

L'inquinamento atmosferico
scatena le crisi asmatiche
in età pediatrica pag. 9

Dall'arte alla scienza, a Milano
la conferenza dell'Associazione
Europea per la Gestione delle
Ferite pag. 12

Empatia: comportamento
psicosociale e influenza
di genere pag. 19

RESPIRO

ANNO XVI
N° 61

PRIMAVERA
2023

TRIMESTRALE DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE E BENESSERE

RESPIRO.NEWS

Per un'aria più pulita





IL CONTROLLO DELLA BPCO ATTRAVERSO IL TELEMONITORAGGIO

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

TELEMONITORAGGIO

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

SEMPLICE E IMMEDIATO

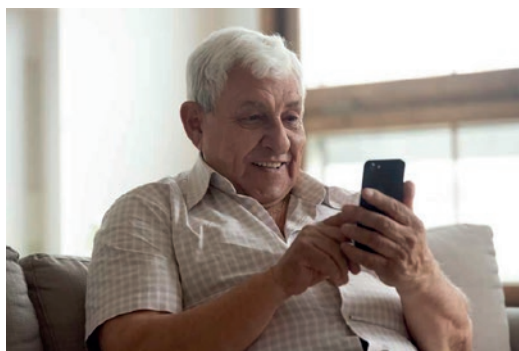
- Scaricare e attivare l'App
- Rilevare i parametri respiratori regolarmente
- Controllare l'App quotidianamente
- Seguire le indicazioni terapeutiche prescritte



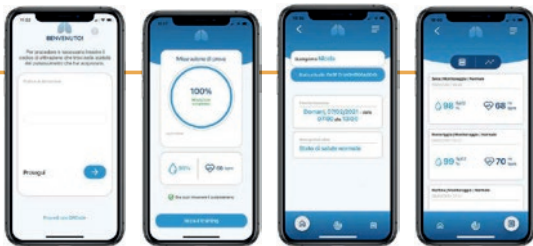
Dispositivo medico certificato*
specifico per la BPCO

VISITA IL SITO
www.telemonitoraggio.aiponet.it

* Ministero della Salute. Certificato CE 0477 dispositivo
medico di classe IIa n. 0477_MDD_19_3188_1
Identificativo di registrazione BD/RDM 1830076



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



Approvato da



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 Vitruvio 43, 20124 Milano
Tel. +39 02 36590350
editoria@sintexservizi.it

Segreteria di Redazione
editoria@sintexservizi.it

Progetto grafico e immagine
Sintex Editoria
grafica@sintexservizi.it

Relazioni esterne e pubblicità
Via Vitruvio 43, 20124 Milano
Tel. +39 02 36590350
editoria@sintexservizi.it

Stampa
Roto3, Industria Grafica, Castano Primo (MI)

Pubblicazione di SINTEX SERVIZI S.r.l. - Milano
© 2023 Sintex Servizi S.r.l. - Tutti i diritti riservati. È vietata la riproduzione di testi e immagini senza il permesso scritto dell'Editore.
www.sintexservizi.it

Per acquistare copie di RESPIRO
Prezzo copia: € 2,50
Abbonamento annuale: € 10,00

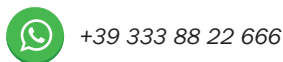
RESPIRO è spedita in abbonamento postale.

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

Registrazione
Periodico iscritto al Tribunale di Trieste
11 aprile 2014 al n. 1274 - 1559/2018 V. G.

Chiuso in Redazione nel mese di aprile 2023

RESPIRONews



HOME PREVENZIONE ALIMENTAZIONE AMBIENTE SPORT RICERCA LA VOCE DEI PAZIENTI EDITORIALE L'ABBONAMENTO

Tumore al seno, dopo 5 anni sopravvive l'87%

Prevenzione 04 Aprile 2023 Visite: 57



Il tumore al seno rappresenta la forma più diagnosticata nelle donne e il numero di nuove diagnosi è destinato ad aumentare ma aumenta la sopravvivenza



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

Cambiamenti climatici,
le conseguenze sulla salute | *C. Finotti*

Gli articoli

09

L'inquinamento scatena le crisi
asmatiche in età pediatrica | *C. Micheletto*

Dall'arte alla scienza, a Milano la conferenza dell'Associazione
Europea per la Gestione delle Ferite | *S. Probst, L. Stefanon*

EWMA 2023, le novità nella cura
di ferite, piaghe e ulcere della cute | *B. Paggi*

IL SSN sta subendo un ulteriore cambiamento? | *S. D'Antonio*

Empatia: comportamento prosociale e influenza di genere | *A. Serafini*

Allevamento intensivo: quale salute
per l'ambiente e per l'uomo? | *E. Rigonat*

A proposito della depressione nei giovani | *G. D'Amato*

Necessario un percorso di cura omogeneo
per il tumore al seno metastatico | *C. Finotti*

Malattie rare

29

Cattivo fino al midollo: il linfoma,
conoscerlo e combatterlo | *A. Paradiso, N. Ardu*

La voce dei pazienti

32

BPCO: riconoscerla è il primo
passo per stare meglio | *S. D'Antonio*

AMMP ODV presente alla 26^a
Granfondo Via del Sale di Cervia

Case LIFC, un respiro in più
per chi attende una nuova vita | *G. Relucenti*

Un nuovo progetto per favorire la comunicazione
fra medico e paziente | *S. Barbaglia*

Per una presa in carico globale
delle malattie neuromuscolari | *A. Piva*

La riabilitazione respiratoria
nei pazienti affetti da IPF | *M.G. Iovan*

4^a edizione del Premio #MAISOLI



AISLEC APS

ASSOCIAZIONE
INFERMIERISTICA
PER LO STUDIO DELLE
LESIONI CUTANEE

Società scientifica italiana
a carattere interdisciplinare

CORSO BASE IPNOSI E COMUNICAZIONE IPNOTICA

**INNOVATIVO
PERCORSO FORMATIVO
ECM BLENDED**

26 Aprile - 28 Maggio 2023

CENTRO DI
FORMAZIONE
AVANZATA E
SIMULAZIONE

CeFAS

**INFORMAZIONI E
ISCRIZIONE SU**

www.sintexservizi.it



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



Cambiamenti climatici, le conseguenze sulla salute

Chiara Finotti



Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, fra il 2030 e il 2050, i cambiamenti climatici provocheranno circa 250mila morti in più all'anno a causa di malnutrizione, malaria, diarrea e stress da caldo.

La prestigiosa rivista scientifica *Lancet* pubblica ogni anno un supplemento costituito da contributi internazionali che monitora gli effetti del cambiamento climatico sullo stato di salute delle persone.

Dal report 2022 emerge chiaramente il rischio di una maggiore frequenza di ondate di calore e di eventi meteorologici estremi come incendi, inondazioni, siccità e un'umentata diffusione delle malattie infettive.

Come sappiamo i cambiamenti climatici stanno determinando un consistente aumento delle temperature medie e un conseguente au-

mento dell'intensità e della durata delle ondate di calore con gravi ripercussioni sulla salute. Il pericolo più tangibile è il colpo di calore che, in persone particolarmente vulnerabili, può portare anche alla morte.

Inoltre, l'aumento di temperatura limita la possibilità di fare esercizio fisico e può quindi favorire la sedentarietà e l'obesità a essa correlata. Può inoltre compromettere la produttività e la sicurezza di chi, lavorando all'esterno, è esposto alle alte temperature.

La siccità e il calore estremo favoriscono l'innescarsi degli incendi. Il documento del *Lancet* ricorda che, in Australia, fra il 2019 e il 2020, una serie di incendi boschivi senza precedenti ha causato 1.300 accessi al pronto soccorso per asma e oltre duemila ricoveri per problematiche respiratorie.

Le temperature elevate favoriscono inoltre la sopravvivenza nelle acque del *Vibrio Cholerae*, il batterio responsabile del colera perché contribuiscono a mantenere un serbatoio ambientale utile per la sua diffusione e lo sviluppo di conseguenti epidemie. Le stesse condi-



Vicedirettore di Respiro



► zioni favorevoli riguardano i batteri che causano le gastroenteriti che grazie all'aumento della temperatura delle acque, trovano *habitat* sempre più numerosi in cui svilupparsi. La diffusione delle malattie infettive si collega poi a un'altra problematica, sempre legata al cambiamento climatico, ovvero la malnutrizione perché queste patologie causano forti episodi di diarrea che possono compromettere l'assorbimento dei nutrienti.

È stato pubblicato nelle scorse settimane il sesto *Rapporto di Valutazione sui Cambiamenti Climatici* del *The Intergovernmental Panel on Climate Change* (IPCC) che cerca di mettere in evidenza alcune potenziali vie d'uscita rispetto al complesso e drammatico scenario fin qui descritto. Il documento si focalizza su alcune opzioni che possono in qualche modo ridurre le emissioni di gas serra e consentire una sorta di adattamento ai cambiamenti climatici causati dall'intervento dell'uomo.

Nel 2018, lo stesso organismo aveva sottolineato la

necessità di contenere il riscaldamento entro 1,5°C. Nel 2023 questo obiettivo è diventato ancora più importante a causa del continuo aumento delle emissioni di gas serra. Le azioni finora intraprese risultano insufficienti ad affrontare i cambiamenti climatici. Il mondo si riscalda in risposta all'accumulo di anidride carbonica e di altri gas serra nell'atmosfera. Inquinamento atmosferico e cambiamenti climatici sono due facce della stessa medaglia che si autoalimentano.

“Il rapporto non potrebbe essere più chiaro: è arrivato il momento di intraprendere azioni coraggiose che affrontino direttamente la crisi climatica in modo efficace”, aggiunge Tzepeorah Berman, presidente dell'Iniziativa per il Trattato di non proliferazione dei combustibili fossili e direttore del programma internazionale di *Stand.earth*. “Carbone, petrolio e gas continuano ad alimentare la catastrofe climatica, causando devastazioni diffuse in regioni vulnerabili come il Pacifico, dove gli eventi meteorologici estremi si ve-

rificano regolarmente e diventeranno ancora più frequenti.”

Intanto, in Italia, la Federazione Italiana della Pneumologia insieme alle società scientifiche che si occupano di malattie dell'apparato respiratorio, l'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society (AIPO-ITS) e la Società Italiana di Pneumologia – Italian Respiratory Society (SIP/IRS) fa sentire la sua voce e, insieme a Legambiente hanno realizzato un progetto di piantumazione di 300 alberi. I primi 150 sono stati piantati lo scorso novembre nel Comune di Nicolosi (CT), più esattamente nell'area denominata Etna - Monti Rossi e altri 150 sono stati messi a dimora presso la pineta del Parco San Francesco di Bari dove, dal 9 all'11 giugno si terrà il Congresso Nazionale della Pneumologia Italiana. Gli obiettivi del progetto sono molteplici. Da un lato sensibilizzare l'opinione pubblica circa l'importanza della salute dell'ambiente in cui viviamo, dall'altro riqualificare le aree urbane promuovendo la messa a dimora di alberi che sappiamo essere in grado di catturare l'anidride carbonica presente nell'aria e di produrre ossigeno. A chiusura del Congresso Nazionale della Pneumologia Italiana, il giorno 11 giugno si terrà un *talk show* aperto alla cittadinanza sugli impatti dell'inquinamento atmosferico e dei cambiamenti climatici sulla salute delle persone. ■

chiara.finotti@sintexservizi.it

L'inquinamento scatena le crisi asmatiche in età pediatrica

Claudio Micheletto



Le infezioni respiratorie virali sono la causa più comune di attacchi di asma, ma anche altri fattori, come gli inquinanti atmosferici, sono associati al peggioramento dei sintomi. Un recente studio, pubblicato sulla rivista *Lancet Planetary Health*, ha evidenziato che livelli più elevati di inquinamento atmosferico, in particolare concentrazioni di ozono e fine particolato, sono associati ad attacchi di asma e a un declino della funzionalità polmonare nei bambini che vivono nei centri urbani.

Nella loro pubblicazione i ricercatori hanno confermato che elevate concentrazioni di ozono e particolato fine sono state associate all'attivazione di infiammazione nelle vie aeree, che determina un aumento del rischio di attacchi

Direttore Responsabile di Respiro



di asma nei bambini che vivono nelle aree urbane. L'asma è una malattia caratterizzata da infiammazione cronica delle vie aeree, che gli inquinanti possono ulteriormente amplificare. La ricerca è stata condotta da una ricercatrice italiana, Antonella Zanobetti, laureata a Firenze ma che attualmente lavora nella prestigiosa Università Harvard di Boston negli Stati Uniti.

“Penso che questo documento sia molto importante perché siamo stati in grado non solo di esaminare le crisi asmatiche, ma anche di confermare l'assenza di virus respiratori”, ha affermato la

dottorssa Antonella Zanobetti, ricercatrice di salute ambientale presso Harvard TH Chan School of Public Health di Boston.

“I risultati dimostrano un'associazione tra l'inquinamento atmosferico e le esacerbazioni dell'asma che si verificano in assenza di un virus respiratorio. Pertanto, l'inquinamento atmosferico in questo studio è stato un fattore scatenante delle esacerbazioni, con precisi meccanismi biologici”, ha concluso la dottorssa Zanobetti. Lo studio presenta dei dati originali rispetto ai precedenti perché ha analizzato la ►►

► relazione tra l'inquinamento atmosferico e le riacutizzazioni dell'asma indipendentemente dal fatto che questi eventi si siano verificati durante le infezioni virali.

Le infezioni virali sono molto comuni nei bambini e generalmente gli eventi asmatici più gravi sono associati a infezioni del tratto respiratorio superiore o a raffreddori, ma in questa casistica la presenza dei virus è stata esclusa con specifici accertamenti. I ricercatori hanno infatti utilizzato i campioni nasali per determinare se la malattia respiratoria fosse causata da un'infezione virale o da fattori non virali. Hanno anche classificato ulteriormente i partecipanti sulla base del fatto che avessero o meno avuto un'esacerbazione dell'asma durante il periodo di osservazione. Sono poi stati utilizzati i dati sull'indice di qualità dell'aria e sulle

concentrazioni dei singoli inquinanti raccolti dall'Environmental Protection Agency (EPA) per ciascuna area geografica inclusa nello studio. Questi dati sull'inquinamento atmosferico sono stati abbinati alla posizione e alla data della malattia di ciascun partecipante. I ricercatori hanno riscontrato che i valori dell'indice di qualità dell'aria erano più alti nove giorni prima dell'insorgenza dei sintomi nei partecipanti con una riacutizzazione dell'asma non virale rispetto a quelli con una riacutizzazione dell'asma virale. Inoltre, i valori dell'indice di qualità dell'aria erano correlati negativamente con la funzione polmonare nei partecipanti con esacerbazioni asmatiche non virali.

Un'associazione simile tra indice di qualità dell'aria e riacutizzazioni di asma non virale è stata osservata anche

utilizzando i dati di un ulteriore studio che ha coinvolto 419 persone di età compresa tra 6 e 20 anni residenti in famiglie a basso reddito in otto grandi città degli Stati Uniti. I dati di entrambi gli studi hanno mostrato che le concentrazioni di ozono e particolato fine ($PM_{2.5}$) erano più elevate durante gli episodi di esacerbazione dell'asma non virale. Inoltre, le concentrazioni di ozono erano associate a un declino della funzione polmonare. Nel periodo di osservazione, i valori dell'indice di qualità dell'aria e le concentrazioni di ozono non hanno superato gli standard nazionali di qualità dell'aria. Solo in alcuni casi le concentrazioni di particolato fine hanno superato i valori ambientali standard. Gli autori dello studio hanno affermato che ciò potrebbe suggerire che anche l'esposizione a bas- ►►



► si livelli di inquinanti atmosferici per più giorni potrebbe essere sufficiente a causare un attacco d'asma.

I ricercatori hanno quindi esaminato le differenze nell'espressione genica utilizzando dei campioni nasali. L'indice di qualità dell'aria è stato associato a modelli di espressione genica comuni nelle riacutizzazioni di asma sia virali che non virali, suggerendo la presenza di percorsi fondamentali che sono alla base degli attacchi di asma. Inoltre, i valori dell'indice di qualità dell'aria erano associati a cambiamenti nel profilo di espressione genica che erano specifici delle riacutizzazioni asmatiche non virali.

A livello di singoli inquinanti atmosferici, i livelli di particolato fine erano specificamente correlati con un aumento dell'espressione di geni associati a un'eccessiva secrezione di muco e citochine pro-infiammatorie, una classe di proteine che trasmettono il segnale, nelle esacerbazioni dell'asma non virale. Le concentrazioni di particolato fine erano, inoltre, correlate con l'espressione delle callicreine tissutali, un gruppo di enzimi coinvolti nell'infiammazione asmatica. Le cellule epiteliali formano il rivestimento della maggior parte delle vie respiratorie e proteggono da agenti infettivi inalati, allergeni e irritanti che possono danneggiare il sistema respiratorio. I livelli di particolato fine sono stati anche associati all'espressione di geni coinvolti nella funzione di barriera delle cellule epiteliali.



Negli individui con esacerbazioni asmatiche non virali, la concentrazione di ozono era correlata con i geni associati all'infiammazione di tipo 2, caratterizzata dalla presenza di eosinofili, un tipo di risposta infiammatoria tipicamente osservata nell'asma.

I ricercatori hanno affermato che i percorsi molecolari coinvolti nell'esacerbazione dell'asma associati a specifici inquinanti atmosferici potrebbero spiegare la maggiore prevalenza e morbilità dell'asma nei bambini che vivono nei centri urbani. L'identificazione di percorsi specifici per le riacutizzazioni dell'asma causate da livelli più elevati di inquinanti atmosferici potrebbe anche aiutare a ideare interventi mirati a ridurre l'infiammazione che si verifica dopo l'esposizione a inquinanti. Inoltre, i dispositivi personali che aiutano a monitorare i livelli di qualità dell'aria e l'uso di filtri dell'aria durante alti livelli di inquinamento atmo-

sferico potrebbero aiutare a ridurre il rischio di esacerbazioni dell'asma associate all'inquinamento. La dottoressa Zanobetti ha infine osservato che "lo studio ha avuto un numero basso di soggetti e ha utilizzato i dati dell'inquinamento atmosferico verificati dai *monitor*. Inoltre, hanno esaminato l'inquinamento atmosferico nei giorni immediatamente precedenti l'evento, il che significa concentrarsi sugli effetti acuti e non su quelli cronici. Pertanto, sono necessari più studi, con più dati e una migliore risoluzione dell'inquinamento atmosferico globale". È importante sottolineare che questi dati si aggiungono al crescente numero di evidenze, che sostengono la necessità di ridurre l'inquinamento dell'aria esterna per meglio controllare le malattie respiratorie e l'asma nei bambini che vivono nelle aree urbane. ■

claudio.micheletto@univr.it

Dall'arte alla scienza, a Milano la conferenza dell'Associazione Europea per la Gestione delle Ferite

Sebastian Probst¹
Laura Stefanon²



Si terrà a Milano dal 3 al 5 maggio prossimi la 33^a edizione della conferenza dell'European Wound Management Association (EWMA), una privilegiata occasione di confronto e aggiornamento per chi si occupa di cura delle lesioni. L'evento è organizzato in sinergia con l'Associazione Infermieristica per lo Studio delle Ferite Cutanee (AISLeC) e in collaborazione con l'Associazione Italiana Ulcere Cutanee (AIUC). L'associazione europea per la gestione delle ferite intende sostenere lo sviluppo di un approccio multidisciplinare a questo tema in una modalità che sia economicamente vantaggiosa e, nel contempo, in grado di raggiungere gli obiettivi qualitativi. Il titolo della conferenza di quest'anno è "Wound care – from art to science" ispira-



to alla figura di Leonardo da Vinci che, con il suo genio, non ha creato solo opere d'ar-

te ma ha saputo partire dalla scienza per comprendere e descrivere i fenomeni natura- ➤



¹ Presidente EWMA

² Presidente AISLeC

► li osservati nel mondo che lo circondava.

Un tempo la cura delle ferite era più un'arte che una scienza ma, grazie ai contributi provenienti da differenti discipline, la guarigione delle ferite è oggi solidamente basata sulla scienza e sulle evidenze cliniche. Crediamo fermamente in una visione olistica del paziente. Significa non focalizzare l'attenzione solo sulla ferita specifica che richiede cura ma cercare di osservare e comprendere lo stato di salute generale del nostro assistito. Un approccio di questo tipo richiede competenze differenti dalla medicina pura, alla fisiologia, la psicologia, l'ingegneria e l'assistenza dei pazienti.

I congressisti troveranno uno stimolante programma scientifico, ricco di temi rilevanti per la comunità scientifica con una ripresa degli



argomenti maggiormente apprezzati e condivisi nelle edizioni precedenti del congresso EWMA. Sono previsti numerosi *workshop* e momenti di incontro con le aziende specializzate del settore. Ci saranno 11 sessioni parallele, in lingua inglese e in italiano, con possibilità di traduzione dall'inglese all'italiano e dall'italiano all'inglese.

Si parlerà di intelligenza artificiale, telemedicina, progresso dell'istruzione e della ricerca in relazione all'epidemiologia, alla diagnosi, prevenzione e gestione delle ferite.

Oltre alle sessioni in lingua inglese sono previste sessioni in lingua italiana focalizzate su temi quali la medicina rigenerativa, la cura del piede diabetico, la resistenza antimicrobica, la diagnostica e i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA).

Il giorno 4 maggio gli studenti di scienze infermieristiche e medicina avranno la possibilità di accedere gratuitamente al congresso e di seguire un programma scientifico disegnato in maniera sartoriale sulla base delle loro esigenze formative.

La conferenza è aperta a tutti gli operatori sanitari e del settore che si occupano di prevenzione, gestione e trattamento delle ferite. ■

sebastian.probst@hesge.ch
laura.stefanon@aislec.it



EWMA 2023, le novità nella cura di ferite, piaghe e ulcere della cute

Battistino Paggi



Quello che ci apprestiamo a vivere sarà un momento scientifico di elevato spessore culturale.

Mi riferisco all'appuntamento itinerante organizzato dall'European Wound Management Association (EWMA) che, ogni anno, offre la possibilità di un confronto fra gli addetti ai lavori e che quest'anno si terrà presso il Mico Convention Centre dal 3 al 5 maggio prossimi. Un evento che richiamerà nella capitale meneghina tutti i professionisti sanitari che, a diverso livello, si occupano della presa in carico del paziente portatore di ferite, piaghe e ulcere della cute.

Il congresso che quest'anno si propone, nella mente degli organizzatori, di favori-

re una riflessione fra il concetto di arte e quello di scienza. L'arte medica e sanitaria in genere ha visto nel tempo una trasformazione dall'azione manuale del cerusico (termine che per molti secoli ha contraddistinto il chirurgo ovvero colui che con le mani si adoperava per lenire problemi legati alle ferite, alle patologie, ai parti) all'azione arricchita dalle conoscenze e dalla tecnologia che

oggi ci permettono di parlare di scienza.

Simbolo dell'evento è l'Uomo Vitruviano di Leonardo. Un uomo che è soggetto alle regole e alle misure che guidano l'universo e, al tempo stesso, ne diventa attraverso il proprio operato, il suo specchio.

Evento congressuale dunque che vuole essere specchio del sapere e dell'operato nel complesso mondo della ►►



► cura della ferita. Esibizione di quanto tecnologicamente oggi abbiamo a disposizione per la diagnosi, cura e riabilitazione attraverso sessioni coordinate, sessioni *focus*, sessioni chiave e comunicazioni. Si tratta di un evento che offre un ventaglio di circa 200 opportunità formative. Non mancherà la possibilità del confronto fra i professionisti nei corridoi dell'area espositiva, dove andare ad approfondire le conoscenze in merito ai progressi che la tecnologia ha applicato ai dispositivi di cura.

Gli argomenti abbracciano a 360 gradi il mondo del *wound management* con un percorso dedicato agli studenti della laurea in Scienze Infermieristiche, in Medicina, con un dialogo fra i responsabili della formazione universitaria, con lo scambio di opinioni fra le società scientifiche di settore nazionale e internazionale. Molti i relatori di levatura internazionale e molti i lavori nazionali proposti alla comunità scientifica come elementi per un confronto aperto al continuo e costante aggiornamento culturale e clinico.

Già da più parti è apparsa la sottolineatura di come questo evento abbia raggiunto dei primati, primo fra tutti quello del numero di *abstract* pervenuti. Mai in altre edizioni del congresso di EWMA, giunto alla sua trentatreesima, aveva visto riservata una attenzione così elevata e proprio per questo ampio spazio sarà dedicato agli attori della clinica di



tutti i giorni con sessioni di comunicazioni orali, poster elettronici e poster cartacei. Tutti potranno dare un contributo alla realizzazione dell'evento, nessuno escluso.

Le attività congressuali sono costruite intorno a una fitta rete di sessioni che alternandosi nelle diverse sale della sede congressuale lasceranno spazio a temi come quello del paziente diabetico e le sue complicanze, quello delle nuove tecnologie applicate alla cura delle ferite, il percorso della diagnostica, dalla clinica applicata al *debridement*, alle ulcere vascolari, atipiche e neoplastiche.

Come sempre il congresso di EWMA lascerà ai parte-

cipanti numerosi spunti sui quali riflettere e interrogarsi. Lascia anche ogni anno documenti ricchi degli approfondimenti tematici utili alla pratica quotidiana. Anche quest'anno saranno disponibili il documento su "Nuove Tecnologie per la Sostituzione dei Tessuti", quello sulla "Diagnosi dell'Ulcera della Gamba e Principi di Trattamento" e ancora quello sulla "Gestione Olistica del Dolore Correlato alla Ferita".

Insomma, un'occasione da non perdere per chi si occupa della cura delle ferite. ■

battpaggi@gmail.com

IL SSN sta subendo un ulteriore cambiamento?

Salvatore D'Antonio



Il 23 dicembre 1978 la legge 833 riformò l'Assistenza Sanitaria in Italia sancendo il diritto alla salute per tutti i cittadini, ponendo fine alla gestione delle varie mutue che, oltre a non aver garantito assistenza a tutti gli italiani, si era dimostrata fallimentare.

Questa legge, nell'intento di assicurare prevenzione, diagnosi e terapia, creava un sistema che assicurava servizi sanitari su tutto il territorio in maniera equa, mettendo al centro dell'attenzione la salute di tutta la popolazione, considerandola non soltanto come bene individuale, ma soprattutto come risorsa della comunità. Nascono le USL che devono assicurare universalità, uguaglianza, equità, in attuazione dell'art. 32 della Costituzione, che recita: "La

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



Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Il SSN promuove quindi una organizzazione capil-

lare sul territorio nazionale i cui servizi sono erogati dalle Unità Sanitarie Locali, dalle Aziende ospedaliere e da strutture private convenzionate con il SSN per assicurare il mantenimento e il recupero dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) alla popolazione.

Seguono anni complessi d'instabilità sociale e politica, unitamente all'impossibilità di combinare una domanda ►►

► sanitaria potenzialmente infinita, con una disponibilità di risorse che diventa negli anni sempre più limitata da vincoli finanziari causati da contingenze di politica economica nazionale.

Voglio anche segnalare che negli anni 80 assistevamo a una rivoluzione tecnologica della medicina, non so quanti ricordino procedure come la radiografia dell'apparato digerente con pasto baritato, la stratigrafia del torace, la broncografia, il fonocardiogramma, la colecistografia di base e dopo l'assunzione di due tuorli di uova, procedure dai costi contenuti a volte poco tollerate, ma che vennero drasticamente sostituite dalle scoperte della TC, della Risonanza Magnetica (RM), dell'Endoscopia, dell'Ecografia, esami di laboratori sempre più sofisticati e dispendiosi. La spesa sanitaria lievitava non solo per l'acquisto di queste costose apparecchiature, ma anche per la loro manutenzione e il semplice costo di materiale di consumo. Sempre in quegli anni ricordo l'immissione nella farmacopea di nuovi farmaci dagli effetti miracolosi, come la cimetidina e quindi la ranitidina, che riuscirono sì ad abbattere le spese di chirurgia addominale, ma che ne determinarono un uso indiscriminato "preventivo" e ingiustificato che ancora oggi è oggetto di monitoraggio e limitazione. A questo si deve aggiungere che sempre in quel periodo assistevamo a una maggiore sensibilità e attenzione, per il

proprio stato di salute, di una fascia di popolazione sempre più anziana, con richieste frequenti di ricoveri per "accertamenti", di autorizzazioni a eseguire accertamenti con TC e RM che avevano solo una funzione di *check up*.

Non era possibile continuare a "dare tutto a tutti".

Nel 1992 la legge 502 del 30 dicembre introduce nuovi criteri che non mettono più al centro dell'attenzione la salute della popolazione, ma la sostenibilità della spesa sanitaria introducendo nuovi concetti nella gestione della rete assistenziale. Si convertono gli enti ospedalieri in Aziende ospedaliere con personalità giuridica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Si introduce quindi il principio di aziendalizzazione, di orientamento di mercato, si creano i dipartimenti, distribuendo la responsabilità alle Regioni che possono elaborare proposte con riferimento alle esigenze del singolo territorio. Le USL si trasformano in ASL, si crea la figura del Direttore Generale coadiuvato da Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo. Entra "ufficialmente" la po-

litica nella nuova organizzazione, dato che il Direttore Generale viene nominato dal Presidente della Giunta Regionale, e deve assicurare una corretta gestione economica-amministrativa individuando livelli uniformi di assistenza per tutti i cittadini. Si prevede la creazione di un sistema sanitario parallelo alternativo al SSN garantito da assicurazioni volontarie.

Assistiamo a una fase di burocratizzazione che non persegue una logica di sistema in grado di creare coesione sociale, sviluppo innovativo, senso d'appartenenza e d'identità. La salute viene vista come un costo da gestire in senso manageriale, con l'imprescindibile obiettivo del pareggio di bilancio e viene meno una visione complessiva del SSN. In questa prospettiva si è persa di vista l'importanza della gestione della salute sul territorio, vista più come un appesantimento della struttura sociale, che come l'opportunità di sviluppo di un nuovo paradigma assistenziale e di società.

Nel 1999 con il D.lgs. 299, definito anche Riforma *ter*, vengono adottati correttivi per l'eccessiva aziendalizzazione introdotta in precedenti ►►



► za. Si ribadiscono i principi d'equità nell'accesso ai servizi e livelli di qualità di cura per assicurare ai cittadini livelli essenziali e uniformi d'assistenza in tutto il territorio nazionale, che devono essere assicurati dalle Regioni, ma ponendo particolare attenzione nell'impiego delle risorse economiche. La legge 229 del giugno 1999 riforma *ter*, legge Bindi, accentua la necessità di sostenibilità finanziaria ribadendo l'autonomia delle Regioni cui spetta la responsabilità di gestire e organizzare l'offerta di servizi cura e riabilitazione. Lo scopo è quello di sottolineare la necessità di ricercare l'appropriatezza, l'economicità, l'evidenza scientifica nella scelta e uso delle risorse, in modo da non garantire prestazioni inefficaci secondo i criteri dell'*evidence based medicine*, o che non rispondano a necessità assistenziali quando esistano trattamenti più economici a parità di risultati.

All'interno di questa terza riforma ritorna un tema centrale della precedente 833, che aveva rappresentato un elemento innovativo e di modernità del concetto di salute, cioè la creazione di una rete territoriale di assistenza, ma che di fatto non aveva avuto, nel corso degli anni, una reale attuazione e che a tutt'oggi risulta ancora una teorica soluzione.

Nel 2023 siamo forse giunti a un ulteriore tentativo di modifica di questa travagliata esistenza del nostro Sistema Assistenziale con la recente approvazione del re-



gionalismo differenziato, che dovrebbe permettere di gestire in maniera autonoma la sanità, ma anche l'istruzione, il lavoro, l'ambiente, l'energia, le reti di trasporto e di comunicazione, il commercio con l'estero. Si potrebbe verificare una balcanizzazione delle normative sui contratti, sul sistema tariffario e di riscossione, sui *ticket*, sulla gestione dei farmaci.

Il timore è che le differenti realtà economiche possano drenare maggiori risorse alle macroaree più evolute economicamente, con la possibilità quindi di attuare politiche sanitarie che potrebbero rendere ulteriormente evidenti divari socio economici che già la semplice regionalizzazione attuale ha reso tangibili. La recente pandemia dovrebbe farci riflettere sull'importanza di una gestione centralizzata, statale della sanità di un Paese, mentre un suo frazionamento assicurerebbe solo apparentemente una uniforme ed equa assistenza, come sempre ribadito fino a oggi dalle precedenti leggi, ma non sarebbero più garantiti l'universalismo e l'eguaglianza dei cittadini italiani.

Infine ricordo che la popolazione di anziani in Italia au-

menterà drammaticamente nei prossimi 40-60 anni per raggiungere il picco fra il 2060 e il 2080, per arrivare poi a un riequilibrio demografico. È inevitabile che aumenteranno le cronicità, le conseguenze invalidanti di patologie stabilizzate che si dovranno avvalere di un sistema d'intervento territoriale ben strutturato. Non ci sarà bisogno di altri ospedali, ma di soluzioni abitative, semiresidenziali e residenziali, come già evidenziato dalla recente pandemia, che senza un supporto territoriale, ha visto in grande affanno anche le grandi strutture ospedaliere. Già nel 2015 l'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) aveva segnalato al Ministero della Salute il fatto che l'Italia non avesse un vero e proprio sistema di *Long Term Care* (LTC), ma un insieme eterogeneo, mal distribuito e poco efficace di servizi, sussidi e previdenze economiche prive di una visione e di un governo d'insieme, gestito a livello nazionale. ■

skip50@libero.it

Empatia: comportamento prosociale e influenza di genere

Antonella Serafini



L'empatia (dal greco *em-patéia*, a sua volta composta da *en*, "dentro", e *pathos*, "sofferenza o sentimento") è la capacità di comprendere e condividere gli stati interni o emozioni degli altri ed è fondamentale per la nostra vita emotiva e sociale.

Implica una componente affettiva, cioè l'esperienza soggettiva delle emozioni degli altri, e una componente cognitiva, cioè la capacità di capire le motivazioni degli altri. In sintesi, il "sentire" le sensazioni della persona che abbiamo di fronte.

Nell'ambito della psicologia il termine è utilizzato per indicare il modo attraverso cui percepiamo gli altri individui. In psicoanalisi indica sia una posizione di ascolto, che un tipo di risposta da parte dell'analista. Nel linguaggio

comune indica la capacità di "stare nei panni dell'altro", di immedesimarsi, di partecipare alle vicende dei propri simili. Siamo, secondo Aristotele, animali sociali, tanto che la privazione a lungo termine di stimoli sociali può provocare danni psicologici e cerebrali. Al contrario della "mentalizzazione", capacità di una persona di rappresentarsi cognitivamente gli stati mentali altrui, compresi i loro stati affettivi, senza necessariamente diventare emotivamente coinvolti, il termine "empatia" denota invece la capacità di condividere i sentimenti degli altri. L'empatia è comunque un fenomeno complesso che include una serie di processi funzionali, tra cui il riconoscimento delle emozioni, il contagio emotivo (tendenza a simulare automaticamente le espressioni del viso, vocalizzazioni, po-

sture e movimenti di un'altra persona e, di conseguenza, di sincronizzarsi emotivamente con essa) e l'innescio delle emozioni. Le scoperte nell'ambito delle neuroscienze da parte del gruppo di ricercatori di Parma guidati da Giacomo Rizzolatti hanno portato all'individuazione di un gruppo particolare di neuroni chiamati "neuroni specchio" che forniscono un substrato neurologico ai processi empatici e di identificazione. Altrettanto il gruppo di ricerca guidato da Marco Iacoboni presso l'Università di Los Angeles ha cercato di focalizzare il ruolo che i neuroni specchio rivestono nei processi emotivi e nella comprensione delle emozioni altrui. L'empatia permette la comprensione dell'altro attraverso la percezione delle sue emozioni e dei suoi vissuti. In uno studio sperimentale condotto ►►

► alla New York University da Martin L. Hoffman, venne osservato che un bimbo di solo un anno, alla vista di un altro bambino che piange, porta la propria madre dal bambino in lacrime perché lo accudisca. Cioè “sente come l’altro”. Dal punto di vista della biologia evolutiva e dello sviluppo, gli scopi dell’empatia, sia negli esseri umani che negli animali non umani, possono essere ampiamente suddivisi in due categorie: promuovere il comportamento prosociale e cooperativo e comprendere o prevedere il comportamento degli altri. Esistono differenze di genere nell’empatia? In caso di risposta affermativa, quanto sono profonde tali differenze? Quale riflesso nell’arte della cura? Il genere risulta avere un effetto altamente selettivo sugli aspetti correlabili all’empatia, in modo particolare nelle donne. Quali componenti dell’empatia emergono per prime durante l’ontogenesi e quale specifica funzione è svolta durante lo sviluppo da ciascuna componente? In che misura e in che modo l’empatia è modulata e controllata dalle funzioni cognitive superiori?

Revisioni delle neuroscienze cognitive hanno suggerito che la relazione tra le componenti principali dell’empatia, allo stato attuale, rimane poco chiara. Le femmine in media superano i maschi nell’empatia e si pensa che sia coinvolto l’ormone sessuale testosterone, maggiormente presente nel maschio, influenzandone aspetto e comportamento compresi gli effetti sulla men-



Littleprince

te diminuendo l’abilità empatica. In un’ottica di genere le femmine sono ritratte come più premurose ed empatiche, mentre i maschi sono descritti come meno emotivi e più cognitivi. Alcuni autori suggeriscono che le differenze di genere osservate potrebbero essere in gran parte dovute alle aspettative culturali sui ruoli di genere. Nei processi alla base dell’empatia le differenze di genere possono emergere pertanto all’inizio dello sviluppo, come evidente ad es. negli studi sul comportamento relativo al gioco: alcuni hanno valutato il modo in cui gli individui manipolano oggetti, come le bambole, che tradizionalmente vengono maneggiati in modo diverso da bambini e bambine. Negli scimpanzé si è osservato che le femmine giovani hanno maggiori probabilità rispetto ai maschi di portare rami come se fossero neonati (cioè cullando bastoncini tra le braccia), mentre i maschi hanno maggiori probabilità di usarli per colpirsi a vicenda. Gli studi su animali non umani e su popolazioni uma-

ne più giovani (neonati/bambini) offrono inoltre prove convergenti che le differenze di sesso nell’empatia hanno radici filogenetiche e ontogenetiche e non sono semplicemente sottoprodotti culturali guidati dalla socializzazione. Combinando la risonanza magnetica funzionale cerebrale (fMRI) durante l’esecuzione di un determinato stimolo (*task*) (*Task*-fMRI) e in stato di riposo (*resting-state* fMRI o *rs*-fMRI), sono stati studiati gli effetti procurati sull’attività cerebrale degli adulti dalle espressioni dei volti di bambini. Reclutati due gruppi di 26 donne e 25 uomini per partecipare allo studio, i soggetti sono stati esposti a immagini di volti infantili (con espressioni di felicità, neutralità e tristezza) in modo casuale. L’attività cerebrale delle donne e degli uomini all’esposizione ai volti dei bambini risultava differente, in particolare le aree deputate all’elaborazione facciale, all’attenzione e alle reti empatiche. La fMRI ha inoltre dimostrato che le attivazioni cerebrali nel- ►►

► le regioni correlate alle reti emotive sono state associate alle capacità empatiche delle donne. È importante affrontare il tema empatia in ambito sanitario perché è il cuore dell'arte della cura del paziente. L'empatia è stata descritta come la qualità personale più frequentemente citata del medico umanistico e un importante elemento di professionalità in medicina. Coltivare l'empatia è considerato uno tra gli obiettivi cardine della formazione medica, perché è un processo che implica una comprensione delle esperienze, delle preoccupazioni, del dolore e della sofferenza del paziente, combinati con la capacità di comunicare questa comprensione e l'intenzione di aiutare. Le risposte empatiche non sono statiche ma possono essere modulate dalle caratteristiche della persona.

L'influenza del sesso-genero del sanitario sulla sua *performance* è un argomento ancora largamente misconosciuto e inesplorato, in particolare modo per quanto concerne la gestione degli aspetti comunicativi, ed è un aspetto che sarà sicuramente oggetto

di ulteriori indagini, inclusa l'identificazione di biomarcatori. A fronte di quanto a oggi l'evidenza indica, si può allenare l'empatia? L'empatia è un'abilità cognitiva, al pari dell'attenzione e della memoria e come tale può essere allenata e rafforzata. Dal momento che l'empatia getta le sue basi sin dall'infanzia, è bene allenare quest'abilità sin dai primi anni di vita.

Un'empatia accurata ed efficace richiede formazione, esperienza, supervisione in quanto il tutto può influenzare negativamente le interazioni tra il sanitario stesso e il paziente. È necessaria una formazione adeguata a fornire gli strumenti adatti per comunicare con i pazienti per una nuova classe di sanitari che mettano al centro non solo le proprie competenze diagnostiche e terapeutiche ma anche quelle legate alla capacità di ascolto e comprensione e che siano in grado di stabilire una relazione umana profonda con le persone che hanno in cura. Per Carl Rogers, padre della terapia centrata sul paziente e del movimento della psicologia umanistica, l'empatia consi-

ste nel "comprendere i sentimenti dell'altro come se fossero i nostri". ■

antonella.serafini123@gmail.com

Bibliografia di riferimento

- BERNHARDT BC, SINGER T. *The neural basis of empathy*. *Annu Rev Neurosci* 2012;35:1-23. doi: 10.1146/annurev-neuro-062111-150536.
- CHRISTOV MOORE L, SIMPSON EA, COUDÉ G. *Empathy: gender effects in brain and behavior*. *Neurosci Biobehav Rev* 2014;46 Pt 4:604-27. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.09.001.
- SILANI G. *Emozioni sociali. Le basi neurofisiologiche dell'empatia e del comportamento di aiuto*. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia* Vol. 4 (2013), n. 3, pp. 296-304 ISSN 2039-4667; E-ISSN 2239-2629 doi: 10.4453/rifp.2013.0031
- VAN HONK J, SCHUTTER DJ, BOS PA. *Testosterone administration impairs cognitive empathy in women depending on second-to-fourth digit ratio*. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2011;108:3448-52.
- ZHANG K, DU X, LIU X. *Gender differences in brain response to infant emotional faces*. *BMC Neurosci* 2022;23:79. doi: 10.1186/s12868-022-00761-5

LA TUA SALUTE È IMPORTANTE
NON PERDERE TEMPO

vai su **www.pazienti.it**

Prenota un videoconsulto



Trova lo specialista più vicino a te

Invia una domanda di salute

Leggi tutte le info che cerchi

*Il servizio di videoconsulto offerto da Pazienti.it è un servizio sanitario informativo. Le informazioni contenute nei contenuti di approfondimento informativo pubblicati su questo sito non hanno scopo di diagnosi, per questo il tuo apporto da gestire di salute, del tuo medico.

Allevamento intensivo: quale salute per l'ambiente e per l'uomo?

Eva Rigonat



La maggior parte dei dati degli studi scientifici ci dicono che gli allevamenti di animali hanno sempre un impatto ambientale: non necessariamente negativo.

Gli allevamenti intensivi, invece, hanno sempre un importante impatto negativo sull'ambiente, con ripercussioni sia dirette che indirette sulla salute umana.

A supporto di questa affermazione ci sono numerosi documenti e studi di organizzazioni internazionali (l'agenzia mondiale per l'alimentazione – FAO, l'agenzia delle Nazioni Unite sull'ambiente – UNEP e il gruppo di lavoro dell'ONU sui cambiamenti climatici – IPCC) e di organizzazioni nazionali come l'Istituto per la Protezione e la Ricerca ambientale-ISPRA.

Andando, quindi, ad ana-

lizzare i suddetti documenti possiamo individuare le enormi criticità legate all'allevamento intensivo; ovvero quel tipo di allevamento che prevede la custodia, la crescita e la riproduzione di un numero molto alto di animali in spazi ristretti e confinati, spesso parzialmente chiusi.

Gli allevamenti sono responsabili del 18% delle emissioni di gas climalteranti a livello mondiale. In Unione Europea, grazie alla normativa vigente, tale valore scende al 7,1%. Tra questi gas, oltre all'anidride carbonica, gli allevamenti producono protossido d'azoto e metano che sono ancor più pericolosi

dell'anidride carbonica stessa.

Il 94,2% delle emissioni in Italia di ammoniaca (NH_4) provengono dalla zootecnia. L' NH_4 a sua volta è responsabile della formazione fino al 19% di particolato sottile (PM_{10}). Il PM_{10} è responsabile di diverse patologie.

Tutti gli animali allevati, con metodo intensivo o meno, consumano risorse idriche. L'imponenza, tuttavia, della produzione industriale di carne, al netto dell'acqua che ritorna nell'ambiente, rende ormai insostenibile questo consumo.

L'occupazione delle terre per la mangimistica animale è tra i principali fattori re- ►►



► sponsabili degli insostenibili carichi inquinanti nelle risorse d'acqua del Pianeta con nutrienti, fitofarmaci e sedimenti

In Europa il 70% delle terre della superficie agricola è destinata a produrre mangimi per gli allevamenti con danno alla biodiversità per svariate ragioni, tra cui la deforestazione. Il fabbisogno ha coinvolto anche lo sfruttamento di terre fuori dall'Occidente con danni immensi alle popolazioni locali, depriate del loro *habitat* tradizionale.

Oggi, per soddisfare un allevamento intensivo, non è dunque più possibile che gli animali si accontentino del cibo fornito da zone marginali e non coltivabili dall'uomo. È necessario coltivare il cibo per gli animali su terreni che potrebbero produrre alimenti per l'uomo con un indice di conversione assolutamente sfavorevole. Si pensi che per produrre, ad esempio, 1 kg di carne bovina servono circa 18 kg di vegetali che potrebbero diventare alimento per uso diretto dell'uomo.

Per effetto delle attività dell'uomo, che stanno distruggendo gli *habitat* naturali per convertirli in terreni agricoli a sfruttamento in-

tensivo, la varietà di animali e piante è scesa a livelli pericolosi.

La biodiversità è la nostra ricchezza più importante: milioni di piante, animali e microrganismi, che costituiscono la nostra biosfera.

Questa varietà non si riferisce solo alla forma e alla struttura degli esseri viventi, ma include anche la diversità intesa come abbondanza, distribuzione e interazione tra le diverse componenti del sistema.

Anche pesca e acquacoltura non sono da tralasciare in questa disamina per i danni generati agli ecosistemi marini e acquatici.

L'alta concentrazione di animali in uno stesso ambiente, favorisce lo sviluppo di malattie, comprese quelle che dagli animali possono passare all'uomo (la cosiddetta zoonosi). È di questi giorni la nuova allerta dell'OMSA (Organizzazione Mondiale per la Salute Animale) e del mondo della scienza sul rischio legato al passaggio dell'influenza aviaria dagli uccelli all'uomo.

Le condizioni di vita degli animali negli allevamenti intensivi, che, nell'abbassare il loro benessere ne abbassano anche le difese immunitarie, richiedono per il mantenimento della loro salute un alto intervento di medicalizzazione, in particolar modo di antibiotici, contribuendo all'antibiotico-resistenza, trasmissibile all'uomo soprattutto per inquinamento ambientale di fattori di resistenza.

Le grandi argomentazioni



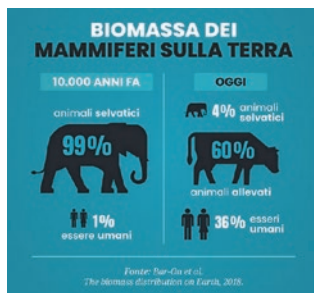
a favore della sopravvivenza degli allevamenti intensivi riguardano principalmente due aspetti: il fabbisogno alimentare, attuale e in arrivo, e la loro virtuosità in Europa.

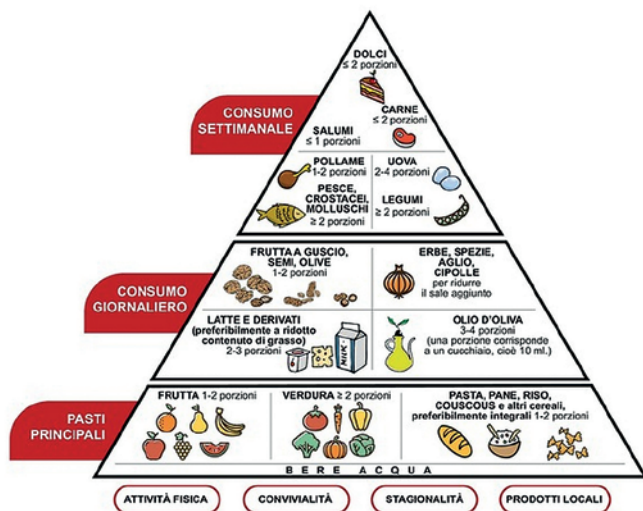
In tema di fabbisogno alimentare è bene fare un distinguo tra sano e indotto.

Se ci riferiamo a un bisogno alimentare sano, che rispetti una corretta piramide alimentare, l'Unione Europea ha già dimostrato che nel 2050 i fabbisogni alimentari del nostro continente potrebbero essere soddisfatti dall'agricoltura biologica.

Ma anche a livello mondiale, l'Organizzazione internazionale per l'alimentazione – FAO, sembra mettere in dubbio questo assunto poiché definisce le diete sostenibili sufficienti per alimentare la popolazione.

Riguardo al virtuosismo delle aziende europee, è di tutta evidenza che grazie a una cultura come quella mediterranea in cui la condivi- ►►





► sione del cibo è un momento di alta convivialità e aggregazione sociale di qualità, vi sia un'alta presenza non solo di imprenditoria consapevole ed etica ma anche di popolazioni attente e legislatori stimolati che hanno indirizzato le scelte politiche, facendone un

continente all'avanguardia.

Nel 2021, l'OMS ha emanato nuove linee guida sull'inquinamento atmosferico, riconoscendo che gli studi scientifici del 2005, data di pubblicazione delle precedenti linee guida, a oggi hanno dimostrato come siano

ancora da abbassare i limiti minimi considerati dannosi per la salute umana.

Sull'onda di queste nuove conoscenze, l'Europa si appresta a rivedere non solo la normativa sulla qualità dell'aria, con limiti più severi, ma anche quella sulle emissioni industriali. In questi impianti legislativi gli allevamenti intensivi sono riconosciuti come inquinanti e vengono fortemente ridimensionati anche se non ancora vietati.

L'auspicio è che le proposte dell'UE vadano in porto, che siano rispettate e che i cittadini, scegliendo di cambiare la propria alimentazione, mandino un segnale forte di consapevolezza e partecipazione. ■

evarigonat@gmail.com



A proposito della depressione nei giovani

Gennaro D'Amato



Irisultati di numerosi studi clinici, condotti in ambito psicologico, mettono in evidenza come negli anni pandemici 2020-2023, sia registrato un significativo aumento delle sindromi depressive, soprattutto fra i giovani.

Non è difficile comprendere come, in un contesto caratterizzato da fenomeni quali aumento dell'ansia, pessimismo, mancanza di fiducia nel futuro, si assista a un notevole incremento degli episodi di suicidio. È importante inoltre sottolineare come gli anni pandemici abbiano indotto enormi disagi sul piano psicologico quali apatia, ipocondria, ossessione, difficoltà di

Pneumologo e Allergologo, Napoli

relazione ma anche problemi di natura fisica come difficoltà di respirare regolarmente, impossibilità di addormentarsi senza ricorrere ai tranquillanti, difficoltà di digestione e altri disturbi.

L'aumento degli episodi suicidari è stato soprattutto riscontrato fra i giovani.

In questi anni tanto si è parlato della loro fragilità senza cercare di comprenderne a fondo l'origine.

Al giorno d'oggi i giovani avvertono il peso delle responsabilità che i genitori stessi contribuiscono ad aumentare. Ci sono genitori che ripongono nei figli aspettative eccessive in quanto sperano che possano raggiungere traguardi che loro stessi non sono riusciti a conquistare. Oltre a tutto ciò, non dimentichiamo il carico di instabilità, la disperazione, la mancanza di prospettive e l'ossessiva ricerca di una migliore *performance* che caratterizza la vita scolastica,

soprattutto universitaria.

Ogni tanto, seguendoli attentamente e vedendoli in difficoltà magari per un voto basso inatteso mentre si attendeva un voto più alto, occorrerebbe dire loro: fermati un poco e parliamo dei tuoi problemi, non ti preoccupare, non succede nulla, se sbagli, se cadi, simo pronti a darti una mano per aiutarti a rialzarti e a rimetterti in corsa. E, se ritieni di aver sbagliato percorso, cambia. Non succederà nulla, stai tranquillo.

Lo scorso marzo i giornali riportavano un fatto di cronaca che aveva come protagonista una ragazza di 27 anni, dal volto sorridente, che si è ammazzata lanciandosi lungo un dirupo nella provincia di Napoli. La motivazione sembra essere il fatto di non aver dato l'ultimo esame universitario mentre tutte le persone a lei più vicine erano convinte che fosse pronta per discutere la tesi di laurea.





Jaykeyl

► Se fosse ancora possibile, ma purtroppo non lo è, vorrei fermarla in volo e dirle che questa folle idea della *performance* ci sta incutendo ansia, che l'ossessione di dover essere sempre pronti, forti, resistenti, capaci di ogni cosa ci sta in realtà togliendo energia, che il pensare di essere giudicati anche da condomini o vicini ci sta facendo diventare macchine senza più anima, senza più

cuore, macchine gelide e con profondo cinismo. Finiamo così col nasconderci in un contesto di tristezza, e magari con il tentare un volo nella vita, anzi nella morte, con l'illusione di salire al cielo smettendo di soffrire. E non ci si rende conto che si lasciano a soffrire gli altri, quelli che ci hanno voluto e ci vogliono bene. Purtroppo non è più possibile, avendo già la ragazza spiccato un

volo senza più ritorno, abbracciarla forte e dirle: lascia stare, non ti preoccupare degli altri, tutto passa, sembra che non passi, ma passa e la vita ritorna con una forza maggiore di prima facendo scoprire tante cose belle che daranno nuova energia. ■

gdamatomail@gmail.com



Clinic Center

**CASA DI CURA e
POLIAMBULATORIO
SPECIALISTICO**

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

www.cliniccenter.it
info@cliniccenter.it

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

**Numero Verde
800194848**

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

Programmi riabilitativi differenziati.

Ambulatorio specialistico con attività tecnica e diagnostica.

Centro di specializzazione broncopneumologico e di allergologia respiratoria.

Centro Anti Fumo della Rete Campania AIPO.

Centro per i Disturbi Respiratori durante il Sonno.

Necessario un percorso di cura omogeneo per il tumore al seno metastatico

Chiara Finotti



Nel 2020 in Italia sono stati registrati 55 mila casi di tumore al seno metastatico e 13 mila decessi.

Ma esiste un percorso di cura dedicato a questa patologia? Le pazienti possono accedere a cure adeguate nelle stesse modalità indipendentemente dalla Regione di provenienza?

Su questo tema è stata realizzata un'indagine denominata "Il Punto", promossa da Europa Donna Italia, movimento che tutela i diritti alla prevenzione e alla cura del tumore al seno e realizzata da un *board* scientifico composto da oncologi di fama internazionale.

La ricerca, denominata "Il Punto", illustra come vengano accolte e curate le pazienti che convivono con il tumore al seno metastatico (TSM),



come i medici e le Istituzioni partecipano a questo processo, come le Regioni dovrebbero organizzarsi per attuare le indicazioni del Piano Oncologico Nazionale sui percorsi di cura del tumore al seno metastatico. Il lavoro è stato svolto in quattro Regioni: Veneto, Emilia-Romagna, Lazio e Puglia.

L'obiettivo della ricerca è stato quello di sensibilizzare le Istituzioni al fine di attuare leggi, norme, linee guida e raccomandazioni atte a eliminare le disuguaglianze regionali arrivando a un modello omogeneo su tutto il territorio nazionale. In altre parole, far sì che le donne

abbiano gli stessi diritti in termini di accesso alle cure adeguate. Per farlo è necessario definire un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA) condiviso e omogeneo.

All'interno de "Il Punto" sono presenti i risultati di un sondaggio condotto da SWG che ha approfondito le esperienze di 19 donne con tumore al seno metastatico, provenienti da Lombardia, Toscana e Sicilia.

Si tratta di donne combattive, estremamente provate dalla malattia che hanno identificato tre ambiti di intervento specifici assegnando un'importanza diversa ►►

► a ognuna di queste aree: il 50% alla diagnostica, il 20% a quella terapeutica e il 30% a quella medica.

Per quanto riguarda i bisogni dell'area diagnostica, è importante definire un canale preferenziale per facilitare l'accesso alle visite specialistiche necessarie in base alla localizzazione delle metastasi o allo specifico problema di salute legato agli effetti collaterali delle terapie oncologiche.

Inoltre, sarebbe auspicabile la presenza di un *case manager* che organizzi la presa in carico e prenoti direttamente gli esami diagnostici e le visite cliniche richieste dall'oncologo tramite agenda dedicata.

Dove non è presente il *case manager* viene richiesta la possibilità di una prenotazione facilitata degli esami di *follow-up*, oppure la loro calendarizzazione.

Per quanto riguarda gli aspetti terapeutici, viene richiesta la disponibilità di un contatto da utilizzare in caso di necessità, in particolare nei fine settimana o nei giorni festivi, con la possibilità di ottenere risposte in tempi brevi. Inoltre, le pazienti segnalano la necessità di attivare uno studio di *real life* al fine di raccogliere gli effetti collaterali delle terapie per il tumore al seno metastatico e individuare le possibili soluzioni per allievarne l'impatto. Viene inoltre richiesta la possibilità di accedere anche a protocolli di ricerca disponibili negli altri centri di senologia multidisciplinari sul territorio nazionale. Devono anche essere garantiti la

gestione di tutti quei servizi che mirano a migliorare la qualità di vita, come esercizi fisici praticabili sulla base del proprio stato di salute e un maggiore comfort nelle ore di attesa nelle strutture.

Per quanto riguarda i bisogni nell'area medica, le pazienti vorrebbero avere più tempo a disposizione per i colloqui con i medici oncologi, da un minimo di 15 minuti a quanto serve in base al bisogno specifico. Sarebbe inoltre auspicabile la presenza di un'unica figura di riferimento continuativa nel tempo non il *turn over* con figure diverse. Le pazienti chiedono inoltre una relazione con il medico curante che si basi su umanità, comprensione, empatia, dolcezza e accudimento. Sarebbe opportuna una rete fra medici interni alla struttura.

Che cosa è il tumore al seno metastatico? Si tratta di un carcinoma mammario di IV stadio che, dalla sede primaria, cioè il seno, si sposta in altri distretti corporei sfruttando la circolazione linfatica e sanguigna. Le cellule tumorali, che possono raggiungere anche organi molto distanti dalla sede primaria, non solo si moltiplicano con maggiore rapidità rispetto alle cellule sane ma possono alterare la funzionalità degli organi raggiunti. Gli organi più colpiti sono le ossa, i polmoni, il fegato e il cervello. Il tumore metastatico è dello stesso tipo di quello primario: se il carcinoma mammario si diffonde nel polmone, le cellule di questa nuova massa tumorale conserveranno le carat-

teristiche di quelle del seno e non di quelle del polmone.

La probabilità di sviluppare metastasi dipendono da molti fattori come l'età di comparsa del primo tumore, le sue caratteristiche molecolari, lo stadio iniziale, la presenza di eventuali mutazioni genetiche.

Si può, in qualche modo, prevenire? Esistono diversi livelli di prevenzione.

La prevenzione primaria che consiste nel tentativo di ridurre i rischi agendo su fattori modificabili quali il sovrappeso e la sedentarietà. L'eccesso di alcool e di grassi animali unitamente alla terapia ormonale sostitutiva, la nulliparità o alle gravidanze oltre i 30 anni rappresentano fattori modificabili.

Al sud stiamo assistendo a un aumento dei casi di tumore così come a un aumento della sedentarietà e del peso corporeo delle donne che vivono in quel territorio.

La prevenzione secondaria si può fare con gli *screening* oncologici e quella terziaria è data da *follow-up* mirati su pazienti affette da tumore e dall'azione di nuovi farmaci in grado di stabilizzare la malattia o rallentarne la progressione.

La sopravvivenza nel tumore alla mammella varia a seconda dello stadio della malattia. Se il tumore è al primo stadio la sopravvivenza può arrivare al 100%, al 90% al secondo stadio, al 71% al terzo stadio ed è pari al 29% se la patologia tumorale si trova al quarto stadio. ■

chiara.finotti@sintexservizi.it

Cattivo fino al midollo: il linfoma, conoscerlo e combatterlo

Antonella Paradiso¹, Nicolina Ardu²



I linfomi sono patologie tumorali che originano dai linfociti B e T, una famiglia di globuli bianchi, impegnata nel funzionamento del sistema immunitario.

A causa di mutazioni genetiche che ne alterano il processo di maturazione, queste cellule possono crescere in maniera incontrollata all'interno dei linfonodi o del tessuto linfoide che si trova all'interno di vari organi (apparato gastroenterico, polmone etc.).

L'eziologia è in gran parte sconosciuta anche se sappiamo che l'esposizione a virus (EBV, HIV) o a sostanze chimiche (pesticidi, solventi etc.), gli stati di immunodepressione o la presenza di

malattie croniche, possono predisporre all'insorgenza di queste patologie.

I linfomi si dividono in due categorie: linfomi di Hodgkin e linfomi non Hodgkin. Tra i linfomi non Hodgkin distinguiamo Linfomi B (più frequenti) e T (più rari) in base al tipo di linfocita interessato.

Il linfoma di Hodgkin rappresenta circa lo 0,5% dei tumori diagnosticati; è più frequente nei giovani e negli adulti sopra i 50 anni; il linfoma non Hodgkin rappresenta circa il 3% di tutte le neoplasie e si può presentare in soggetti di tutte le età.

Il quadro clinico è vario; le modalità di crescita di queste malattie sono differenti, per questo distinguiamo linfomi indolenti caratterizzati da una lenta progressione che spesso non richiede trattamento per lunghi periodi, e

linfomi aggressivi dove la rapida crescita e le manifestazioni cliniche richiedono un trattamento più tempestivo.

La manifestazione clinica più comune è l'ingrossamento di uno o più linfonodi (Figura 1), spesso senza dolore, talvolta accompagnato a febbre, stanchezza, sudorazione notturna, prurito e/o diminuzione del peso corporeo non altrimenti spiegabili.

Altri sintomi meno comuni possono essere tosse, affanno o dolore toracico qualora venga interessato il distretto ►►

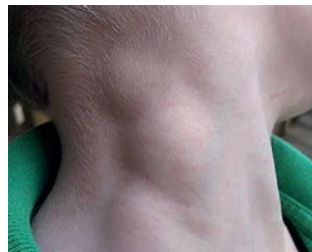


Figura 1

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

² U.O.C. Ematologia, Ospedale Sant'Eugenio, Roma



hanno permesso di aumentare le percentuali di risposta e di sopravvivenza; tra queste vanno annoverate le CAR T, un trattamento innovativo basato sull'utilizzo dei linfociti T, utilizzato oggi nei pazienti ricaduti o refrattari alle terapie condizionali.

I farmaci utilizzati nella cura dei linfomi distruggono le cellule tumorali ma non sono scevri da effetti collaterali, poiché la loro attività colpisce anche i tessuti sani e in particolare quelli costituiti da cellule che si riproducono più rapidamente. Sono molteplici ma spesso temporanei e reversibili.

I più comuni sono nausea, perdita dei capelli, stanchezza, stitichezza e diarrea, formicolio a mani e piedi. Le problematiche più gravi sono quelle correlate alla tossicità della chemioterapia sul midollo osseo che ha come conseguenza anemia, riduzione dei globuli bianchi e delle piastrine con aumentato rischio di infezioni e emorragie. ➤➤

► toracico, mancanza di appetito, dolore addominale o diarrea se viene interessato il distretto addominale; confusione mentale, alterazioni della personalità, disturbi della parola, perdita della forza in uno o più arti per localizzazioni a carico del sistema nervoso centrale.

Nel sospetto di linfoma la diagnosi va fatta attraverso una serie di accertamenti clinici e strumentali che prevedono la biopsia del linfonodo interessato.

Per definire lo stadio della malattia si valuta il numero e la localizzazione delle sedi linfonodali coinvolte e/o il coinvolgimento di organi solidi o del midollo osseo (Figura 2).

I progressi in ambito di conoscenza dei meccanismi alla base della patologia e le innovazioni in campo terapeutico ci permettono oggi di prevedere l'evoluzione della malattia in termini di guaribilità, sopravvivenza e qualità di vita.

La prognosi è funzione delle caratteristiche di aggres-

sività e di estensione della malattia, ma anche delle condizioni di base del soggetto dipendenti da età, malattie pregresse ed eventuali malattie concomitanti.

Le opzioni terapeutiche oggi sono varie e comprendono, accanto alla chemioterapia, l'utilizzo di anticorpi monoclonali, la radioterapia e il trapianto di midollo osseo o di cellule staminali emopoietiche in casi selezionati. Le novità in campo terapeutico

STADIAZIONE DEL LINFOMA

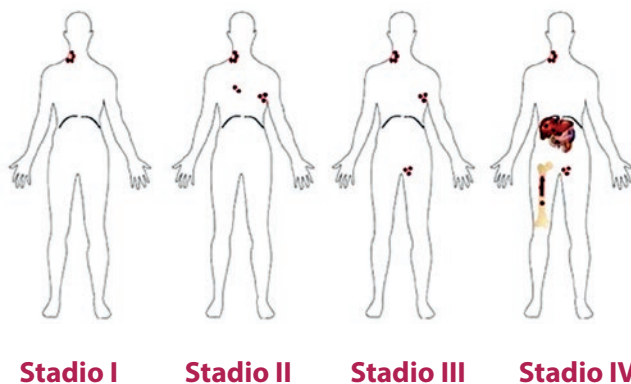


Figura 2

► Oggi abbiamo la possibilità di controllare con terapie efficaci tutte queste problematiche; utilizzando farmaci che stimolano il midollo a recuperare più rapidamente le sue funzioni riusciamo a gestire il rischio infettivo e l'anemia. L'utilizzo di trasfusioni può ripristinare più rapidamente i valori di emoglobina o piastrine eccessivamente ridotti. La profilassi con antivirali e antibiotici riduce il rischio di eventi infettivi gravi.

Altra problematica correlata alle terapie oncoematologiche è quella dei disturbi della sfera sessuale; la ridotta produzione di spermatozoi, le alterazioni del ciclo mestruale e il calo del desiderio sono condizioni comuni in corso di chemioterapia; l'infertilità è una delle conseguenze. Sono attivi in molti Centri dei percorsi in collaborazione con varie figure professionali (ginecologi, andrologi e psicologi) in cui viene fornita la possibilità di preservare la fertilità attraverso la crioconservazione del seme e degli ovociti.

L'impatto del paziente con queste patologie non è semplice: la paura, l'incertezza sul futuro possono rendere



Figura 3

difficile il percorso. È fondamentale il coinvolgimento della famiglia, la presenza di una persona di riferimento, un *caregiver*, che si occupi di sostenere il paziente nella sua battaglia, talvolta può essere utile un sostegno psicologico, tutti fattori indispensabili per favorire *compliance* e alleanza terapeutica (Figura 3). Comunicare, informarsi, rendersi parte attiva, mantenere vita sociale e professionale aiuta il paziente ad affrontare la malattia e il suo percorso terapeutico.

A oggi le percentuali di risposta alle terapie variano dal 60 al 90% a seconda del tipo istologico; il progresso scientifico, l'avvento di nuovi farmaci, l'approccio mul-

tidisciplinare hanno permesso di cambiare la storia di queste patologie aumentando significativamente non solo le possibilità di guarigione ma anche la qualità di vita di questi pazienti. ■

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

BPCO: riconoscerla è il primo passo per stare meglio

Sette video-pillole sul canale YouTube ufficiale dell'Associazione Pazienti BPCO



Soffri di broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) o sei al fianco di una persona che ne soffre e vuoi imparare a riconoscerne e gestirne correttamente i sintomi come riacutizzazioni, dispnea, febbre, tosse cronica? Vuoi conoscere quali caratteristiche dell'espettorato indicano il peggioramento della malattia? Oppure approfondire il funzionamento del saturimetro, strumento utile per monitorare l'andamento della BPCO? O ancora informarti sull'importanza di una attività fisica regolare e dei test di *follow-up* da eseguire?

L'Associazione Pazienti BPCO, con la collaborazione incondizionata di AstraZeneca, ha realizzato 7 video-pillole su questi argomenti. Le video-pillole sono pubblicate sul canale YouTube dell'Associazione.

La nuova Campagna ha l'obiettivo di educare i pazienti e le loro famiglie sulle caratteristiche della malattia. Monitorare attentamente i



sintomi, segnalandoli al medico, consente di intervenire precocemente e ridurre il rischio di progressione della malattia.

La BPCO risulta ancora sottovalutata anche dal paziente che, malgrado la presenza di tosse cronica, espet-

torato o difficoltà di respiro, non parla di questi sintomi con il proprio medico, se non quando questi incidono sulla vita di tutti i giorni. ■

*Salvatore D'Antonio
Presidente Associazione
Pazienti BPCO*

Associazione Pazienti BPCO

via Cassia, 605 - 00189 Roma
Tel. +39 339 4571404 (lunedì, mercoledì, giovedì 9-13.30)
infopazientibpco@gmail.com
www.pazientibpco.it

AMMP ODV presente alla 26^a Granfondo Via del Sale di Cervia



AMMP ODV (Associazione Morgagni Malattie Polmonari) è stata presente per il 5° anno all'Expo della 26^a Granfondo Via del Sale con un punto informativo dedicato alla prevenzione e alla sensibilizzazione sulle Malattie Rare Polmonari sul lungomare di Cervia, davanti al Bagno Fantini.

Una squadra di ciclisti ha partecipato alla Granfondo indossando il logo di AMMP ODV, caratterizzato da due polmoni che si danno la mano, stampato sulle proprie divise da gara.

La squadra era guidata da Achille Abbondanza consigliere AMMP che ha festeggiato in sella alla *e-bike* il suo primo compleanno da trapiantato, trapianto bipolmonare avvenuto al Policlinico di Padova il 2 aprile 2022.

Gli scorsi anni Achille Abbondanza (50 anni), affetto da fibrosi polmonare idiopatica dal 2015, era facilmente riconoscibile per i tubicini dell'ossigeno che portava al naso e che lo aiutavano nel-



la respirazione. Quest'anno i tubicini non ci sono più perché Achille ha con sé il dono di una possibile nuova vita.

Al suo fianco un gruppo di amici, tra cui il trapiantato Giorgio Gazzoni, Aurelio Catalano affetto da fibrosi ►►

Associazione Morgagni Malattie Polmonari (AMMP) ODV

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

► polmonare idiopatica (IPF), e Paolo Legnaioli, affetto da BPCO (Broncopneumopatia cronica ostruttiva). Paolo era l'unico in griglia a pedalare con le cannule dell'ossigeno a dimostrazione della sua tenacia e della sua volontà a non arrendersi a una situazione non facile, ma a cui si può cercare di fare fronte anche grazie allo sport. Il gruppo di circa 20 amici di AMMP ha tagliato il traguardo unito dopo un percorso di circa 60 km.

“Pedalare – sostiene Achille Abbondanza – è stato in questi anni la mia terapia aggiuntiva, quella che preferivo nel combattere la fibrosi. Ora mi sta aiutando a riprendere la mia vita appieno. Grazie al trapianto, il dono più grande e inimmaginabile che ho ricevuto, posso essere qui e così voglio onorare il mio

donatore e tutti i donatori! La mia prossima occasione per raccontare del “dono” sarà partecipare alla Nove Colli (60 km) che partirà da Cesenatico il 21 maggio, con un gruppo di ciclisti trapiantati di Anedsport. Sarà per me la prima partecipazione a questo evento e sono molto contento di conoscere altri amici trapiantati che amano pedalare e raccontare, con le loro pedalate, delle loro nuove vite grazie al dono ricevuto.”

Presso il punto informativo i volontari di AMMP ODV hanno offerto l'opportunità di eseguire gratuitamente test del respiro (spirometria) e test del cammino grazie ai fondi raccolti con il 5x1000 e a importanti donazioni ricevute, con cui l'Associazione si è dotata di questi importanti strumenti

diagnostici per intercettare precocemente i campanelli d'allarme della nostra salute polmonare.

Matteo Bucciolì, Presidente di AMMP ODV ha dichiarato: “Ogni anno in Italia 100.000 persone si ammalano di malattie polmonari rare per le quali non esistono ancora cure efficaci. La ricerca scientifica e la prevenzione rappresentano, per la nostra Associazione, la strada da seguire con impegno e dedizione per continuare a costruire un futuro migliore per i pazienti affetti da patologie respiratorie”. ■

segreteria@ammpforlung.it



Case LIFC, un respiro in più per chi attende una nuova vita



PROGETTO CASE LIFC

*Un respiro in più
per chi attende
una nuova vita*

Il progetto CASE LIFC nasce in risposta all'esigenza dei pazienti con fibrosi cistica (FC) in lista di attesa per un trapianto (doppio polmone, fegato, pancreas) e offre assistenza, supporto alloggiativo, orientamento e consulenza alle famiglie che affrontano questo delicato percorso lontano da casa. La fibrosi cistica, malattia genetica grave che colpisce soprattutto l'apparato respiratorio e digerente, causa il deterioramento progressivo del tessuto polmonare portando in alcuni casi alla necessità di un trapianto di doppio polmone.

Questa procedura, che viene utilizzata in fibrosi cistica dagli anni '90, rappresenta una valida opzione terapeutica per i pazienti con insufficienza d'organo irreversibile. Comporta diversi rischi – dovuti alla delicatezza del polmone rispetto ad altri organi e al fat-

to che esso si trova in contatto con l'esterno – ma oggi viene effettuata con successo consentendo ai pazienti una sempre migliore qualità di vita.

Il paziente viene inserito in lista di attesa per il trapianto a seguito di valutazione clinica congiunta da parte del *team* multidisciplinare che lo ha in carico presso il Centro FC e del *team* del Centro Trapianti prescelto. Dall'inserimento in lista trapianto alla chiamata potrebbero passare diversi mesi durante i quali al paziente proveniente da una regione lontana da quella del Centro Trapianti prescelto potrà essere richiesto il trasferimento al fine di consentire una migliore gestione del trasporto in caso di disponibilità dell'organo per l'intervento. La vicinanza al Centro Trapianti è consigliata anche nel periodo che segue l'intervento per facilitare i controlli e il

follow-up.

I Centri Trapianto che effettuano tale procedura si trovano prevalentemente al nord, pertanto molte famiglie hanno necessità di spostarsi lontano dalla propria casa, dai propri affetti e dal proprio lavoro in attesa di poter riprendere la propria vita. Per offrire supporto a pazienti e famiglie che affrontano questo percorso nasce il progetto CASE LIFC, che mette gratuitamente a disposi- ►►





La Presidente LIFC Gianna Puppo Fornaro presso la CASA LIFC di Treviglio (BG) con i volontari che l'hanno messa a disposizione

► zione appartamenti adatti alle esigenze di un paziente con fibrosi cistica affinché possa trascorrere il periodo che precede e che segue il trapianto senza dover sostenere ulteriori spese o affrontare stress e disagi.

Il progetto non prevede soltanto un supporto alloggiativo gratuito, ma anche orientamento e consulenza, forniti dall'Assistente Sociale LIFC specializzata in fibrosi cistica dr.ssa Vanessa Cori con il fine di limitare il disagio delle famiglie e aiutarle a riorganizzare la propria vita in tempo breve in funzione di questo intervento.

Il progetto è attivo in Lombardia, Piemonte e Veneto e si avvale di strutture il più possibile vicine ai Centri Trapianto o ben collegate ad essi attraverso la rete dei mezzi pubblici o in autonomia. A Milano è attiva la collaborazione con il Pio Istituto di Maternità, a Padova la convenzione con la casa di accoglienza Santa Rita da Cascia mentre a Torino collaboriamo

con l'Associazione Azas e Casa Amica che rende disponibili per il progetto due appartamenti in esclusiva. A Treviglio (BG) invece possiamo ospitare le famiglie in un appartamento in esclusiva, messo a disposizione da una famiglia vicina alla nostra Associazione.

Gli appartamenti sono sanificati da aziende certificate per garantire la massima sicurezza dei pazienti e la loro permanenza in un ambiente sicuro e confortevole. Per accedere al progetto è possibile inviare una *mail* all'indirizzo assistentesociale@fibrosicistica.it e ricevere informazioni e modulistica.

Dalla sua attivazione nel 2019, il progetto ha sostenuto e accolto a tutto il 2022 61 pazienti e famiglie, fornendo

anche ulteriore assistenza e supporto sul posto per eventuali necessità.

Riportiamo di seguito la testimonianza di Cristina, che ha beneficiato del progetto in occasione del trapianto del marito Fabio.

“Sono la moglie di Fabio e sono arrivata a Padova con una paura dentro che non dimenticherò mai ma anche con la speranza di vedere mio marito felice. La notte della telefonata ho dato un bacio a mio figlio senza svegliarlo, poi le lunghe ore di intervento, da sola, ma alla fine mi sono ritrovata la mattina dopo l'intervento in quella casa dove io ho avuto una famiglia che mi ha dato tantissimo coraggio.

Le persone sono state veramente disponibili, di una gentilezza unica e grazie anche al supporto psicologico che mi hanno dato sono riuscita a stare vicino a mio marito e sentirmi meno sola lontano da mio figlio e dalla mia famiglia. Non smetterò mai di ringraziare la vostra associazione vi avrò sempre nel cuore grazie per sempre”.

Per informazioni è possibile visitare il sito www.fibrosicistica.it ■

Gaia Relucenti
Area Comunicazione
Lega Italiana Fibrosi Cistica
comunicazione@fibrosicistica.it

Lega Italiana Fibrosi Cistica - LIFC

via Lorenzo il Magnifico, 50 - 00162 Roma
Tel. +39 06.44254836
segreteria@fibrosicistica.it
www.fibrosicistica.it

Un nuovo progetto per favorire la comunicazione fra medico e paziente



È partito il 28.01.2023 in Toscana il nuovo progetto di Respiriamo Insieme “Emersione – una rete per l’Asma: Link Territorio-Ospedale per una gestione ottimale del paziente con asma grave”.

L’asma è un grave problema di salute globale che interessa tutte le fasce d’età. La sua prevalenza è in aumento in molti Paesi e nonostante siano disponibili terapie efficaci, la malattia grava pesantemente sui Sistemi Sanitari incidendo sia sulla produttività lavorativa che sugli equilibri familiari (Global Initiative for asthma, GINA 2022).

In Italia si stima una prevalenza dell’asma del 6,1% nella popolazione adolescenti/adulti (6,6% nelle donne, 5,5% negli uomini). Più in particolare, la prevalenza dell’asma grave è stimata attorno al 5% di tutti i soggetti asmatici, con



EMERSIONE UNA RETE PER L’ASMA

una incidenza del 50% sul totale delle risorse sanitarie.

L’asma grave è infatti una malattia dal forte impatto in termini di spesa sanitaria, sia come costi diretti (farmaci, visite mediche, accessi in pronto soccorso, ricoveri ospedalieri) che spese indirette (giornate di lavoro perse, limitazione delle attività quotidiane, morte prematura, etc.).

Sebbene siano noti da tem-

po i meccanismi dell’infiammazione allergica ed eosinofila che sottendono le manifestazioni cliniche nel paziente con asma grave, i corticosteroidi assunti per via generale sono stati per lungo tempo l’unica terapia utile a stabilizzare il quadro respiratorio di questi pazienti, con conseguenti gravi effetti collaterali iatrogeni (osteoporosi, diabete, cataratta, glaucoma, depressione, ►►

► etc.). Il costo, in termini di spesa sanitaria destinata al paziente con asma grave, risente quindi inevitabilmente anche della necessità di cura e gestione delle comorbidità associate conseguenti all'uso di cortisone sistemico.

Solo negli ultimi 15 anni si è progressivamente assistito allo sviluppo di terapie *target*, mirate a colpire l'attività di quelle citochine e quei mediatori primariamente coinvolti nei meccanismi patogenetici pro-infiammatori dell'asma, in risposta all'esigenza di una medicina di precisione e una terapia personalizzata per il paziente.

La disponibilità di queste nuove terapie rende inaccettabile il prosieguo dell'uso dei corticosteroidi orali per la cura dell'asma e impone al medico di medicina generale e allo specialista che si occupa di malattie respiratorie, la definizione di un *network* volto all'identificazione del pa-

ziente affetto da una forma di asma grave, all'inquadramento del feno-endotipo clinico e biologico della malattia, e all'introduzione di una terapia mirata e personalizzata. In questo percorso di presa in carico e di ottimizzazione della cura, il paziente affetto da asma grave dovrebbe svolgere un ruolo proattivo, consapevole ed operativo nella gestione della propria patologia.

La pandemia da COVID-19, avendo polarizzato l'attività assistenziale e di cura, le risorse di spesa sanitaria e avendo aumentato la distanza fra il paziente e i suoi principali interlocutori in tema di salute (medico di medicina generale e specialista), rappresenta un grosso ostacolo all'identificazione delle "figure operative" in questo processo di *networking* e al percorso di *awareness* di malattia da parte del paziente.

Per questo motivo, l'Associazione Nazionale Pazienti

Respiriamo Insieme, che fin dal 2017 ha posto come una tra le sue priorità il riconoscimento del diritto di cura del paziente affetto da asma grave e l'emersione dello stesso affinché sia correttamente inserito in percorsi terapeutici, dalla presa in carico al *follow-up*, attraverso questo progetto intende proporsi come catalizzatore di un processo virtuoso.

Il progetto nasce dalle osservazioni raccolte dall'Associazione durante i suoi 7 anni di attività sia dei bisogni insoddisfatti che i pazienti affetti da questa malattia ci hanno portato, sia dalle criticità e necessità che ogni giorno il personale sanitario incontra negli ospedali (più di 14 su tutto il territorio nazionale) nella cura di questi pazienti. Da un'analisi trasversale è emerso immediatamente che alcuni di questi bisogni sono condivisi tra questi due attori fondamentali nella ge- ►►



► stione della malattia e cercare di dare risposta a questi, è diventato dunque il motore di questo progetto.

Partendo proprio dai bisogni dei pazienti e collaborando con gli specialisti ed i medici coinvolti nel percorso di cura del paziente asmatico, l'Associazione Respiriamo Insieme con il progetto "Emersione – una rete per l'asma" mira a identificare meglio le necessità di entrambi nella gestione della malattia, a proporre soluzioni concrete e operative in grado fornire risposte maggiormente calzanti ai bisogni insoddisfatti per la patologia e il paziente, a disegnare quindi un modello che consenta a tutti gli attori del sistema di disporre di un flusso chiaro e condiviso per la gestione ottimale del paziente stesso.

Il progetto è partito come pilota in Toscana in due aree identificate (Firenze e Massa/Carrara/Versilia) con l'obiettivo di poter realizzare nel 2023 il progetto anche in Lombardia, Piemonte, Lazio e Campania.

I Responsabili Scientifici del progetto sono ricercatori e specialisti di grande competenza sull'asma: la prof.ssa Gianna Camiciotti, il dr. Giosuè Catapano, la dott.ssa Manuela Latorre ed il prof. Pierluigi Paggiaro.

Gli obiettivi principali del progetto sono quelli di creare un *network* fra il medico specialista di malattie respiratorie (in collaborazione con lo specialista otorino e immun-allergologo), i MMG, il medico Specialista Territoriale e

l'Associazione pazienti che opera sul territorio per favorire l'emersione del paziente con asma grave, incrementare le conoscenze scientifiche di tutte le figure mediche coinvolte nella gestione dell'asma grave e fornire strumenti di lavoro concreti ed efficaci per migliorare la gestione del paziente affetto da asma grave.

La metodologia prevede un corso di formazione ECM per MMG, specialisti pneumologi, allergologi e ORL che prevede due incontri in presenza e un periodo di formazione sul campo.

Uno degli elementi di innovazione del progetto è il ruolo centrale del paziente e dell'Associazione di pazienti, promotrice dell'iniziativa. Per tutta la durata del progetto, infatti, i volontari di Respiriamo Insieme saranno presenti per due giornate a settimana per ciascuna area territoriale coinvolta, oltre che per adempiere alla propria usuale *mission* con il paziente (accoglienza, assistenza, sostegno, informazione, educazione terapeutica, *awareness* ed *engagement*) anche per raccogliere e monitorare i potenziali esiti del progetto sulla popolazione indirettamente bersaglio del progetto (pazienti affetti da asma grave).

Verranno realizzati con la collaborazione e supervisione di specialisti in questo ambi-

to, specifici questionari che saranno somministrati dai volontari di Respiriamo Insieme ai pazienti asmatici durante l'attesa per la visita specialistica al centro e nelle sale d'attesa dei MMG aderenti al percorso di formazione ECM. I questionari avranno l'obiettivo di misurare l'impatto del progetto sulle modificazioni del percorso di cura nel paziente prima dell'avvio e dopo la conclusione del progetto (tempi di permanenza in carico al MMG, tempi di invio alla valutazione specialistica, tempi di attesa per la presa in carico, etc.).

Inoltre, con l'obiettivo di valutare i risultati del progetto in relazione alla capacità di incidere sulla salute dei pazienti (percepita qualità di vita, aderenza alle terapie, etc.) saranno somministrati ai pazienti, prima e dopo la conclusione del progetto, questionari validati scientificamente. ■

Simona Barbaglia
Presidente
Respiriamo Insieme Aps

Associazione Respiriamo Insieme Aps

via Niccolò Tommaseo, 94 - 35131 Padova
Tel.: +39 331 2759920
info@respiriamoinsieme.org
www.respiriamoinsieme.org

Per una presa in carico globale delle malattie neuromuscolari



È partito il 1° ottobre 2022 il progetto “360°, la presa in carico globale della persona con malattia neuromuscolare”.

La recente crisi generata dal diffondersi del COVID-19 ha amplificato le esigenze di sostegno da parte delle persone con malattia neuromuscolare e messo a nudo, in maniera inequivocabile, le fragilità del sistema di presa in carico alla base del *welfare* italiano. I dati parlano di 20.000 persone in Italia colpite dalla distrofia muscolare, di queste circa 2.000 vivono in Veneto.

Del bisogno espresso dalla comunità neuromuscolare si fa carico il progetto “360°, la presa in carico globale della persona con malattia neuromuscolare” promosso dalla Sezione UILDM di Padova in *partnership* con UILDM Direzione Nazionale, la Sezione UILDM di Vicenza e la Fondazione Federico Milcovich, il Centro di riabilitazione per le malattie neuromuscolari con sede a Padova.

Il progetto ha una durata di 12 mesi e intende coinvolgere

circa 225 persone con malattie neuromuscolari nella provincia di Padova e Vicenza. Le due Sezioni UILDM di Padova e Vicenza si avvarranno del supporto dello *staff* della Direzione Nazionale UILDM per la parte di progettazione, mentre la Fondazione Federico Milcovich metterà a disposizione la strumentazione, le apparecchiature elettromedicali e il materiale per lo svolgimento dei servizi previsti.

Il progetto interverrà su due aree. Da un lato verranno rinforzati i servizi di fisioterapia, riabilitazione respiratoria, consulenza cardiologica e supporto psicologico dedicati alla persona con una malattia neuromuscolare con la costruzione di un piano personalizzato per il paziente. Dall'altro si lavorerà per aumentare le competenze dei *caregiver* nella gestione quotidiana della persona e contemporaneamente migliorarne il



benessere psicologico per evitare il *burnout*.

È noto, infatti, come una corretta presa in carico della persona con una malattia neuromuscolare, attraverso l'erogazione di servizi ambulatoriali e a domicilio, migliori sensibilmente la qualità della vita e diminuisca l'incidenza degli accessi al pronto soccorso e le ospedalizzazioni, proprio perché un monitoraggio continuo dello stato di salute della persona permette di affrontare in maniera adeguata le emergenze. ■

Alessandra Piva
Ufficio Stampa
e Comunicazione UILDM

UILDM - Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare

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

La riabilitazione respiratoria nei pazienti affetti da IPF



La riabilitazione respiratoria è una delle opzioni di trattamento non farmacologico per ridurre la gravità della dispnea (fame d'aria), migliorare la capacità di esercizio e la qualità della vita dei pazienti con Fibrosi Polmonare Idiopatica (IPF).

Intraprendere un percorso di riabilitazione respiratoria può aiutare a ridurre la gravità della dispnea permettendo al paziente di continuare a svolgere un maggior numero di attività: dalle normali azioni quotidiane (come prendersi cura di sé stessi) fino al mantenimento della vita sociale (passeggiare, vedere amici e familiari).

Per il paziente con IPF uno dei principali sintomi è la mancanza di fiato che può comparire o peggiorare durante il movimento. Pertanto, per la paura della dispnea e per evitare il senso di affaticamento che il movimento può provocare, si tende progressivamente a ridurre il proprio livello di attività fisica diventando sempre più sedentari. La sedentarietà però comporta inevitabilmente un indebolimento

dei muscoli, compresi quelli che servono per respirare. Tutto ciò, purtroppo, può innescare un pericoloso circolo vizioso che determinerà un ulteriore peggioramento della mancanza di respiro rendendo anche le più semplici attività quotidiane ancora più difficili. Questo circolo vizioso può essere interrotto da uno stile di vita attivo e dalla riabilitazione respiratoria.

Di cosa si tratta?

La riabilitazione polmonare è un programma che mira alla riduzione dell'impatto fisico ed emotivo che una condizione polmonare a lungo termine può avere sulla vita di una persona. Il programma combina l'esercizio fisico con l'insegnamento di metodiche di educazione terapeutica, tecniche di rilassamento e di respiro controllato che possono aiutare a mantenere, migliorare la qualità e lo stile di vita.

Quando e dove?

Ogni paziente dovrebbe essere invitato nel suo percorso terapeutico a iniziare un percorso riabilitativo il più precocemente possibile, quantomeno per im-

parare le tecniche e poter così esercitare a domicilio. L'addestramento deve essere guidato da un fisioterapista esperto in riabilitazione respiratoria. Una volta terminato il ciclo riabilitativo, è importante mantenersi in salute e continuare a svolgere regolarmente l'esercizio fisico per preservare i progressi ottenuti.

Benefici

La validità della riabilitazione respiratoria come strategia sinergica alla terapia farmacologica nell'alleviare i sintomi e ottimizzare le funzionalità respiratorie nei pazienti con IPF è documentata nella letteratura scientifica. Gli studi dimostrano che la maggior parte dei pazienti ricava notevoli benefici dai programmi di riabilitazione respiratoria, come miglioramento della qualità della vita, riduzione dei sintomi respiratori, aumento della tolleranza allo sforzo fisico e maggiore comprensione della propria condizione polmonare e del modo in cui gestirla. ■

Maria Georgiana Iovan

Fabrizio Santilli

Un Respiro di Speranza APS

Un Respiro di Speranza APS

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
Padiglione Marchiafava, III° p. - 00149 Roma
Tel.: +39 333 2605460
unrespirodisperanza@hotmail.com
www.unrespirodisperanza.it

4^a edizione del Premio #MAISOLI



Sabato 17 dicembre 2022 c'eravamo anche noi sul palco dell'Auditorium Testori di Palazzo Lombardia tra le 150 associazioni presenti alla 4^a edizione del Premio #MAISOLI, evento dedicato alle Associazioni di volontariato lombarde (ben oltre le 15.000 presenti su tutto il territorio) che operano in ambito sanitario e sociosanitario. Noi di Un Respiro di Speranza Lombardia che dal 2016 operiamo all'interno di diverse strutture ospedaliere con noi convenzionate.

A ritirare il premio il nostro presidente Roberto Adamo: "Essere stati premiati insieme ad associazioni più blasonate, ci riempie di orgoglio e di stimoli per poter proseguire sul nostro cammino nel mondo del volontariato". #MAISOLI è un evento-spettacolo che Regione Lombardia regala alle Associazioni di volontariato che collaborano con le strutture sanitarie e sociosanitarie lombarde, per ringraziarle del loro straordinario contributo. Un contributo che si è dimostrato parti-

colarmente prezioso durante il periodo della pandemia in cui, nonostante l'isolamento, le Associazioni hanno fatto in modo che i pazienti non si sentissero "mai soli". Ed è quello che facciamo noi tutti i giorni con l'aiuto dei nostri volontari, fuori e dentro gli ospedali, occupandoci di favorire i percorsi dei malati e di sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni sulla Fibrosi Polmonare Idiopatica (IPF) dando sostegno a tutti i pazienti affetti da questa malattia rara e ai loro familiari. Garantiamo nelle strutture con cui siamo convenzionati un servizio di ascolto e sostegno psicologico. Da due anni, grazie al progetto "Mi prendo cura", con cadenza mensile, all'interno dell'Ospedale San Gerardo e in collaborazione con una pneumologa specializzata in riabilitazione respiratoria e nutrizione e il suo staff di fisioterapisti, promuoviamo incontri educazionali e informativi. Il nostro impegno, importante, si perfeziona con la presenza al San Gerardo tutti i giorni, al San Giuseppe di Milano (Gruppo Multimedita)



due pomeriggi a settimana e all'ASST di Bergamo, Ospedale Papa Giovanni XXIII su appuntamento. Tra i servizi dedicati, anche i farmaci a domicilio per i pazienti con difficoltà, motivo che ha contribuito all'ottenimento del premio. Tra i nostri prossimi obiettivi la ripartenza, dopo la pandemia, anche delle spirometrie gratuite nei punti Ipercoop che in quattro casi su 256, prima dell'emergenza sanitaria, sono servite a rilevare (e iniziare a curare) patologie polmonari gravi. ■

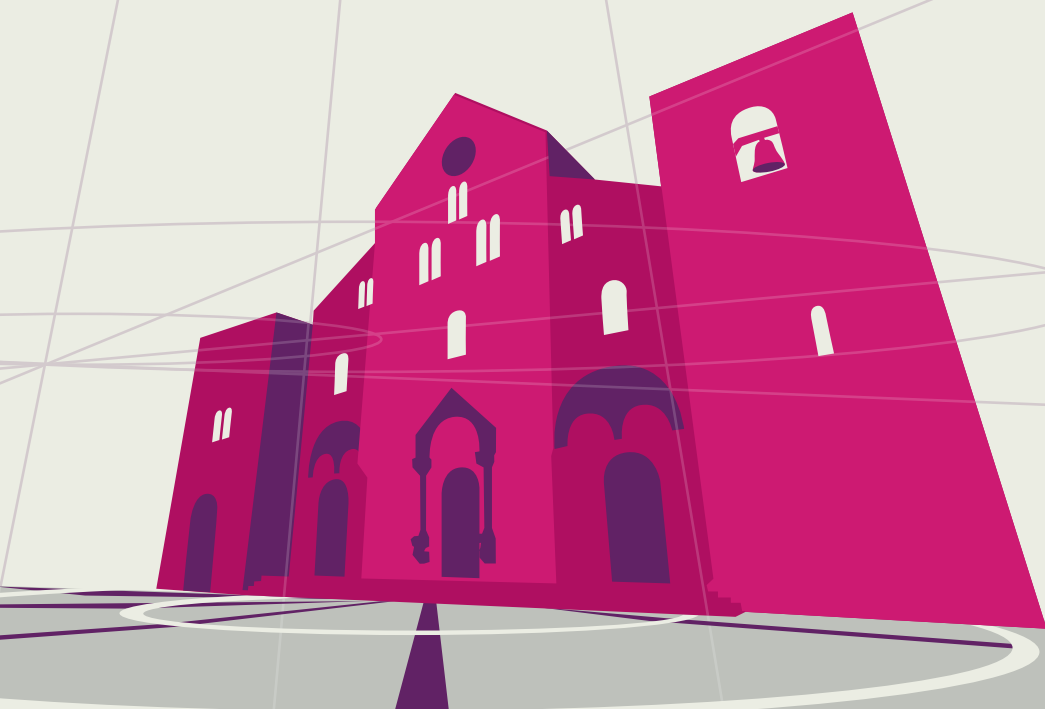
*Il consiglio Direttivo
Associazione ODV
Un Respiro di Speranza
Lombardia
riabilitazionerespiratoriaipf@gmail.com*

Un Respiro di Speranza Lombardia

c/o ASST di Monza
via Pergolesi, 33 - 20900 Monza (MB)
info@unrespirodisperanzalombardia.com
www.unrespirodisperanzalombardia.com



**L'ILLUMINISMO
DELLA PNEUMOLOGIA
PER LA SALUTE
RESPIRATORIA**



09-11 Giugno - Bari

Nuova Fiera del Levante

WWW.PNEUMOLOGIA2023.IT

PRESIDENTE DEL CONGRESSO

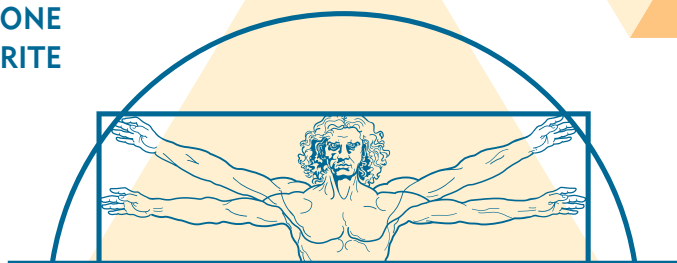
Mauro Carone

Presidente AIPO-ITS

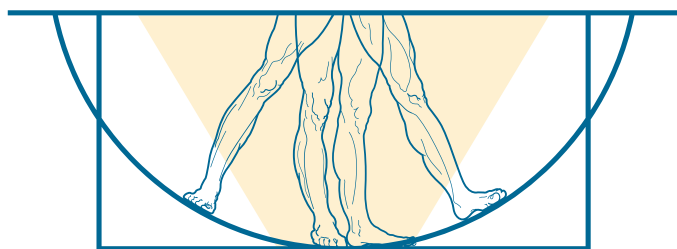
Pneumologia e Riabilitazione Pneumologica
ICS Maugeri SpA Società Benefit - I.R.C.C.S.

EWMA 2023

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



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



OTHER COLLABORATORS



MILANO, ITALIA
3 – 5 MAGGIO 2023



EWMA2023.ORG