sonno.

# L'assalto ai globuli rossi: il fenomeno dell'emolisi nell'emoglobinuria parossistica notturna

**Antonella Paradiso<sup>1</sup>, Nicolina Ardu<sup>2</sup>**

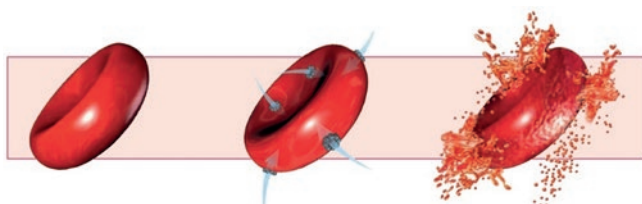


L'emoglobinuria parossistica notturna (EPN) è una patologia rara che colpisce tra 0,5 e 2 persone ogni milione di abitanti.

È caratterizzata da un'alterazione della cellula staminale emopoietica che provoca la distruzione dei globuli rossi, induce trombosi e determina una progressiva riduzione della funzione midollare.

La causa risiede in una mutazione genetica che dà origine a globuli rossi, neutrofili (una famiglia di globuli bianchi) e piastrine con una membrana difettosa.

A causa di ciò i globuli rossi vanno incontro a rottura, cioè emolisi (vedi Figura 1), determinando una condizione di anemia cronica che può esse-



**Figura 1.** Emolisi.

re grave rendendo necessarie continue trasfusioni.

La patologia si può presentare o con una condizione di emolisi e quindi anemia isolata, o in associazione a una condizione di aplasia midollare, ovvero di ridotta produzione di tutti gli elementi cellulari del sangue. Alcune volte si possono avere delle crisi di emoglobinuria in cui si ha febbre, emissione di urine scure nelle prime ore del mattino (vedi Figura 2), dolori ossei e vomito. Spesso questo succede in concomitanza di stati infettivi o in condizioni di forte stress.

La manifestazione clinica principale è dunque l'anemia sulla cui entità giocano un ruolo importante le dimensioni del clone EPN, ovvero della famiglia di cellule staminali interessate, nonché lo stato carenziale determinato dal consumo eccessivo e continuo di ferro e vitamine per sopperire alla perdita di emoglobina.

Le trombosi sono la conseguenza e anche la maggiore causa di mortalità nell'emoglobinuria parossistica notturna. Possono essere sia venose che arteriose, interessare i grossi vasi addominali o il ►►

<sup>1</sup> U.O.C. Medicina Interna Ospedale Sant'Eugenio-Day Hospital, Multidisciplinare C.T.O., Roma

<sup>2</sup> Dirigente Medico U.O.C. Ematologia, Ospedale Sant'Eugenio, Roma

► distretto cerebrale manifestandosi con dolore addominale, difficoltà respiratoria, cefalea.

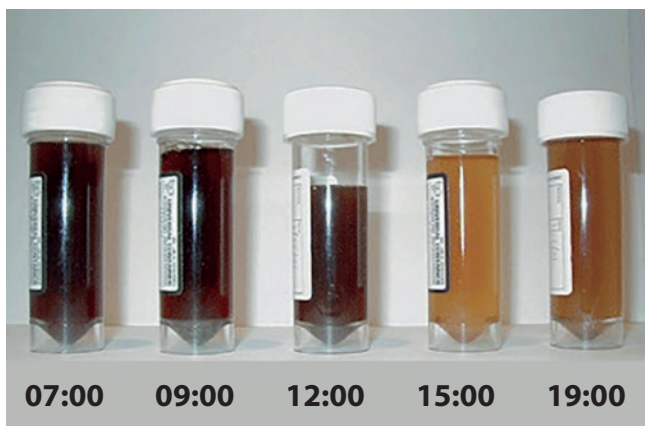
Altre manifestazioni legate alla trombosi possono essere insufficienza renale, legata a microtrombi e depositi di ferro nei vasi renali e aumento della pressione polmonare con disfunzione delle sezioni destre del cuore sempre a causa di depositi di microtrombi nei piccoli vasi polmonari.

Il sospetto diagnostico si pone ogni volta che ci si trova di fronte a un caso di anemia emolitica in presenza di emoglobinuria e in caso di riduzione di tutte le cellule del sangue, o in concomitanza di trombosi insorte senza una causa apparente.

Particolari indagini di laboratorio permettono di identificare il clone EPN, ovvero la famiglia di cellule in cui risiede l'alterazione. L'esame del midollo osseo mette in evidenza la riduzione di tutte le linee cellulari, ovvero dei progenitori delle cellule del sangue.

Si distinguono tre diverse categorie di emoglobinuria parossistica notturna (EPN):

- 1) EPN classica che si manifesta con emolisi e trombosi;
- 2) EPN associata a disordini maturativi del midollo osseo;
- 3) EPN subclinica in cui in assenza di manifestazioni clini-



**Figura 2.** Emoglobinuria, il colore “coca cola” delle urine è più evidente nelle prime ore del mattino.

che si evidenziano dei piccoli cloni EPN.

Il trattamento oggi si avvale dell'utilizzo di un anticorpo monoclonale chiamato Eculizumab che è in grado di bloccare il meccanismo che rende più fragile la parete dei globuli rossi, impedendo così l'emolisi, migliorando l'anemia e riducendo il rischio di trombosi. Il farmaco viene infuso per via endovenosa ed è un trattamento cronico. È correlato a un aumentato rischio infettivo per cui è necessario sottoporre il paziente a profilassi vaccinale.

L'anemia grave necessita spesso di supporto trasfusionale. L'utilizzo di acido folico può essere un supporto in corso di emolisi cronica. Gli even-

ti trombotici richiedono l'utilizzo di terapie anticoagulanti.

Il trattamento risolutivo è costituito dal trapianto di midollo osseo che viene riservato alle forme più gravi, in particolare nelle forme di tipo 2 con aplasia midollare o sindrome mielodisplastica nei pazienti più giovani.

Sono in corso di studio e di approvazione nuovi farmaci che con un meccanismo analogo ma complementare a quello di Eculizumab si sono dimostrati efficaci nelle forme non rispondenti. ■

*antonellaparadiso@tiscali.it*  
*nicolarita.ardu@aslroma2.it*

# Iran: tre motivi che rendono le proteste di oggi diverse da quelle passate

**Barbara Schiavulli**



**N**on è la prima volta che assistiamo a un Iran nel bel mezzo di sconvolgimenti politici e disordini. Le ultime proteste sono state innescate dalla morte della ventiduenne Mahsa Amini, dopo il suo arresto da parte della polizia morale, ormai quasi un mese fa. Da quattro settimane migliaia di persone sono scese in piazza in tutto il Paese, ma anche nel mondo. Si parla di centottantacinque manifestanti e quattordici addetti alla sicurezza morti, secondo i dati di Iran Human Watch che ha sede ad Oslo. Tra le vittime anche ventidue minori.

## Che cosa c'è di nuovo?

Il sostegno appare più diffuso e racchiude fasce di popolazione più ampie. Al centro delle ultime manifestazioni c'è la polizia iraniana che si occupa della moralità, con il compito

*Giornalista, Direttrice di Radio Bullets*

di far rispettare rigidi codici di abbigliamento e comportamento. La polizia della moralità ha arrestato Mahsa Amini dicendo che indossava l'*hijab* troppo liberamente. Successivamente la giovane è morta. La famiglia ha detto che è stata picchiata, affermazione respinta dal governo e dalla polizia che ha diffuso i risultati dell'autopsia che parlano di disfunzione cardiaca.

Qualunque cosa sia successo, il caso Amini ha innescato un'ondata di rabbia pubblica attorno al comportamento della polizia morale, con i manifestanti che invocano il diritto di scegliere cosa indossare. La rabbia di questo gruppo eterogeneo vuole che il governo non interferisca con le scelte personali delle persone e, in questo caso, ha trovato una sponda adeguata nelle proteste a cui stiamo assistendo e partecipando.

Dall'inizio degli anni Ottanta, quando il clero al potere ha consolidato la propria autorità eliminando i gruppi di opposizione, la regolamentazione sociale e le rigide regole sullo stile di vita hanno costituito il punto cruciale delle loro politiche.



L'ingerenza del governo nella vita privata dei cittadini era una volta molto più pervasiva, estesa e rigorosa. Per esempio, le case venivano perquisite alla ricerca di videoregistratori e antenne paraboliche.

Col tempo tali restrizioni sono state allentate (in una certa misura). Per le donne, invece, le regole restano fortemente discriminatorie. Le cose da fare e da non fare imposte dal governo sono ancora fortemente applicate. Il governo iraniano insiste nel negare alle donne i diritti fondamentali e il dibattito sul velo e sull'abbigliamento femminile ne è solo una manifestazione visibile.

Oltre a essere umilianti e degradanti, queste regole ren- ➤

► dono estremamente difficile la vita quotidiana a un gran numero di donne che non sono d'accordo con il clero. Oggi è difficile trovare qualcuno in Iran che non sia stato molestato o quantomeno infastidito, almeno una volta, dal clero al potere. Anche per questo, rispetto alle precedenti manifestazioni in Iran, il numero di persone che sostengono le proteste in corso appare piuttosto importante. Le proteste sono in corso nelle grandi e nelle piccole città, nei quartieri ricchi e poveri.

### **Le proteste sono guidate dalle donne**

A differenza delle precedenti proteste in Iran, le donne sono in prima linea nelle manifestazioni. I diritti delle donne sono al centro delle proteste, mentre le proteste precedenti erano concentrate maggiormente su questioni economiche o politiche più ampie.

L'intrusione del governo nella vita privata dei cittadini, in particolare in quella delle donne, è la fonte di queste ultime manifestazioni. Finora si è rivelato difficile per il governo spiegare le proprie politiche in modo convincente.

### **Il coraggio mostrato in queste proteste non ha precedenti**

Durante qualsiasi protesta si corrono rischi enormi, soprattutto quando si tratta di scendere in piazza all'interno di un regime. Ma in queste ultime i manifestanti – gli iraniani e soprattutto le iraniane – hanno fatto cose insolitamente coraggiose. Un coraggio che non



Mahsa Amini

ha precedenti. Alcune donne si sono tolte il velo per strada e lo hanno bruciato. Alcune si sono tagliate i capelli in pubblico. Altre hanno urlato alle autorità di andarsene. Perfino il telegiornale è stato hackerato per alcuni secondi. Molti video mostrano la polizia antisommossa che non riesce a disperdere la folla, e persino manifestanti che in diverse occasioni respingono la polizia. L'entità delle manifestazioni e il grado di rabbia sono decisamente diversi dal solito, il che le rende straordinarie.

### **Ci saranno cambiamenti?**

È troppo presto per dirlo. I leader iraniani hanno dimostrato più e più volte di non essere interessati a cedere alle richieste popolari. La *leadership* iraniana potrebbe temere che placare o assecondare i manifestanti potrebbe incoraggiare solo ulteriori richieste con il rischio di innescarne la caduta. Le proteste si diffondono, comunque, in maniera piuttosto sparpagliata e non vi è alcuna garanzia che possano fondersi

attorno a un unico movimento coerente. Sono inoltre ostacolate dall'assenza di una *leadership* coesa e, sembrerebbe, da un qualsiasi tipo di organizzazione metodica. Senza contare che il governo blocca Internet a intermittenza, impedendo alla gente di organizzarsi e a chi sta fuori di sapere cosa accade.

Tuttavia, indipendentemente dal fatto che queste manifestazioni si traducano in un cambiamento significativo, hanno avuto indubbiamente un costo per il clero al potere in Iran. E il più significativo è quello che tali proteste hanno già avuto sulla diminuzione della legittimità della Repubblica Islamica, sia a livello nazionale che internazionale. ■

*barbaraschiavulli@gmail.com*

# 10 Febbraio

## Il Giorno del Ricordo

**Antonio Schiavulli**



«Prendo la parola in questo consesso mondiale e sento che tutto, tranne la vostra personale cortesia, è contro di me»; in questo modo l'allora Presidente del Consiglio Alcide de Gasperi intervenne, in un caldo agosto del 1946, alla Conferenza di Pace di Parigi, dove le potenze mondiali erano riunite per definire le questioni pendenti a seguito dei tragici eventi bellici del secondo conflitto mondiale. I lavori della Conferenza proseguirono, poi, fino ad autunno inoltrato e partoriranno il Trattato multilaterale di Parigi del 10 febbraio 1947, data che è stata scelta nel 2004 per celebrare il Giorno del Ricordo.

A seguito di quel *diktat* – l'Italia dovrà subire risoluzioni imposte, quale potenza uscita sconfitta, con cui si perdeva la sovranità dei territori coloniali, di alcuni piccoli comuni

*Giornalista pubblicista, Trieste*



Palazzo del Quirinale, 10/02/2022 (Il mandato). Il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, con Giuseppe de Vergottini, Presidente di FederEsuli e con Donatella Schürzel, Vice Presidente vicario nazionale dell'Associazione Nazionale Venezia Giulia e Dalmazia, in occasione della Celebrazione del Giorno del Ricordo delle Foibe e dell'Esodo Giuliano-Dalmata

del confine occidentale, ma soprattutto dell'Istria, di Fiume, del Carso triestino e goriziano, la provincia di Zara (attribuita all'Italia dal Trattato di Rapallo del 1920 per l'indiscussa italianità di quasi tutta la popolazione), oltre alla previsione della creazione del Territorio

Libero di Trieste, sotto l'egida della costituenda Organizzazione delle Nazioni Unite. Un Trattato di Pace che si era trasformato in un "amaro calice" e che, non a caso, neppure il Capo Provvisorio dello Stato Enrico de Nicola era disposto a ratificare, consapevole che ►►

► si sarebbe aggiunto sconforto per un ulteriore e salatissimo conto da pagare in un Paese ancora diviso e ridotto in macerie. Il confine orientale si apprestava quindi ad affrontare una sorta di duplice morsa: da una parte l'ostilità che necessariamente deve patire una Nazione uscita perdente da una guerra, che non può partecipare alle discussioni internazionali e presenza solamente in quanto invitata, non come interlocutrice necessaria. Dall'altra un Governo di larghe intese, al cui interno era presente una forza partitica, il Partito Comunista, le cui linee strategiche sovente erano antitetiche agli stessi interessi nazionali, in un'ottica internazionalistica e con uno sguardo tutto proteso verso l'Unione Sovietica. Stretti in questo guscio, gli italiani d'Istria, Fiume e Dalmazia patirono sulla propria pelle decisioni costruite sopra le loro teste, in un clima che anticipava quello che sarà il contesto della cosiddetta Guerra Fredda. Proprio in quell'estate del 1946, ad oltre un anno dalla Liberazione e a due mesi dal *referendum* che aveva visto uscire sconfitta la Monarchia, su una ridente spiaggia di Pola, per la precisione a Vergarolla, scoppiò un ordigno che causò un numero di morti e feriti tale da offrire a quella strage lo sgradevolissimo primato di essere la più cruenta mai avvenuta in periodo repubblicano. Il confine orientale, calpestato da quel combinato disposto tipico del XX secolo caratterizzato da nazionalismo e ideologia, ha dovuto così pagare il prezzo



maggiore del carattere punitivo comminato all'Italia: l'aver patito le violenze delle foibe e delle deportazioni (ottobre 1943 – maggio 1945, non a caso in concomitanza con due momenti fondamentali quali la data dell'Armistizio dell'8 settembre 1943 e quella della Liberazione del 25 aprile 1945, a dimostrazione della iato tra la Storia della Penisola e quella che stava vivendo l'Alto Adriatico), quindi l'esilio, infine la beffa dei beni nazionalizzati, il cui valore fu utilizzato dallo Stato italiano per pagare il debito di guerra con Belgrado, con la promessa di un equo indennizzo la cui attesa dura tutt'ora, lasciando piaghe

non ancora rimarginate. Sono, queste, pagine amare di storia patria che si sono trasformate in ferite aperte e che paradossalmente sembrava meglio dimenticare piuttosto che ricordare, chiudere in qualche cassetto per non disturbare un Paese che doveva pensare alla ricostruzione e che doveva ritrovare speranza. Gli esuli diventavano quindi la prova provata di una guerra perduta, l'emblema di una sconfitta che non si poteva raccontare: abbandonati in 110 campi profughi, hanno vissuto con dignità e fierezza esperienze al limite dell'umano. Questa storia pare essere contraddistinta dalla marginalità di questi ►►

▶ racconti, quasi fossero storie di periferia e un accessorio della storiografia nazionale, esperienze da dimenticare o comunque dimenticabili, nel tempo stratonate ed etichettate dalla politica. Si è dovuto attendere la caduta del Muro di Berlino e la sapienza di uno studioso di matrice marxista come Claudio Pavone per poter aprire un dibattito scientifico sull'argomento. Mentre il disgregamento della Jugoslavia e le guerre balcaniche degli anni Novanta, le uniche vissute in Europa negli ultimi settant'anni, hanno confermato, in contesti chiaramente differenti, quanto già in precedenza vissuto dagli italiani d'Istria, Fiume e Dalmazia.

Il Giorno del Ricordo, che il prossimo 10 febbraio oggi compirà diciannove anni, non è stato unicamente una conquista o un punto di arrivo, ma rappresenta ancor più un momento di svolta, una partenza verso una nuova fase, con molti elementi ancora da tratteggiare. Il ricordo non è un termine facile da gestire, si intreccia con il mondo delle emozioni, rimanda ad un confronto con il passato che non è solamente fatto di conoscenza, ma diventa anche di incontro e confronto, in qualche modo di attualizzazione.

Per le generazioni che verranno il ricordo di questi drammi non può che essere un mero racconto; è un rarefatto racconto che segna profondamente il nostro presente e che appartiene in modo significativamente diverso da coloro che l'hanno vissuto in prima persona. Il ricordo diventa un se-

condo o un'eternità, si somma indefettibilmente con le esperienze personali, con il modo con cui gli avvenimenti vengono raccontati, con il momento e il personale stato d'animo. Tanti hanno faticato a narrare gli anni dell'esodo, preferendo non dire ai nuovi amici o colleghi la loro provenienza, perché "tanto non avrebbero capito"; altri sembravano un fiume in piena, avevano quasi bisogno di rendere partecipe il prossimo, di rivivere ancora una volta quegli attimi, quegli anni, quasi a cristallizzarli. Paradossalmente ora il rischio è quello di rimanere schiacciati da una strumentalizzazione livellatrice che vuole sostituire alle facce basite di coloro che sentivano nella provenienza dalle terre d'Istria o Dalmazia, l'assimilazione culturale di ciò che era accaduto, riducendo il tutto alla parola "foiba" o peggio ancora all'identificazione di un orientamento politico. Dietro a tutto questo c'è un mondo multiforme di soffe-

renze, una poliedricità di fatti e misfatti, una realtà ricca dell'esperienza di ciascuno che non deve essere minimizzata o addirittura dimenticata. Le ideologie del cosiddetto secolo breve, mescolate dal bieco nazionalismo, hanno annientato nello stesso momento le vite delle persone, ma anche un *idem* sentire comune fatto di secoli di appartenenza e di condivisione.

Eppure il compito che è affidato alle nuove generazioni (non solamente ai discendenti degli esuli, ma ai tanti vicini e sensibili alle tragedie del confine orientale e che si prodigano per tutelarne la memoria) non è facile, anzi appare altrettanto gravoso. Quando l'emozione che suscita chi porta una testimonianza diretta non sarà più possibile, come si potranno sensibilizzare le persone? Come si scalteranno i cuori di coloro che in un teatro, in una scuola, ad un convegno ascoltano le mille e diverse storie che ognuno dei 350.000 esuli ►►

1) La Repubblica riconosce il 10 febbraio quale **Giorno del Ricordo** al fine di conservare e rinnovare la memoria della tragedia degli italiani e di tutte le vittime delle foibe, dell'esodo dalle loro terre degli istriani, fiumani e dalmati nel secondo dopoguerra e della più complessa vicenda del confine orientale.

2) Nella giornata [...] sono previste iniziative per diffondere la conoscenza dei tragici eventi presso i giovani delle scuole di ogni ordine e grado. È altresì favorita, da parte di istituzioni ed enti, la realizzazione di studi, convegni, incontri e dibattiti in modo da conservare la memoria di quelle vicende. Tali iniziative sono, inoltre, volte a valorizzare il patrimonio culturale, storico, letterario e artistico degli italiani dell'Istria, di Fiume e delle coste dalmate, in particolare ponendo in rilievo il contributo degli stessi, negli anni trascorsi e negli anni presenti, allo sviluppo sociale e culturale del territorio della costa nord-orientale adriatica ed altresì a preservare le tradizioni delle comunità istriano-dalmate residenti nel territorio nazionale e all'estero.

(Legge 30 marzo 2004 n. 92)

► potrebbe raccontare, appassionare, commuovere? Non serve scomodare Pirandello per sapere che filmati e racconti in terza persona non hanno mai la medesima partecipazione, non suscitano la tenerezza di una donna che racconta quando lei – da bambina – valigie alla mano, stringendosi forte alla mamma, si metteva in viaggio, lasciando le memorie d'infanzia, quasi consapevole di non rivederle mai più. Sarà arduo sconfiggere le nuove barricate del silenzio, coinvolgere un pubblico, avere la stessa tensione che trasmette un testimone diretto. Il ricordo diventa simbolo e forza, fondamentale quanto difficile da utilizzare. Consapevoli come non possa esserci una condivisione totale, è altresì doveroso approfondire queste vicende, aprire un dialogo franco con la storiografia, con la politica, raccontando e ricordando, senza alcun timore reverenziale. In modo aperto ed equilibrato, si menzionino ovviamente i misfatti del cosiddetto “fascismo di confine”, evitando però di fare il gioco di quanti puntano solamente su quel periodo per giustificare quanto accadde dopo, o per proporre la banale equazione “Italia uguale fascismo”, alibi per le malefatte del Maresciallo Tito. La guerra è sempre una barbarie e segue logiche proprie, che non si possono giustificare. Come appare quasi inevitabile che, ad armistizio firmato, vi sia stata una resa dei conti e la vendetta sia arrivata puntuale, strascico della insensatezza perversa prodotta dalla bruttura degli uomini in

queste situazioni. Ma accanto a ciò le azioni e i crimini commessi dai partigiani jugoslavi rientravano nel processo di costruzione del regime totalitario, che non ammetteva la diversità. A Fiume, ad esempio, gli autonomisti (ossia quanti non volevano né l'Italia né la Jugoslavia, in virtù del *Corpus Separatum* del 1867) furono eliminati senza pietà fino all'inizio degli anni Cinquanta del Novecento.

Circostanze, come per l'apunto ricorda il testo legislativo con cui si istituisce il Giorno del Ricordo, «complesse e articolate», davanti alle quali le ricostruzioni manichee o semplicistiche lasciano il tempo che trovano. La libertà di parola e di pensiero è sacrosanta e non si ottiene niente pretendendo di zittire chi propone versioni alternative, anzi si rischia di produrre unicamente “martiri” del pensiero, facendo da cassa di risonanza. Alle provocazioni si risponde con la ragione, con la documentazione, con analisi serie e con un robusto lavoro di ricerca. Oggi, ad oltre settant'anni di distanza, si chiede rispetto da parte delle Istituzioni, adempimento degli accordi presi, consapevolezza di non essere nuovamente dimenticati. Lasciamole, senza bandiere, per evitare un silenzio generale che avrebbe il gusto di un'ennesima sconfitta.

Una strada l'ha di recente aperta il Parlamento Europeo: nel settembre 2019 ha infatti adottato una risoluzione sull'“Importanza della memoria per il futuro dell'Europa”, sostanzialmente equiparando

il nazismo e il comunismo rispetto al segno totalitario e riprendendo così le teorie di Hanna Arendt volte a spiegare come nei regimi totalitari non è tanto l'essenza, il contenuto dell'ideologia a fare la differenza, quanto la sua funzione oppressiva, di integrazione con il terrore e di occupazione ipertrofica dello spazio pubblico. Parafrasando l'ex Presidente della Repubblica Federale di Germania – altra realtà che sta necessariamente facendo i conti con il suo Novecento – Joachim Gauck, che prima dell'unificazione era stato un fervente attivista per i diritti umani nella Germania Orientale: «certo noi non siamo responsabili del nostro passato, ma siamo sicuramente responsabili di come ad esso ci rapportiamo. E questo tipo di rapporto decide del nostro presente e del nostro futuro».

(Libera elaborazione dall'intervento del Prof. Davide Rossi - Università degli Studi di Trieste - alla cerimonia presso il Senato della Repubblica per il Giorno del Ricordo di lunedì 10 Febbraio 2020). ■

*schiaivulliantonio@gmail.com*

# RESPIROnews

spazio web pieno di notizie per stare bene  
e di servizi per il cittadino



Notizie sempre aggiornate su  
prevenzione, alimentazione,  
ambiente, sport e ricerca



Schede informative di patologia



Una mappa per cercare  
l'associazione pazienti  
più vicina a te



**Visita Respiro.News,  
un faro nel vasto panorama  
dell'informazione scientifica**

**sintex**

*Un modo nuovo di comunicare in Sanità*

[www.respiro.news](http://www.respiro.news)  
[redazione@respiro.news](mailto:redazione@respiro.news)

# Webinar BPCO

## Educare, informare, dibattere



Soltanto pochi anni fa i medici parlavano di bronchite cronica ed enfisema, oggi si usa un acronimo, purtroppo ancora poco conosciuto, BPCO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva) per indicare un'importante causa di morbidità, invalidità e mortalità in tutto il mondo.

La BPCO è una malattia multifattoriale determinata da elementi genetici, comportamentali e ambientali. Il fattore più rilevante è, però, il fumo di sigaretta anche se la storia familiare e le frequenti infezioni delle basse vie respiratorie, possono svolgere un ruolo accessorio importante.

Spesso non diagnosticata e curata solo nelle fasi avanzate, costituisce un problema anche nei giovani adulti e questo deve essere tenuto in considerazione sia dagli operatori sanitari (diagnosi precoce), sia dagli amministratori politici.

L'Associazione Pazienti BPCO, costituita il 24 giugno 2001 per unire i pazienti BPCO in una lotta determinata ad ottenere una maggiore attenzione da parte delle Istituzioni e dell'opinione pubblica nei confronti del malato cronico respiratorio e, di conse-



guenza, più adeguati interventi di tutela e misure per una migliore qualità della vita, ha sempre avuto lo scopo di accrescere sulla base delle più recenti acquisizioni scientifiche la conoscenza della malattia e della sua gestione da parte dei pazienti e dei loro familiari, al fine di migliorarne le condizioni di salute e la qualità della vita. Promuove campagne di informazione, di educazione e di prevenzione e nell'ultimo anno ha organizzato una serie di Webinar educativi dedicati a pazienti e familiari, online e gratuiti, condotti da esperti sui vari temi.

Le dirette sulla piattaforma Zoom, trasmesse in streaming, caricate sul canale YouTube ufficiale dell'Associazione dal quale possono essere visualizzate in differita, hanno riscosso consenso e attenzione ed hanno riguardato:

- ▶ 13 novembre 2021, *Conoscere la BPCO*, S. D'Antonio;
- ▶ 14 dicembre 2021, *Riabilitazione Respiratoria*, A. Pennisi;

- ▶ 26 gennaio 2022, *Alimentazione e BPCO*, T. Magnante;
- ▶ 23 febbraio 2022, *Riabilitazione e drenaggio posturale*, S. D'Antonio e A. Pennisi;
- ▶ 31 marzo 2022, *Lo scompenso cardiaco nei pazienti BPCO*, A.M. Jesi;
- ▶ 7 maggio 2022, *Dibattito su Vaccinazioni, Nota99, Riabilitazione, Stili di vita, Ossigenoterapia*;
- ▶ 27 ottobre 2022, *Ossigenoterapia e uso dei dispositivi portatili*, S. D'Antonio, A. Pennisi, G. Varano.

Inoltre, il canale YouTube Associazione Pazienti BPCO, in chiaro da luglio 2021 con 35.000 visualizzazioni registrate, contiene video di promozione della salute respiratoria, esercizi di riabilitazione, interviste e campagne di sensibilizzazione. ■

Salvatore D'Antonio  
Presidente Associazione  
Italiana Pazienti BPCO Onlus

### Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

via Cassia, 605 - 00189 Roma  
Tel. +39 339 4571404 (lunedì, mercoledì, giovedì 9-13.30)  
[infopazientibpc@gmail.com](mailto:infopazientibpc@gmail.com)  
[www.pazientibpc.it](http://www.pazientibpc.it)

# Un Respiro in Musica



Nel Salone del Circolo Aurora a Forlì, di fronte a una platea gremita, si è tenuto mercoledì 23 novembre il concerto, con una selezione di brani di musica classica, a cura del Liceo Artistico e Musicale Antonio Canova di Forlì nell'ambito del progetto *Un Respiro in Musica*.

Si consolida il progetto “Un Respiro in Musica” – esordisce Buccioli –. Musica e respiro sono per noi un binomio inscindibile. Il progetto un *Respiro in Musica* nasce per consolidare l'impegno sul territorio forlivese di AMMP Odv attraverso il progetto *Sharing Breath* ([www.sharingbreath.com](http://www.sharingbreath.com)) e grazie all'incontro con realtà locali dedicate alla crescita musicale dei giovani. Quale miglior modo di utilizzare un Respiro, se non trasformarlo in Musica. Il progetto vuole con queste premesse raccogliere fondi per sostenere la ricerca scientifica e supportare i progetti di educazione nelle scuole della città di Forlì che dal 2014 l'associazione porta avanti per sensibilizzare ed educare i giovani all'importanza di un Respiro e della prevenzione”.

Crediamo in questo progetto, un percorso che vuole condivi-

dere l'importanza di un respiro attraverso la musica, insieme alla collaborazione di realtà musicali della nostra città. Un percorso che coinvolge un pubblico più giovane, che vorremmo portare a far comprendere l'importanza della prevenzione, della conoscenza e della ricerca, perché diventino parte attiva e di supporto... per un futuro migliore!

Inoltre, la musica dà alla persona malata la possibilità di esprimere e percepire le proprie emozioni, di mostrare o comunicare i propri sentimenti o stati d'animo attraverso il linguaggio non-verbale. Vuole essere questo progetto anche di supporto ai pazienti.

Questo percorso è partito l'11 aprile 2022 presso la Fabbrica delle Candele per la serata inaugurale del Progetto e ha visto protagonisti di un concerto di musica *rock*, i ragazzi e le ragazze delle *band* della scuola di

musica “Accademia in Arte”. La serata ha raggiunto l'obiettivo prefissato e il progetto è continuato il 30 maggio 2022 presso il teatro S. Luigi dove ha visto protagonisti di un concerto di musica *pop* i ragazzi e le ragazze delle *band* della scuola di musica “Messaggio Musicale Federico Mariotti”; il 17 giugno 2022 presso il parco della “Scuola di Musica l'Arcangelo” dove ha visto protagonisti di un concerto di musica *pop/rock* i ragazzi e le ragazze delle *band* della “Scuola di Musica l'Arcangelo”.

Siamo pronti ad accogliere il 2023 sempre più convinti che il connubio “Musica, Ragazzi e Respiro” sia uno dei punti di forza per raggiungere gli obiettivi prefissati.

“Il respiro è vita, il respiro è condivisione”. ■

Monica Prati  
Vice Presidente AMMP ODV

## Associazione Morgagni Malattie Polmonari (AMMP) ODV

piazza Falcone Borsellino 6 - 47121 Forlì  
Indirizzo postale: AMMP Casella Postale n. 103 - 47121 Forlì  
Centro, Tel. +39 3201656474, [www.ammpforlung.it](http://www.ammpforlung.it)

# Telemedicina e fibrosi cistica: i progetti della Lega Italiana Fibrosi Cistica



La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso a tecnologie innovative, in situazioni in cui il sanitario e il paziente non si trovano nella stessa località. Prevede la trasmissione sicura di informazioni e dati clinici necessari per la prevenzione, la diagnosi, il trattamento e il successivo controllo dei pazienti. Non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto personale medico-paziente, ma la integra per migliorare potenzialmente efficacia, efficienza e appropriatezza.

L'obiettivo della telemedicina è aiutare i pazienti a ricevere assistenza sanitaria e le migliori cure possibili anche da remoto e in situazioni critiche, come il monitoraggio costante dei parametri vitali dei pa-

zienti con patologie croniche.

Lega Italiana Fibrosi Cistica ha attivato il primo progetto pilota sulla telemedicina nel 2016, fino ad arrivare ad oggi con tre progetti diversi.

## **Telemedicina per pazienti maggioresnni non trapiantati**

I centri FC che aderiscono ormai da diversi anni a questo progetto sono tre: Roma Bambino Gesù (12 pazienti), Potenza (9 pazienti) e Firenze (10 pazienti), per un totale di pazienti pari a 31. LIFC auspica di poter inserire nel progetto un numero sempre maggiore di pazienti intervenendo laddove il servizio di Telemedicina non è supportato dalle ASL regionali.

## **Telemedicina per pazienti maggioresnni trapiantati**

La telemedicina assume un

ruolo particolarmente importante nel periodo post trapianto di organi di un paziente. Questo è un momento molto delicato in cui si ha la necessità di monitorare costantemente il paziente in modo tale da intercettare precocemente eventuali fasi di pericolo di rigetto dell'organo e intervenire tempestivamente con le cure necessarie. Per questo LIFC ha attivato già dal 2017 presso il Centro Trapianti di Milano un progetto di telemedicina che a oggi conta 32 pazienti trapiantati. La stessa tipologia di progetto è stata attivata anche presso il Centro Trapianti dell'Azienda Ospedaliera di Padova coinvolgendo 20 pazienti che hanno trasmesso i dati utilizzando una piattaforma realizzata e messa a disposizione dall'UOC di Chirurgia Toracica di Padova. ►►



### ► Telemedicina per prevenire il contagio da COVID-19

L'emergenza COVID-19 ha portato alla rimodulazione dei servizi sanitari su tutto il territorio nazionale e alla necessità di adottare misure di prevenzione e di contenimento del contagio: ha cambiato le abitudini di cura, dal rapporto medico-paziente ai controlli periodici presso il Centro FC lungo un arco temporale difficile da definire.

Nel caso della FC, i pazienti non hanno potuto recarsi presso il Centro di Cura per i controlli di *routine* e le visite, ma con la telemedicina, è stato il Centro di Cura ad entrare a casa del paziente. LIFC è intervenuta per garantire la continuità delle cure alle persone con FC e, dopo un'indagine sulle necessità dei Centri, ha attivato e, dove già attivo, potenziato, il progetto di telemedicina per il monitoraggio a distanza dei parametri dei pazienti.

La telemedicina ha permesso ai medici di rilevare la

comparsa di eventuali sintomi da COVID-19, determinando così una risposta sanitaria celere e mirata, per cercare di prevenire il possibile aggravamento del quadro clinico, nonché l'aderenza alle terapie, segnali di riacutizzazione o che riguardano altre patologie. Questo progetto, iniziato per sopperire alla impossibilità per il paziente di recarsi in ospedale per le visite, continua ancora oggi in quanto permette un monitoraggio costante dei parametri del paziente senza che gli stessi debbano recarsi al centro dove rischierebbero di contrarre COVID-19 o altre eventuali infezioni.

Il progetto prevede l'utilizzo di un'app da scaricare direttamente sul dispositivo mobile del paziente. Tramite

uno spirometro che verifica la funzionalità respiratoria e un pulsossimetro che rileva la frequenza cardiaca e la concentrazione di ossigeno nel sangue, il paziente può inviare i suoi parametri vitali su una piattaforma *cloud* direttamente da casa.

Questi dati vengono visualizzati ed elaborati dall'*équipe* medica del Centro di cura che monitora lo stato di salute del paziente.

I Centri di cura e supporto che nel 2022 grazie all'intervento di LIFC hanno attivato la telemedicina per prevenire il contagio da COVID-19 sono 9 per un totale di 115 pazienti: il numero totale subisce nell'anno delle fluttuazioni dovute all'entrata/uscita dei pazienti sulla base delle condizioni cliniche degli stessi. Il progetto è attivo presso i Centri FC di Abruzzo, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, Sicilia, Calabria. ■

*Annalisa Amato*  
Area Qualità delle Cure  
Lega Italiana Fibrosi Cistica  
[comunicazione@fibrosicistica.it](mailto:comunicazione@fibrosicistica.it)

### Lega Italiana Fibrosi Cistica - LIFC

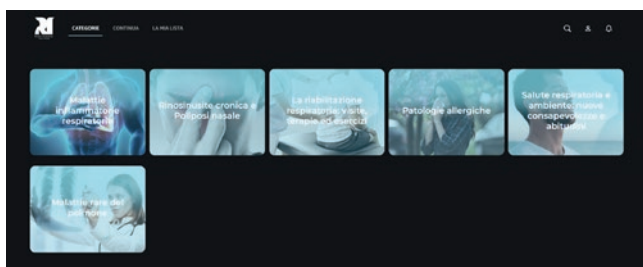
via Lorenzo il Magnifico, 50 - 00162 Roma  
Tel. +39 06.44254836  
[segreteria@fibrosicistica.it](mailto:segreteria@fibrosicistica.it)  
[www.fibrosicistica.it](http://www.fibrosicistica.it)

# Nasce l'hub informativo di Respiriamo Insieme



In un contesto caratterizzato da una digitalizzazione sempre più diffusa e – a seguito anche della pandemia globale – dall'assenza di prossimità, è emersa la necessità di supportare i pazienti in una corretta educazione sanitaria *online* e ad accedere a servizi digitali offerti dalle amministrazioni pubbliche, private e del terzo settore.

È ormai infatti innegabile che questa pandemia sta offrendo una spinta tecnologica alla sanità e la *digital health* si sta rivelando essenziale per garantire i servizi di monitoraggio e cura di cui i pazienti hanno bisogno. Ciò nonostante, è importante che i pazienti siano pronti e messi in condizione, attraverso una adeguata formazione, di coglierne l'opportunità e di beneficiarne a pieno e che siano messi nelle condizioni di conoscere e ac-



cedere a strumenti tecnologici innovativi.

Uno degli obiettivi principali nell'ideazione di questo nuovo progetto è stato quello di cercare di centralizzare il processo di formazione dell'Associazione ed erogare tutta l'attività formativa da un unico luogo digitale per favorire alti tassi di coinvolgimento (*engagement*) consentendo di integrare l'approccio tradizionale alla formazione finora garantita da Respiriamo Insieme con nuove metodologie didattiche e l'utilizzo di tecnologie abilitanti.

La trasformazione sociocul-

turale a cui stiamo assistendo negli ultimi due anni, anche grazie alla trasformazione digitale, richiede infatti necessariamente che la formazione abbracci il paradigma di un apprendimento maggiormente diffuso e fluido, a cui accedere in qualsiasi momento e da qualsiasi luogo.

In secondo luogo, con questo abbiamo voluto favorire la partecipazione della comunità a cui quotidianamente si rivolge Respiriamo Insieme, cercando di promuovere un allineamento alle logiche esperienziali tipiche delle piatta- ➤

► forme tecnologiche oggi molto diffuse per la fruizione di contenuti di intrattenimento e apprendimento.

Il progetto vuole dare concretezza ad uno spazio digitale al cui interno si possano offrire ai pazienti dei percorsi educativi utili alla prevenzione e alla cura della salute di tutti gli iscritti per favorire l'aderenza terapeutica e supportare lo sviluppo delle terapie digitali per la salute in Italia.

Il progetto ha previsto operativamente:

- *setup* funzionale con la creazione delle anagrafiche e caricamento degli utenti in piattaforma, predisposizione di gruppi, impostazione delle logiche di *gamification* (punteggi, *bonus*, classifiche), creazione e gestione delle categorie di contenuto;
- attivazione di specifiche funzionalità (*chat*, *virtual classroom*, *assessment* e così via);
- adattamento della piattaforma per la visualizzazione *online* tramite mobile, *tablet* e PC.

A Giugno 2022 abbiamo quindi realizzato sul sito dell'Associazione, a favore di tutti i pazienti affetti da patologie respiratorie, allergiche, immunologiche e rare del polmone, un *hub* educativo attraverso il quale continuare a favorire lo sviluppo e l'aggiornamento costante di conoscenze e competenze della comunità di pazienti della nostra associazione, anche attraverso l'utilizzo di strumenti digitali e con il contributo di professionalità come clinici esperti, assistenti sociali e psicologi.

Informare, sostenere, condividere sono le tre parole



chiave alla base di tutte le attività dell'Associazione Respiriamo Insieme e anche questo nuovo progetto vuole sostenere e aiutare tutti i pazienti nella gestione della propria malattia attraverso sei aree di apprendimento:

- malattie infiammatorie respiratorie;
- rinosinusite cronica e poliposi nasale;
- riabilitazione respiratoria;
- patologie allergiche;
- salute respiratoria e ambiente;
- malattie rare del polmone.

L'*hub* informativo educativo è infatti una piattaforma di informazione continua che permetterà di accedere a contributi scientifici in formato video, importanti per approfondire la conoscenza della malattia e quindi aiutare a gestirla al meglio.

Per aderire al progetto è necessario semplicemente accedere al sito [www.respiriamoinsieme.org](http://www.respiriamoinsieme.org).

Gli *assessment*, integrati nella piattaforma, sono stati pensati inoltre per misurare la consapevolezza e le conoscenze degli utenti in relazione ai temi della salute e per favorire l'adozione di comportamenti virtuosi e consentire di profilare il proprio *target* di riferimento e allineare le caratteristiche di un percorso di apprendimento. ■

Simona Barbaglia  
Presidente  
Respiriamo Insieme Aps

## Associazione Respiriamo Insieme Aps

via Niccolò Tommaseo, 94 - 35131 Padova  
Tel.: +39 331 2759920  
[info@respiriamoinsieme.org](mailto:info@respiriamoinsieme.org)  
[www.respiriamoinsieme.org](http://www.respiriamoinsieme.org)

# E.RE. – Resistenze Resilienti



**I**n Italia sono circa 40.000 le persone con malattie neuromuscolari, patologie degenerative di origine genetica che comportano una diminuzione della forza muscolare e una conseguente riduzione parziale o totale dell'autonomia personale. La pandemia e l'attuale crisi economica hanno colpito duramente questa fascia di popolazione, considerata tra quelle più fragili e a rischio di povertà ed emarginazione sociale.

L'Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare risponde al loro appello promuovendo il progetto "E.RE. - Esistenze Resilienti", che punta a sostenere servizi che garantiscono il diritto alla salute e all'inclusione sociale.

E.RE., avviato il 1° febbraio 2022, durerà 18 mesi, si svolgerà in 20 regioni italiane ed è finanziato anche dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Per il terzo anno consecutivo, infatti, UILDM è entrata nella rosa dei progetti

finanziati dal Ministero partecipando alla terza edizione del "bando unico" previsto dalla riforma del Terzo settore (Avviso n. 2/2020 per il finanziamento di iniziative e progetti di rilevanza nazionale ai sensi dell'articolo 72 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 e S.M.I. - anno 2020). Il progetto si avvale della collabo-

razione di Cittadinanzattiva e del network dei Centri Clinici NeMO.

Il mese di ottobre ha dato l'avvio ufficiale a tre attività previste: la consulenza medico-scientifica e sociale attraverso lo sportello UILDM Risponde, il percorso di formazione in ambito sociale e medico-sanitario e il poten- ➤



► ziamiento del trasporto attrezzato delle Sezioni UILDM.

### UILDM Risponde

Il servizio UILDM Risponde si concretizza in uno Sportello Medico e uno Sociale, per informare sulla presa in carico medica e sociale delle persone con patologie neuromuscolari.

Lo Sportello Sociale risponde a quesiti di segretariato sociale, legislativi, assistenza alla persona e tutela legale. Lo Sportello è raggiungibile telefonicamente allo 049/8021001 il lunedì, mercoledì, venerdì dalle 10.00 alle 12.30. In alternativa è possibile scrivere al numero 348/9292780 (Whatsapp) o alla mail: [UILDMrisponde@uildm.it](mailto:UILDMrisponde@uildm.it).

Per i quesiti di carattere medico-scientifico è possibile rivolgersi allo Sportello Medico, attivo dal lunedì al venerdì dalle 15.00 alle 17.00 al numero 049/8021001 – 348/9292780 (Whatsapp) o alla mail: [commissionemedica@uildm.it](mailto:commissionemedica@uildm.it).

### Formazione

A partire dal mese di novembre UILDM propone il percorso “E.RE. IN – FORMAZIONE, per comunità consapevoli e inclusive” che si svilupperà in tre incontri di formazione in ambito sociale e legislativo. In ambito medico-scientifico UILDM proporrà due *webinar* di aggiornamento sulle malattie neuromuscolari a cura della Commissione medico-scientifica UILDM, e realizzerà un corso ECM (Educazione Continua in Medicina) per l'aggiornamento dei professionisti sanitari in ambito neuromuscolare.



### Trasporto per persone con disabilità

Il diritto alla mobilità è il fondamento su cui costruire l'accesso ai servizi, in particolare il diritto alla cura e alle prestazioni medico-sanitarie, la possibilità di lavorare, studiare e vivere una vita di relazione.

Durante la Giornata Nazionale UILDM (17-23 ottobre) sono stati distribuiti 150.000 euro in buoni carburante per potenziare i servizi di trasporto

per le persone con disabilità. La cifra permetterà di finanziare un anno di trasporto, per un totale di 1.100.000 km che verranno percorsi dai mezzi delle Sezioni UILDM che offrono questo tipo di servizio. ■

*Alessandra Piva  
Ufficio Stampa  
e Comunicazione UILDM*



### UILDM - Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare

via Vergerio, 19 – 35126 Padova  
Tel.: +39 049 8021001 / 757361  
Segreteria Nazionale: [direzionenazionale@uildm.it](mailto:direzionenazionale@uildm.it)  
Ufficio Stampa e Comunicazione: [uildmcomunicazione@uildm.it](mailto:uildmcomunicazione@uildm.it)  
Ufficio Fundraising: [fundraising@uildm.it](mailto:fundraising@uildm.it)  
Segreteria Commissione Medico-Scientifica: [commissionemedica@uildm.it](mailto:commissionemedica@uildm.it)  
[www.uildm.org](http://www.uildm.org)

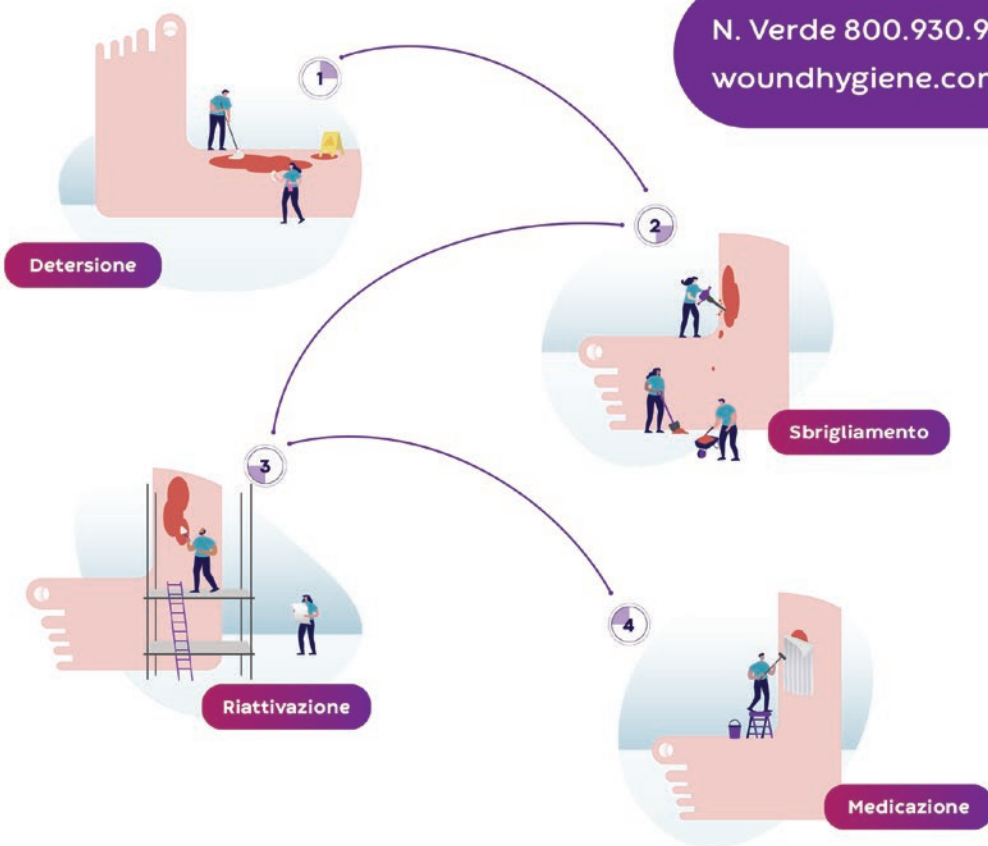


**Wound Hygiene**  
Be sure in four

# Il Wound Hygiene

L'innovativo trattamento per la gestione delle lesioni di difficile guarigione

N. Verde 800.930.930  
[woundhygiene.com/it](http://woundhygiene.com/it)



**Wound Hygiene**  
Leggi la seconda Consensus  
Internazionale

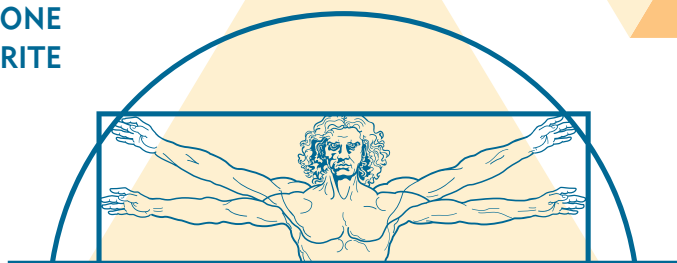
Disponibile sul sito  
[woundhygiene.com/it](http://woundhygiene.com/it)



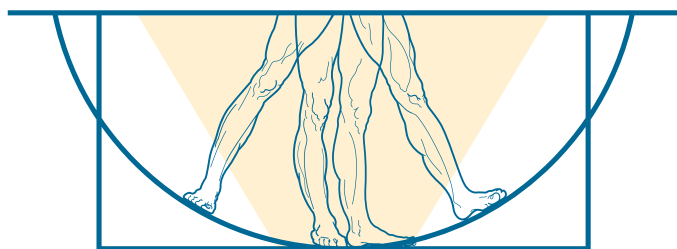
**convatec**  
— forever caring —

# EWMA 2023

LA 33ESIMA CONFERENZA  
DELL'ASSOCIAZIONE  
EUROPEA PER  
LA GESTIONE  
DELLE FERITE



WOUND CARE – FROM ART TO SCIENCE  
*DALL'ARTE ALLA SCIENZA: L'EVOLUZIONE DELLA CURA DELLE FERITE*



OTHER COLLABORATORS



MILANO, ITALIA  
3 – 5 MAGGIO 2023



[EWMA2023.ORG](http://EWMA2023.ORG)