

Molte Voci, Tanti Libri
Per volare con la fantasia
pag. 20

Blood artists. Conoscere l'anemia
falciforme e la talassemia
attraverso la Street Art pag. 23

Stress e salute
in una visione integrata
della Medicina pag. 28

RESPIRO

ANNO XIII
N° 53

**PRIMAVERA
2021**

TRIMESTRALE DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE E BENESSERE
RESPIRO.NEWS

A man in a blue and white checkered shirt is wearing VR goggles. A digital overlay of Michelangelo's 'The Creation of Adam' is visible, showing the figure of Adam reaching out towards the man's hand. The background is a blurred indoor setting.

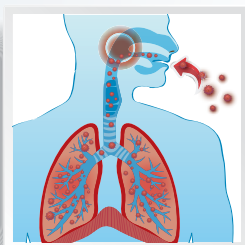
Dall'Arte un aiuto alla
Neuroriabilitazione:
dalla Sezione Aurea
all'Effetto
Michelangelo

ATOMIX® wave

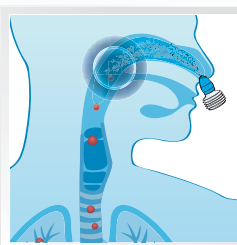


DI FRONTE AL RISCHIO DI CONTAGI **NON RESTARE A BOCCA APERTA**

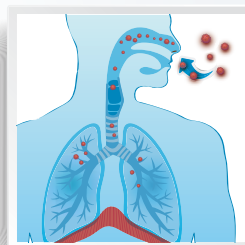
Usa il naso per respirare, il primo filtro naturale dell'organismo che ti protegge da virus e batteri.



Il ristagno di muco infetto, causa del naso chiuso, **obbliga a respirare tramite la bocca** rendendo ancora più facile l'ingresso di virus e batteri nei polmoni.



ATOMIX WAVE rimuove il muco infetto dal naso e le secrezioni accumulate nel rinofaringe, **abbattendo la carica virale** presente nel naso.



Il naso, libero dal muco infetto, svolge correttamente la sua **funzione di filtro naturale** proteggendo l'organismo da virus e batteri.

Mantienilo efficiente con ATOMIX® wave

È la soluzione **pratica e funzionale** che **elimina il muco infetto** e **abbatte la carica virale** presente nel naso.



È UN DISPOSITIVO MEDICO
LEGGERE ATTENTAMENTE
IL MANUALE D'USO PRIMA DELL'UTILIZZO



GUARDA IL VIDEO TUTORIAL

N° 53
PRIMAVERA 2021
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
© 2021 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, scrivendo a
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 marzo 2021

RESPIROnews



/respironews



+39 333 88 22 666



sintex
Un modo nuovo di comunicare in Sanità

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
redazione@respiro.news

Editoriale

07

Impariamo dal passato | *C. Finotti*

La scheda

09

La consapevolezza del cambiamento | *C. Zerbinò*

Gli articoli

11

Morti per inquinamento atmosferico.
Brutte notizie per l'Italia | *C. Micheletto*

Dall'arte un aiuto alla neuroriabilitazione:
dalla sezione aurea all'effetto Michelangelo | *M. Iosa*

Psoriasi e artrite psoriasica | *F. Cusano, M.G. Ferrucci*

Molte Voci, Tanti Libri. Per volare con la fantasia | *A. Schiavulli*

Blood artists. Conoscere l'anemia falciforme
e la talassemia attraverso la *Street Art* | *G. L. Forni*

Screening polmonari per i tabagisti: ecco quali sono | *Pazienti.it*

Stress e salute in una visione integrata della Medicina | *F. Cuizza*

Contro il fumo fino all'osso | *C. Finotti*

Cultura

32

Birmania o Myanmar | *B. Schiavulli*

La voce dei pazienti

34

Indagini BPCO in tempo di COVID-19 | *S. D'Antonio*

Insieme con AMOR. Incontri a distanza | *D. Branà*

Per una sanità che sia prima di tutto umana | *G. Solano*

Diritto al gioco, ci pensa UILDM | *A. Piva*

IL SONNO È BENESSERE

Campagna di sensibilizzazione
sulle apnee ostruttive nel sonno



AIPO
ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PNEUMOLOGI
OSPEDALIERI



Rivolgiti ad un centro per la cura
dei disturbi respiratori nel sonno.

Visita www.aiponet.it per trovare il Medico specialista più vicino a te e richiedere un appuntamento. Dormire bene si può.



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 o visitare il sito www.sintexservizi.it

 / Respiro News



Impariamo dal passato

Chiara Finotti



“La speranza sta nei sogni, nell’immaginazione e nel coraggio di coloro che osano trasformare i sogni in realtà”. Sono le parole di Jonas Salk e si trovano scolpite all’ingresso del Salk Institute for Biological Studies a La Jolla, in California, il centro di ricerca che egli volle fondare con il desiderio di dare vita a un istituto dove medici e biologi potessero lavorare insieme. Sono passati da questo istituto studiosi di fama internazionale quali il Premio Nobel per la Medicina Renato Dulbecco e Francis Crick, uno degli scopritori della struttura del DNA. Ma chi era Jonas Salk? Nato a New York nel 1914 da una coppia di emigrati russi di origini ebraiche, nel 1934 si laurea in medicina e decide di dedicare la sua vita allo studio della virologia.

Vicedirettore di Respiro

Grazie ai suoi studi è stato possibile arrivare al vaccino anti-poliomelite, una malattia infettiva che nel secolo scorso colpiva migliaia di persone, per lo più bambini sotto i cinque anni.

All’inizio degli anni ’50 negli Stati Uniti ogni anno si contarono oltre 20mila vittime di poliometite.

Nell’estate del 1958 scoppiò in Italia l’ultima grande epidemia di poliometite che portò alla paralisi 8.377 individui. Nel 5-10% dei casi la polio bloccava i muscoli del torace impedendo la respirazione. Per evitare che i piccoli pazienti morissero venivano disposti all’interno di polmoni d’acciaio per il resto della vita.

Per comprendere la devastante portata di questa infezione basta fare qualche ricerca in rete per poi imbattersi in un’immagine il cui potere evocativo supera qualsiasi tentativo di scrupolosa descrizione. Si tratta di una foto in bianco e nero, datata 1960, in cui si vedono due grandi saloni gremiti di un’infinità di polmoni di acciaio da cui sporgono solo piccole teste di bambini. La poliometite infatti è provo- ➤➤

► cata da un virus, il Poliovirus, che si annida nelle feci, nel catarro e nella saliva. Può colpire il midollo spinale e, se ad essere colpiti sono i muscoli respiratori, può essere mortale o costringere il malato a vivere per il resto della vita in un polmone d'acciaio. Il segno inconfondibile del suo passaggio era la deformazione e la paralisi di braccia e gambe. Molti pazienti non erano infatti più in grado di deambulare e necessitavano di stampelle o di tutori in ferro.

L'intuizione di Salk fu di utilizzare una forma del virus inattivata dalla formaldeide anziché una forma attenuata come si era soliti fare in quel periodo storico. Questa posizione suscitò un acceso dibattito all'interno della comunità scientifica.

Le ricerche di Salk furono sostenute dalla Fondazione nazionale per la paralisi infantile istituita da Franklin Delano Roosevelt che all'età di 39 anni si ammalò di poliomelite e si impegnò durante il suo mandato come Presidente degli Stati Uniti a raccogliere e a erogare, attraverso tale istituzione, finanziamenti destinati a supportare studi clinici che portassero a scoprire una cura o un vaccino contro la polio.

Jonas Salk iniziò le sue sperimentazioni iniettando il vaccino nelle scimmie che, in seguito alla somministrazione, risultavano immuni alla malattia. Fu poi la volta degli uomini e le prime "cavie umane" furono Salk stesso, la sua famiglia e suoi collaboratori. Non si registrarono reazioni

avverse. Nel 1954 iniziò una sperimentazione su larga scala che coinvolse quasi due milioni di bambini americani di età compresa fra i 6 e i 9 anni. Furono chiamati i "Pionieri della Polio". I risultati furono più che incoraggianti: il vaccino risultò sicuro ed efficace nel 90% dei casi. Il 12 aprile 1955 venne dato l'annuncio ufficiale e Salk divenne una delle personalità più influenti al mondo essendo riuscito con la sua scoperta a cambiare il destino dell'umanità. Basti pensare che negli anni sessanta negli Stati Uniti si registravano solo poche centinaia di casi a fronte dei 50.000 casi di dieci anni prima. A rendere ancora più importanti le gesta di Salk contribuì il fatto che lo studioso rinunciò al brevetto e lasciò a disposizione di tutti la sua scoperta. Salk non fu l'unico a inventare un vaccino contro la poliomelite. In quegli stessi anni un altro medico, Albert Bruce Sabin, introdusse un altro tipo di vaccino che però sfruttava una forma attenuata del virus, a differenza di quello inattivato di Salk e poteva essere assunto per via orale anziché iniettato. Il vaccino Sabin è più facile da somministrare rispetto a quello di Salk però il suo impiego è associato a un più alto rischio di eventi avversi. Per questa ragione, nei Paesi dove la malattia è ormai debellata, si preferisce non correre il rischio di una paralisi iatrogena e si somministra il vaccino inattivo, mentre il vaccino Sabin resta raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

per i Paesi ancora a rischio di epidemie. Sabin, come Salk, rinunciò a brevettare la sua scoperta e i costi del vaccino rimasero contenuti.

In Italia il vaccino Sabin venne adottato nella primavera del 1964, quando ebbe inizio una campagna di vaccinazione di massa su bambini dai 4 mesi ai sei anni. L'effetto fu veramente impressionante, perché già nel secondo semestre dello stesso anno i casi dichiarati di poliomielite in Italia furono 212 contro i 1.800 e i 2.300 dello stesso periodo degli anni precedenti.

Nel 2002, quando l'Italia fu dichiarata *Polio free* dall'OMS insieme al resto dell'Europa Occidentale, il vaccino di Sabin venne abbandonato per adottare invece quello di Salk ritenuto meno a rischio di reazioni avverse.

Ho raccontato questa storia perché, a volte, uno sguardo al passato può indurci a guardare con maggiore lucidità e fiducia il presente. La battaglia contro la poliomelite non è stata scevra di insidie e di momenti bui e, soprattutto, ha richiesto molto tempo. Alla fine però i progressi della scienza hanno portato alla sconfitta di un virus insidioso. Proviamo a sperare in un futuro in cui la storia possa ripetersi. Buona lettura! ■

chiara.finotti@sintexservizi.it

La consapevolezza del cambiamento

Carlo Zerbino



Abbiamo a cuore i nostri lettori e continuiamo a lavorare con grande determinazione per offrire una Rivista sempre aggiornata e ricca di contenuti.

Questa determinazione riflette la consapevolezza della forza della Redazione di Respiro che dal 1 gennaio 2021 sarà diretta da Claudio Micheletto, già Direttore Scientifico della Rivista, in qualità di Direttore Responsabile.

Claudio Micheletto affianca quindi alla sua intensa e proficua attività clinica e di direzione ospedaliera questo impegno nell'ambito della comunicazione scientifica al grande pubblico, generando con il suo equilibrio nuovi effetti alla rivista.

Insieme a Claudio Micheletto, Chiara Finotti, giornalista e già Coordinatore di Redazio-



ne, ricoprirà il ruolo di Vicedirettore, contribuendo con entusiasmo ed idee allo sviluppo di Respiro.

Questa nuova direzione della Redazione non può non farci sottolineare l'impegno profuso con passione e competenza da Antonio Schiavulli volto a far conoscere Respiro fino a farla diventare punto di riferimento nel mondo delle Associazioni Pazienti.

Antonio Schiavulli, che lascia la Direzione di Respiro, continuerà a collaborare con l'Editore portando quelle competenze e quelle idee per essere sempre un punto di riferimento per la salute dei cittadini attraverso una comunicazione chiara, efficace ed autorevole.

La nuova Redazione si allarga con riferimenti ed esperienze importanti nell'ambito dell'Associazionismo, nuovi componenti come Achille Abbondanza, Simona Barbaglia e Salvatore d'Antonio che rappresentano una voce fondamentale per l'approfondimento culturale sapranno dare il loro apporto come punto di osservazione privilegiato.

A Claudio, Chiara, Antonio, Achille, Simona, Salvatore e alla Redazione tutta, un caloroso in bocca al lupo per il nuovo impegno e per la passione che dimostrano nel loro lavoro. ■

azienda@sintexservizi.it

ITS
ITALIAN
THORACIC
SOCIETY



AIPO
ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PNEUMOLOGI
OSPEDALIERI



CAMPIONE DI APNEE NOTTURNE?

RIVOLGITI AD UN ESPERTO

Trovalo sul Registro Nazionale



**ESPERTI IN DISTURBI RESPIRATORI
NEL SONNO**

I nostri esperti sono presenti su tutto il territorio nazionale e hanno seguito un percorso formativo per i pazienti adulti affetti da disturbi respiratori nel sonno che si è concluso con il conseguimento della Certificazione AIPO-ITS.

Morti per inquinamento atmosferico

Brutte notizie per l'Italia

Claudio Micheletto



Uno studio, recentemente pubblicato su *Lancet Planetary Health* offre, per la prima volta, dati importanti sulla mortalità attribuibile all'inquinamento atmosferico in più di 1.000 città europee. Per l'Italia arriva un nuovo triste primato. Lo studio ha calcolato le morti provocate ogni anno dall'inquinamento atmosferico, fornendo un responso drammatico per il nostro Paese: Brescia e Bergamo sono, rispettivamente, al primo e al secondo posto per mortalità dovuta al particolato atmosferico, seguite da Vicenza, quarta, e Saronno ottava; mentre Torino è terza per morti legate al nitrossido d'azoto (NO₂), con Milano quinta, a poca distanza. Più in generale, l'inquinamento in eccesso (rispetto ai livelli raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità,

Direttore Responsabile di Respiro

OMS) uccide ogni anno oltre 51mila europei.

“La nostra ricerca dimostra chiaramente che moltissime città europee non stanno ancora facendo abbastanza per affrontare il problema dell'inquinamento atmosferico”, spiega Mark Nieuwenhuijsen, ricercatore dell'Istituto di salute globale di Barcellona che ha collaborato allo studio. “I livelli di inquinanti che superano le soglie indicate dall'Organizzazione mondiale per la salute continuano a produrre un grande numero di morti evitabili”.

Il problema non è nuovo: secondo l'OMS l'inquinamento atmosferico è una delle principali cause di morte nel mondo, con circa 7 milioni di decessi ogni anno provocati dall'aria inquinata. I dati sulla mortalità legata all'inquinamento solitamente vengono però calcolati sull'intero territorio nazionale, e questo non aiuta a comprendere il reale impatto del problema nelle città, dove concentrazione di attività produttive, densità abitativa e abbondanza di mezzi di trasporto tende a spingere con più facilità gli inquinanti presenti nell'aria ben oltre i livelli di sicurezza.

Questo nuovo studio presenta questa peculiarità: valutare l'impatto dell'inquinamento sulla salute degli abitanti delle mille principali città dell'Unione Europea, calcolando per ognuna il numero di morti premature causato dalle polveri sottili (Pm 2,5) e dal nitrossido d'azoto. I due inquinanti forniscono infatti informazioni preziose sulla fonte del problema: nel caso del nitrossido si tratta principalmente dei gas di scarico delle automobili, mentre le polveri sottili arrivano anche da altre forme di combustione, come le fabbriche, il riscaldamento domestico e la produzione di energia con combustibili fossili.

Parlando di polveri sottili, gli effetti peggiori sulla salute si vedono nella Pianura Padana e nelle regioni ad est della Repubblica Ceca. Mentre le morti dovute più specificamente al traffico sono diffuse più uniformemente in tutte le grandi città del continente, con Madrid al primo posto per morti evitabili legate al nitrossido di azoto, seguita da Anversa e Torino. Le città con l'aria più pulita, invece, si trovano tutte all'estremo Nord: Reykjavik è quella con ►►



suaphoto

► meno morti causate dalle polveri fini, mentre Tromsø, nella Norvegia settentrionale, è quella con meno decessi legati al nitrossido d'azoto.

Stando ai calcoli degli autori dello studio, se tutte le città europee riuscissero ad arrivare a livelli di inquinamento atmosferico paragonabili a quelli delle città più pulite (ben inferiori sia rispetto ai limiti raccomandati dall'OMS che a quelli imposti dall'Unione Europea), si eviterebbero ogni anno circa 204.000 decessi prematuri. "Il nostro è il primo studio che prova a stimare la mortalità causata dall'inquinamento atmosferico a livello delle singole città europee", rivendica Nieuwenhuijsen. "I nostri risultati supportano l'idea che non esistano livelli sicuri di esposizione all'inquinamento atmosferico, e indicano che le leggi europee attualmente non sono sufficienti per proteggere la salute dei cittadini. I livelli massimi di NO₂ e PM 2,5 permessi dalle norme europee devono essere diminuiti

ulteriormente, e speriamo che le autorità locali utilizzino i dati che abbiamo elaborato per implementare delle politiche che puntino a migliorare realmente la salute dei propri cittadini".

Commentando i risultati dello studio, la prof.ssa Zorana Andersen, presidente del Comitato per l'Ambiente e la Salute dell'European Respiratory Society, ha dichiarato: "Questo studio dimostra che non esiste una soglia di esposizione sicura al di sotto della quale l'inquinamento atmosferico non è dannoso per la salute umana. Viene inoltre dimostrato che l'attuale legislazione europea non protegge sufficientemente la salute delle persone. Inoltre, i livelli massimi di NO₂ e PM 2,5 consentiti dalla legge dovrebbero essere rivisti. Ci auguriamo che la Commissione Europea presenti le proposte più ambiziose possibili per la revisione delle direttive UE sulla qualità dell'aria ambiente, che si baseranno sulle più recenti scoperte scientifiche sugli

effetti sulla salute dell'inquinamento atmosferico. Nello studio possiamo riscontrare dati dettagliati per oltre 1.000 città in Europa che possono aiutare gli sforzi delle autorità locali per attuare politiche di pianificazione urbana e dei trasporti volte a ridurre l'inquinamento atmosferico e migliorare la salute delle persone. È chiaro che si potrebbero ottenere grandi vantaggi in termini di salute se le città intensificassero gli sforzi per affrontare l'inquinamento atmosferico.

Per migliorare la qualità dell'aria e proteggere la salute umana, il Comitato Ambiente e Salute dell'European Respiratory Society raccomanda ai responsabili politici:

- di applicare e attuare meglio i valori limite dell'UE che riflettono le linee guida dell'OMS;
- di garantire che i piani di ripristino nel post-COVID 19 includano specifiche politiche di aria pulita;
- di rivedere la legislazione pertinente per ridurre l'esposizione media della popolazione;
- di finanziare la ricerca per migliorare la comprensione dell'impatto dell'esposizione all'inquinamento atmosferico sulla salute umana;
- di incoraggiare e consentire alle autorità locali delle città di lavorare sulle politiche locali di pianificazione urbana e dei trasporti garantendo una migliore qualità dell'aria. ■

claudio.micheletto@univr.it

Dall'arte un aiuto alla neuroriabilitazione: dalla sezione aurea all'effetto Michelangelo

Marco Iosa



Davanti a un capolavoro dell'arte il nostro cervello reagisce con un'ampia risposta neuronale, un *arousal* di diverse aree cerebrali che includono i centri emozionali, i centri relativi alla ricompensa, e persino le aree sensorimotorie, come dimostrato da studi di neuroimaging ed elettroencefalografici. Grazie a questi studi, condotti in primis dal gruppo del Prof. Gallese (che aveva già lavorato alla scoperta dei neuroni specchio con il Prof. Rizzolatti), le neuroscienze stanno svelando sempre più chiaramente come il nostro cervello reagisca davanti alla bellezza dell'arte. La nostra idea è stata quella di traslare queste conoscenze in ambito medico, per renderle utili nella cura dei pazienti, soprattutto quelli che hanno bisogno

di neuroriabilitazione di alta specializzazione.

Questa idea nasce anche da altri due concetti che accumulano arte e neuroriabilitazione. Il primo è che entrambe sono in equilibrio tra oggettività e soggettività. L'arte ha una componente di bellezza oggettiva, davanti alla Cappella Sistina, ad esempio, tutti rimangono estasiati, e una soggettiva: c'è chi preferisce Raffaello e chi Caravaggio, chi Monet e chi Picasso. Anche la neuroriabilitazione deve muoversi tra la necessità di basarsi sui risultati oggettivi forniti dall'*evidence based medicine* che fornisce dati statistici di studi sperimentali, ma anche quello di personalizzare i programmi riabilitativi sulle necessità del singolo soggetto, sulle sue aspettative, i suoi bisogni, le sue possibilità di recupero.

L'altro concetto in comune tra arte e neuroriabilitazio-

ne è quello dell'armonia. La bellezza nell'arte si è spesso basata sull'armonia. Ma anche il movimento fisiologico è qualcosa caratterizzato da *pattern* armonici, mentre un movimento disarmonico è quasi sempre sintomo di una patologia. Il concetto era già stato intuito dal neurofisiologo russo Luria, che negli anni settanta parlò di "melodie cinetiche" per descrivere la fluidità dei movimenti della nostra mano mentre scrive, orchestrando in parole scritte in bella grafia le singole lettere che abbiamo imparato a fare fin da bambini con dei precisi movimenti. La sua intuizione nel tempo è forse stata poco sfruttata e la scienza dell'analisi movimento umano si è spesso concentrata sullo scomporre il movimento nelle sue componenti principali per analizzarne specifici indici.

Nel 2013 nel nostro laboratorio, presso l'Istituto di ►►



Figura 1. La sezione aurea (che vale circa 1.618 ed è pari al rapporto tra i segmenti rossi e quelli blu) rappresentata nell'arte come rapporto tra altezza della persona e altezza dell'ombelico da terra e che abbiamo scoperto essere anche il rapporto tra la durata della fase di appoggio e quella di oscillazione del cammino.

► Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Fondazione Santa Lucia, abbiamo scoperto un altro inaspettato punto di incontro tra arte e movimento. Misurando con dei sensori il cammino di soggetti sani ci siamo accorti che il rapporto tra la durata della fase in cui il piede è a contatto con il terreno e quella in cui il piede avanza in aria è sempre la stessa ed era un numero particolare: la sezione aurea. Questo numero era già noto ai greci, che costruivano le statue (ad esempio la Venere di Milo e i Bronzi di Riace) ma anche le facciate dei templi (ad esempio il Partenone), per conferire proporzioni armoniche alle loro opere, e fu ripreso da artisti rinascimentali, quali Leonardo e Michelangelo, per conferire armonia alle loro opere. Ebbene, anche il cammino, che nel soggetto sano è simmetrico e si percepisce essere anche armonico, basa proprio la sua armonia su questo numero. Quest'ultimo permette di dividere un segmento in due parti in modo che la proporzione tra le due sia la stessa che c'è tra l'intero segmento e la parte più grande, come spiegò geometricamente

Euclide nel III secolo a.C.. Da quella scoperta in poi il nostro laboratorio ha lavorato per approfondire il collegamento che l'armonia crea tra l'azione motoria e la percezione della bellezza e sviluppare dei programmi riabilitativi in cui si sfruttasse questo approccio armonico. Ad esempio abbiamo creato un *software* che genera un ritmo musicale basato proprio sulla sezione aurea e insieme alla Dott.ssa Peppe e al Prof. Vannozzi abbiamo visto che questo ritmo migliorava il cammino dei pazienti con malattia di Parkinson (l'articolo dal titolo *Auditory Cue Based on the Golden Ratio Can Improve Gait Patterns in People with Parkinson's Disease* è stato pubblicato sulla rivista *Sensors*).

Abbiamo poi messo insieme le competenze neuroripabilitative della Fondazione Santa Lucia con quelle del Dipartimento di Psicologia dell'Università Sapienza di Roma, quelle ingegneristiche sempre dell'ateneo romano, e quelle del Laboratorio di Realtà Virtuale dell'Università Unitelma Sapienza, nell'ambito del Progetto PACE (*Psychological Adaptation to ever Changing*

Environments), dando vita all'ambiziosa idea di utilizzare l'arte visiva per la neuroripabilitazione dell'arto superiore dei pazienti con ictus.

L'ictus è una patologia cerebrovascolare che causa diversi gradi di disabilità a seconda delle aree interessate e la maggior parte dei pazienti (dal 65 all'85%) va incontro a un recupero solo parziale dell'uso dell'arto superiore, mentre per circa il 20% di essi non vi è proprio tale recupero. Attualmente la neuroripabilitazione dell'arto superiore si sta aprendo sempre di più a nuove tecnologie al fine di ridurre queste percentuali. Tra gli strumenti più innovativi e promettenti vi è la realtà virtuale, relativamente alla quale sono già stati riportati risultati positivi di esercizi basati sulla *gamification* o sulla riproduzione dell'attività di vita quotidiana.

L'idea alla base del nostro studio è stata quella di utilizzare la realtà virtuale per dare l'impressione al paziente di star facendo qualcosa di altrimenti impossibile: dipingere un capolavoro artistico. Utilizzando un caschetto di realtà virtuale il paziente viene im- ►►

► merso in una stanza (con una porta, una finestra, un divano, insomma una normale stanza di una casa) in cui vi è anche una tela bianca. Il paziente tiene in mano un *joystick* che nel mondo virtuale simula un pennello. Muovendolo sulla tela apparirà pian piano un capolavoro della storia dell'arte: dalla *Nascita di Venere* di Botticelli a *La Creazione di Adamo* di Michelangelo, dai *Girasoli* di Van Gogh ai *Tre Musicisti* di Picasso, per fare solo alcuni esempi. Il paziente sarà così motivato a "dipingere" tutta la tela, muovendo il suo braccio, ovviamente supervisionato da un terapeuta con l'obiettivo terapeutico di migliorare il controllo motorio dell'arto superiore e di aumentare il *range* di movimento di spalla, gomito e polso, aumentando le attivazioni cerebrali delle aree motorie, ma anche quelle coinvolte nei

meccanismi di ricompensa e dell'emotività.

Abbiamo prima testato il sistema su un gruppo di soggetti sani che in una sessione dovevano solo colorare la tela e in un'altra sessione, al muovere del *joystick*, facevano apparire sulla tela uno per volta diversi capolavori artistici. I soggetti sani hanno riportato di apprezzare molto il sistema e la loro fatica percepita è stata inferiore quando interagivano con l'arte rispetto a quando gli veniva chiesto semplicemente di colorare la tela (nella condizione di controllo del nostro studio) sebbene, da un punto di vista motorio, il compito fosse identico. Abbiamo poi sottoposto dei pazienti a dieci sedute di questo trattamento virtuale in aggiunta alla classica neuroriabilitazione. Nelle prime sedute la tela era più piccola e orizzontale per poi passare a una tela verticale

più grande. I pazienti hanno mostrato un miglioramento delle loro prestazioni motorie. Soprattutto chi è stato sottoposto a stimolo virtuale ha mostrato un migliore controllo motorio come confermato da traiettorie della mano sulla tela più efficienti. Abbiamo chiamato questo effetto positivo dell'arte sulla prestazione motoria "effetto Michelangelo", analogamente a quello che in musicoterapia si chiama "effetto Mozart" (ovvero il miglioramento delle prestazioni di soggetti se ascoltano la musica del geniale compositore austriaco). I risultati, seppure preliminari, sono certamente promettenti, tanto da essere pubblicati sulla prestigiosa rivista *Frontiers in Psychology* con un articolo dal titolo *The Michelangelo effect: art improves the performance in a virtual reality task developed for upper limb neurore-* ►►



Figura 2. Nella foto l'Ing. Candelise, che ha collaborato con il Prof. Iosa e il Dott. Tieri, a sviluppare il sistema di realtà virtuale mentre lo testa, sullo sfondo la tela bianca su cui appare il quadro *La ragazza con l'orecchino di perla* di Vermeer, che nel caschetto appare immersa nell'ambiente virtuale tridimensionale.

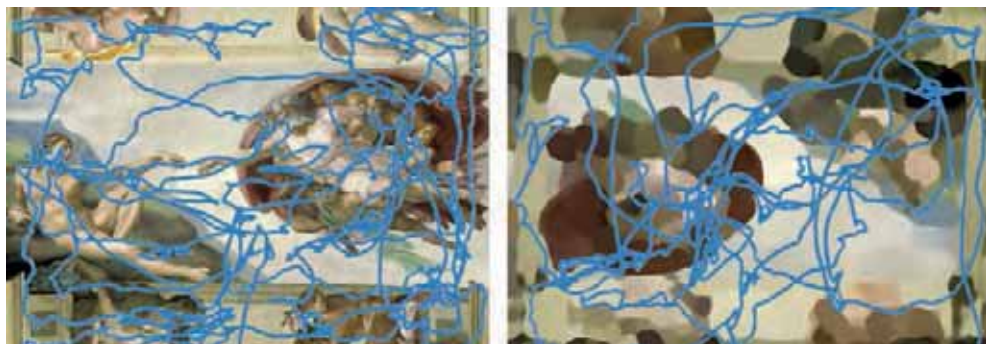


Figura 3. La traiettoria dei movimenti (linea blu) di un paziente che generano la Creazione di Adamo di Michelangelo e il suo corrispettivo stimolo di controllo (che ha stesse dimensioni, qualità e quantità di colore dello stimolo artistico): il paziente nello stimolo di controllo commette più errori uscendo dal piano della tela.

► *habilitation*. Ora confidiamo di confermarli su sempre più pazienti con ictus o anche con altre gravi neuropatologie che riguardano l'arto superiore.

L'arte, per il suo grande impatto sull'attività cerebrale, sembra dunque formare una

nuova frontiera della neuro-riabilitazione, grazie anche alle potenzialità offerte dalle più moderne tecnologie che ci stanno facendo scoprire che certi capolavori non sono solo belli, ma possono essere anche utili, fonte di ispirazione e

persino di cura, come forse qualcuno aveva già intuito, come ad esempio il grande scrittore russo Dostoevskij quando scrisse che "la bellezza salverà il mondo". ■

marco.iosa@uniroma1.it



 — RELAIS —
MONDOTELLA

Presso il
Relais Mondotella
a Pozzolengo (BS),
riscoprirete il piacere
di vivere nella Natura.

Tra i servizi
offerti troverete:
la nostra Reception H24,
parcheggio esterno gratuito,
Wi-fi in tutta la struttura,
piscina, sala meeting, area bimbi,
garage coperto a pagamento
e piccola palestra.

Una splendida sala climatizzata
con veranda panoramica
dove si organizzano eventi
per ogni esigenza.

Località Mondotella - 25010 Pozzolengo (BS) - Italy  www.relaismondotella.it

 PER INFORMAZIONI
030.991.8245

Psoriasi e artrite psoriasica

Francesco Cusano¹
Maria Grazia Ferrucci²



La psoriasi è una malattia infiammatoria della pelle, ad andamento cronico o recidivante, che si manifesta con la comparsa di chiazze rossastre, per lo più ben delimitate e ricoperte di squame bianco-argentee. Le sedi più frequentemente colpite sono gomiti, ginocchia, cuoio capelluto e regione sacrale, ma nessuna area cutanea può considerarsi del tutto immune dal rischio di coinvolgimento. In situazioni estreme, fortunatamente rare, le chiazze possono finire con interessare gran parte della superficie corporea.

La psoriasi può insorgere a qualsiasi età e colpisce tanto il sesso maschile che quello femminile, per una prevalenza complessiva oscillante media-

mente tra il 2,5 e il 3% della popolazione. Pertanto si calcola che nel mondo ne siano affetti circa 125 milioni di individui, dei quali non meno di 2 milioni in Italia.

Nella genesi della malattia ha un ruolo importante la predisposizione genetica: circa il 30% delle persone con psoriasi ha infatti un parente di primo grado affetto. Sulla predisposizione genetica agiscono poi svariati, e spesso sconosciuti, fattori scatenanti. Tra questi: gravi stress emotivi quali lutti, perdita di lavoro, separazione; alcune infezioni, in particolare quelle delle alte vie respiratorie causate dallo streptococco beta-emolitico, responsabili della varietà "guttata" più frequente nei giovani e in età pediatrica; alcuni farmaci, quali ad esempio i sali di litio, i beta-bloccanti, gli antimalarici di sintesi, gli antiinfiammato-

ri non steroidei. Altri fattori, quali obesità o il semplice aumento dell'indice di massa corporea, l'etilismo e il fumo, si accompagnano spesso alle forme più gravi ed estese, comportando anche una ridotta risposta alle terapie.

Come abbiamo già detto, la gravità della malattia è estremamente variabile. In genere, la psoriasi è considerata lieve o moderata-severa a seconda dell'entità dell'arrossamento, dell'infiltrazione e della desquamazione, nonché della estensione della superficie cutanea coinvolta. Per esprimere in termini sintetici tali concetti, si ricorre frequentemente a indici numerici, il più utilizzato dei quali è il cosiddetto PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*): la psoriasi viene definita lieve quando il PASI non raggiunge 10, moderata-severa quando invece è supe- ➤

¹ Primario UOC Dermatologia, AO San Pio, Benevento

² Primario f. f. UOC Reumatologia AO San Pio, Benevento



Hrlana

► riore. Ancora è da considerare moderata-severa, una psoriasi il cui interessamento cutaneo, pur non risultando eccessivamente esteso, coinvolge alcune zone del corpo di particolare impatto sul paziente, come per esempio mani, volto, unghie e genitali. In questi casi, spesso, la gravità della malattia percepita dal paziente si discosta da quella valutata dal medico. In particolare, il coinvolgimento di alcune sedi corporee è rilevante nel determinare eventuali disturbi psicologici e una importante riduzione della qualità di vita. Sebbene la maggior parte delle persone affette soffra di forme lievi, si stima che dal 10 al 20% dei pazienti sia colpito da una forma moderata-severa. In questi casi, ma spesso anche nelle forme di minor gravità, la psoriasi incide su importanti aspetti del vivere quotidiano, che vanno dalla scelta degli indumenti a quella delle attività ludiche e sportive, alla vita intima e relazionale, fino a determinare in casi estremi emarginazione e auto-esclusione. L'impatto negativo della patologia si ripercuote

anche sulle attività lavorative e scolastiche e sulle relazioni affettive, dal che deriva talvolta la perdita di autostima delle persone con psoriasi che si sentono stigmatizzate o inadeguate. Questo forte disagio è ulteriormente esacerbato dal pregiudizio, purtroppo ancora diffuso, che la patologia sia contagiosa. La psoriasi può dunque essere considerata a tutti gli effetti una patologia invalidante anche perché, oltre all'interessamento della pelle, spesso i pazienti lamentano anche i sintomi di alcune comorbidità, la più nota e frequente delle quali è rappresentata dall'artrite psoriasica.

Dei pazienti affetti da psoriasi, infatti, una percentuale variabile - che può giungere fino al 30% - sviluppa anche l'artrite psoriasica, una specifica malattia infiammatoria cronica a carico delle articolazioni che colpisce appunto i soggetti affetti da psoriasi e si verifica quando lo stesso meccanismo immunitario attacca, oltre alle cellule della pelle, anche quelle che rivestono le articolazioni. Si manifesta con dolore, gonfiore e rigidità

delle articolazioni tanto periferiche (mani, piedi) che centrali (spondilite, sacroileite), talvolta dolore e gonfiore alle dita delle mani e dei piedi, che assumono un aspetto a salsicciotto (dattilite), ancora più spesso e precocemente dolore e infiammazione nel punto in cui i tendini e i legamenti si connettono all'osso (entesite). La psoriasi e l'artrite psoriasica si associano inoltre con una certa frequenza a malattie croniche infiammatorie a carico di altri organi, specificamente intestino e occhio (uveite), e rendono le persone affette più esposte al rischio di contrarre sindrome metabolica, obesità, diabete, patologie cardiovascolari, nonché depressione, ansia e turbe dell'umore. Ne consegue che il *management* di un paziente affetto da psoriasi richiede spesso competenze multiple meglio espresse da un *team* in cui il dermatologo possa avvalersi di consulenti specifici e che non prescinda da un rapporto frequente e ben codificato con il reumatologo di riferimento, meglio espresso nei cosiddetti ambulatori congiunti in cui il paziente è sottoposto a visita contestualmente dai due specialisti e ogni decisione terapeutica è conseguentemente concordata fra i due.

L'andamento di questa malattia è quasi sempre cronico, sebbene talvolta si alternino possibili periodi di relativa remissione a fasi di riacutizzazione; è quindi fondamentale poter disporre di farmaci utilizzabili per periodi protratti. In questa ottica, i progressi fatti registrare negli ultimi anni hanno mutato completa- ►►

► mente modalità di approccio al problema, soprattutto nelle forme severe. Se infatti nelle forme meno impegnative restano di attualità i trattamenti con farmaci per uso esterno (creme, lozioni e pomate, contenenti corticosteroidi, derivati della vitamina D, retinoidi ed esfolianti vari) e, nei casi moderati, la fototerapia con UV a banda stretta (UVB/NB), che ha quasi completamente sostituito la fototerapia PUVA (molto più scomoda e ricca di effetti indesiderati), il metotressato, attivo tanto sulla componente cutanea che sull'artrite, il dimetilfumarato, di recente introduzione in Italia, e l'apremilast, quest'ultimo attivo nelle forme moderate anche sulla componente articolare, vedono ridurre il loro campo d'azione i retinoidi (tossici e poco duttili) così come la ciclosporina, la cui potenziale tossicità soprattutto renale ne riduce le indicazioni a pochi casi selezionati.

La vera rivoluzione nell'approccio alla psoriasi e all'artrite psoriasica si è tuttavia registrata a inizio millennio con l'avvento dei cosiddetti farmaci biologici o, più correttamente, biotecnologici. Si tratta di

una nuova classe terapeutica che si avvale di anticorpi monoclonali diretti ciascuno contro una specifica molecola bersaglio, individuata fra quelle responsabili dello scatenamento dei meccanismi di reazione infiammatoria che sono all'origine del processo biologico che conduce alla formazione della chiazza psoriasica e all'artrite. A differenza dei farmaci tradizionali, i biotecnologici nascono per una utilizzazione protratta nel tempo essendo privi di tossicità d'organo, cioè non ledono le funzioni degli organi principali. Inoltre dimostrano generalmente un profilo di efficacia nettamente superiore rispetto agli altri rimedi, sia sulla pelle che sulle articolazioni, agendo inoltre spesso contemporaneamente sulle due componenti e sono facilmente gestibili a domicilio dal paziente stesso, essendo somministrati per lo più per via sottocutanea. L'insorgenza di eventi indesiderati è bassa, tuttavia la gestione di questa tipologia di farmaco richiede una buona preparazione specifica degli specialisti di riferimento, per controllare nel tempo eventuali oscillazioni delle risposte cliniche e ade-



guare i trattamenti alle diverse fasi della vita (gravidanza, malattie intercorrenti) ed esigenze del paziente. Principale limitazione al loro uso è l'alto costo di questi farmaci per il Sistema Sanitario Nazionale; la recente introduzione dei cosiddetti biosimilari, cioè farmaci simili agli originali in struttura ed effetti, apre in alcuni casi spiragli interessanti alla possibile estensione del loro utilizzo. ■

drfrancescocusano@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
info@cliniccenter.it

www.napoli1.pneumonet.it
napoli@pneumonet.it

**NumeroVerde
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 broncopneumologica e di allergologia respiratoria.

Centro Anti Fumo della Rete Campania AIPO.

Centro per i Disturbi Respiratori durante il Sonno.

Molte Voci, Tanti Libri

Per volare con la fantasia

Antonio Schiavulli



L'Associazione "Molte Voci, Tanti Libri" è una Onlus che si dedica gratuitamente alla lettura condivisa ad alta voce di racconti, poesie e romanzi per "ascoltatori speciali", persone fragili e/o isolate: bambini e adulti, anziani, persone sole o non vedenti.

Lo scopo è quello di portare la "letteratura" a chi presenta un disagio nel leggere, disagio psichico, fisico, familiare, sociale o economico. Ovvero, inizialmente, prima della pandemia, di organizzare letture gratuite negli ospedali, nelle case di riposo o nei centri per anziani per far provare l'emozione dell'empatia della lettura ad alta voce a chi è ipovedente, a chi è troppo stanco o malato per tenere un libro in mano, a chi non ha mai letto un libro o semplicemente a chi vuole trovare un momento di conforto nell'a-

Giornalista pubblicista, Trieste



L'Associazione culturale onlus "Molte Voci, Tanti Libri" propone la lettura gratuita condivisa ad alta voce di testi classici, romanzi, saggi, racconti e poesie a chiunque presenti un disagio nel leggere. Si legge sul sito ufficiale, "l'obiettivo è creare una relazione con chi vuole ascoltare, abbattere la solitudine e l'individualismo, riportare in auge la voce, dare respiro alle parole e comunicare ad alta voce le emozioni, il pensiero, i sentimenti, e perché no, il ritmo che troviamo negli scritti, nei libri, nei racconti o nella poesia".

scoltare insieme agli altri le pagine di un romanzo.

Pierluigi Koch, presidente di "Molte Voci, Tanti Libri", pneumologo, allergologo (e anche pediatra) romano, fondatore dell'Associazione, racconta come è cominciato il progetto: "L'idea mi è venuta quando, volendo stare accanto a una persona anziana malata, ho condiviso con lei un libro. Mi sono reso conto di quanto fosse potente, coinvolgente e stimolante la relazione tra lettore e ascoltatore, attraverso la passione, il dramma, la genialità delle parole, nelle combinazioni, scene e intuizioni elaborate dai narratori e dai poeti nel mondo della biblioterapia. Certamente in questa nostra lettura, il "primum movens" è l'ascolto di chi soffre per creare con lui o con lei un rapporto e solo partendo da questo arrivare a una comunicazione letteraria".



► Da poco più di tre anni, il dr. Koch, dopo aver fondato la Onlus “Molte Voci, Tanti Libri”, ha praticato la lettura condivisa ad alta voce, insieme a una quarantina di lettori soci della stessa associazione, specificamente formati, a gruppi di ascoltatori in ospedali, case di riposo, residenze sanitarie assistenziali, centri parrocchiali, e centri regionali per ipovedenti.

Avendo lavorato per molti anni, come specialista, nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, il dr. Koch ha pensato anche ai bambini ricoverati. “L'associazione nasce con l'idea di restaurare e riportare in auge la voce, di superare i muri di incomunicabilità che assediano le persone di qualunque età, sofferenti e sottoposte a ogni tipo di aggressione e sollecitazione e che, spesso, non hanno un minuto per loro stesse.

Proviamo a vivere con loro un mondo di fantasia che li faccia viaggiare e volare lontano dalla malattia, che migliori la loro autostima e la

determinazione a cambiare passo: attraverso la biblioteca e la lettura ad alta voce di un racconto, una poesia, una filastrocca li facciamo interessare a qualcosa di nuovo. Per una nuova speranza, per un mondo diverso.

Dal 2018, siamo entrati, con la lettura condivisa ad alta voce, nei reparti di Cardiologia, Dialisi, Servizio Immunotrasfusionale e Onco-Ematologia dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma, e in seguito, grazie alla collaborazione della ludoteca dello stesso ospedale, abbiamo organizzato, nell'aprile dello stesso anno, un grande evento per la Giornata Mondiale del Libro, patrocinata dall'UNESCO per promuovere la lettura, la pubblicazione dei libri: i Lettori, volontari, della nostra associazione, insieme ai bambini ricoverati leggevano i testi che loro stessi avevano creato per l'occasione.

Siamo preparati anche a condividere la lettura con i bambini più piccoli: a loro proponiamo gli albi illustrati,

che presentano più immagini che parole: la fantasia del bambino è stimolata dalle figure che vede e dalle poche nostre parole con cui accompagniamo le immagini, in una attenzione concentrata, a più riprese di 5-10 minuti”.

Poi è arrivata la pandemia e qualcosa è cambiato.

“Sì, in questo periodo di pandemia, abbiamo cambiato la nostra modalità di lettura. Leggiamo ad alta voce gratuitamente a persone adulte al telefono, in qualunque città e regione d'Italia: telefoniamo, in orari concordati a una singola persona per uno o più appuntamenti settimanali.

Abbiamo una quarantina di lettori, volontari. Due lettori per ogni ascoltatore. Arriviamo alle persone più fragili, alle persone più sofferenti, sole o ammalate di solitudine, anche a quelle che vivono nelle stesse strutture dove prima entravamo regolarmente, come nelle case di cura, nei centri per anziani, dovunque una lettura condivisa ad alta voce può ristabi- ►►





► lire una comunicazione o un rapporto umano.

I volontari, in ospedale e nelle case di cura, devono collaborare con la struttura sanitaria e con il personale sanitario. Nei reparti ci sono spesso dei tempi morti. È in queste occasioni che i nostri lettori volontari possono avere un ruolo molto importante: dare una nota di luce in una giornata di riabilitazione”.

Per leggere, gratuitamente, ad alta voce nell'associazione “Molte Voci, Tanti Libri”, sono disponibili i soci volontari preventivamente selezionati e risultati idonei dopo un corso di formazione specifico.

Pierluigi Koch racconta: “L'altro giorno, abbiamo parlato al telefono e letto Vargas Losa a un signore di Verona,

ipovedente novantaseienne. A Venezia, una donna che non ci vede più si è fatta leggere il “Canto di Natale” di Dickens, un altro anziano da Padova ha chiesto “M” di Scurati, una signora di Milano ha preferito “I racconti di Nene” di Camilleri, e infine un palermitano ha voluto le filastrocche di Rodari. Con ciascuno abbiamo trascorso un'ora insieme, in una lettura condivisa con note e interventi costanti dell'ascoltatore. La letteratura è un'amica in più che ti viene a trovare e ti dà sollievo in questi momenti difficili”.

E ancora: “Portiamo la letteratura a chiunque voglia ascoltarci: l'età non conta. Siamo audiolibri viventi. Alla fine ci scappa sempre una chiacchierata, servizio aggiuntivo

che i libri da ascoltare su internet con i podcast non possono offrire. Racconti, poesie, favole ad alta voce: chiunque può comunicare con la nostra associazione”.

Nel congedarsi il dr. Pierluigi Koch conclude: “Il tempo della nostra lettura dipende dalla concentrazione, sofferenza, stanchezza di chi ci ascolta. Leggiamo per un quarto d'ora, o possiamo superare l'ora. Tra i nostri ascoltatori affezionati ci sono da tempo molti anziani, in tutte le regioni d'Italia. Come fare a raggiungerci per altre informazioni? Abbiamo una mail (moltevocitantilibri@gmail.com), contatti telefonici o WhatsApp (+39-331 7556746), un sito (moltevocitantilibri.com), una pagina Facebook (www.facebook.com/mvilonlus) e un account Instagram ([moltevoc_tantilibri](https://www.instagram.com/moltevoc_tantilibri)). A presto, vi aspettiamo”. ■

schiavulliantonio@gmail.com

RADIO BULLETS
NOTIZIE CHE FRANTUMANO IL SILENZIO
www.radiobullets.com

Blood artists

Conoscere l'anemia falciforme e la talassemia attraverso la *Street Art*

Gian Luca Forni



“Blood Artists” è una campagna che attraverso la *Street Art* ha lo scopo di diffondere nella popolazione, e in particolare tra i giovani, la conoscenza di malattie congenite del sangue come l'anemia falciforme e la talassemia, patologie tra le più diffuse al mondo ma, ancora oggi, poco conosciute. Scopo della campagna è anche far conoscere cosa significa convivere con queste malattie. Il progetto, promosso da Novartis, è sviluppato in collaborazione tra AVIS (Associazione Volontari Italiani del Sangue), United Onlus (Federazione Nazionale delle Associazioni per le Anemie Rare, le Talassemie e la Drepanocitosi), Fondazione Italiana “Leonardo Giambone” per la Guarigione dalla Talassemia e Drepanocitosi, UNIAMO FIMR (Federazione Italiana Malattie Rare) e con il patrocinio della Società Italiana Talassemie ed Emoglobinopatie

Presidente Società Italiana Talassemia ed Emoglobinopatie (SITE)

SITE e Fondazione per la Ricerca sulle Anemie Congenite ed Emoglobinopatie in Italia For Anemia. La campagna ha preso vita oltre che sul canale Instagram (@blood.artists) anche in maniera itinerante in diverse regioni d'Italia: dopo la Sardegna lo scorso anno, la prossima tappa sarà in Emilia-Romagna.

In questi anni sono stati fatti importanti passi avanti in termini di miglioramento sia dell'attesa di vita che della qualità di vita dei pazienti con anemia falciforme e talassemia. Purtroppo, nonostante l'ormai ampia diffusione di queste malattie in Italia, esiste ancora oggi poca consapevolezza sul peso che hanno non solo sul paziente, ma anche a livello assistenziale. Un discorso che vale soprattutto per l'anemia falciforme, tra le malattie rare ereditarie del sangue meno esplorate. La SITE ha censito oltre 2.000 pazienti in Italia, la metà dei quali diagnosticati negli ultimi

15 anni e questo numero è considerato sottostimato.

A causare l'anemia falciforme è una Emoglobina alterata, Emoglobina S HbS, che in particolari condizioni, quali bassa tensione di ossigeno, tende ad irrigidirsi cristallizzando e facendo assumere al globulo rosso la caratteristica forma “a falce”. Questa conformazione rende i globuli rossi meno elastici e ne provoca l'impilamento nella microcircolazione con conseguente occlusione del flusso sanguigno, dando origine alle cosiddette crisi vaso occlusive (VOC). Le VOC si manifestano con crisi dolorose e possono colpire qualsiasi parte del corpo e aggravandosi velocemente, provocano gravi danni a tutti gli organi ed apparati della zona in cui si verifica l'occlusione. Un'altra manifestazione della patologia che causa anemizzazione acuta è il sequestro splenico. Un gran numero di globuli rossi viene sequestrato nella milza che si ingrandisce ►►

► di dimensioni e provoca dolore. Il “sequestro splenico” è un'emergenza che richiede interventi rapidi. La complicanza più grave è rappresentata dagli eventi cerebrovascolari acuti, come danno cerebrale ischemico o emorragico (Ictus-Stroke) e attacchi ischemici transitori; deterioramento delle funzioni cognitive relate ad infarti cerebrali silenti.

Sottoporsi a una terapia che aiuti a prevenire le crisi di falcizzazione, oltre a migliorare la qualità di vita del paziente, porta anche ad una riduzione del numero di ospedalizzazioni cui il paziente va incontro nel corso della sua vita. Attualmente la terapia consiste nell'utilizzo di un farmaco, l'Idrossiurea, che tra gli altri effetti aumenta la produzione di Emoglobina Fetale diminuendo la percentuale di Emoglobina S, questa terapia però non dà una protezione assoluta nei confronti delle complicanze. L'altra terapia che si ha a disposizione sono le trasfusioni o gli scambi eritrocitari.

L'anemia falciforme è a tutti gli effetti una malattia cronica, ma la conoscenza di questa malattia da parte dei dipartimenti di emergenza è fondamentale perché nelle sue manifestazioni cliniche acute ha un andamento tempo-dipendente al pari di un infarto del miocardio o dello *stroke*. Intervenire rapidamente permette di prevenire un'evoluzione che può essere catastrofica con una compromissione, a volte fatale, degli organi. Accade frequentemente che i pazienti arrivino in pronto soccorso senza aver ricevuto



in precedenza una diagnosi di anemia falciforme. La SITE in questi anni, proprio per supportare i pazienti ed informare il personale sanitario, ha redatto delle raccomandazioni sia per la gestione in emergenza (Algoritmo per la gestione in pronto soccorso degli eventi acuti nei pazienti affetti da anemia falciforme), sia per il *management* dei pazienti nella quotidianità (QR CODE: Raccomandazioni per la gestione del paziente adulto affetto da Anemia Falciforme) scaricabili dal sito www.site-italia.org.



Nonostante le VOC siano tradizionalmente riconosciute come il segno distintivo di questa malattia, studi recenti documentano un processo multicellulare più complesso, causato dall'attivazione e adesione di leucociti, piastrine ed eritrociti falcifor-

mi all'endotelio. L'adesione multicellulare alla base della vaso-occlusione è mediata da diverse molecole di adesione, tra cui la P-selectina, che svolge un ruolo cruciale e peraltro risulta iperespressa. Influisce in maniera silente e continua oltre che sui globuli rossi anche sui vasi sanguigni e su altre cellule del sangue, come globuli bianchi e piastrine, lasciando infiammazioni croniche che, a distanza di tempo, creano dei gravi danni soprattutto in organi come i polmoni, i reni e il fegato, portando all'insufficienza di questi. Nonostante non esista un organo o un tessuto che non sia interessato dalle gravi conseguenze di questa patologia, i polmoni sono uno degli organi bersaglio maggiormente e più gravemente danneggiati sia acutamente che nel lungo periodo. Le sindromi polmonari acute rappresentano la principale causa di morte di questi pazienti ed in seguito alle ripetute manifestazioni di crisi vaso occlusive sviluppano una riduzione della capacità respiratoria ed anche ipertensione polmonare. Il ►►

► fumo e l'asma rendono ancora più suscettibili i pazienti falcemici alle crisi polmonari.

È per questo motivo che una anamnesi di episodi dolorosi associati a polmoniti recidivanti dovrebbe far scattare un campanello d'allarme nello pneumologo. Di fronte a questi casi lo pneumologo potrebbe quindi suggerire al paziente di sottoporsi a un dosaggio delle frazioni emoglobiniche, un'analisi poco costosa che porta all'identificazione o all'esclusione della diagnosi di anemia falciforme. L'esame è consigliato a tutti quei pazienti che riscontrano più volte episodi dolorosi associati a polmoniti, a maggior ragione se originari dell'Africa subsahariana, dell'America Centrale, dell'Albania, oppure di alcune regioni dell'Italia meridionale, come Sicilia e

Calabria, in cui la patologia è ampiamente e storicamente diffusa. La provenienza non dev'essere però una discriminante: a causa delle migrazioni interne degli ultimi decenni l'anemia falciforme è diffusa su tutto il territorio italiano.

Parallelamente, anche la ricerca scientifica ha fatto passi avanti e, al giorno d'oggi, esistono interessanti novità terapeutiche per il trattamento sia dell'anemia falciforme sia della talassemia. Per il trattamento dell'anemia falciforme è stato approvato dall'autorità regolatoria Europea (EMA) un anticorpo monoclonale, crizanlizumab, il primo farmaco mirato per la prevenzione delle VOC nei pazienti con anemia falciforme. Crizanlizumab si lega alla P-selectina, la proteina di adesione cellulare chiave nelle interazioni multi-

cellulari, che concorrono alla vasculopatia cronica e alla vaso-occlusione. Un risultato importante soprattutto se consideriamo il miglioramento della qualità di vita dei pazienti. Le principali novità terapeutiche per la talassemia sono invece l'approvazione da parte di EMA del luspatercept, farmaco che stimolando l'eritropoiesi, ossia la produzione di globuli rossi, riduce la necessità di trasfusioni di sangue, e di betibeglogene un primo farmaco utilizzabile per la terapia genica che quindi può portare alla guarigione della malattia. La distribuzione di quest'ultimo farmaco è attualmente sospesa in attesa di avere maggiori chiarimenti riguardo ad alcuni eventi avversi segnalati. ■

microcitemia@galliera.it

F&P Evora

Semplice come indossare un cappello

F&P SleepStyle™

Rendi ogni giorno, un giorno migliore

www.fphcare.com

Fisher & Paykel
HEALTHCARE

Screening polmonari per i tabagisti: ecco quali sono

Pazienti.it

Gloria Negri



Quando pronunciamo la parola “pandemia”, il pensiero corre subito al virus SARS-CoV-2 che ha rivoluzionato le nostre vite, ma già prima del dicembre 2019 era in atto un'altra pandemia che ogni anno causa oltre sette milioni di morti, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e per la quale non sarà mai messo a punto alcun vaccino: il responsabile è il tabacco.

Nonostante gli effetti del fumo sulla salute siano ormai

noti da tempo, esistono al mondo ancora più di un miliardo di fumatori, che ogni anno accendono oltre 6.000 miliardi di sigarette. L'unica arma di cui ora disponiamo per limitare tutte queste morti premature è la diagnosi precoce delle malattie causate dal fumo, *in primis* il tumore del polmone. Con lo *screening* dei fumatori possiamo ridurre la mortalità per questo tumore in media del 24% e fino al 33% nelle donne.

Numerose campagne di prevenzione e di sensibilizzazione sono state messe a punto e proposte, come quella del progetto SMAC (*Smokers Health Multiple Action*) che consiste in uno *screening* gratuito per forti fumatori ed ex fumatori che prevede una TC toracica a basso dosaggio, associata a un'intensa attività volta a disincentivare il sog-

getto al fumo ed altri esami funzionali e di laboratorio.

Tale iniziativa è rivolta ai fumatori da più di 30 anni o agli ex fumatori con età superiore a 55 anni. In Italia vi stanno aderendo diverse strutture ospedaliere e di ricerca d'eccellenza così come il Ministero della Salute, AIRC, LILT e Fondazione Umberto Veronesi.

Cos'è lo screening per tabagisti?

Uno *screening* è un programma di prevenzione organizzato con lo scopo di ricercare una malattia in fase preclinica, quindi molto precoce, in una popolazione di soggetti a rischio, per migliorarne le possibilità di cura, aumentandone la sopravvivenza e riducendone la mortalità.

Lo *screening* per tabagisti ha come obiettivo quel- ➤

Biologa molecolare, membro del Comitato Scientifico di Pazienti.it

LA TUA SALUTE È IMPORTANTE
NON PERDERE TEMPO

vai su www.pazienti.it

penota un videoconsulto

trova lo specialista più vicino a te

invia una domanda di aiuto

leggi tutte le info che cerchi

► lo di identificare i tumori al polmone prima che diano sintomi della loro presenza: momento in cui sono operabili nell'80% dei casi! Attualmente, infatti, la maggior parte dei pazienti arriva alla diagnosi quando compaiono i segni, dunque in presenza di una malattia già più avanzata e con minori possibilità di guarigione. Inoltre, grazie allo *screening*, è oggi possibile individuare tumori molto piccoli, che possono essere trattati con chirurgia mini-invasiva robotica e personalizzata, risparmiando la maggior parte del polmone sano, con recupero funzionale rapido e dimissione precoce. Infatti, la diagnosi precoce e un intervento tempestivo innalzano la percentuale di sopravvivenza a 5 anni del 73%.

Quali sono le analisi previste dallo *screening*?

► *Tomografia computerizzata a bassa dose (TCbd)*

La tomografia computerizzata è una metodica di diagnostica per immagini che, utilizzando radiazioni ionizzanti, consente di riprodurre sezioni o strati corporei del paziente ed effettuare elaborazioni tridimensionali. La TCbd utilizza una dose di radiazioni ionizzanti nettamente inferiore (<1,5 mSv) rispetto a una TC diagnostica a dose completa, sfruttando il contrasto naturale del torace dovuto alla presenza di aria nei polmoni.

L'utilizzo della TC a bassa dose favorisce l'anticipazione diagnostica del tu-

more polmonare, individuando noduli polmonari di piccole dimensioni, con bassa esposizione alle radiazioni ionizzanti, breve durata dell'esame e assenza di mezzo di contrasto.

► *Spirometria* (un esame della respirazione)

La spirometria è un esame che consente di valutare la capacità respiratoria di un paziente e rappresenta un valido punto di partenza per individuare patologie respiratorie croniche, intervenire con terapie efficaci e incentivare il paziente a smettere di fumare.

► *Prelievo del sangue*

Attraverso un normale prelievo ematico, è possibile identificare l'eventuale presenza e quantificare i cosiddetti marcatori tumorali. Essi, noti anche con il nome di *biomarker* o indicatori tumorali, sono delle molecole, generalmente delle proteine, rilevabili nel circolo sanguigno che possono

indicare la presenza di un tumore. L'obiettivo di questi test, nel contesto di uno *screening* indirizzato a tabagisti, è quello di identificare delle molecole suggestive della presenza di un tumore polmonare, o addirittura di predirne il futuro sviluppo.

► *Attività antifumo*

Oltre agli esami di diagnostica per immagini, funzionali e di laboratorio, sono stati organizzati anche percorsi personalizzati di supporto che aiutano i tabagisti fornendo l'opportuno supporto psicologico per smettere di fumare. ■

Pazienti.it

gloria84gn@gmail.com



Stress e salute in una visione integrata della Medicina

Fulvio Cuizza



Le “P” nella definizione della medicina del futuro e della più evoluta medicina del presente tendono ancora ad aumentare. Alla definizione di *Predittiva*, *Preventiva*, *Personalizzata* e *Partecipativa* vari esperti si spendono per proporre di aggiungere altre categorie, che, volta per volta, la vedono anche come *Proattiva* o *Psicologica* o ancora come medicina di *Precisione*.

Questi segnali ci dicono che è in atto una profonda evoluzione culturale tendente sempre più ad abbracciare una visione sistemica che, dal generale al particolare, vede la salute come stato di pieno benessere psicofisico, ne coglie a fondo gli aspetti preventivi ed estende la consapevolezza dalla malattia al malato e finalmente alla persona-paziente nella sua interezza.

Dovremmo vedere grandi sviluppi tecnici e tecnologi-

ci quindi nell'evoluzione di strumenti sia diagnostici che di intervento efficace con sempre meno invasività da un lato, e grande e nuova attenzione e coinvolgimento del cittadino-paziente dall'altro.

Lo sviluppo delle neuroscienze e della neuro-psicologia, permettendo una lettura sempre più comprensiva del rapporto mente-cervello-corpo, sta favorendo l'acquisizione naturale di questa visione integrata della persona e della sua realtà psicofisica, e permette quindi più agevolmente di programmare modalità di intervento che considerano l'alleanza terapeutica medico-paziente come la base di ogni processo virtuoso in Sanità, e possono portare l'accento e l'interesse verso gli aspetti soggettivi che caratterizzano il cittadino-paziente nel suo rapporto con la malattia e con tutto il sistema sanitario.

Per chi come noi da molti anni si occupa del fenomeno stress, rappresenta un'evi-

denza quotidiana il riscontro di come la capacità di *coping* – la capacità di gestione delle situazioni stressanti – faccia tutta la differenza nel mantenimento del benessere e dell'equilibrio psicofisico delle persone, nonché della loro capacità di prestazione.

Ogni malattia porta con sé una dose di stress. Ogni stress da malattia impone la ricerca di strategie personali, cognitive ed esistenziali per gestirlo nel modo migliore, in modo cioè che non intacchi la percezione di sé, il proprio atteggiamento mentale, e quindi anche la propria energia vitale. La ricerca ha da tempo associato che l'eccessiva produzione di ormoni da stress interferisce con i processi di guarigione, e, per questo, per il paziente è fondamentale saper gestire nel modo ottimale il proprio equilibrio psicofisico in modo da poter utilizzare tutte le energie disponibili per uscirne velocemente e nel miglior modo possibile. ►►

► Gestire efficacemente lo stress significa mettersi in grado di gestire i propri pensieri, emozioni, stati d'animo anche quando si è sotto pressione per la presenza di vari problemi da risolvere, come succede appunto quando ci si ammala.

Analoga, e a volte ancora più problematica, è oggi la situazione di tutto il personale sanitario e sociosanitario, con carichi di impegno e responsabilità che accentuano il rischio di *burnout*, che se si generalizza può arrivare a rappresentare un grave pericolo per tutto il sistema.

Stiamo sviluppando un progetto per cercare di fare un salto di qualità nella possibilità di fornire strumenti efficaci in questo senso per gli operatori, per i pazienti e per i *caregiver* familiari, rendendoli disponibili a tutti attraverso i cellulari, in qualsiasi momento, in maniera autonoma, riservata e personalizzata.

Stiamo applicando tutte le conoscenze che abbiamo inizialmente acquisito in anni di lavoro con i campioni sportivi, con gli agonisti che devono performare sotto stress e mantenere il loro equilibrio per lunghi periodi.

Gli strumenti comprendono l'uso di tecniche di *imagery*, di visualizzazioni e rappresentazioni guidate, con la loro efficacia *evidence based* nella gestione dello stress, verificata attraverso l'uso del *biofeedback* con la puntuale rilevazione degli effetti nei parametri psico-fisiologici considerati.

Le audio-guide che ne sono derivate sono mirate alla ge-



stione ottimale dei vari aspetti dello stress in ambito sanitario sia dal punto di vista cognitivo che somatico.

Le tecniche usate riguardano infatti innanzitutto l'allenamento alla capacità di auto-distensione profonda, per la veloce ricarica di energie fisiche e nervose e per staccare mentalmente da situazioni di tensione; nella prevenzione di dannosi meccanismi somato-psichici vengono affiancati poi esercizi di respiro e di *grounding*, di postura.

Abbiamo sperimentato l'efficacia di esercizi per riconnettersi positivamente con la propria auto-percezione personale e professionale, con l'auto-immagine a volte messa duramente alla prova, anche in termini motivazionali. Fondamentali appaiono anche esercizi e allenamento per riattivare i propri migliori atteggiamenti mentali nelle relazioni interpersonali per gestirle in modo ottimale anche in situazioni di alta pressione lavorativa ed esistenziale.

Stiamo cercando di sviluppare un lavoro di ricerca e sviluppo strategico, multidisciplinare, sempre più ampio,

per migliorare gli strumenti che già oggi possono essere messi a disposizione di grandi numeri di operatori e di pazienti, nell'ottica di dare forza e spessore specialmente alle "P" del *Personalizzata* e *Partecipata*, e contribuire a una medicina sostenibile nella quale si armonizzano la soddisfazione e la realizzazione professionale degli operatori e la collaborazione e la co-responsabilità del paziente evoluto.

Viviamo tempi difficili e molto interessanti, di profondi cambiamenti di modelli e di paradigmi, e anche in ambito sanitario la sfida si giocherà sull'evoluzione intelligente, partecipata, inclusiva, proattiva. ■

contact@innertours.net

www.innertours.net

Contro il fumo fino all'osso

Chiara Finotti



Che il fumo danneggi cuore e polmoni è sia un importante fattore di rischio per le malattie oncologiche è cosa tristemente nota. Poco invece si sa sui danni arrecati alla salute delle ossa.

Se ne è parlato nelle scorse settimane nel corso di una conferenza stampa dal titolo "Combattere il fumo fino all'osso" durante la quale la Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia (SIOT) ha presentato un decalogo sui danni del fumo sull'apparato muscolo scheletrico e sulle possibili strategie di contenimento degli stessi. Gli esperti hanno sottolineato come smettere di fumare, ridurre o trovare strategie alternative all'abitudine tabagica, sia fondamentale per salvaguardare la salute del sistema muscolo scheletrico. Nel corso dell'evento si è cercato innanzi-



tutto di fare luce sugli effetti avversi del fumo sulla fisiologia dell'osso. Il fumo riduce infatti la densità minerale ossea e aumenta il rischio di fratture, in particolare a carico di anca e colonna vertebrale che risultano essere i siti maggiormente coinvolti. Ma non solo. L'abitudine tabagica ha anche effetti sul processo di consolidamento delle fratture. Induce infatti dei cambiamenti fisiologici nel sito delle fratture e un ritardo nel processo di riparazione con un aumento del rischio di complicanze post operatorie.

Inoltre, all'aumentare dell'età e della gravità delle lesioni, l'effetto del fumo di sigaretta diventa più importante. Il

fumo determina anche un declino della forza e della resistenza muscolare.

Nel corso della conferenza stampa sono stati presentati i risultati di una ricerca condotta dall'istituto Ixè per conto della SIOT su 3 campioni: popolazione generale, specialisti e pazienti.

L'indagine, che ha coinvolto un campione di oltre 800 cittadini maggiorenni (fumatori e non), circa 350 medici specialisti ortopedici e circa 100 pazienti ortopedici, ha evidenziato come i cittadini riconoscano come principali danni del fumo all'apparato muscolo scheletrico la degenerazione delle cartilagini, un maggior rischio di infezioni in caso di interventi chirurgici e tempi più lunghi nella riparazione di fratture, lesione ai tendini. Non solo, il 61% dei cittadini sa che il fumo provoca anche un mag- ➤

► gior rischio di osteoporosi, con conseguente aumento del numero di fratture.

Il 92% degli ortopedici intervistati conferma come il fumo possa incidere profondamente sul processo di guarigione delle patologie muscolo scheletriche e degli interventi chirurgici. Solo il 57% della popolazione generale conosce questa conseguenza. Tra i fumatori questa consapevolezza sembra migliorare, infatti ne è informato il 59% così come tra i pazienti ortopedici, il 61%.

Nonostante ciò, solo nel 33% dei casi il consenso informato che gli specialisti presentano ai propri pazienti tratta le complicanze da fumo, mentre il 63% dei pazienti afferma di aver ricevuto domande sulle proprie eventuali abitudini da fumo in sede di colloquio, a fronte di un 23% che sostiene di non averne ricevute.

Secondo quanto emerge dalla ricerca Ixè, un medico su tre (il 29%) ha insistito affinché il paziente fumatore smettesse di fumare, mentre il 48% degli specialisti ha invitato il proprio paziente a ridurre il consumo in caso non fosse riuscito a smettere. Solo il 14% dei medici non ha affrontato l'argomento.

Inoltre, oltre uno specialista su due (il 52%) ha suggerito ai propri pazienti un metodo per smettere o ridurre l'abitudine tabagica. Tra questi sono stati suggeriti l'uso della sigaretta elettronica o il tabacco riscaldato (17% dei casi riportati), l'adozione di una terapia sostitutiva



della nicotina (17%), farmaci (12%), centro antifumo (9%) e agopuntura (8%).

Cosa può fare l'ortopedico? È la Società Italiana di Ortopedia a dare la risposta. Innanzitutto, durante il colloquio fra ortopedico e paziente andrebbero valutate e approfondite le abitudini tabagiche del paziente con una valutazione dei rischi del fumo sull'apparato muscolo scheletrico. Gli ortopedici devono essere in prima linea nell'informare i pazienti circa i potenziali rischi e invitarli caldamente a smettere di fumare soprattutto in vista di un intervento chirurgico con l'adeguamento del consenso informato, per ridurre in modo significativo il rischio degli eventi avversi. In particolare, nella chirurgia protesica di anca e ginocchio, lo specialista dovrebbe consigliare al paziente di smettere di fumare entro sei settimane dall'intervento per ridurre le complicanze e migliorare i tempi di recupero.

Nell'ambito della chirurgia traumatologica, il paziente dovrebbe smettere di fumare almeno 24 ore prima dell'intervento per migliorare l'ossigenazione del sangue e non riprendere almeno per sei settimane per evitare le complicanze. Ogni settimana di astinenza dal fumo può ridurre del 19% le complicanze post-operatorie.

Nel caso di un paziente che non riesce a smettere l'ortopedico deve informarlo sulle possibili strategie alternative, come la possibilità di rivolgersi a un centro specializzato in terapia farmacologica e di supporto psicologico, o informarlo sulla disponibilità di prodotti alternativi senza combustione (come prodotti a tabacco riscaldato o *e-cig*). L'ortopedico dovrà continuare a seguire il paziente per comprendere se tali strategie siano risultate efficaci. ■

chiara.finotti@sintexservizi.it

Birmania o Myanmar

Barbara Schiavulli



All'inizio di febbraio i militari hanno preso il controllo del governo semi-democratico del Myanmar con un colpo di stato. I militari hanno accusato il partito che ha recentemente vinto le elezioni, il partito della *leader de facto* Aung San Suu Kyi, di frode elettorale. La notizia è uscita su tutti i giornali, ma leggendo qua e là si scopre che alcuni chiamano il paese asiatico Myanmar, altri Birmania come per esempio fa Washington nelle sue dichiarazioni. Quindi qual è il nome giusto? Rispondere non è semplice in un Paese dove tutto è politica, perfino la lingua.

Per generazioni, il Paese è stato chiamato Birmania, facendo riferimento al gruppo etnico birmano dominante. Poi nel 1989, un anno dopo che la giunta al potere aveva represso brutalmente una rivolta pro-democrazia e migliaia di persone erano state uccise, i *leader* militari cambiarono improvvisamente il

Giornalista, Direttrice di Radio Bullets



nome del paese in Myanmar. Anche Rangoon, la capitale, divenne Yangon. L'adattamento della legge sull'espressione ha anche introdotto nomi in lingua inglese per altre città, alcune delle quali non erano etnicamente birmane. Il cambiamento è stato riconosciuto dalle Nazioni Unite e da Paesi come Francia e Giappone, ma non dagli Stati Uniti e dal Regno Unito.

In quel periodo la Birmania era una reietta internazionale, alla disperata ricerca di un modo per migliorare la pro-

pria immagine. Sperando in un frammento di legittimità internazionale, ha suggerito di aver scartato un nome tramandato dal suo passato coloniale per promuovere l'unità etnica. Il vecchio nome, hanno detto i funzionari, escludeva le molte minoranze etniche del paese. In "casa", però, non è cambiato nulla. Nella lingua birmana "Myanmar" è semplicemente la versione più formale di "Birmania". Il nome del Paese è stato cambiato solo in inglese. Le due parole significano la stessa cosa e una ►►

ChengQ



► deriva dall'altra. Birmania, come si scriveva nel XIX secolo, è un'alterazione locale della parola Myanmar. Entrambi i nomi sono stati utilizzati in Birmania da sempre, afferma l'antropologo Gustaaf Houtman, che ha scritto molto sulla politica birmana, come si legge sulla BBC.

Poco più di un decennio fa il Paese ha iniziato una traballante transizione semi-democratica. I militari hanno mantenuto un ampio potere politico, mentre i *leader* dell'opposizione detenuti venivano rilasciati dalla prigione e dagli arresti domiciliari, e sono state consentite le elezioni. L'attivista di lunga data a favore della democrazia Suu Kyi è così diventata la *leader* civile del Paese. Nel corso degli anni molti Paesi e organi d'in-

formazione come Associated Press e altre testate giornalistiche hanno iniziato a utilizzare il nome ufficiale del Paese. Man mano che la repressione si è attenuata e l'opposizione internazionale all'esercito è diventata meno esplicita, chiamarlo "Myanmar" è diventato sempre più comune. All'interno del Paese i *leader* dell'opposizione hanno detto che per loro non ha importanza. Ma a differenza della maggior parte del mondo, il governo degli Stati Uniti usa ancora ufficialmente il nome "Birmania" con qualche apertura, per esempio nel 2012 quando durante una visita nel Paese il presidente allora in carica, Barack Obama, ha usato sia "Birmania" che "Myanmar".

La risposta di Washington al colpo di stato sembrava vo-

ler evidenziare le vecchie pratiche, con il Segretario di Stato Antony Blinken e il Presidente Joe Biden che hanno evitato intenzionalmente il nome legale del Paese. «Gli Stati Uniti hanno rimosso le sanzioni contro la Birmania negli ultimi dieci anni sulla base dei progressi verso la democrazia», ha detto Biden in una dichiarazione. «L'inversione di questo progresso richiederà un'immediata revisione delle nostre leggi sanzionatorie». La maggior parte degli altri Paesi continua a chiamarlo Myanmar. Mentre l'ANSA, per fare un altro esempio di questi giorni, dando le notizie sul Paese l'ha sempre chiamato Birmania. ■

barbaraschiavulli@gmail.com

Indagini BPCO in tempo di COVID-19



Nel corso del 2020 l'Associazione Pazienti BPCO ha svolto due indagini informative tra i propri iscritti e sostenitori: la prima nel marzo 2020 dal titolo *COVID - La parola ai pazienti* all'inizio della pandemia e un'altra nell'ottobre 2020 dal titolo *Servizi Sanitari e della terapia in periodo di COVID-19*.

I questionari sono stati diffusi tramite i canali di informazione dell'Associazione BPCO ovvero tramite il sito www.pazientibpc.it, la pagina Facebook, le e-mail, per un pubblico potenziale di 4.000 utenti.

Nelle due *survey* abbiamo ottenuto 512 risposte (13% rispetto al totale distribuito) per *COVID - La parola ai pazienti* e 443 risposte (12% rispetto al totale distribuito) per *Servizi Sanitari e della terapia in periodo di COVID-19* da soggetti con un'età media di 67 anni (59,2% maschi, 40,8% femmine nella prima indagine e 53,3% maschi, 46,7% femmine nella seconda) nella quasi totalità affetti da BPCO.

La pregressa storia di tabagismo è pressoché generalizzata - il 28% dei rispondenti ha smesso di fumare meno di



5 anni fa - mentre per il 15,6% si deve registrare il persistere dell'abitudine al fumo e, di questi, quasi il 7% si trova in ossigenoterapia.

Interessante è osservare come, in quest'anno di "infodemia", di grande impatto da parte dei mezzi di informazione, i risultati siano stati sconcertanti per le scarse indicazioni, le insufficienti spiegazioni che sono state recepite dall'utenza, anche se più che attenta e interessata. Il susseguirsi di esperti, virologi, epidemiologi, medici, infettivologi, psicologi, filosofi, giornalisti, opinionisti, cantanti, attrici, artisti... nani e ballerine, con i loro pareri, i loro articoli, i loro servizi televisivi, a volte contrastanti, non hanno fatto altro che creare confu-

sione, incertezza, sfiducia nel SSN.

Infatti, mentre a marzo il 54% del nostro campione riteneva le informazioni che giornalmente venivano date abbastanza buone, il 10% molto buone e solo il 30,8% poco buone, a ottobre l'80% le ha definite confuse e contraddittorie e solo per il 20% erano chiare. Va precisato che questo risultato deludente non è imputabile alla scarsa capacità di comprensione, considerando che il 47,9% dei nostri intervistati è in possesso di un titolo di studio delle scuole superiori e il 24,7% è laureato; quindi, va sottolineata la necessità di un miglior utilizzo dei mezzi di comunicazione, che crei corretta informazione e non alimenti ansia e incertezze. ►►

► Forse, anche per questi motivi, è stata scarsa l'adesione all'applicazione "Immunì" per il controllo della pandemia, scaricata solo dal 44,3%, mentre per il restante 55,7% che non ha accettato questa metodica, la maggior parte la ha ritenuta inutile (59,9%), se non addirittura dannosa e addirittura il 38,3% ha dichiarato di non conoscere questa iniziativa.

Forte è la richiesta di una forma di informazione più personalizzata e più diretta con i medici, avanzata dal 91,5% degli intervistati che sollecitano contatti tramite telefono (23,5%), tramite nuovi mezzi di comunicazione (WhatsApp 31%, e-mail 25% e computer 20,5%).

Il nostro campione si è dichiarato in possesso (96%) e in grado di gestire i moderni mezzi di comunicazione quali *smartphone* (40,3%) e *computer/tablet* (59,7%). A tale proposito è interessante notare che nella seconda indagine viene rilevato che il canale d'informazione preferenziale è internet (41,7%), che supera sensibilmente quello della TV (31,4%); inoltre, a grande maggioranza (76,3%) si attende l'avvento della telemedicina, dato che si eleva notevolmente rispetto all'indagine di marzo, in cui si fermava solamente al 27%.

Ciò potrebbe significare che in questi mesi vi sia stata una "preparazione" a questa nuova metodica, la quale assume il significato di "Valutazione clinica a distanza tramite videochiamata" (60,5%) e "Trasmisione delle analisi via email" (17,5%); nelle risposte libere appare che questo controllo a

distanza, del quale il 62% dei rispondenti si dichiara abbastanza fiducioso, non debba sostituire il contatto diretto con il medico tramite "visite" tradizionali; quindi, si riafferma il concetto di una nuova assistenza che dovrebbe intendersi come medicina territoriale con una assistenza che comprenda anche la possibilità di eseguire esami strumentali, prelievi ematici a domicilio del paziente e che comporti la possibilità di consegnare i farmaci necessari direttamente nella propria abitazione.

In questo periodo solo il 10,9% degli intervistati ha riferito una migliorata aderenza alla terapia prescritta, nonostante il 38,9% dei pazienti abbia denunciato la sensazione di peggioramento delle proprie condizioni di salute negli ultimi 6 mesi, percentuale che sale al 45% considerando l'intero anno. Sicuramente ha giocato un ruolo fondamentale la particolare condizione psicologica: infatti il 69,1% ha espresso la convinzione che, in quanto affetti da BPCO, c'è un mag-

gior rischio di contagio, il 18,5% ha espresso perplessità e solo il 12,4% non ha messo in correlazione lo stato di malattia cronica con la maggiore fragilità rispetto al contagio.

Altro aspetto negativo è stato causato per il 28% dalla difficoltà nel rinnovo dei piani terapeutici; la chiusura momentanea degli ambulatori ospedalieri è segnalata dal 33,3%, la difficoltà nel recarsi negli studi del medico curante dal 23,1% e infine, la paura di raggiungere strutture considerate possibili fonti di contagio per il 32,7%. Questo problema si riduce al 13,3% nel caso di rinnovo del piano terapeutico per l'ossigenoterapia a lungo termine, che riguarda i malati più gravi che rappresentano il 36,2% del nostro campione.

Le lamentele espresse, comunque, stanno a indicare spesso una cattiva interpretazione delle norme, imputando al medico di famiglia procedure e ottemperanze che sono prerogativa dello specialista ospedaliero o ambulatoriale, una scarsa informazione sulla ►►



► proroga dei piani terapeutici stabilita dall'AIFA, una condizione di nervosismo, che ha indotto qualcuno addirittura ad aumentare il consumo di tabacco da fumo in questo periodo.

Predomina la paura del dopo, la non prevedibilità della durata dell'emergenza, la preoccupazione per figli e nipoti: problematiche evidentemente senza risposte di fronte a una pandemia nuova, imprevedibile e particolarmente severa.

Abbiamo registrato anche una certa insofferenza per le Istituzioni, che non tutelerebbero la categoria dei malati cronici, mostrando una maggiore attenzione solo per politici e VIP, mentre si richiede all'Associazione una maggiore azione con la stesura di linee guida, che in realtà non possono essere difforni da quanto

stabilito dagli organi centrali.

Ci sono da registrare anche alcune note positive:

- la vaccinazione antiinfluenzale è stata effettuata dall'83,4% degli intervistati e quella anti pneumococcica dal 77,6%, mentre ancora poco conosciuta è la vaccinazione anti Herpes Zoster ferma al 9,6%;
- l'uso delle mascherine è stato correttamente osservato per il 93,1% e delle 30 risposte contrarie il 67,4% ha dichiarato di non osservarlo perché fastidioso, mentre, incredibilmente, il 25,6% lo

giudica dannoso.

Interessante, infine, è l'osservazione che a fronte di una pressoché unanime forte richiesta di maggiore incisività dell'operato dell'organizzazione di volontariato, viene anche sottolineata l'importanza e la necessità di una maggiore partecipazione di ogni iscritto o simpatizzante. ■

*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)
infopazientibpco@gmail.com
www.pazientibpco.it

FREESTYLE® COMFORT®

UN NUOVO STANDARD
NELL'EROGAZIONE DI
OSSIGENO PORTATILE.



- Erogazione smart O2
- Comfort senza paragoni
- Design ergonomico
- Batteria a lunga durata

Da oltre 50 anni CAIRE progetta e fornisce le migliori tecnologie e servizi per l'ossigenoterapia. I prodotti CAIRE sono apprezzati in tutto il mondo da pazienti, medici e operatori di assistenza domiciliare. Lasciaci mettere la nostra esperienza al lavoro per te.

CAIRE®
O2 is what we do.

TEL. 049 7846760
EMAIL servizioclienti@caireinc.com
freestylecomfort.com



FreeStyle Comfort
concentratore portatile

© 2021 CAIRE Inc. Tutti i diritti riservati. Consulta le istruzioni per l'uso del prodotto specifico per indicazioni, controindicazioni, avvertenze, precauzioni e informazioni dettagliate sulla sicurezza.

Insieme con AMOR

Incontri a distanza



Questo lungo, lunghissimo anno è passato e abbiamo tutti cercato di viverlo al meglio, nonostante il COVID-19. L'isolamento che ancora viviamo è sempre troppo pesante e lo è ancora di più per i soci AMOR OdV, che soffrono l'impossibilità di potersi ritrovare e di poter uscire, come una grossa limitazione sociale.

Seguendo scrupolosamente la raccomandazione di evitare i contatti, la nostra Associazione ha creato un modo nuovo per poter incontrare e far incontrare comunque i propri soci. Anche senza un abbraccio e un saluto dal vivo, ma diligentemente a distanza e attraverso lo schermo dei nostri PC, *tablet* o *smartphone*. Alcune difficoltà, dovute al *gap* tecnologico delle persone con età avanzata, ci hanno posto davanti la necessità di fornire anche un'assistenza telefonica, così da permettere al maggior numero di

persone il collegamento e la fruizione del progetto.

Ecco che è nato il progetto *Insieme con AMOR OdV*. Un progetto per migliorare il benessere e la vita quotidiana dei soci, fatto esclusivamente di incontri *on-line*. Un gruppo di sostegno, che grazie al contributo di professionisti coordinati dalla Dott.ssa Daniela Branà, Psicologa e Psicoterapeuta, porterà ogni settimana argomenti diversi e di grande interesse direttamente nelle case dei soci. Un approccio motivazionale come aiuto di gruppo per alleggerire l'isolamento che durerà ancora parecchio. Ogni settimana due collegamenti fissi: il primo con Elena Veronese (fisioterapista), che con sessioni di ginnastica mostra come mantenere efficiente il nostro fisico e in particolar modo l'apparato respiratorio attraverso specifici esercizi.

Il secondo appuntamen-

to è con figure professionali come psicologa, nutrizionista, pneumologo, infermiera, osteopata, naturopata, fisioterapista, assistente sociale e altri, che con nozioni, pillole e riflessioni ci aiutano ad aprire "virtualmente" le nostre porte di casa ad esperienze nuove e interessanti. Le occasioni di incontro *on-line* sono state e saranno anche per saluti, brindisi, auguri, come già fatto per Natale e per tante altre condivisioni di festa, insomma quasi un vero e proprio salotto virtuale!

La salute e il benessere si conquistano con la continuità e l'impegno, portando avanti quotidianamente azioni di cura di sé. Ritrovarci ogni settimana va in questa direzione: attraverso l'informazione, il confronto e la condivisione vogliamo costruire o rafforzare tale atteggiamento. Non solo cura del corpo, ma anche della mente, nostra peculiare ►►

► risorsa personale che ci sostiene nelle criticità della vita, non solo in senso esistenziale ma anche quotidiano. Fortificare la nostra motivazione a fare grandi o piccole azioni, seppur impegnative o routinarie, diventa prioritario per affrontare tali sfide quotidiane.

Tutto ciò unito alla fiducia che “sempre c'è un modo” per alzare il livello di qualità di vita, anche nelle situazioni più complesse: occorre ridefinire obiettivi di benessere e cercare strumenti e modalità.

Insieme possiamo farlo. Ecco il senso dei nostri incontri al di là dei contenuti proposti. Insomma, grazie alla tecnologia, tutto ciò che prima AMOR OdV faceva di persona, ora verrà fatto *on-line*. ■

Daniela Branà

Psicologa e psicoterapeuta



best_top_view

AMOR Onlus Associazione Malati in Ossigeno-ventiloterapia e Riabilitazione

c/o Padiglione 10 - Ala C

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano

Tel.: +39 02 66104061 – Fax: +39 02 42101652

amor.associazione@libero.it - www.associamor.com

Facebook: AmorOnlus



Grand Hotel Astoria.



L'Hotel Astoria, splendido Hotel 4 stelle di Grado in Friuli Venezia Giulia, nasce all'inizio del 1900, quando Grado era ancora meta delle vacanze al mare degli Asburgo e della nobiltà Mitteleuropea e prosegue il suo ruolo ai vertici della qualità e dell'eleganza, dall'ospitalità alla cucina.

Centro Benessere Grand Hotel Astoria

Il Centro di Idroterapie Marine del Grand Hotel Astoria è un Centro Thalassoterapico e fisioterapico a direzione medica, dove vengono praticate cure che si avvalgono dei benefici terapeutici dell'acqua di mare e della fisiochinesiterapia. Affiancato ad esso il rinnovato reparto *Wellness & Beauty*.



Largo San Grisogono, 3 - 34073 - Isola di Grado, Grado (GO)

Tel. +39(0)431.83550 - Fax. +39(0)431.83355 - Tel. Benessere +39(0)431.876375

www.hotelastoria.it - info@hotelastoria.it - benessere@hotelastoria.it

Per una sanità che sia prima di tutto umana



“Per descrivere le sofferenze non bastano le parole scritte. Potrai anche essere uno scrittore bravissimo, ma non sempre riesci a far capire solo scrivendo il dolore che hai dentro. Ieri sera ho partecipato alla video conferenza con uno psicologo, organizzata dalle associazioni dei malati di fibrosi polmonare idiopatica (IPF), con la partecipazione di diversi di loro. Il racconto diventa dolore percettibile quando lo senti raccontare e lo leggi sulla faccia di chi soffre. La sua paura, le sue forze che mancano ogni volta che si muove un po' di più, ogni volta che il respiro viene meno a causa della saturazione, che scende repentinamente anche solo per alzarsi e andare in bagno. Eppure esiste una categoria di persone che non riesce a vedere la sofferenza anche così. Sono laureati, hanno fatto dei *master*, anni di esperienza, ma non basta tutto ciò per percepire la sofferenza



altrui. Parlo delle commissioni mediche che devono stabilire la percentuale di invalidità per chi ha l'IPF. Si limitano a guardare l'aspetto esteriore e non vedranno mai il dolore e la sofferenza oltre che fisica, anche psicologica, di chi ha una prospettiva di vita da 2 a 5 anni, con pochissime eccezioni. Buon respiro a tutti”.

Lo scorso 29 gennaio il nostro Presidente Tindaro Gianno postava su Facebook questo suo sfogo molto vero, profondo e sincero che è un appello alla riflessione di tutti noi, in particolare degli operatori sanitari. Si tratta del problema tanto dibattuto di non curare soltanto la malattia ma di prendersi cura del paziente, cioè della intera ►►

► persona fatta di corpo e di anima, di emozioni e sentimenti. Tindaro parla con un *pathos* unico perché vive sulla propria carne la malattia, la fibrosi polmonare idiopatica. Le sue parole sono di franco realismo; in esse si scorge una quotidianità che è drammatica, fatta di incertezza e imprevisti, ma anche di fiducia e speranza. Ci vorrebbe empatia da parte di chi sta dall'altra parte della scrivania, vicinanza e compassione, come dice Papa Francesco. La Sanità deve essere autorevole da un punto di vista scientifico e di eccellenza, ma anche umana, capace di guardare il paziente negli occhi, di prenderlo per mano, di comunicare, di donare una parola di incoraggiamento, di condividere un sorriso. Tutto ciò è ancora più attuale oggi in periodo di pandemia di fronte alla quale si è più soli, con paura, in isolamento in ospedale per gli sfortunati che sono stati contagiati, ma anche per chi sta a casa in solitudine per evitare il contagio. In ospedale si va per risolvere un problema medico. Entrando si ha un senso di soggezione, ci si sente piccoli e indifesi, consegna il tuo corpo e la tua vita nelle mani dei medici per guarire. Non si va mai contenti. È allora che assume un valore inestimabile una parola gentile, un sorriso, un gesto di accoglienza, perché si acquista fiducia non soltanto in colui che ti cura ma anche in te stesso, autostima, volontà di farcela, la gioia di una carezza dell'anima. Una notizia positiva per i malati di IPF viene dalla Regione Sardegna con la deliberazione 2/24 del 21 gennaio scorso con cui è stato approvato lo schema di



convenzione con la Regione Piemonte per la realizzazione del programma di trapianto di polmone rivolto ai pazienti sardi affetti da patologie polmonari irreversibili. “Al momento – afferma l’Assessore alla Sanità Mario Nieddu – nessuna struttura nella Regione Sardegna è autorizzata all’effettuazione del trapianto di polmone e per consentire anche ai cittadini della Regione di poter essere iscritti nelle liste di attesa di tale organo, si propone la stipula di una convenzione con la Regione Piemonte finalizzata all’iscrizione del paziente residente in Sardegna nella lista di attesa di polmone nella Regione Piemonte. Il trapianto – conclude Nieddu – sarà effettuato presso il “Centro Trapianti di polmone” di Torino che risulta una delle migliori eccellenze a livello nazionale”. La convenzione è

in attesa di essere firmata dalla Regione Piemonte. Questa è una buona notizia. Avere un punto di riferimento per il trapianto all’ospedale Molinette di Torino è motivo di speranza per i pazienti della Sardegna affetti da IPF, è un punto di forza per non lasciarsi prendere dallo scoramento, una certezza di essere presi in cura da una delle strutture ospedaliere note in tutto il mondo per la loro suprema professionalità. ■

*Gaetano Solano
Socio*

Associazione IPF e Malattie Rare del Polmone Sardegna

Associazione IPF e Malattie Rare del Polmone Sardegna

via Bachelet 20 - 08022 Dorgali (NU), Tel. +39 338 8438090
tindarogianno@tiscali.it, Facebook: Associazione IPF Rare in Sardegna

Diritto al gioco, ci pensa UILDM



Si allarga la campagna di raccolta fondi UILDM, lanciata lunedì 1 febbraio sulla piattaforma *For Funding* di Intesa Sanpaolo, per difendere il diritto al gioco dei bambini con disabilità.

Con i fondi raccolti, UILDM potrà intervenire in ben 28 parchi e aree verdi di 16 regioni italiane (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Sardegna, Trentino Alto Adige, Toscana, Veneto).

Gli interventi, in programma a partire dalla primavera, prevedono l'installazione di giostre inclusive, pannelli sensoriali, tavoli da picnic accessibili anche alle persone in carrozzina e pavimentazioni anti trauma per rendere più accoglienti i parchi di 24 Comuni italiani.



Un grande sogno quello di UILDM, che da anni si impegna per il diritto al gioco dei bambini con disabilità e lo fa in collaborazione con le amministrazioni, le associazioni e il mondo della scuola perché crede nel gioco di squadra.

Per un bambino con disabilità infatti giocare non

è scontato perché i giochi possono non essere adatti alle sue abilità e perché non è facile l'interazione con i coetanei; ma il gioco con alcune attenzioni può essere utilizzato come attività inclusiva e diventare un'opportunità per avviare il processo di crescita relazionale e quindi di formazione di individuo sociale. ►►

► Nel nostro Paese soltanto il 5% dei parchi gioco è accessibile, con giochi adatti alle esigenze dei bambini con disabilità che consentono di giocare insieme agli altri bambini e purtroppo non esiste una normativa sulle attrezzature ludiche negli spazi pubblici. Spesso i bimbi con disabilità motorie non possono neppure accedere a queste zone a causa delle barriere architettoniche.

Le poche iniziative volte a rendere i parchi giochi inclusivi sono intraprese dalle amministrazioni pubbliche o da privati sensibili al problema.

A questo vuoto vuole rispondere UILDM. Con *A scuola di inclusione: giocando si impara* offre il proprio contributo nella riqualificazione di parchi e aree verdi per renderli luoghi accoglienti per tutti: non solo per i bambini con disabilità, ma per le famiglie, i nonni e tutti coloro che amano stare all'aperto per una passeggiata e trascorrere un po' di tempo in compagnia. Ma non è tutto: con questo progetto UILDM entra nelle scuole primarie e secondarie inferiori per sensibilizzare gli studenti dai 6 ai 14 anni sui temi legati al mondo della disabilità. È proprio la scuola, luogo di formazione dei cittadini del futuro, l'ambito da cui iniziare per formare nuove mentalità, aperte e inclusive in quelli che saranno gli adulti di domani.

La campagna di raccolta fondi è attiva fino al 31 dicembre 2021.

Vai sul sito *For Funding* di



Intesa Sanpaolo e cerca UILDM oppure a *Scuola di inclusione: giocando si impara*. Potrai dare il tuo contributo per rendere accessibili i parchi e garantire il diritto al

gioco dei bambini con disabilità. ■

Alessandra Piva
Ufficio stampa e
comunicazione UILDM



UILDM - Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare Onlus

via Vergerio, 19 – 35126 Padova

Tel.: +39 049 8021001 / 757361

Segreteria Nazionale: direzionenazionale@uildm.it

Ufficio Stampa e Comunicazione: uildmcomunicazione@uildm.it

Ufficio Fundraising: fundraising@uildm.it

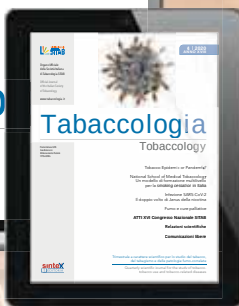
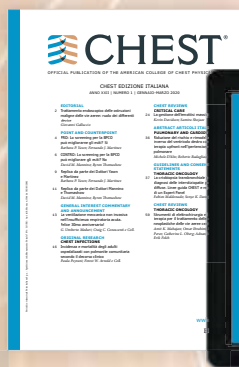
Segreteria Commissione Medico-Scientifica:

commissionemedica@uildm.it

www.uildm.org

**La scienza e la vita di tutti
i giorni non possono e non
debbono essere separate**

Rosalind Elsie Franklin



**La conoscenza che la scienza produce
è il fondamento delle nostre odierne competenze
e il fine ultimo delle nostre azioni future**

**Visita la sezione
Editoria del sito
www.sintexservizi.it**

sintex

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

via A. da Recanate, 2 - 20124 Milano
☎ +39 02 66790460 - ✉ azienda@sintexservizi.it
E www.sintexservizi.it

SEGUICI SU



Omeotoxnoni

INTEGRATORE ALIMENTARE

PER SOSTENERE L'APPARATO RESPIRATORIO



- **Fluidità delle secrezioni bronchiali**
(Enula, Balsamo del toù, Primula, Marrubio)
- **Funzionalità delle prime vie respiratorie**
(Papavero, Grindelia)
- **Benessere di naso e gola**
(Liquirizia, Elicriso)
- **Funzionalità delle mucose dell'apparato respiratorio**
(Capelvenere, Piantaggine)
- **Azione emolliente e lenitiva sulla mucosa orofaringea e tono della voce**
(Malva, Grindelia, Drosera)



Dolcificato con Stevia
(glicosidi steviolici)

Senza fruttosio



Guna S.p.A. partecipa a Impatto Zero®
Compensa le emissioni di CO₂
del proprio stabilimento produttivo
contribuendo a progetti di efficienza
energetica e di creazione e tutela
di foreste in crescita.

Guna
nutraceutica fisiologica

guna.it

AZIENDA CON SISTEMA
DI GESTIONE QUALITÀ
UNI EN ISO 9001:2015
CERTIFICATO DA CERTIQUALITY