

La diagnosi precoce dei
tumori polmonari: attualità
e prospettive pag. 10

Il sesso e il genere nella
percezione e nella gestione
del dolore pag. 15

Sarcopenia, il declino della
massa muscolare che
possiamo rallentare pag. 24

RESPIRO

ANNO XVII
N° 68

INVERNO
2024

TRIMESTRALE DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE E BENESSERE

RESPIRO.NEWS



**Salute e clima:
una rete di 25 Università
europee preparerà i futuri medici**

XXVI

CONGRESSO
NAZIONALE DELLA
PNEUMOLOGIA
ITALIANA

XLVIII

A IPO
ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PNEUMOLOGI
OSPEDALIERI



I T S
ITALIAN
THORACIC
SOCIETY



14-16
NOVEMBRE
2025

WWW.PNEUMOLOGIA2025.IT

VERONA

Centro Congressi Verona Fiere

PNEUMOLOGIA E AMBIENTE

un respiro fuor di queste mura

N° 68

INVERNO 2024

Periodicità trimestrale

RESPIRO.NEWS

RESPIRO

TRIMESTRALE DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE E BENESSERE

Direttore Responsabile

Claudio Micheletto (VR)

Caporedattore

Alessandra Rozzi (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 San Gregorio 12, 20124 Milano

editoria@sintexservizi.it

Segreteria di Redazione

editoria@sintexservizi.it

Progetto grafico e immagine

Sintex Editoria

grafica@sintexservizi.it

Relazioni esterne e pubblicità

Via San Gregorio 12, 20124 Milano

editoria@sintexservizi.it

Stampa

Roto3, Industria Grafica, Castano Primo (MI)

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

© 2024 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 dicembre 2024

RESPIROnews



/respironews



+39 333 88 22 666

RESPIROnews



Piede diabetico e lesioni cutanee: tutte le novità



La classificazione del piede diabetico (DFE) è una sua complicanza rappresentativa che coinvolge la microcircolazione per la quale potrebbe essere prevenuta con la gestione appropriata del diabete e delle lesioni cutanee.

➔ Leggi tutto...

Malattie reumatologiche: il 75% dei pazienti cambia vita, il 65% lascia il lavoro, il 20% non si vaccina

11 dicembre 2023 (data 12)

Online la video-intervista del XII Congresso Nazionale AISLAC

11 dicembre 2023 (data 12)



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**



/respironews

sintex

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

www.respiro.news
redazione@respiro.news



+39 333 88 22 666
LINEA DIRETTA CON I LETTORI

Editoriale

07

Salute respiratoria, i quattro sintomi da non sottovalutare | *A. Rozzi*

Gli articoli

10

La diagnosi precoce dei tumori polmonari: attualità e prospettive | *M. Infante*

Il sesso e il genere nella percezione e nella gestione del dolore | *A. Serafini*

Il Cammino di Santiago de Compostela | *G. D'Amato*

Il difficile "mestiere" del Medico | *S. D'Antonio*

Sarcopenia, il declino della massa muscolare che possiamo rallentare | *I. Parascandolo*

Salute e clima: una rete di 25 Università europee preparerà i futuri medici | *A. Rozzi*

Cultura

32

Micheletti, il medico eroe della strage di Vergarolla | *A. Schiavulli*

Malattie rare

35

Un'ipertensione rara ma non troppo | *A. Paradiso, D. Fiore*

La salute della pelle

38

Radiodermiti, istruzioni per l'uso | *L. De Rose*

La voce dei pazienti

42

Nutrirsi per vivere: la cucina oltre la cura
A Pollenzo, il Convegno su Nutrizione e SLA | *E. Longo*

Mindfulness e difficoltà di respiro
Il Protocollo MBSR Breath offerto dall'Associazione
Pazienti BPCO: cosa ne pensano i partecipanti? | *A. Rossi*

Futuro e opportunità: il progetto "Trovo il mio lavoro"
Cresce il progetto di LIFC per l'inserimento professionale dei pazienti FC | *R. Caroni*

Oltre l'orizzonte respiratorio: superare insieme gli ostacoli per vivere una vita senza limiti | *S. Barbaglia*

Al via il progetto Match Point: strumenti vincenti per il domani delle persone con malattie neuromuscolari | *A. Piva*

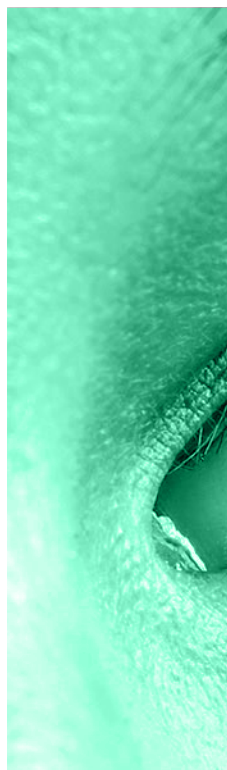
"Esci dal tunnel", un soffio per smettere di fumare | *F. Ferraresi*

A I P O
ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PNEUMOLOGICI
OSPEDALIERI



I T S
ITALIAN
THORACIC
SOCIETY

CERTIFICAZIONE DELLE COMPETENZE



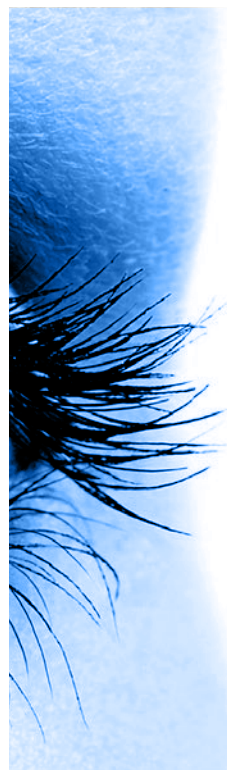
**ESPERTI IN
DISTURBI
RESPIRATORI
NEL SONNO**



**ESPERTI IN
PNEUMOLOGIA
RIABILITATIVA**



**ESPERTI IN
SUPPORTI
RESPIRATORI
NON INVASIVI
NELL'INSUFFICIENZA
RESPIRATORIA
ACUTA (SIRENA)**



**ESPERTI IN
ECOGRAFIA
TORACICA**

**DIAMO VALORE ALLA
TUA PROFESSIONALITA'
ATTRAVERSO LA
CERTIFICAZIONE
DELLE COMPETENZE**

Per saperne di più visita
www.aiponet.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.

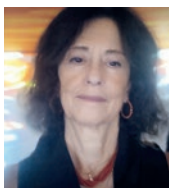
Nella rivista ampio spazio viene dedicato ai contributi delle **Associazioni di Pazienti**, da sempre impegnate, attraverso diverse iniziative e progetti anche in collaborazione con Istituzioni e Società Scientifiche, nella lotta per la salute e nel dare voce ai pazienti.

I cittadini possono trovare gratuitamente RESPIRO negli ospedali e negli ambulatori medici. 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

Salute respiratoria, i quattro sintomi da non sottovalutare

Alessandra Rozzi



Un poker di sintomi da non prendere mai sottogamba: è l'indicazione emersa dalle parole del Presidente AIPO-ITS/ETS Claudio Micheletto in occasione della Giornata Nazionale del Respiro 2024, organizzata da AIPO-ITS/ETS e da SIP/IRS il 21 settembre scorso, e più che mai attuale ora che la stagione fredda mette alla prova le nostre difese: “Credo fermamente che la pneumologia debba far sentire la sua voce sul fronte della prevenzione, e non solo su quello della fase acuta e della riacutizzazione delle patologie” ricorda infatti Micheletto, sottolineando l'importanza “di informare le persone, di creare tavoli di lavoro comuni con le Istituzioni, e anche di mettere in guardia la gente: sintomi come una tosse in-

sistente, una sensazione di oppressione al petto e il fiato corto, oppure il ricorrere di infezioni respiratorie ripetute, devono senz'altro essere interpretati come segnali d'allarme e condurre al più presto chi ne soffre dallo pneumologo”.

Ecco allora i quattro sintomi che, presentandosi isolati o, peggio ancora tutti assieme, devono portare immediatamente chi li avverte a richiedere allo specialista una valutazione approfondita basata su esami clinici.

1. Tosse insistente

Il tipo di tosse che desta maggiore preoccupazione è la tosse secca: se è persistente e fastidiosa, infatti, dopo il legittimo ricorso a rimedi naturali e farmaci da banco per cercare di sedarla – generalmente attraverso il ricorso a miele o sciroppi – qualora il sintomo persista è opportuno consultare un medico specialista che ne indaghi le cause. La tosse persistente, infatti, può essere legata a condizioni anche gravi, e deve essere monitorata in particolare se ha una durata superiore alle tre set-

f / Respiro News



Giornalista, Caporedattore Respiro, Sintex Servizi, Milano

▶ timane. Anche la cosiddetta “tosse produttiva”, del resto, dovrebbe essere tenuta sotto controllo, soprattutto se di lunga durata: qualora sia accompagnata dal cosiddetto “fiato corto” potrebbe infatti essere sintomo di patologie anche serie allo stadio iniziale, oppure – se accompagnata da sangue nell'espettorato – di un problema di carattere oncologico.

2. Sensazione di oppressione al petto

Avvertite un senso di peso, oppure una sorta di stretta localizzata dietro allo sterno, più o meno accompagnata da dolore, senso di nausea e fiato corto? Meglio non aspettare troppo e rivolgersi subito al medico, che attiverà le indagini più adeguate. Nella migliore delle ipotesi si tratterà di una conseguenza eclatante dell'ansia, ma un sintomo del genere può essere legato anche a condizioni serie, e in particolare a patologie cardiache e respiratorie: tra le seconde, potrebbe trattarsi di asma, polmonite,

Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) o persino di embolia polmonare. Tutte condizioni che richiedono un intervento competente e immediato, e per le quali un'attesa potrebbe significare l'aggravarsi della patologia stessa.

3. Fiato corto

In termini clinici si chiama dispnea, ed equivale a una difficoltà respiratoria che può presentarsi in modo graduale ma anche improvvisamente, e rivelarsi transitoria o meno. I suoi sintomi principali sono la respirazione difficoltosa, con la sensazione di non riuscire a riprendere fiato nel respiro successivo, o l'affanno anche in assenza di movimenti in qualche modo “impegnativi”. A volte si manifesta in modo atipico, e può comunque essere legata a diversi tipi di patologie a carico delle vie respiratorie (oltre che, ancora una volta, cardiache) con la possibile “scappatoia” che si tratti, invece, di un sintomo macroscopico derivante da stress o ansia. In

ogni caso anche in situazioni simili occorre indagare con l'aiuto di uno specialista senza perdere tempo.

4. Infezioni respiratorie ricorrenti

Le infezioni delle vie respiratorie interessano naso, trachea, bronchi e polmoni, possono essere causate da batteri, virus e funghi, e sono da monitorare con attenzione soprattutto in età adulta, perché possono nascondere una condizione clinica da curare. Se nei bambini il problema è infatti assai diffuso, a causa dell'imaturità del sistema immunitario infantile, negli adulti le infezioni respiratorie frequenti, o comunque ripetute, devono essere interpretate come segnali d'allarme e condurre al più presto nello studio dello pneumologo. Il rischio, infatti, è quello di trovarsi di fronte a una sovrainfezione batterica, oppure all'innescio di processi infiammatori ricorrenti o cronici delle vie respiratorie inferiori, come broncopneumopatie croniche o asma. E in un momento in cui nel mondo si stimano 7 milioni di morti premature l'anno a causa dell'aria inquinata (ormai riconosciuta come principale causa ambientale di malattia e di morte nel mondo), in cui il 99% della popolazione mondiale vive in ambienti con aria che supera i limiti delle linee guida OMS, e in cui il 98% dei cittadini europei respira aria inquinata oltre i livelli di guardia, l'attenzione costante alla propria salute respirato- ▶▶



► ria diventa un'azione importante, da non dimenticare né da rimandare al futuro.

“Ci sono sintomi da non sottovalutare mai – commenta infatti Claudio Micheletto – asma e BPCO sono malattie ad altissima epidemiologia, e interessano almeno il 15% della popolazione generale. Certo, curare un'ostruzione lieve riesce a rallentare il progredire della patologia e migliora la qualità della vita. Altra cosa, invece, è arrivare alla diagnosi tardi, quando magari l'ostruzione delle vie respiratorie raggiunge ormai il 30%: in quel caso il quadro clinico e la prognosi cambiano radicalmente”.

Il problema è particolarmente serio per la BPCO, rispetto alla quale “il paziente grave è noto alle strutture sanitarie, ma il paziente lieve in genere no: siamo quindi di fronte a una sottodiagnosi, anche perché la patologia è lentamente progressiva, e chi ne soffre rischia di abituarsi man mano ai sintomi che avverte”. I possibili campanelli d'allarme? “Tosse produttiva, dispnea, magari abbinati al maggiore fattore di rischio, ovvero al fumo – spiega il Presidente AIPO-ITS/ETS – Di fronte a un quadro simile occorre sottoporsi velocemente a una spirometria, ed eventualmente al test della metacolina e a una TAC prescritte dallo pneumologo”.

Diverso, almeno in parte, è il caso dell'asma, “caratterizzato da episodi più acuti, con crisi, broncospasmo e fischi chiaramente percepibili alla respirazione. Questa pato-



logia ha nella maggior parte dei casi un'origine allergica – spiega ancora Micheletto – Anche in casi come questi la spirometria è il primo esame da mettere in cantiere. Certo, per quanto riguarda il nostro Paese sarebbe utile l'operatività effettiva delle Case della Salute previste dal D.M. 71 sull'assistenza territoriale: all'interno di questi poli sono infatti previste la presenza – accanto al cardiologo e al diabetologo – dello pneumologo, e la possibilità di effettuare la spirometria, un esame che, se non è eseguito correttamente, non serve a nulla. Purtroppo, però, siamo di fronte a strutture troppo spesso vuote”.

Quanto ai tumori al polmone, tra le principali cause di morte in ambito oncologico e troppo spesso scoperti a uno stadio avanzato, Micheletto è chiaro: “Dispnea e sangue nell'espettorato, soprattutto se accompagnati da una lunga abitudine al fumo – e quella contro la sigaretta resta la nostra prima battaglia da vincere – devono immediatamente allarmare. In più, i ta-

bagisti di lungo corso dovrebbero in ogni caso sottoporsi a una periodica radiografia ai polmoni anche in assenza di sintomi eclatanti, perché oggi, purtroppo, la combinazione tra fumo di sigaretta e aria inquinata rischia di diventare esplosiva”. ■

alessandra.rozzi@sintexservizi.it

La diagnosi precoce dei tumori polmonari: attualità e prospettive

Maurizio Infante



È ormai assodato che lo *screening* del tumore del polmone utilizzando le moderne metodiche di immagine (la TAC spirale a basse dosi) è efficace nel ridurre la mortalità legata a questa terribile malattia.

Infatti, ben due grandi studi, svolti con criteri rigorosi negli Stati Uniti d'America e nei Paesi Bassi, hanno confermato che i soggetti ad alto rischio (ossia i fumatori di sigarette dopo i 50 anni d'età) che si sottopongono alla TAC del torace come test di *screening* hanno una probabilità significativamente minore di morire di tumori del polmone rispetto a coloro che non si sottopongono al test. Il rischio è ridotto di oltre il 20% per gli uomini e ancora di più per le donne.

Ma cosa vuol dire *screening*?

In sintesi, lo *screening* è un programma organizzato su

larga scala nel quale si somministra un test diagnostico a persone che non hanno alcun disturbo, ma che presentano fattori di rischio per una certa malattia, allo scopo di intercettare la malattia stessa in fase precoce e facilmente curabile. Questa strategia è detta anche prevenzione secondaria, in contrapposizione alla prevenzione primaria, cioè a tutte quelle strategie che proteggono dal rischio a monte, come ad esempio la vaccinazione contro la poliomielite o il vaiolo o il tetano, o le campagne antifumo.

Esempi ben noti di applicazione di un test *screening* di popolazione sono ad esempio la mammografia, il pap-test o la ricerca del sangue occulto nelle feci per i tumori del colon retto.

La diagnosi precoce dei tumori del polmone si fonda sull'identificazione tramite la TAC di piccoli noduli polmonari che possono rappresentare tumori in fase precoce.

Chi sono i candidati ideali per lo *screening* del tumore polmonare?

In termini generali, sono candidabili allo *screening* per il tumore del polmone i fumatori che abbiano fumato almeno un certo numero di sigarette per un certo numero di anni nella loro vita, che abbiano almeno 50-55 anni di età e non più di 75-80 anni, e non siano affetti da altre gravi malattie. I criteri possono variare leggermente da Paese a Paese.

Come si svolge la diagnosi precoce del tumore polmonare?

La TAC del torace a basse dosi è un test diagnostico a bassissimo rischio, che non richiede alcuna preparazione del paziente (non occorrono il digiuno o esami del sangue), non prevede l'iniezione di mezzo di contrasto e somministra una dose di radiazioni molto bassa, inferiore a quella che riceverebbe un viaggiatore durante un ►►

► volo intercontinentale.

I pazienti dovrebbero ricevere adeguate informazioni e *counseling* circa la loro malattia, le conseguenze di una diagnosi tardiva, i vantaggi e i potenziali effetti indesiderati di un programma di *screening*.

In associazione, dovrebbe essere predisposto un programma di aiuto alla cessazione del fumo, da affiancare alla diagnosi precoce.

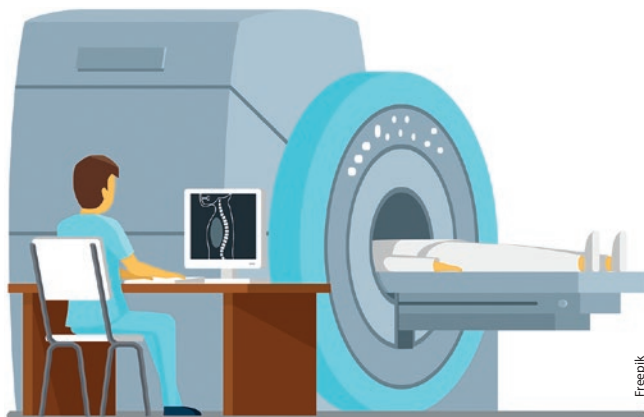
Dovrebbe essere attivo in sede un gruppo interdisciplinare di specialisti: radiologo, pneumologo e chirurgo toracico, oncologo e radioterapista, patologo e medico nucleare, esperti sull'argomento.

Infine, è necessario dirigere gli sforzi su una popolazione selezionata di pazienti a rischio per giustificare l'ingente impegno di mezzi e di finanze, e per massimizzare la resa (ossia per aumentare il numero di casi intercettati in rapporto al numero di test eseguiti).

È bene precisare che non è la diagnosi precoce in sé che salva la vita del paziente, ma è il trattamento precoce conseguente alla diagnosi, cioè la terapia appropriata somministrata prima che il tumore abbia avuto il tempo di crescere e diventare incurabile.

Fra i componenti essenziali di un programma di diagnosi precoce per il cancro del polmone c'è quindi ovviamente la disponibilità di competenze tecniche per eseguire gli interventi di chirurgia toraco-polmonare.

Il trattamento con finalità curativa dei tumori pol-



monari è oggi possibile con tecniche mininvasive, che garantiscono risultati oncologicamente equiparabili a quelli della tradizionale chirurgia a cielo aperto ma con un trauma chirurgico ridotto, minor dolore post-operatorio, e tassi di complicazioni molto bassi.

Per tumori in fase assai precoce c'è la possibilità di eseguire raffinati interventi chirurgici per rimuovere soltanto una piccola porzione di polmone funzionante. La resezione a cuneo è una procedura semplice in cui viene asportata una porzione periferica del tessuto polmonare che comprende il nodulo, con speciali suturatrici chirurgiche. In altri casi si esegue l'asportazione di un segmento polmonare completo, che richiede l'isolamento e la divisione individuale dei vasi sanguigni e dei bronchi all'origine. Essa consente la resezione di noduli più centrali con margini di sicurezza più ampi e la dissezione dei linfatici ilari.

I risultati degli ultimi studi suggeriscono che questa do-

vrebbe essere la strategia di prima scelta nei pazienti affetti da tumori polmonari di piccole dimensioni, anche se essa richiede maggiori capacità tecniche da parte dell'operatore.

La mortalità post-operatoria per questi interventi è prossima allo zero, e recenti studi suggeriscono che il controllo locale e la sopravvivenza a cinque anni con gli interventi conservativi, che limitano la perdita di tessuto polmonare funzionale, sono equivalenti a quelli ottenuti con la tradizionale lobectomia in pazienti portatori di tumori di piccole dimensioni.

Per i pazienti che non possono o non desiderano sottoporsi a un intervento chirurgico, le moderne tecniche di radioterapia stereotassica consentono una somministrazione molto precisa di alte dosi di radiazioni al tumore, limitando sostanzialmente l'esposizione dei tessuti vicini.

I vantaggi della radioterapia stereotassica includono la breve durata del trattamento, il minimo disagio per il pa- ►►

► ziente, la limitata tossicità polmonare, la bassa morbilità a breve termine e l'impatto limitato sulla qualità della vita, ma gli svantaggi sono la minore efficacia terapeutica, e la mancanza di informazioni sulla reale estensione della malattia. Il controllo locale di malattia e i tassi di complicanze dipendono dalla dose di radiazioni somministrata.

L'ablazione con radiofrequenza (RFA), l'ablazione a microonde e la crioterapia sono mezzi di distruzione dei tessuti termici. Nella RFA, alte temperature intralesionali (90° C per 16-27 min.) sono ottenute per mezzo di un elettrodo ad ago impiantato per via percutanea nel tumore sotto guida TC, in anestesia generale o sedazione cosciente. I vantaggi includono trauma limitato, nessuna esposizione alle radiazioni, possibilità di ritrattamento in caso di recidive e impatto minimo sulla funzione respiratoria. I tassi di controllo locale con RFA sembrano essere inferiori rispetto alla radioterapia stereotassica.

Le difficoltà della diagnosi precoce dei tumori del polmone

Un piccolo nodulo polmonare è la prima manifestazione di una neoplasia polmonare in fase iniziale, e mediamente dal 30% al 50% dei pazienti che si sottopongono alla TAC avranno almeno un piccolo nodulo polmonare. Tuttavia, solo in 1-2 pazienti su 100 questo rappresenta veramente un tumore.

La probabilità che un nodulo rappresenti un tumore del polmone dipende dal rischio individuale del paziente e dalle caratteristiche del nodulo. La possibilità che un nodulo sia un vero tumore aumenta con le dimensioni. Così i noduli inferiori ai 5 mm sono maligni solo nello 0,5% dei casi, quelli tra i 10 e i 20 mm sono maligni solo nel 12-15% dei casi, e così via. Se si facessero biopsie su tutti i noduli polmonari, si assisterebbe a un'esplosione di diagnosi inappropriate, procedure diagnostiche invasive inutili, o interventi chirurgici a vuoto.

Granulomi tubercolari o causati da certi parassiti, o infezioni polmonari da lieviti, solo per fare qualche esempio, possono simulare in tutto e per tutto un tumore polmonare in fase precoce.

Un clinico esperto potrebbe a volte fare la diagnosi a colpo d'occhio, ma il margine di errore è elevato ed è indispensabile confermare la diagnosi presuntiva con test appropriati che includono la misurazione del volume e del tempo di raddoppiamento, la PET con FDG, l'agoaspirato o la biopsia transbronchiale, prima di andare in sala operatoria o di portare il paziente alla radioterapia.

Pertanto, la diagnosi precoce dei tumori del polmone richiede una specifica *expertise* nella gestione di questi pazienti mediante appropriati algoritmi diagnostici, che aumentano grandemente la possibilità di identificare tempestivamente le lesioni

maligne, e nel contempo riducono significativamente le possibilità di diagnosi inappropriata.

Il gruppo interdisciplinare dell'Azienda Ospedaliera di Verona dal 2016 adopera gli algoritmi diagnostici e le conoscenze acquisite durante gli studi di *screening*: così facendo ha ridotto il tasso di diagnosi inappropriate dall'8,75% (prima del 2016) al 2,3% (negli anni successivi).

La sovradiagnosi

Contrariamente a quello che si pensa comunemente, non tutti i tumori del polmone sono rapidamente letali.

La sovradiagnosi consiste nella scoperta di un tumore lento che non determinerebbe alcuna conseguenza per il paziente anche se non fosse mai scoperto, per tutta la durata della vita.

Alcune caratteristiche radiologiche aiutano a distinguere questi casi con una certa approssimazione, ma non se ne ha mai la certezza, e invariabilmente nei programmi di *screening* si finisce per trattare alcuni pazienti senza beneficio.

Anche importanti patologie associate riducono il beneficio legato alla diagnosi precoce, sia perché l'aspettativa di vita del paziente potrebbe essere ridotta, sia perché i trattamenti potrebbero non essere tollerabili da un soggetto fragile. Questi pazienti non sarebbero quindi buoni candidati per lo *screening*.

I candidati che maggiormente beneficerebbero della ►►



Freepik

► diagnosi precoce, in realtà, aderiscono in misura minima agli appelli delle autorità sanitarie. Negli Stati Uniti, finora, soltanto meno del 10% dei candidati ha ricevuto un test *screening*.

I motivi della resistenza sono molteplici: principalmente la paura di ricevere una diagnosi di tumore, la paura delle conseguenze di una diagnosi falsamente positiva, la negazione del problema o la sottovalutazione del rischio da parte del paziente fumatore.

Per aumentare l'aderenza, nel Regno Unito si è pensato di portare il test nelle zone di

residenza dei pazienti potenziali, montando veri e propri ambulatori mobili dotati di TAC su TIR, e ribattezzando l'esame di *screening* per i tumori "Controllo della salute dei polmoni" per non spaventare i candidati. L'aderenza è migliorata.

La situazione attuale e le prospettive future

Nel 2014, dopo la pubblicazione dei dati dello studio USA, lo *screening* con la TAC è stato reso disponibile gratuitamente dalle autorità sanitarie americane ai soggetti rispondenti a determinati criteri di selezione.

In Giappone, Corea del Sud, e più recentemente Cina e Taiwan, da oltre vent'anni si promuove la diagnosi precoce attraverso l'uso della TAC, sia su base volontaria che attraverso organizzazioni *for-profit* o programmi sponsorizzati dal governo. In questi Paesi ci sono moltissimi casi di tumore al polmone nei non fumatori, e la maggior parte dei casi nelle donne si sviluppano nelle non-fumatrici: pertanto l'accesso alla diagnosi precoce tramite la TAC non è limitato ai fumatori.

In diversi Paesi vi sono pressioni da parte della comunità medica a sostegno di programmi di *screening* di popolazione finanziati dallo Stato (Polonia, Croazia, Slovenia, Inghilterra, Australia, Germania, Brasile, Regno Unito e Germania). Tuttavia, i governi e le autorità sanitarie in Europa sono stati finora abbastanza reticenti.

In Italia, la rete RISP (Rete Italiana Screening dei Tumori Polmonari) è attiva nell'ambito di uno studio sponsorizzato con fondi dell'Unione Europea, mentre in Regione Toscana è partito un limitato programma pilota finanziato dalla Regione.

Le ragioni naturalmente stanno nei costi – variabili dai 50 ai 200 € per ogni esame, moltiplicato per milioni di pazienti l'anno – e nella necessità di eseguire lo *screening* solo in centri qualificati, per i motivi già menzionati e per massimizzare il rapporto tra costi e benefici.

Ma l'investimento sarebbe compensato dal fatto che i ►►

► tumori in fase precoce possono essere guariti con costi molto minori. Per dare un'idea, mentre il trattamento chirurgico puro e semplice di un paziente in fase precoce costerebbe al SSN intorno ai 12.000 €, per un paziente oncologico avanzato l'immunoterapia o i farmaci biologici costano svariate decine di migliaia di euro all'anno.

Si sta tra l'altro sperimentando attivamente l'impiego dell'Intelligenza Artificiale per l'analisi delle immagini, nell'ottica di offrire la TAC di *screening* a milioni di persone. I programmi di Intelligenza Artificiale si sono infatti dimostrati abbastanza affidabili per scremare dalla massa di immagini quelle che non mostrano alcun elemento di sospetto, o per confrontare gli esami dello stesso paziente da un anno all'altro, ma non sono affidabili al 100%: al momento attuale, pertanto, non possono essere utilizzati da soli senza il controllo di un radiologo umano.

Le apparecchiature TAC di ultima generazione eseguono una scansione di tutto il torace in pochi secondi e somministrano al paziente una dose di radiazioni addirittura inferiore a quelle di una radiografia del torace. In futuro, saranno lo strumento ideale a disposizione per la diagnosi precoce.

L'intervallo standard fra un esame TAC e l'altro è di un anno, ma si sta esplorando la possibilità di allungare l'intervallo qualora il primo test sia negativo.

In teoria, da un semplice

prelievo di sangue, urine o dal condensato del respiro esalato si potrebbe rilevare la presenza di un marcatore biologico della presenza di un tumore. Sono state studiate numerose molecole a questo scopo: anticorpi, proteine, cellule circolanti, frammenti di DNA, RNA o altri prodotti organici. Purtroppo, però, tutti questi marcatori sono presenti in concentrazioni molto basse, e spesso il test risulta negativo anche in presenza del tumore. A causa della loro bassa sensibilità, nessuno di questi marcatori potrebbe quindi essere usato come test di prima linea, ma sono in corso studi sulla combinazione di TAC con marcatori biologici per aumentare la precisione della diagnosi in caso di reperti anomali, e per identificare pazienti a più basso rischio per i quali sarebbero adeguati intervalli di tempo più lunghi.

La TAC a basse dosi fornisce immagini di tutti gli organi interni dal collo alla parte superiore dell'addome: il cuore, i polmoni, la tiroide, la mammella, il fegato e le ossa, ed è quindi un utile strumento per identificare l'enfisema polmonare, le calcificazioni delle coronarie o l'osteoporosi, e permette di mettere in atto misure potenzialmente utili a ridurre il rischio di complicazioni dovute a queste patologie.

È dimostrato, ad esempio, che il trattamento farmacologico precoce e regolare della bronchite cronica riduce per questi pazienti il rischio di riacutizzazioni della malattia

e il rischio di finire in Pronto Soccorso o in ospedale.

Quantificare i benefici potenziali della diagnosi precoce del cancro del polmone, dell'enfisema e delle cardiopatie coronariche è uno degli obiettivi di indagine di un programma di ricerca finanziato dall'Unione Europea, coordinato dalla Università di Rotterdam e che coinvolge diversi Paesi europei, inclusa l'Italia. In sintesi, per la diagnosi precoce dei tumori del polmone e per la loro terapia, disponiamo oggi di strumenti molto più sofisticati ed efficaci di 20 anni fa.

L'insieme di tutti gli elementi descritti, correttamente implementati, contribuisce al successo del programma di diagnosi precoce dei tumori del polmone tramite lo *screening*, che si traduce in una diminuzione della mortalità legata a questa malattia, riduce al minimo gli effetti indesiderati delle procedure diagnostiche, e potenzialmente riduce i costi sanitari per il trattamento dei pazienti con malattia avanzata.

La lotta al fumo di sigaretta, la scoperta di marcatori ottenibili da un prelievo di liquido, l'Intelligenza Artificiale per l'analisi delle immagini, la chirurgia mini-invasiva e i nuovi farmaci antitumorali saranno gli strumenti del futuro per sconfiggere questa terribile malattia. ■

maurizio.infante@aovr.veneto.it

Il sesso e il genere nella percezione e nella gestione del dolore

Antonella Serafini



Il dolore è un meccanismo biologico evoluto e molto raffinato, il cui compito è comunicare al cervello che cosa stia danneggiando il corpo, affinché possa prendere rapidamente le contromisure appropriate. L'elaborazione dell'atto nocicettivo è complessa, come sottolineato dal fatto che lo stimolo passa anche attraverso la rete di strutture corticali e sottocorticali definite "sistema limbico", deputate a regolare le risposte emotive e il comportamento che ne deriva, secondo l'ancora attuale modello cartesiano del dolore. Se i propriocettori danno un'informazione conscia (anche se "abituata") della posizione del corpo nello spazio, sono i nocicettori a proteggere dal danno. Non esistono altri sistemi deputati a quest'attività. Il dolore è pertanto interpretabile come un *alert*. Cosa più semplice se la causa è un agente esterno, un trauma, un taglio,

Pneumologa, Centro Medico Casa della Salute (CDS), Sanremo (IM)



Dolore acuto e genere: in senso orario testa, collo e schiena.

una caduta; molto meno se il dolore è viscerale o presenta un'eziologia infettiva, dismetabolica, infiammatoria, etc.

La professoressa Sabrina Giglio, genetista presso l'Università di Cagliari, sottolinea come il dolore costituisca un'interazione dinamica all'interno di fattori biologici, sociali e psicologici unici per ogni persona. Recenti lavori di letteratura dimostrano ormai in modo incontrovertibile come il *background* genetico di ciascun soggetto giochi, insieme a fattori ambientali,

un ruolo primario nel dolore e negli esiti del suo controllo farmacologico. Si è raggiunta inoltre una migliore comprensione della funzione dei geni nella percezione del dolore, nella sua espressione o nella relativa resistenza ai farmaci. I geni correlati al dolore meglio caratterizzati sono la catecol-O-metiltransferasi (COMT) e la cicloidrolasi GTP 1 (GCH1). COMT degrada i neurotrasmettitori delle catecolamine, tra cui dopamina, adrenalina e noradrenalina. COMT è un gene altamente ►►

► polimorfo; la sua ridotta attività enzimatica si traduce in una maggiore sensibilità al dolore. Recenti studi genetici sull'uomo mostrano inoltre che i polimorfismi correlati a GCH1 hanno una forte associazione con fibromialgia, neuropatia periferica, dolore postoperatorio e dolore da neoplasia.

In Italia, oltre 10 milioni di adulti soffrono di dolore cronico (circa 4 milioni di uomini e quasi 6 milioni e mezzo di donne). La stima, la prima validata a livello nazionale, è contenuta nel rapporto "Dolore cronico in Italia e suoi correlati psicosociali dell'Indagine Europea sulla Salute (*European Health Interview Survey* - 2019)" pubblicata dall'Istituto Superiore di Sanità. L'indagine ha coinvolto oltre 44.000 partecipanti, di cui circa 38.800 hanno risposto a un breve questionario sul dolore cronico. Tale sintomo risulta presente nell'8% della popolazione tra i 18 e i 44 anni, con un aumento al 21,3% tra i 45-54enni e al 35% tra i cosiddetti "giovani anziani" 65-74enni, fino a raggiungere il 50% negli ultra-ottantacinquenni.

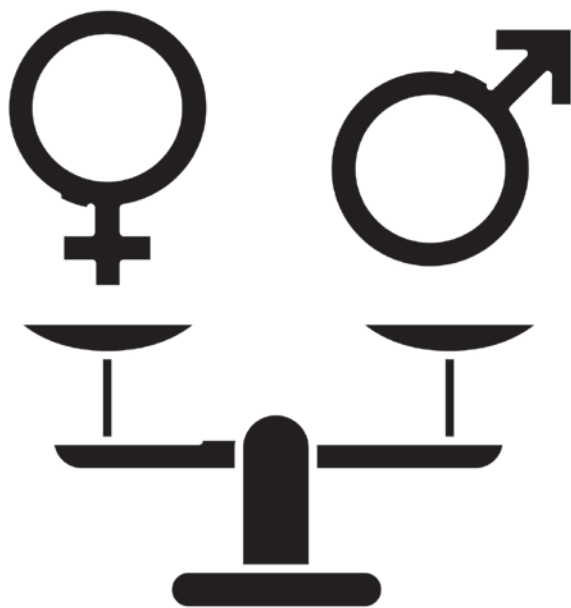
Per il dolore cronico si confermano disuguaglianze di genere: il divario nelle stime di prevalenza tra maschi e femmine inizia infatti già all'età di 35 anni, e progressivamente si pone a sfavore del sesso femminile, con percentuali superiori di oltre 15 punti tra gli anziani (65 anni e più). Nel complesso, il 60% delle persone adulte con dolore cronico in Italia è di sesso femminile. Le cause che possono essere all'origine del fenomeno includono: una malattia prima-

ria, già diagnosticata, abitualmente correlata ad uno stato di dolore (52%), un trauma (21%), un intervento chirurgico (7%), un tumore (3%). Esiste una quota, non irrilevante, pari al 13%, di persone con dolore cronico che non ha ancora una chiara diagnosi di malattia, e che riporta intensità elevate o molto elevate di dolore nel 23% dei casi. È da segnalare una condizione di comorbidità tra dolore cronico e depressione a sfavore delle persone di sesso femminile e delle persone con un più basso livello di istruzione.

Sia il sesso che il genere hanno un impatto su tutte le condizioni di salute, con conseguenti differenze tra uomini e donne nei fattori di rischio della malattia, nella prevalenza, nella presentazione e nella risposta al trattamento. Le donne hanno maggiori probabilità degli uomini di sperimentare una varietà di

sindromi caratterizzate dalla presenza di dolore cronico, e segnalano un dolore più intenso e in più sedi rispetto agli uomini. Solo dal 1990 il National Institutes of Health – il principale ente di ricerca pubblico negli Stati Uniti, del quale dal 1991 al 1993 è stata direttrice Bernardine Healy, cardiologa e capostipite della Medicina di Genere – ha introdotto una politica che tenesse conto delle specificità di genere nella ricerca e nella pratica medica. Ciò ha portato a un crescente interesse da parte della comunità scientifica e delle organizzazioni governative verso lo studio delle differenze di genere nelle condizioni di salute e nelle risposte al trattamento.

A seguire, numerosi articoli hanno esaminato la differenza di genere anche nella percezione del dolore: termico, pressorio, ischemico, muscolare, elettrico, chimico e viscerale indotto in laboratorio in sog- ►►



DepositPhotos

► getti sani. Dai dati emerge che le femmine e i maschi hanno soglie comparabili per il dolore da freddo e da ischemia, mentre le soglie del dolore da pressione sono più basse nelle femmine rispetto ai maschi, che le femmine tollerano meno il dolore termico (caldo, freddo) e da pressione rispetto ai maschi, ma non è il caso della tolleranza al dolore ischemico, che è comparabile in entrambi i sessi. Sono state inoltre osservate differenze nelle risposte agli interventi farmacologici e non farmacologici sul dolore.

Sebbene la specifica base eziologica determinante queste differenze di genere sia sconosciuta, sembra inevitabile che molteplici processi biologici e psicosociali siano fattori contribuenti. Ad esempio, prove emergenti suggeriscono che il genotipo e il funzionamento endogeno degli oppioidi svolgano un ruolo causale in queste disparità e una considerevole letteratura indica gli ormoni sessuali come fattori che influenzano la sensibilità al dolore. Tuttavia, l'effetto modulatore specifico degli ormoni sessuali sul dolore tra uomini e donne richiede ulteriori ricerche. Processi psicosociali circa la gestione del dolore e la presenza di fattori stressogeni possono anche spiegare le differenze di genere nel dolore, oltre ai ruoli di genere stereotipati che possono contribuire alle differenti espressioni del dolore.

Il Professor Björn Gerdle, uno dei massimi esperti del dolore, aveva rilevato che per alcune regioni anatomiche una percentuale maggiore di

donne rispetto agli uomini aveva segnalato dolore nella settimana precedente, e le donne erano significativamente più propense a segnalare dolore cronico diffuso. Inoltre, la prevalenza nella popolazione di diverse condizioni comuni di dolore cronico – tra cui la fibromialgia, l'emicrania e la cefalea cronica di tipo tensivo, la sindrome dell'intestino irritabile, i disturbi temporomandibolari e la cistite interstiziale – è maggiore per le donne che per gli uomini.

Le differenze legate al sesso nella risposta al trattamento con oppioidi sono state al centro di molte ricerche, e hanno portato a risultati discordanti. Tuttavia, l'eziologia di queste disparità non è stata completamente chiarita, ed è pertanto concepibile che questa letteratura meriti di essere rivisitata in modo completo. Possibili fattori multiformi sembrano essere associati sia nell'elaborazione del dolore sia nell'analgesia da oppioidi: aspetti neuroanatomici, ormonali, neuroimmunologici, psicologici, sociali, culturali, comorbidità sino a percorsi di segnalazione cellulare e molecolare a seguito delle azioni modulatorie degli ormoni gonadici nel dimorfismo sessuale. Viene indicato che l'attivazione di alcune regioni cerebrali contribuisce alla differente sensibilità al dolore tra femmine e maschi a seguito dell'azione degli ormoni sessuali. Una comprensione più approfondita del complesso *network* tra ormoni sessuali e segnalazione neuroimmunologica alla base del dolore e della risposta agli

oppioidi, può aiutare nella gestione terapeutica del dolore in relazione al genere. Nuove, affascinanti linee di ricerca, stanno approfondendo sia le basi genetiche legate alla sensibilità al dolore, sia la componente legata agli ormoni sessuali. Si tratta quindi di ricerche appassionanti, preliminari all'individuazione di terapie geniche che potrebbero agire in modo mirato e selettivo proprio sui meccanismi cardinali del dolore cronico, attenuandolo: una grande speranza. ■

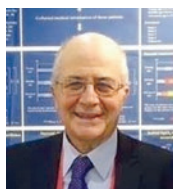
antonella.serafini123@gmail.com

Bibliografia di riferimento

- BARTLEY EJ, FILLINGIM RB. *Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings*. Br J Anaesth 2013;111:52-8.
- *Dolore cronico in Italia e suoi correlati psicosociali*, in "Indagine europea sulla salute" (European Health Interview Survey - EHIS), 2019.
- GIGLIO SR. *Genomica e dolore: che cosa ci può rivelare lo studio del DNA?* In: "Dolore, infiammazione e comorbidità in ginecologia e ostetricia". Atti del Convegno. Milano, 23 novembre 2022, a cura di Annamaria Colao, Alessandra Graziottin, Stefano Uccella, Fondazione Alessandra Graziottin onlus per la cura del dolore nella donna, pp. 10.
- NASSER SA, AFIFY EA. *Sex differences in pain and opioid mediated antinociception: modulatory role of gonadal hormones*. Life Sci 2019;15237:116926.
- RACINE M, TOUSIGNANT-LA-FLAMME Y, KLODA AL, ET AL. *A systematic literature review of 10 years of research on sex/gender and experimental pain perception - part 1: are there really differences between women and men?* Pain 2012;153:602-18.

Il Cammino di Santiago de Compostela

Gennaro D'Amato



In un'area della Spagna – la Galizia – che in realtà sembra più Scozia che Spagna, nell'angolo più in alto, a Nord-Ovest della penisola iberica, è ubicata Santiago de Compostela, a poca distanza dall'Oceano Atlantico che, con le sue onde possenti, lambisce, ma talvolta aggredisce, il territorio.

Nel passato la Galizia veniva definita *finis terrae*, perché si pensava che il mondo terminasse lì. Più di Lourdes, di Pompei e di altri celebri santuari, Santiago è oggi considerata la capitale mondiale del turismo religioso ed è meta di vari cammini, definiti in modo differente: Cammino Primitivo, Francese, Portoghese, del Nord e Inglese, che da oltre 11 secoli conducono al santuario di San Giacomo e sono percorsi, ogni giorno, da migliaia di pellegrini.

Pneumologo e Allergologo, Napoli

Santiago è attualmente una cittadina di 100.000 abitanti con una cospicua popolazione di studenti che afferiscono all'antica università, la quale ha celebrato recentemente i suoi 500 anni di storia.

Con il suo Santuario, Santiago venne letteralmente "inventata" da tre persone: un pastore galiziano, Pelayo, eremita, che una notte vide una pioggia di stelle su un punto della collina e subito dopo sognò Giacomo il Maggiore, per l'appunto Santiago, martire e cugino di Cristo, il quale lo informò che in quel luogo si trovavano i suoi resti. L'eremita informò il vescovo Teodomiro, il quale dispose tre giorni di veglie e di scavi nel luogo indicato da Pelayo, definito "il campo delle stelle" (appunto Compostela) e ciò in modo piuttosto singolare, dato che si sapeva che Santiago era

stato martirizzato e sepolto a Gerusalemme dieci anni dopo il Cristo.

Nel corso degli scavi venne scoperto uno scheletro decapitato accanto al quale c'era una scritta: "Qui giace Jacobus, figlio di Salomè e Zebedeo" e la notizia venne immediatamente diffusa alla popolazione locale. A essa dette credito anche Alfonso II, re delle Asturie e della Galizia, che si recò a piedi nel luogo in cui lo scheletro era stato portato alla luce, ordinando di costruire la cattedrale e inaugurando così i pellegrinaggi che da allora sono continuati incessantemente da tutta Europa e dal resto del mondo.

A Santiago de Compostela ebbi il piacere di essere invitato dalla locale Facoltà di Medicina a tenere una *lectio magistralis* nel contesto di una bellissima cerimonia ►►



Bepi image per DepositPhotos

► per la ricorrenza dei cinque secoli della fondazione di quell'Università, tra le più antiche al mondo. Ero stato invitato quale autore del libro "Allergenic pollen and pollinosis in Europe" pubblicato dalla Blackwell Scientific Publications di Oxford, che avevo scritto per conto della European Academy of Allergy and Clinical Immunology: un volume parecchio diffuso tra i cultori della materia anche in Spagna, oltre che in molti altri Paesi. Iniziando la mia lettura sull'aumento delle malattie allergiche in Europa correlato con le variazioni climatiche e con l'incremento dell'inquinamento atmosferico nell'aula magna dell'Università di Santiago, mi colpì non poco il vedere il corpo accademico seduto nell'emiciclo dell'aula magna ascoltare in religioso silenzio. Sembrava che la

spiritualità, che aleggia in tutta la parte medioevale di Santiago, coinvolgesse anche gli accademici e tutti i medici presenti in aula, in un'atmosfera di fraternità spontanea. L'essere stato invitato per una *lectio magistralis* in una delle più antiche università europee mi aveva fatto molto piacere, ma l'orgoglio si stemperò non poco in quell'atmosfera unica, piena di afflato mistico che fa meditare sulla caducità dell'uomo, lasciando emergere istanze spirituali profonde.

Nell'uscire dall'università, che si trova accanto alla cattedrale, entrai in chiesa nel pieno di una funzione molto affollata, con il *Botafumeiro* fumante di incenso in piena attività, fatto oscillare nel transetto da quattro sacerdoti. In proposito, sarebbe utile informare gli asmatici

che non è opportuno entrare in chiesa durante la funzione onde evitare di respirare l'incenso, che ai soggetti con iperreattività delle vie aeree può indurre broncospasmo a volte anche intenso. E sono gli stessi asmatici ad accorgersi che non è il caso di entrare in chiesa quando c'è una funzione con emissione di fumi di incenso.

Ovviamente, al di là delle funzioni con incenso, è sempre possibile entrare in chiesa senza problemi anche per chi soffre di problemi respiratori e che magari è andato lì proprio per chiedere al Santo la grazia di stare meglio.

Nella cattedrale di Santiago ho potuto osservare tante persone con i piedi fasciati, taluni addirittura sanguinanti per il cammino molto faticoso che avevano fatto. Dal momento che il "cam- ►►

► mino”, lungo diverse decine di chilometri a seconda del tracciato scelto, sta diventando sempre più affollato, è opportuno informare chi vuole intraprenderlo che è consigliabile essere allenati e in buona salute. E non tutti possono intraprendere l'impresa “alla leggera”. Chi soffre di BPCO e vuole iniziare il Cammino, ad esempio, deve organizzarsi dal punto di vista sanitario.

In ogni caso moltissime persone, provenienti da ogni parte d'Europa e del mondo, si impegnano in questo percorso, e riescono a percorrere giorno dopo giorno tutti i chilometri che li separano dal traguardo, ovvero la cattedrale di Santiago di Compostela.

Mi fermai a vedere, davanti all'ingresso della cattedrale, l'afflusso dei pellegrini, e ne vidi arrivare tanti dall'Olanda, dalla Francia, dall'Italia, e ovviamente dalla stessa Spagna. Gli spagnoli arrivavano numerosi, non solo dalla Galizia, ma anche dalla Catalogna e dalla cattolicissima Andalusia. Alcuni dei pellegrini erano anziani e sofferenti ma, molto dignitosamente e con forti motivazioni spirituali, non chiedevano aiuto agli altri viandanti e si sedevano in terra prima di entrare o sui gradini della chiesa per aggiustarsi le bende ai piedi. Altri arrivavano a cavallo, che lasciavano nelle scuderie alla periferia della città, altri in bici, che appoggiavano ai lati della basilica. Era un *turnover* di persone fortemente motivate che entravano in



fila indiana nella cattedrale.

Importante ricordare, per i viaggiatori a piedi e non allenati a lunghi percorsi – in particolare se sofferenti di problemi respiratori in genere – la necessità di organizzare tappe di lunghezza ridotta per evitare di affaticarsi troppo.

Per il resto, durante la cerimonia in chiesa con il *Botafumeiro* si sentono suoni e canti in una cerimonia unica, e sembra che si incensi il mondo intero. All'epoca non c'erano tanti telefonini e

solo in pochi fotografavano. Adesso, invece, abbondano i “fotografi” e i *selfie* con San Giacomo.

Quanto alla città, la parte moderna è francamente non bella, mentre è mozzafiato la parte medioevale, dove si trova la cattedrale di Santiago. ■

gdamatomail@gmail.com

Il difficile “mestiere” del Medico

Salvatore D'Antonio



Le situazioni più difficili da gestire da parte dei medici sono quelle che pongono il professionista di fronte a pazienti in momenti di imminente fine vita, e questo sia per le decisioni da prendere, sia per l'atteggiamento da tenere con chi è spesso ancora lucido e cosciente, sia per la difficoltà nel gestire l'impatto con i familiari, non sempre consapevoli della gravità delle situazioni.

Spesso si deve discernere tra un trattamento che può essere interpretato come accanimento terapeutico e un comportamento di attesa passiva, considerate l'età, la gravità della patologia, il reale beneficio e la prospettiva che un intervento, magari cruento, può assicurare. Entriamo quindi nella problematica dell'etica personale, che può però scontrarsi con gli aspetti giuridici, con gli obblighi legali e con le eventuali conseguenze possibili,

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



tanto che secondo Ignazio Marino – chirurgo, accademico, ex sindaco di Roma e oggi parlamentare europeo – nel 62% dei casi, durante le ultime 72 ore di vita, nei reparti di terapia intensiva si pratica una desistenza terapeutica che non viene documentata in cartella perché risulterebbe illegale.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica (“Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana”, 14 luglio 1995) precisa che l'accanimento terapeutico consiste nell'ese-

cuzione di un “trattamento inefficace, gravoso e sproporzionato rispetto ai benefici che può procurare”, a cui si aggiunga la presenza di un rischio elevato e/o una particolare gravosità per il paziente con un'ulteriore sofferenza, in cui l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulti chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica.

L'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana stabilisce inoltre che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento ►►

► sanitario se non per disposizione di legge», e l'Italia ha ratificato nel 2001 (L. 28 marzo 2001, n.145) la Convenzione sui Diritti umani e la Biomedicina di Oviedo del 1997, la quale stabilisce che “i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione”.

Il Codice di Deontologia Medica, in aderenza alla Convenzione di Oviedo, afferma che il medico dovrà tener conto delle precedenti manifestazioni di volontà del malato e, come afferma il Consigliere della Corte di Appello di Milano Sergio Fucci, il malato non ha l'obbligo di curarsi.

A rendere ancora più complicate le scelte da attuare è l'atteggiamento della Chiesa

Cattolica, che in occasione della polemica suscitata dalle vicende di Piergiorgio Welby ed Eluana Englaro, si è dichiarata contraria alla sospensione del respiratore o dell'alimentazione artificiale, ritenendo che questi metodi non si configurassero come strumenti di accanimento terapeutico, in quanto rientranti tra le cure ordinarie normalmente dovute all'ammalato, e precisando che, pur considerando legittima la pratica di “interrompere procedure mediche sproporzionate rispetto ai risultati attesi”, ritiene che la ventilazione meccanica, al pari dell'idratazione e della nutrizione artificiali, sia un sostegno vitale cui non si può rinunciare senza contravvenire al quinto comandamento, cui è ricondotto tra gli altri il divieto d'eutanasia.

Lo stesso cardinale Carlo

Maria Martini – morto il 31 agosto 2012 quando non era più in grado di deglutire né cibi solidi né liquidi, lucido fino all'ultimo – ha però rifiutato ogni forma di accanimento terapeutico, come testimonia il Prof. Gianni Pezzoli, direttore dell'Unità di Neurologia del Centro Parkinson degli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano, che per anni lo ebbe in cura. Aggiungendo poi che “su questi pazienti si possono usare vari dispositivi come la PEG (Gastrostomia Endoscopica Percutanea, ovvero una forma di nutrizione forzata). Ma in questa fase equivarrebbe a un accanimento terapeutico, e l'accanimento terapeutico non va mai applicato in nessuna terapia medica, quindi anche in questo caso. La malattia è evoluta in modo più naturale possibile”.

Lo stesso cardinal Martini, nel saggio “Credere e conoscere”, afferma: “Il punto delicato è che per stabilire se un intervento medico è appropriato non ci si può richiamare a una regola generale quasi matematica da cui dedurre il comportamento adeguato, ma occorre un attento discernimento che consideri le condizioni concrete, le circostanze e le intenzioni dei soggetti coinvolti. In particolare, non può essere trascurata la volontà del malato. Non si può mai approvare il gesto di chi induce la morte di altri, in particolare se si tratta di un medico. E tuttavia non me la sentirei di condannare le persone che compiono un si- ►►





► mille gesti su richiesta di un ammalato ridotto agli estremi e per puro sentimento di altruismo, come pure quelli che in condizioni fisiche e psichiche disastrose lo chiedono per sé”.

Il consenso informato è l'accettazione che il paziente esprime a un trattamento sanitario, in maniera libera e non mediata dai familiari, dopo essere stato informato sulle modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali e i rischi ragionevolmente prevedibili, l'esistenza di valide alternative terapeutiche e della concreta situazione delle strutture. Quindi:

- 1) deve essere espresso da un individuo capace di intendere e volere;
- 2) deve essere: personale, esplicito, specifico, consapevole, libero, preventivo, e può essere sempre revocato.

Il dissenso validamen-

te manifestato dal paziente cosciente e capace è idoneo a impedire qualsiasi trattamento medico, mentre il consenso informato ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche eventualmente di rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale. Il consenso informato è uno strumento etico-giuridico che permette al sanitario di condividere la responsabilità della scelta con il proprio assistito

È evidente “la complessità del tema che rende problematica la possibilità di legiferare in un campo come quello della medicina, così eterogeneo così continuamente polimorfo da non rendere possibile ipotizzare tutte le varie possibili condi-

zioni”, come ha affermato Angelo Fiori, già Docente di Medicina Legale all'Università Cattolica di Roma. È sempre più evidente e necessaria una stretta collaborazione tra medico e paziente che possa rendere l'operato del medico utile, scevro da rischi, necessario, anche se non risolutivo per il malato. A questo proposito, prendiamo come immagine esplicativa e iconica l'“Incredulità di San Tommaso” del Caravaggio, dove il Cristo collabora con il discepolo, guida la mano sporca nella verifica della ferita, acconsente all'esplorazione, ma con una presa ferma, decisa, pronta a frenare e interrompere l'esplorazione stessa, decidendo Lui come, quando e fino a dove il medico possa procedere. ■

skip50@libero.it

Sarcopenia, il declino della massa muscolare che possiamo rallentare

Ileana Parascandolo



La sarcopenia è definita come il declino della massa muscolare con conseguente perdita di forza fisica. Il termine deriva dal greco, *sarx* = carne e *penia* = perdita. Solo negli ultimi anni la ricerca si è concentrata più intensamente su questa progressiva perdita di trofismo muscolare, e nel 2018 i ricercatori ne hanno ampliato la definizione.

Si tratta di una condizione prevalente nella popolazione anziana: in Italia la popolazione affetta oscilla tra il 5% e il 13% dei 60-70enni. Tra gli ultraottantenni, una persona su due soffre probabilmente di sarcopenia.

La patologia influisce negativamente sul dolore cronico osteoartrosico, perché i muscoli coinvolti nelle articolazioni perdono potenza e le articolazioni hanno un maggiore impegno, il che comporta

Medico Specialista in Scienza dell'Alimentazione, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori "Fondazione G. Pascale"/ASL Napoli 1, Napoli

SARCOPENIA: DIVERSE DEFINIZIONI

- 2010** *European Working Group on Sarcopenia in older people*: "Una sindrome caratterizzata da perdita progressiva e generalizzata della massa e forza muscolare scheletrica associata a un aumentato rischio di eventi avversi quali disabilità, scarsa qualità di vita e morte".
- 2011** *International working group on Sarcopenia*: "È la perdita di massa e funzione muscolare età-correlata. La sarcopenia è una sindrome complessa che è associata a perdita di massa muscolare isolata o associata a incremento della massa grassa".
- 2011** *Society for Sarcopenia, Cachexia, & Wasting Disorders*: "Sindrome caratterizzata da riduzione della massa muscolare associata a limitazione nel cammino, non conseguente a specifiche condizioni patologiche o cachessia".
- 2014** *FNIH Sarcopenia Project*: "Limitazione funzionale in presenza di riduzione di debolezza (ridotta forza) come conseguenza di ridotta massa muscolare".
- 2018** *European Working Group on Sarcopenia in older people*: "Disordine progressivo e generalizzato della muscolatura scheletrica che si associa a un aumentato rischio di eventi clinici avversi quali cadute, fratture, disabilità e morte".

maggiori sollecitazione e relativa usura. L'attenzione a una corretta alimentazione è importante perché, sorprendentemente, tra coloro che soffrono di dolore acuto moderato o severo, il 36,4% dei giovani, il 17,8% degli adulti e il 10,9% degli anziani dichiarano "difficoltà" per la nutrizione di tutti i giorni (dati 1° Rapporto Censis-Grunenthal). Ciò perché sempre più spesso i ritmi di studio/lavoro riducono i tempi della preparazione casalinga degli alimenti, favorendo cibi ultraprocesati con scarso va-

lore nutrizionale (cibi pronti, lavorati di carne, prefritti, etc).

Il benessere muscolare si avvale anche dell'introduzione della leucina, un aminoacido essenziale a catena ramificata, che si trova prevalentemente in alcuni prodotti ittici – pesce azzurro, gamberi, tonno – nei legumi; nel pollame; nella carne di maiale, manzo e vitello; negli anacardi; nella quinoa. Nel nostro organismo la leucina si trasforma in HMB (idrossimetilbutirrato), la sostanza attiva che rallenta il declino muscolare.



► La sarcopenia si può soprattutto rallentare, ritardandone la progressione che la rende una situazione invalidante, in quanto predisponente a difficoltà di movimento, dolore osteoarticolare e, nelle fasi più avanzate, anche a cadute con relative fratture.

Conservare tonicità muscolare

Per mantenere la muscolatura in salute, oltre a una corretta alimentazione con eventuale supplementazione di polveri proteiche o aminoacidi essenziali secondo prescrizione medica, è anche necessaria attività fisica costante e adeguata all'età.

La sarcopenia inizia come un processo fisiologico progressivo dai 30 anni, con una diminuzione del 3-8% della massa muscolare ogni 10 anni. Ciò dipende da vari fattori, tra cui il rallentamento dei processi ossidoriduttivi cellulari, la diminuzione degli ormoni sessuali e della crescita, e l'aumento delle citochine infiammatorie circolanti. Gli uomini perdono più massa muscolare rispetto alle donne, con aumento della massa adiposa soprattutto a livello dell'addome. Perdere massa magra muscolare riduce il metabolismo energetico e causa conseguente accumulo di grasso corporeo, che può provocare sovrappeso oppure obesità.

È fondamentale riconoscere precocemente, diagnosticare e trattare questa condizione, per evitare disabilità importanti con l'aumentare dell'età. Un valido aiuto nella diagnosi della sarcopenia viene dall'esame bioimpedenziometrico, che stima la

composizione corporea attraverso la resistenza e reattanza di corrente a basso voltaggio dei fluidi corporei. Questo esame non invasivo è di semplice e univoca interpretazione.

La sarcopenia, in definitiva, è una condizione morbosa che coinvolge la muscolatura scheletrica, ma che ha ricadute a livello multisistemico. È un processo ad andamento cronico, ma può essere rallentata attraverso molteplici strategie: l'approccio più efficace nel contrastarla consiste nell'esercizio fisico opportunamente integrato dalla giusta alimentazione, e dalla supplementazione nutrizionale con aminoacidi essenziali e proteine.

Obesità sarcopenica

L'obesità sarcopenica (SO) è la combinazione tra eccesso di grasso corporeo e progressiva e generalizzata perdita di massa, forza e funzione muscolare. La sarcopenia è infatti riscontrabile in più dell'80% degli anziani con obesità, dato di notevole rilevanza considerando che il 41% degli italiani *over 65* è affetto da sovrappeso, e il 14% da obesità conclamata (dati ADI). Questa condizione patologica aumenta significativamente la probabilità di sviluppare limitazioni funzionali e perdita di autonomia rispetto ai coetanei normopeso. È evidente altresì che l'obesità complica la sarcopenia, generando un circolo vizioso tra assunzione di cibo e mancanza di attività fisica.

Il corretto apporto nutrizionale

Un corretto apporto nutrizionale oltre i 65 anni dovrebb-



Freepik

be sempre prevedere l'assunzione di fibre, proteine (anche vegetali), fitosteroli e polifenoli, aminoacidi, acidi grassi essenziali, antiossidanti, omega-3, sali minerali e vitamine, coenzima Q10, selenio, acido folico e ferro, insieme a supplementi proteici e a integratori specifici, sempre prescritti dal medico specialista.

Gli aminoacidi essenziali come l'idrossimetilbutirrato sono sostanze che migliorano la potenza muscolare e rallentano la patologia, e possono essere integrati sotto controllo medico. Gli alimenti naturali ad alto valore biologico contengono leucina, che è un precursore del HMB. Frutta, verdura, legumi, pasta e riso da cereali biologici, oltre alle proteine animali, sono fondamentali per una corretta alimentazione, per migliorare la qualità di vita e per diminuire il dolore osteartrosico.

Come intervenire con l'alimentazione

L'alimentazione nell'ultimo ventennio ha assunto un ruolo di primissimo piano nel mantenimento della salute nella po- ►►

► polazione mondiale, ed è considerata strumento essenziale di prevenzione primaria. Un'ampia letteratura scientifica, sviluppata a partire dagli Stati Uniti, ha dimostrato, tuttavia, che l'alimentazione incide in modo diverso sulla salute di uomini e donne, e sebbene queste ultime non siano state quasi mai oggetto della ricerca scientifica in ambito nutrizionale, al punto che le stesse raccomandazioni nutrizionali moderne si basano su studi condotti in prevalenza su maschi, esiste una differenza di genere che oggi comincia a essere studiata.

Recentemente la ricerca si sta fortemente orientando verso la nutrizione personalizzata, verso cioè una nutrizione di precisione che tenga conto delle diversità inter e intra-individuali nel campo della genomica, della metabolomica, della proteomica e del microbiota. Ciascuno di questi profili individuali può combinarsi variamente con tutti gli altri, creando una serie molto numerosa di possibilità che concorrono a definire non solo i fabbisogni di ciascun individuo, ma anche le diverse risposte a uno stesso nutriente. Questo scenario si complica ulteriormente nella donna, che nel corso della vita va incontro a variazioni sia biologiche sia sociali.

► La **carenza di ferro** può portare stanchezza, spossatezza, affaticabilità, e influire in modo negativo su varie prestazioni, compresa la capacità di concentrarsi. La donna deve quindi cercare di consumare con una certa frequenza alimenti con un buon contenuto di ferro



Freeplek

(come carne, prodotti della pesca, legumi, frutta secca, verdure a foglia).

- La **vitamina B9** è essenziale per la sintesi del DNA, delle proteine e per la formazione dell'emoglobina, ed è particolarmente importante per i tessuti che vanno incontro a processi di proliferazione e differenziazione, come, appunto, i tessuti embrionali. Questo minerale viene assorbito e utilizzato con facilità.
- La **vitamina D** è un ormone noto per regolare il metabolismo osseo. Oltre a ciò, influenza anche il metabolismo muscolo-scheletrico, riducendo sintomi quali l'astenia nelle popolazioni

più anziane. Nel corso degli anni sono stati tentati diversi studi clinici randomizzati usando la vitamina D in pazienti con sarcopenia e con valori sierici di 25-idrossivitamina D (25OHD) superiori a 20 ng/ml, producendo risultati contrastanti o nulli. È stato tuttavia stimato che circa il 30% della popolazione non raggiunge tali livelli di sufficienza di 25OHD. È anche possibile che l'obesità possa modificare l'effetto della vitamina D sulla sarcopenia.

Consigli nutrizionali

L'idrossimetilbutirrato è una sostanza proveniente dal metabolismo della leucina, un ►►

► aminoacido essenziale naturalmente prodotto dal nostro organismo che è uno degli elementi costitutivi delle proteine. Si può introdurre anche con l'alimentazione. Il 5% della leucina ingerita con la dieta si trasforma in HMB, sostanza fondamentale nel rallentare la progressione della sarcopenia.

La leucina contribuisce al benessere del muscolo, stimola la sintesi proteica e sostiene il metabolismo nei periodi di digiuno: ha infatti la capacità di fornire energia al muscolo senza dover essere processata dal fegato tramite trasformazione in glucosio; quindi, è una fonte energetica diretta del muscolo.

La sintesi proteica tende a diminuire con l'avanzare dell'età: questo è dovuto sia alla diminuzione dell'attività fisica, sia a un minore introito e a una diversa degradazione proteica, nonché a una minore efficienza della funzione intestinale. Per questo si raccomanda un apporto proteico giornaliero maggiore di 1 g x Kg di peso corporeo. Un apporto giornaliero di 200-300 mg di polifenoli sarebbe da consigliare, anche tramite gli alimenti: ricordiamo ad esempio la quercetina (mela, cipolla), il resveratrolo (uva e quindi vino), il sulforafano (tutte le crucifere), e se questo apporto non venisse raggiunto bisognerebbe considerare degli integratori.

Anche il *Lactobacillus paracasei*, appartenente a una specie di batteri lattici Gram-positivi, è risultato utile per migliorare la funzionalità del microbiota e per favorire l'immunomodulazione, contra-

stando il catabolismo proteico in soggetti anziani. Inoltre, recenti studi evidenziano che il microbiota stesso può modulare la disponibilità di aminoacidi, poiché sembra che eserciti effetti indiretti sulla sintesi proteica attraverso il rilascio di composti quali l'acido linoleico, l'acetato e i sali biliari. Si può assumere attraverso yogurt o kefir, o attraverso integratori prescritti dal medico.

Nella dieta è importante anche operare una riduzione dei grassi saturi a vantaggio degli insaturi, limitando l'assunzione di acido arachidonico (che nell'organismo si forma a partire dall'acido linolenico, contenuto prevalentemente nelle carni rosse e nei lavorati di carne) e aumentando l'apporto di acidi grassi polinsaturi omega-3 – soprattutto di acido eicosapentaenoico (EPA) e docosaesaenoico (DHA) contenuti negli alimenti di origine vegetali coltivati senza fitostimolanti. Se coltivati in maniera biologica, sono utili come alimenti antinfiammatori: crucifere, cavolfiori e broccoli, cipolle, mirtilli, uva, ciliegie, agrumi, melograno. Non a caso anche nelle civiltà più antiche le proprietà benefiche delle cipolle, dell'aglio, del melograno (per i polifenoli, sostanze altamente antiossidanti) erano note e tenute in grande considerazione.

Tutto ciò che introduciamo con la dieta deve essere mirato a generare equilibrio e a moderare l'azione degli alimenti proinfiammatori: carni rosse non controllate, ultraprocesate e lavorate, zuccheri semplici in eccesso e grassi animali

in eccesso. Questo non significa che tali alimenti vadano esclusi, ma che possono essere consumati con estrema limitazione.

► **Alimenti proinfiammatori:** carni lavorate, dolciumi complessi sia di pasticceria che industriali, cibi precotti, panati, formaggi grassi e salumi grassi, bibite industriali.

► **Alimenti antinfiammatori:** vegetali, frutta, legumi, ortaggi, pesce azzurro.

Il bilancio tra questi alimenti contrasta l'infiammazione e le sue conseguenze, che oltre alla sarcopenia comprendono obesità, malattie degenerative, e in generale provocano un peggioramento della qualità di vita. ■

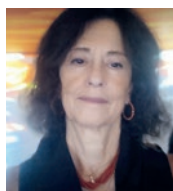
ileana.parascandolo@gmail.com

Bibliografia di riferimento

- CUOMO A, PARASCANDOLO I. *Role of nutrition in the management of patients with chronic musculoskeletal pain.* J Pain Res 2024; 17:2223-38.
- KIRK B, CAWTHON PM, ARAI H, ET AL. *The conceptual definition of sarcopenia: Delphi Consensus from the Global Leadership Initiative.* Age Ageing 2024;53:afae052.
- SANTILLI V, BERNETTI A, MANGONE M, ET AL. *Clinical definition of sarcopenia.* Clin Cases Miner Bone Metab 2014;11:177-80.
- SAYER AA, CRUZ-JENTOF A. *Sarcopenia definition, diagnosis and treatment: consensus is growing.* Age Ageing 2022;51:afac220.
- *Vivere senza dolore. Il significato sociale del dolore e le aspettative di soluzioni efficaci - 1° Rapporto Censis - Grunenthal, 2023.* <https://www.censis.it/welfare-e-salute/vivere-senza-dolore-il-significato-sociale-del-dolore-e-le-aspettative-di-soluzioni>.

Salute e clima: una rete di 25 Università europee preparerà i futuri medici

Alessandra Rozzi



Venticinque università europee unite da un solo obiettivo comune: fornire a oltre 10.000 studenti di Medicina, nei prossimi tre anni, le conoscenze e le competenze necessarie per rispondere all'impatto dei cambiamenti climatici sulla salute delle persone, e per fornire un'assistenza sanitaria più sostenibile: la rete si chiama *European Network on Climate & Health Education* (ENCHE), ed è stata lanciata in occasione del World Health Summit 2024 lo scorso ottobre. A fondarla, importanti Scuole di Medicina di Belgio, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Polonia, Portogallo, Slovenia, Svezia, Spagna, Svizzera e Regno Unito. Accordo comune: inserire l'insegnamento su clima e salute nei programmi di studio universitari, per mettere i futuri medici in condizioni di ri-

conoscere, prevenire e trattare il peso sempre più consistente che la crisi climatica riveste in termini di salute pubblica, senza dimenticare di offrire soluzioni sanitarie sostenibili. Della rete, per il nostro Paese, fanno parte gli atenei di Milano, Torino e Pavia.

Cambiamento climatico e salute

Il cambiamento climatico – fenomeno di base naturale, ma ora enormemente accelerato dall'impatto antropico sull'ecosistema del pianeta – sta infatti determinando, a causa delle temperature estreme e dell'inquinamento atmosferico, un aggravamento delle malattie infettive non trasmissibili e delle patologie croniche, del cancro, delle malattie cardiovascolari, delle patologie respiratorie e delle condizioni di salute mentale. E questo si traduce inevitabilmente in un aumento della pressione su sistemi sanitari già sovraccarichi e messi in ginocchio da mancanza di risorse e invecchiamento della popolazione. Il tutto senza considerare il fatto che anche il settore sanitario contribuisce alla crisi climatica, visto che il 5% circa – e non è poco

– delle emissioni di gas serra totali è generato dal comparto della Sanità.

“La diffusione di malattie infettive e le ondate di calore sempre più letali rendono gli impatti sulla salute legati al cambiamento climatico sempre più pericolosi. Come educatori, è nostra responsabilità garantire che la prossima generazione di medici, professionisti della salute e leader sanitari abbia le competenze necessarie per affrontare queste sfide e possa fornire ai pazienti la migliore assistenza possibile – commenta il professor Iain McInnes, Vice-Presidente e Direttore del College di Medicina, Veterinaria e Scienze della Vita all'Università di Glasgow e co-Presidente ENCHE – Mi auguro che molte altre istituzioni si uniscano a questa rete e alla nostra missione di proteggere e migliorare la salute umana nel contesto del nostro ambiente in cambiamento”.

Il problema è complesso: secondo i dati OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), il 99% delle persone del pianeta respira aria inquinata, e ogni anno nel mondo, a causa dell'inquinamento at- ➤

► atmosferico, muoiono 7 milioni di persone. Peggio: senza un intervento urgente ed efficace, i decessi legati al calore potrebbero triplicare da qui al 2050, e già ora le popolazioni più fragili – bambini, anziani, comunità emarginate e persone affette da problemi di salute – sono colpite dagli effetti del cambiamento climatico in modo sproporzionato.

Inoltre, anche l'impatto del clima sulle infrastrutture sanitarie sta rendendo più difficile l'accesso alle cure in tutto il mondo.

L'importanza della formazione

Ecco allora l'idea della *European Network on Climate & Health Education*, che sarà presieduta dall'Università di Glasgow e diventerà un polo regionale del *Global Consortium on Climate and Health Education* (GCCHE) della Columbia University Mailman School of Public Health, la quale metterà a sua volta a disposizione della rete competenze e consulenza, oltre a promuovere la collaborazione transatlantica sulla formazione in tema di clima e salute. "Il cambiamento climatico avrà un impatto su tutti noi, in ogni parte del mondo ma non in egual misura e non allo stesso modo. Servono reti regionali per aiutare gli operatori sanitari a prevenire e a rispondere alle sfide climatiche e sanitarie specifiche delle comunità nelle quali operano, tenendo conto delle peculiarità culturali e sociali – spiega infatti la Docente Associata Cecilia Sorensen, Direttrice



Freepik

del Consorzio Globale per l'Educazione al Clima e alla Salute alla Columbia University Mailman School of Public Health - L'ENCHE fornirà agli educatori di tutta Europa le risorse necessarie per creare operatori sanitari pronti per il cambiamento climatico".

A sostenere il progetto, l'OMS, la WHO Academy dell'OMS e la *Sustainable Healthcare Coalition* di Londra, insieme a un *pool* di grosse aziende farmaceutiche che operano attraverso la *Sustainable Markets Initiative Health Systems Task Force*, fondata nel 2020 da Re Carlo III (allora Principe di Galles), e presto diventata l'organizzazione privata più importante al mondo in materia di transizione, con la sua collaborazione pubblico-privato tra capi d'azienda e *leader* di imprese farmaceutiche e sanitarie globali impegnati ad ac-

celerare la decarbonizzazione dei sistemi sanitari.

Al momento la formazione medico-universitaria non comprende spesso insegnamenti sul rapporto tra clima e salute, e la preparazione degli studenti sul tema dipende nella maggior parte dei casi da iniziative individuali del corpo docente o dei singoli atenei. La rete si pone quindi come obiettivo l'offerta, all'interno dei programmi di laurea, delle migliori competenze per affrontare le minacce per la salute legate al clima. E in futuro potrebbe ampliarsi per coinvolgere altri operatori sanitari e collaborare in altre aree geografiche, allo scopo di promuovere la resilienza climatica nei sistemi sanitari.

"Gli impatti sulla salute causati dal cambiamento climatico non sono minacce ipotetiche per il futuro; sono qui, adesso – dichiara infatti ►►

► Tedros Ghebreyesus, Direttore Generale dell'OMS – L'OMS sta supportando i Paesi nel costruire sistemi sanitari resilienti al clima e rispettosi dell'ambiente, il che include fornire agli operatori sanitari le competenze necessarie per affrontare questa grande sfida per la salute pubblica. Accolgo con favore la collaborazione pubblico-privato che ha contribuito a dare impulso a questa nuova rete educativa, e spero che ispiri azioni in altri Paesi e regioni del mondo”.

Gli fa eco per l'Italia il professor Francesco Svelto, Rettore dell'Università di Pavia: “Come membro della *Task Force Sustainable Markets Initiative Health System*, sono molto lieto che le principali scuole di medicina europee stiano collaborando con i *leader* della sanità globale per affrontare le sfide del clima e della salute che ci troviamo ad affrontare, tutte interconnesse tra loro. Lavorando insieme oltre i confini nazionali possiamo contribuire a creare soluzioni per migliorare la salute delle persone e del Pianeta”.

Le Scuole di Medicina che hanno aderito finora all'ENCHE sono:

- 1) KU Leuven, Faculty of Medicine (Belgio)
- 2) Lancaster University / Lancaster Medical School (UK)
- 3) Lund University, Faculty of Medicine (Svezia)
- 4) Medical University of Warsaw (Polonia)
- 5) Nova Medical School (Portogallo)
- 6) Trinity College Dublin, School of Medicine (Irlanda)

- 7) University Claude Bernard Lyon 1 - Faculty of Medicine Lyon Est (Francia)
- 8) University College London Medical School (UK)
- 9) University of Aberdeen, School of Medicine and Dentistry (UK)
- 10) University of Augsburg (Germania)
- 11) University of Barcelona, Faculty of Medicine and Health Sciences (Spain)
- 12) University of Buckingham Medical School (UK)
- 13) University of Glasgow School of Medicine (UK)
- 14) University of Lisbon, School of Medicine (Portogallo)
- 15) University of Ljubljana, Faculty of Medicine (Slovenia)
- 16) University of Lucerne, Faculty of Health Sciences and Medicine (Svizzera)
- 17) Università di Milano, Facoltà di Medicina (Italia)
- 18) University of Navarra, School of Medicine (Spagna)
- 19) University of Nottingham, School of Medicine (UK)
- 20) University of Oxford, School of Medicine and Biomedical Sciences (UK)
- 21) University of Paris Cité, Faculty of Health (Francia)
- 22) Università di Pavia, Dipartimento di Medicina Interna e Terapia Medica (Italia)
- 23) University of Sheffield, School of Medicine and Population Health (UK)
- 24) Università di Torino, Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche MedInTo (Italia)
- 25) University of Warwick, Medical School (UK).

Il progetto ENCHE ha inoltre il sostegno di importanti case farmaceutiche come

AstraZeneca, GSK, Sanofi e Novartis, che contestualmente si impegnano a ridurre le loro emissioni globali, riducendo di conseguenza l'impatto ambientale. ■

alessandra.rozzi@sintexservizi.it



INTERNATIONAL
RESPIRATORY
COALITION

AIPO
ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PNEUMOLOGHI
OSPEDALIERI



ITS
ITALIAN
THORACIC
SOCIETY



SIP
IRS
SOCIETÀ ITALIANA DI
PNEUMOLOGIA

Consulta della Pneumologia

SIP/IRS e AIPO-ITS/ETS, insieme all'International Respiratory Coalition, chiede alle Istituzioni italiane di creare strategie nazionali chiare e misurabili per garantire l'assistenza respiratoria riducendo la mortalità per le malattie respiratorie, in linea con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite.

SIP/IRS e AIPO-ITS/ETS si impegnano per questi Obiettivi in collaborazione con le Associazioni Pazienti ed altre Società Scientifiche riunite nella Consulta della Pneumologia, attraverso programmi comuni mirati ad aumentare il livello di sensibilizzazione della popolazione e degli Stakeholder Istituzionali sulle malattie respiratorie nel loro complesso.

La Consulta della Pneumologia rappresenta la voce dei pazienti affetti da patologie respiratorie

Associazioni Pazienti e Società Scientifiche coinvolte:

Associazioni Pazienti

A-MaReD - Associazione per la Prevenzione e lo Studio delle Malattie Respiratorie da Droga e del Disagio Giovanile

ACSI - Amici contro la Sarcoidosi Italia ONLUS

AIB APS - Associazione Italiana Bronchiettasie

AIRC - Associazione Italiana Long COVID

AISLA APS - Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica

ALIBERF - Associazione liberi dal fumo ODV

ALOR - Associazione Lodigiana di Ossigenoterapia Riabilitativa ODV

AMAR - Associazione di Volontariato per le Malattie Respiratorie ODV

AMMP - Associazione Morgagni Malattie Polmonari ODV

APACS-EGPA - Associazione Pazienti della Sindrome di Churg Strauss

Associazione Respiriamo Insieme APS

AS.MA.RA. - Associazione Malattie Rare Sclerodermia e altre Malattie Rare "Elisabetta Giuffrè" ONLUS

Associazione Nazionale Alfar-At ODV

Associazione Pazienti BPCO e altre patologie respiratorie

FIMARP ETS - Federazione Italiana IPF e Malattie Polmonari Rare

LISS - Lega Italiana Sclerosi Sistemica APS

RespiRARE in Puglia - Malattie Rare Polmonari APS

UILDM - Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare

Un soffio di speranza.

Il Sogno di Emanuela ONLUS

Società Scientifiche

AAIITO - Associazione Allergologi Immunologi Italiani Territoriali e Ospedalieri

ARIR - Associazione Riabilitatori dell'Insufficienza Respiratoria

SICP - Società Italiana di Cure Palliative

SICT - Società Italiana di Chirurgia Toracica

SIMRI - Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili

SITAB - Società Italiana di Tabaccologia

Micheletti, il medico eroe della strage di Vergarolla

Antonio Schiavulli



Può un padre continuare a lavorare, aiutando gli altri, dopo aver saputo della morte dei propri figli? È accaduto 78 anni fa: un chirurgo opera senza interruzioni per salvare più vite umane possibile dopo che si è consumata la strage più sanguinosa nella storia dell'Italia repubblicana, causata dall'esplosione di un deposito di mine. E mentre opera scopre che tra le decine di vittime ci sono anche i suoi due figli, Carlo e Renzo, di 5 e 9 anni. E come loro ci sono anche tantissimi altri bambini, negli oltre 100 morti di quel 18 agosto 1946, ma solamente 66 salme verranno identificate, poiché tanti corpi sono stati fatti a brandelli dall'esplosione.

Era una domenica, e tante famiglie erano accorse ad assistere a una manifestazione sportiva sulla spiaggia di Vergarolla, vicino a Pola, città la cui sorte era ancora in bilico tra Italia

Giornalista pubblicista, Trieste

e Jugoslavia dopo la Seconda Guerra Mondiale. Su quella spiaggia erano state accumulate e disinnescate mine subacquee recuperate dalle acque del porto militare di Pola, ma una mano omicida causò la terribile deflagrazione. Quella tragica giornata segnò l'esistenza del medico triestino Geppino Micheletti, chirurgo dell'ospedale Santorio Santorio di Pola.

I figli di Micheletti, Carlo e Renzo, quella mattina dovevano trovarsi proprio a Vergarolla, insieme alla sorella, al cognato e alla nipotina del dottore. Il figlio Carlo giunse all'ospedale poco dopo l'esplosione, senza vita. Geppino Micheletti, nonostante lo straziante dolore, rimase al suo posto e al suo dovere, per oltre 48 ore, senza sosta. I corpi del figlio Renzo, della sorella, del cognato e della nipotina, che si trovavano a ridosso degli ordigni, furono disintegrati: del figlio Renzo fu rinvenuta soltanto una scarpetta.

Micheletti per la sua opera ricevette la Medaglia d'Argento al Valor Civile e la Grande Medaglia d'Oro del Comune di Pola, seguendo poi la quasi totalità dei suoi concittadini nell'esodo che svuotò il capoluogo istriano in seguito alla



cessione della città alla Jugoslavia. La sua storia è stata raccontata in un Dvd, ora disponibile anche su *YouTube* con sottotitoli in croato, affinché i polesani di oggi conoscano questa terribile vicenda. Si tratta di un progetto portato avanti dall'Associazione Italiani di Pola e dell'Istria - Libero Comune di Pola in Esilio, e dall'Associazione De Historia.

L'opera è stata presentata lo scorso luglio in una conferenza stampa svoltasi presso l'Aula Capitolare del Senato della Repubblica. Nicoletta Proietti, Presidente di De Historia, ha raccontato che l'associazione, nata nel 2016, ha voluto rendere omaggio a un grandissimo medico, di cui è ancora vivo il ricordo a Narni, in pro- ➤

► vincia di Terni, nel cui ospedale Micheletti lavorò durante gli ultimi anni della sua vita dopo aver abbandonato Pola assieme a quasi 30.000 concittadini (su 32.000 abitanti circa che la città aveva allora): «Il documentario di Francesco Fagnani *Geppino Micheletti. Un eroe istriano a Narni* è stato presentato l'anno scorso a Pola durante il raduno annuale degli esuli polesani – ha detto – è stato diffuso in Dvd, e adesso sarà disponibile anche sul nostro canale *YouTube* con sottotitoli in croato».

L'evento si è svolto sotto il patrocinio del Comitato provinciale di Roma dell'Associazione Nazionale Venezia-Giulia e Dalmazia, della Città di Narni (TR), della Città di Pola, dell'Ente Corsa Anello di Narni (intervenuto con alcuni figuranti in costume storico del XIV secolo), della Società Dante Alighieri, della Federazione delle Associazioni degli Esuli istriani, fiumani e dalmati e dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Roma.

Il convegno ha esaminato la figura di Geppino Micheletti, giunto esule a Narni con la moglie Iolanda. Micheletti rappresenta una sorta di dolorosa "sintesi" delle tragedie collegate al periodo del secondo conflitto mondiale, e la sua figura si collega all'esodo che ha coinvolto 350.000 giuliani, fiumani e dalmati a causa della ridefinizione dei confini post-bellici. Micheletti, infatti, è stato prima vittima delle leggi razziali fasciste (era di fede ebraica), quindi chirurgo militare durante il conflitto, per poi, a guerra finita, resta-

Pola, 18 agosto 1946. Il fatto

Era il 18 agosto del 1946 quando, a un anno e mezzo dalla fine della guerra, sulla spiaggia alla periferia della città istriana, nella darsena di Vergarolla del porto di Pola, sede della gloriosa Società Nautica Pietas Julia, gremita per la tradizionale manifestazione natatoria (Coppa Scarioni), si verificò un'immane tragedia. L'innescò di un enorme quantitativo di esplosivo, residuo bellico incustodito, procurò un'esplosione dove persero la vita orribilmente straziate oltre 100 persone, di cui solo 66 identificate. Erano prevalentemente bambini insieme alle loro madri che assistevano alla manifestazione. Una festa che si traduceva in corpi di donne e bambini a terra. La guerra era finita da un anno, ma la morte tendeva l'agguato inimmaginabile.

In quell'occasione si distinse eroicamente Geppino Micheletti, il medico che continuò instancabilmente a curare in ospedale i numerosi feriti anche dopo aver appreso della morte dei suoi due figli, Carlo e Renzo, di 5 e 9 anni di età.

In quel periodo l'Istria era rivendicata dalla Jugoslavia di Tito, che l'aveva occupata fin dal maggio 1945. Pola invece era amministrata a nome e per conto degli Alleati dalle truppe britanniche, ed era quindi l'unica parte dell'Istria al di fuori del controllo jugoslavo. Le responsabilità dell'esplosione, la dinamica e perfino il numero delle vittime sono tuttora fonte di accesi dibattiti. L'inchiesta delle autorità inglesi stabilì che "gli ordigni furono deliberatamente fatti esplodere da persona o persone sconosciute".



re drammaticamente segnato dalle tragiche conseguenze della strage di Vergarolla. A Narni restò fino alla fine, incarnando il suo essere medico nel cercare di fare il bene di quella comunità.

Una vita esemplare

Geppino era nato a Trieste il 18 luglio 1905, primogenito di cinque figli, da Giuseppe Michelstaedter (di fede ebraica) e Lea Irma Mayer (di fede cattolica). Era imparentato per parte

di padre col filosofo e letterato goriziano Carlo Michelstaedter (1887-1910), morto tragicamente suicida. Nel gennaio 1933, un decreto del Prefetto di Pola decretava la restituzione del cognome nella forma italiana "Micheletti" a ognuno dei membri della famiglia.

Nell'autunno-inverno 1929 Geppino aveva già conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia alla Regia Università degli Studi di Torino, con "Tesi dichiarata degna di Stampa" e ►►

► abilitazione alla professione medico-chirurgica presso la Regia Università degli Studi di Milano. La sua famiglia si era trasferita a Pola nel 1930, dove il padre dirigeva la Distilleria Istriana del Catrame. Geppino entrò come assistente volontario all'ospedale di Pola per diventarne, grazie alle notevoli capacità, assistente effettivo già nel gennaio 1931, effettuando fino al 1932 numerosissimi interventi chirurgici. Nel 1938, a Padova, conseguì la specializzazione in Chirurgia generale.

Micheletti rimase a Pola sino al 31 marzo 1947 – la Croce Rossa aveva dichiarato la sua presenza indispensabile – coordinando l'evacuazione di tutti i malati ricoverati nell'ospedale cittadino quando il trattato di pace del 10 febbraio 1947 concesse anche la capitale dell'Istria alla Jugoslavia di Tito.

Il 2 ottobre 1947 lo Stato italiano gli conferì una Medaglia d'argento e un posto da primario nel piccolo ospedale del paese umbro di Narni, dove lavorò per 14 anni, seppure in un ambiente ostile, come accadde a molti esuli dall'Istria: ostilità che si dimostrò particolarmente acuta verso un esule eccellente come lui. Il lavoro e la dedizione verso i malati lo sorressero, ma dovette addirittura subire un'aggressione da parte di un medico suo collaboratore subalterno.

Micheletti visse il suo impegno a Narni con grande dedizione: i suoi collaboratori raccontavano che spesso raggiungeva l'ospedale anche di notte, quando dalla sua casa in via Caterina Ferrucci, vedendo alcune luci accese, intuiva che



Geppino Micheletti accoglie i feriti.

potesse essere necessario il suo intervento. E continuò a esercitare con efficacia la chirurgia anche dopo che una radiodermite impose l'amputazione di alcune dita di entrambe le mani. Tanti narnesi e tanti ternani lo ricordano ancora.

Nonostante il suo impegno, portò sempre con sé il doloroso ricordo dell'immane tragedia che si era abbattuta sulla sua famiglia. Si racconta che, quando operava, tenesse sempre nella tasca del camice il calzino del figlio Renzo. Le suore dell'Ospedale, quando gli cambiavano il camice, non dimenticavano mai di mettere il calzino nella tasca di quello pulito. Anche a Narni la cameretta di Carlo e Renzo fu rimontata e allestita com'era a Pola. Sempre a Narni, l'8 dicembre 1961, Geppino Micheletti morì inaspettatamente, a causa di una tromboembolia seguita a un intervento chirurgico.

Tutto il suo operato ci fa ancora oggi riflettere profondamente su quale sia l'esempio di solidarietà, abnegazione e senso del dovere cui ognuno dovrebbe tendere oggi, in una

società troppo spesso individualista. La storia di quest'uomo va sicuramente intesa come metafora dell'abnegazione e della professionalità dimostrate così spesso dal comparto medico, com'è accaduto anche durante la pandemia da COVID-19.

Oggi, soprattutto dopo l'istituzione del Giorno del Ricordo nel 2004 – ogni anno il 10 febbraio – l'informazione ha finalmente alzato il velo sulle pagine della storia bellica e postbellica della frontiera nord-orientale, per anni colpevolmente dimenticata per motivi geopolitici. E la vita eroica di Geppino Micheletti merita di essere ricordata in ogni occasione. Sperando, naturalmente, in nuovi tempi di pace, nei quali non avere mai più bisogno di eroi.

Il documentario di Francesco Fagnani, *Geppino Micheletti. Un eroe istriano a Narni*, è visibile su canale YouTube al link <https://www.youtube.com/watch?v=zGcL1-W6rPw>. ■

schiaivulliantonio@gmail.com

Un'ipertensione rara ma non troppo

Antonella Paradiso¹, Daniela Fiore²



L'iperaldosteronismo primitivo (IP) è considerato la più comune causa d'ipertensione endocrina e fu descritta per la prima volta da Jerome Conn nel 1955. Attualmente questa entità nosologica comprende un gruppo eterogeneo di disordini, sia sporadici che familiari. È caratterizzato da eccessiva produzione di aldosterone, ormone mineralcorticoide, da parte del surrene, fuori dal fisiologico controllo del sistema renina-angiotensina, associata a iporeninemia e ipokaliemia, non sopprimibile con il carico di sodio. Un'inappropriata secrezione di aldosterone determina riassorbimento di sodio e aumentata escrezione di potassio e idrogenioni, con ritenzione di acqua ed espansione di volume extracellulare. Clinicamente, l'IP si presenta con ipertensione moderata/grave, talvolta resistente ai trattamenti convenzionali, associa-

ta a normali o bassi livelli di potassio.

Per molti anni l'ipopotassemia è stata ritenuta il segno principale di IP, ma recenti studi hanno dimostrato che solo una percentuale minore di pazienti affetti da IP presenta anche ipopotassemia. L'ipertensione normokaliemica è pertanto la manifestazione più comune. Altri sintomi associati all'ipertensione possono essere stanchezza, cefalea, astenia, debolezza muscolare, tendenza all'alcalosi. L'IP andrebbe sospettato anche in presenza di danni d'organo cardiaci e renali sproporzionati rispetto all'entità dell'ipertensione, in quanto le complicanze a esso associate sono indipendenti dalla pressione arteriosa. L'eccesso di aldosterone si associa inoltre a un'aumentata prevalenza di malattia renale cronica, diabete mellito di tipo 2 e sindrome metabolica, maggior rischio di osteoporosi, apnea ostruttiva del sonno (OSAS), presente nel 20-35% dei pazienti con

IP (Figura 1). La prevalenza dell'IP è compresa tra il 5% e il 15% nella popolazione affetta da ipertensione arteriosa, fino a raggiungere stime di più del 20% nei pazienti con ipertensione resistente.

Le cause più comuni di IP sono: adenoma surrenalico aldosterone-secrente (Sindrome di Conn) e iperplasia surrenalica bilaterale. Altre forme meno frequenti sono: iperplasia surrenalica unilaterale, adenomi aldosterone-secrenti atipici (bilaterali o multipli), carcinoma surrenalico aldosterone-secrente, adenomi o carcinomi ectopici secrenti aldosterone, forme genetiche. Nei giovani pazienti con diagnosi di IP, specialmente quelli con familiarità per IP e/o ictus in età < 40 anni, dovrebbero essere considerate, confermate o escluse le forme familiari o genetiche di IP. Nonostante la sua prevalenza, l'IP viene spesso diagnosticato in ritardo. Non è raro che passino anni o decenni prima che venga fatta ►►

¹ UOC Medicina Interna, Ospedale Fondi di Terracina - ASL Latina

² UOC Diabetologia 2, Ospedale Fondi di Terracina - ASL Latina

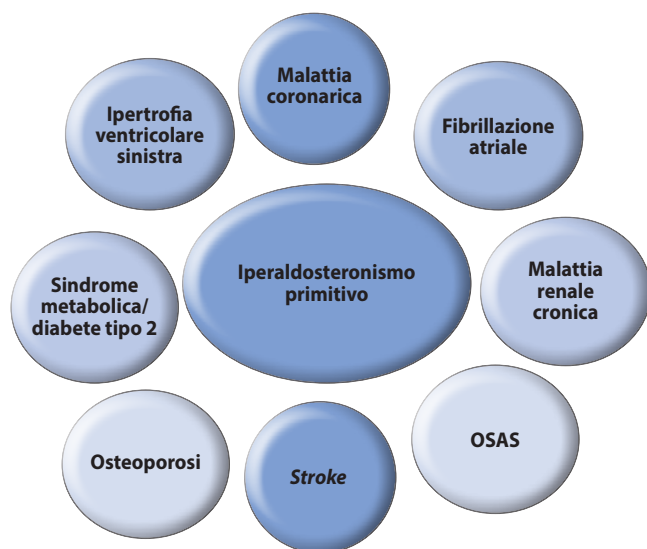


Figura 1. Patologie associate direttamente o indirettamente ad IP.

► una diagnosi. Ma è importante sottolineare che i danni di un'eccessiva produzione di aldosterone su malattie cardiovascolari, cerebrovascolari, metaboliche e sulla funzionalità renale possono essere prevenuti o attenuati da una diagnosi precoce e da una terapia appropriata. Le caratteristiche dei pazienti ipertesi da considerare per sottoporre a *screening* per IP secondo le attuali linee guida sono:

- ipertensione sisto-diastolica ($> 150/100$ mmHg) confermata in multiple misurazioni;
- ipertensione arteriosa resistente a tre farmaci antiipertensivi (di cui un diuretico) al massimo dosaggio raccomandato o tollerato;
- ipokaliemia spontanea o indotta da diuretici;
- incidentaloma surrenalico;
- sindrome delle apnee notturne;
- fibrillazione atriale;

► presenza di danno d'organo (ipertrofia ventricolare sinistra, disfunzione diastolica, microalbuminuria, malattia renale cronica) più grave di quello atteso dal livello e durata dell'ipertensione;

► donne ipertese che programmano una gravidanza.

Il test di *screening* considerato di prima scelta per identificare una forma di IP è il rapporto tra la concentrazione plasmatica di aldosterone (PAC) e la renina, espressa come attività reninica plasmatica (PRA) o renina diretta (DRC), definito ARR (*aldosterone-to-renin ratio*). Nel dosaggio di tali ormoni deve essere valutata l'interferenza della dieta, l'introito di sale e della terapia antiipertensiva, che possono determinare falsi positivi o falsi negativi. Alcuni farmaci andrebbero sospesi da 2 a 4 settimane prima di valutare il rapporto ARR. Più recentemente,

studi a lungo termine e metanalisi hanno confermato lo scarso valore diagnostico dei test di esclusione (il test da carico orale di sodio, il test di infusione salina, il test al captopril e il test al fludrocortisone, usati precedentemente) rafforzando così l'idea che, dovrebbero essere sostituiti dalla strategia diagnostica semplificata anche a causa della scarsa riproducibilità, della mancanza di convalida indipendente, della complessità, dei costi e del rischio. Il passo successivo alla conferma di una forma di IP è la valutazione della causa, se si tratta di una forma monolaterale (adenoma di Conn) che necessita di terapia chirurgica, o di una forma bilaterale che necessita di terapia farmacologica. In tutti i pazienti con IP è raccomandato un test di *imaging*, preferibilmente TC. La TC ad alta risoluzione a strato sottile (2 mm) è la tecnica radiologica che mostra la migliore sensibilità nell'identificare la presenza di noduli surrenalici per escludere la presenza di un carcinoma aldosterone-secrente e per identificare il drenaggio venoso surrenalico, necessario in pazienti in previsione di analisi di secondo livello come cateterismo delle vene surrenaliche (AVS). L'AVS consiste nel prelievo di sangue refluo delle vene surrenaliche e della vena cava con dosaggio di aldosterone e cortisolo. La metodica e l'interpretazione di AVS richiedono notevole esperienza, per cui l'esame dovrebbe essere eseguito in ►►

► centri di riferimento di II o III livello. Dovrebbe inoltre essere effettuato solo se il paziente ha una biochimica inequivocabile di IP, indipendentemente dall'*imaging*, non presenta forme di eccesso di mineralcorticoidi incurabili chirurgicamente, potrà affrontare l'anestesia generale e la chirurgia.

Scopo principale del trattamento dell'IP è di prevenire la morbilità e mortalità legate all'ipertensione arteriosa, ipopotassiemia e danno cardiaco. *Target* principale della terapia antialdosteronica non sono solo la normalizzazione di pressione arteriosa e l'ipokaliemia, ma anche il ridurre i livelli di aldosterone plasmatico circolante per prevenire danni d'organo dovuti all'eccesso di aldosterone stesso, essendo i recettori per i mineralcorticoidi espressi anche a livello cardiaco, renale, cerebrale, nonché a livello di vasi sanguigni e colon (Figura 2). Nelle forme monolaterali, la surrenectomia unilaterale per via laparoscopica è il trattamento di scelta in pazienti con adenoma surrenalico aldosterone-secernente o iperplasia surrenalica unilaterale, e implica una breve degenza ospedaliera e rischio operatorio basso, con buoni risultati. Nelle forme di IP bilaterali, o quando l'identificazione di IP unilaterale non è riuscita o nel paziente con IP monolaterale non candidabile alla chirurgia, è indicato il trattamento farmacologico, con anti-aldosteronici da soli o in combinazione con altri farmaci antipertensivi, per

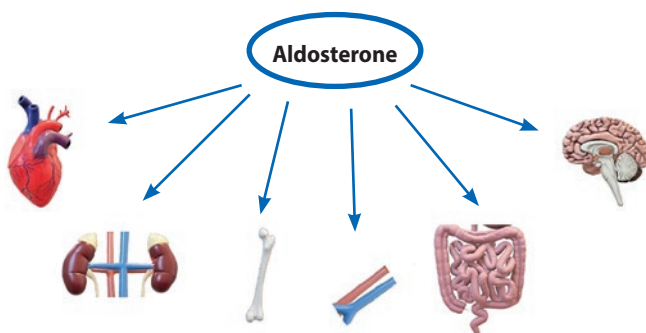


Figura 2. Organi bersaglio dell'eccesso di aldosterone

normalizzare la pressione arteriosa e la potassiemia. Gli anti-aldosteronici raccomandati includono spironolattone, canrenone, canrenoato di potassio ed eplerenone. Alcuni effetti collaterali, tra cui ginecomastia e disfunzione erettile sono comuni e dose-dipendenti, mentre nelle donne vi è spesso oligoamenorrea.

L'eplerenone è una molecola più selettiva, approvata per scompenso cardiaco, non ancora approvata da FDA ed EMA per il trattamento dell'IP, ed è meglio tollerata per i minori effetti anti-androgenici e simil-progestinici. È di grande importanza istruire i pazienti con IP a diminuire l'assunzione di sodio, perché diminuisce la perdita urinaria di potassio e può consentire di utilizzare una dose inferiore di farmaci anti-aldosteronici. Nuovi anti-aldosteronici non steroidei con miglior profilo di sicurezza, come apararenone, esaxerenone e finerenone, utili per il trattamento dell'insufficienza cardiaca e della malattia renale cronica, potrebbero essere efficaci anche nell'IP.

L'IP è annoverata tra le malattie rare, ma in realtà, rappresenta una causa relativamente comune di ipertensione.

Essendo potenzialmente curabile con significativi benefici a lungo termine sia sulle comorbidità associate che sulla qualità di vita, sono necessarie maggiore consapevolezza e conoscenza sull'elevata prevalenza dell'IP e del suo rischio cardiovascolare, considerando anche il rapporto costo-efficacia che si avrebbe nell'identificare tali forme sulla cura o regressione del danno d'organo e delle comorbidità associate. ■

an.paradiso@ausl.latina.it
d.fiore@ausl.latina.it

Radiodermiti, istruzioni per l'uso

Laura De Rose



Dopo una breve pausa AISLeC torna con un nuovo articolo per il cittadino, paziente, *caregiver* che si trova a dover affrontare un trattamento medico per la cura dei tumori: la radioterapia.

Cos'è la radioterapia?

È un trattamento che utilizza fasci di energia, detti radiazioni ionizzanti, per la cura dei tumori, in diverse sedute, quotidiane e consecutive, presso un Servizio di Radioterapia Oncologica.

Come agisce?

Le radiazioni attraversano la pelle e vengono indirizzate con precisione ai tessuti sottostanti, andando a colpire le cellule del tumore, rallentandone così la crescita.

Le radiazioni però, per curare alcuni tipi di tumore, provocano danni difficilmente evitabili nella zona trattata, le radiodermiti, che possono complicarsi con ulcerazioni o ferite della pelle, determinando un forte disagio e/o dolore.

Specialista in wound care, Mantova



re. Le radiazioni ionizzanti danneggiano inizialmente gli strati più profondi della pelle; nei giorni e nei mesi successivi al trattamento vengono rilasciate gradualmente dagli strati profondi agli strati su-

perficili, causando un danno visibile sulla superficie dell'epidermide.

Ciò può voler dire dover sospendere la terapia, con conseguente riduzione di efficacia.



- Ecco perché diventa fondamentale mantenere la pelle sana e integra per prevenire e ridurre al minimo i danni da radiodermite.

Ritorna quindi la sigla **PE-PIP: Pelle Pulita Idratata e Protetta** ancora prima di iniziare il trattamento curativo, durante e dopo lo stesso.

La pelle è una barriera naturale che protegge il corpo da fattori potenzialmente dannosi, e attraverso una pelle sana sentiamo sensazioni come caldo, freddo, dolore e bruciore.

La radiodermite somiglia a una scottatura, e compare mediamente a 10-15 giorni dall'inizio del trattamento. Nella zona trattata la pelle cambia colore, diventa più scura, con la comparsa di piccoli puntini, si secca; si perdono i peli (barba, capelli). Possono comparire delle vesciche e/o bolle contenenti liquido giallo chiaro o sangue. Si avvertono prurito, dolore, bruciore.

Quali sono le zone dove più di frequente si manifesta la radiodermite?

Le zone più frequentemente interessate dalla radiodermite sono testa, collo, bocca, mammella, ascelle, zone intime, inguine, interno coscia.

A livello della mucosa della bocca l'infiammazione – detta mucosite – da radiazioni ionizzanti cambia la percezione del gusto, la sensibilità al caldo e al freddo di cibi e bevande, secchezza, difficoltà a inghiottire il cibo e le bevande. A livello della mucosa dei genitali provoca bruciore, prurito, dolore.

Preparare, quindi, la pelle al trattamento medico di radioterapia sin dopo la prima visita nel Reparto di Radioterapia Oncologica, e controllare quotidianamente la zona da trattare è fondamentale, e aiuta a prevenire o comunque a ridurre al minimo i danni.

Quali sono i comportamenti consigliati a chi si sottopone a radioterapia?

- Eseguire una corretta igiene della pelle (pelle pulita).
- Mantenersi ben idratati (cioè ricordarsi di bere spesso durante la giornata).
- Utilizzare creme idratanti (pelle idratata), od oli idratanti indicati per rendere la pelle più elastica e resistente, applicando la crema idratante/nutriente almeno due volte al giorno.
- Lavarsi e applicare la crema almeno quattro ore prima della radioterapia, per evitare che la pelle rimanga umida e la crema non si assorba in tempo. Prodotti

che aiutano a mantenere la pelle idratata ed elastica sono quelli che contengono sostanze come allantoina, acido ialuronico, ceramidi, acidi grassi, vitamina E, vaselina, urea, olii a base di gliceridi degli acidi grassi.

- Proteggere la pelle con prodotti specifici (pelle protetta) come prodotti barriera con azione protettiva che non vengono assorbiti né dalla pelle né dai vestiti a base di silicone o di polimeri acrilati e possono essere usati sia per la pelle integra sia per la pelle danneggiata, e riducono bruciore e dolore. Esistono in formato liquido, spray o sotto forma di pellicole trasparenti.
- Pelle pulita nella zona irradiata: la pelle secca e non pulita facilita la formazione di lesioni e ferite.
- Evitare l'esposizione ai raggi solari senza una protezione adeguata, durante il trattamento. E non solo.
- Lavarsi utilizzando acqua ►►



- ▶ tiepida e sapone neutro, scegliendo prodotti con poca schiuma e facili da risciacquare, e asciugarsi senza sfregare la pelle, ma tamponandola con movimenti circolari e delicati; usare panni e spugne morbide, di fibra naturale.
- ▶ Per asciugare i capelli usare aria fredda.
- ▶ Utilizzare prodotti traspiranti per truccare il viso, deodoranti non irritanti e traspiranti privi di alcol o mentolo.
- ▶ Evitare talco, profumi e prodotti a base di alcol; porre particolare attenzione a radersi o depilarsi con rasoio a lame, facendolo con calma; evitare in modo tassativo la depilazione ascellare o inguinale se le zone sono sottoposte a radioterapia.
- ▶ Utilizzare dentifrici e colluttori delicati e senza alcol; spazzolini da denti a setole morbide, o sostituire lo spazzolamento con gli sciacqui in caso di bocca molto irritata.
- ▶ Usare abiti comodi, larghi, di fibra naturale morbida, preferendo cotone o seta, tessuti traspiranti, intimo, abiti senza bottoni, ricami o cerniere che possono creare attrito sulla pelle.
- ▶ Dal punto di vista dell'alimentazione, mangiare tutti i tipi di nutrienti: proteine (legumi, pesce, uova, carne, formaggi), vitamine e minerali (verdura e frutta), carboidrati (pasta, pane e riso) e grassi (il più indicato è l'olio extravergine di oliva); se non si ha appetito, passare alla strategia dei

pasti piccoli e frequenti durante il giorno; bere almeno otto bicchieri al giorno di acqua, tè, succhi di frutta.

Mucosite, che fare?

In caso insorga una mucosite nella bocca è utile seguire questi accorgimenti:

- ▶ evitare cibi caldi, troppo salati, speziati o acidi, croccanti e ruvidi e bevande alcoliche;
- ▶ frullare o passare il cibo, mangiare minestre fredde, yogurt, budini, omogeneizzati;
- ▶ dopo ogni pasto eseguire un'accurata igiene della bocca, fare regolarmente gargarismi e sciacqui con soluzione fisiologica o con acqua e bicarbonato o con eventuali prodotti prescritti dal medico;
- ▶ utilizzare prodotti ammorbidenti sulle labbra per prevenire le screpolature.

Come comportarsi con le lesioni

Se la pelle della zona trattata è lesionata (rotta), è possibile utilizzare medicazioni antiaderenti, come ad esempio: prodotti con silicone, matrice lipo-colloidale, o altri quali *petrolatum*, vaselina, paraffina o trigliceridi.

Sono consigliate anche medicazioni che assorbono i liquidi rilasciati dalla ferita, come ad esempio idrofibre, alginati, schiume in poliuretano, e medicazioni a base di acido ialuronico, miele, oppure a base di matrice oleica arricchita di ossigeno, che uniscono all'effetto calmante la capacità di favorire la ripara-

zione della pelle.

I prodotti contenenti farmaci quali sulfadiazina argenterica, argento e derivati, cortisone, antibiotico e antifungino (antimicotico) sono spesso usati per le mucositi e devono essere prescritti dal medico: riducono il rossore, il senso di calore e/o dolore, ma non possono essere utilizzati per lunghi periodi di tempo.

Se la radiodermite non guarisce, non migliora o se si nota uno dei seguenti sintomi:

- ▶ febbre (temperatura corporea pari o superiore a 38° C);
 - ▶ malessere generale, stanchezza, fatica a svolgere le attività quotidiane;
 - ▶ perdita di appetito o difficoltà a deglutire cibo e bevande;
 - ▶ dolore o bruciore intenso;
 - ▶ comparsa di rossore, gonfiore, bolle;
 - ▶ perdita di liquido chiaro, sangue o pus dalla pelle;
- occorre rivolgersi immediatamente al medico di famiglia, al radioterapista che segue il trattamento o all'infermiere del servizio di radioterapia, o ancora al medico oncologo o all'infermiere dell'assistenza domiciliare.
- Per approfondire, AISLeC ha pubblicato di recente la *brochure* "Guida per prevenire e trattare le lesioni della pelle causate da radioterapia (radiodermite)", a disposizione sul sito www.aislec.it. ■

maddablondi08@gmail.com

BPCO?

Parliamone.

**diamogli
voce**

Conoscere la **BPCO**
per vivere meglio



Hai spesso la tosse e ti capita di avere frequenti infezioni respiratorie?

Potresti avere la **BPCO – Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva**, una malattia associata ad infiammazione cronica che colpisce bronchi e polmoni.

Diamogli Voce è il progetto nato per aiutare a conoscere la **BPCO**, prevenirla e curarla da ogni punto di vista: scientifico, empatico e dalla voce di chi con questa patologia convive al meglio.

Vai subito su diamoglivoce.it

Approfondimenti con video-interviste a pneumologi, questionari di autovalutazione e **Dammi il LA**, l'inedita fiction i cui protagonisti, candidati a un coro amatoriale, mettono in scena i comportamenti di chi trascura la BPCO e di chi impara a prevenirla.



Inquadra il QR code
con il tuo cellulare



Progetto realizzato con il patrocinio di

Con il contributo
non condizionante di



Nutrirsi per vivere: la cucina oltre la cura

A Pollenzo, il Convegno su Nutrizione e SLA



ASSOCIAZIONE ITALIANA
SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

Nutrirsi come vivere al di sopra, e non come sopravvivere.

Di cibo, nutrizione e del buon gusto di stare a tavola si è discusso molto durante il Convegno “SLA: Metabolismo e Nutrizione. Nuove frontiere nella presa in carico per il benessere della persona”, tenutosi il 24 e 25 ottobre scorsi all’Università di Scienze Gastronomiche di Pollenzo (Cuneo). A indagare il rapporto tra SLA e metabolismo, con l’obiettivo di ridefinire il ruolo di un intervento nutrizionale mirato nella presa in carico delle persone con SLA, un *parterre* di specialisti, medici, clinici e *chef*, grazie alla collaborazione dei Centri Clinici NeMO, AISLA e SLAFood, sotto l’egida di Slow Food. Nato dall’intuizione di Davide Rafanelli, imprenditore del settore, Consigliere Nazionale AISLA, Presidente SLAFood e persona con SLA, il convegno ha permesso a

oltre 70 discenti di conoscere la SLA, cosa significhi diventare disfagici e come si possa adattare la cucina senza perdere il gusto dello stare a tavola. Laddove nutrirsi non è il solo atto del mangiare ma, soprattutto, il gusto della convivialità.

Ad approfondire il tema della nutrizione clinica è intervenuto il Prof. Giorgio Calabrese, nutrizionista e membro della Commissione medico-scientifica di AISLA, che ha ribadito l’importanza di un approccio nutrizionale personalizzato per le persone con SLA. Secondo Calabrese, infatti, bisogna cambiare l’approccio alla malattia, prendendo in esame i bisogni specifici che incidono sulla qualità della vita: “Il nostro obiettivo è modernizzare la cura per chi convive con la SLA, ripensando il supporto nutrizionale per proteggere la salute neurologica e per contrastare l’ossidazione cellulare. In presenza di disfagia, la scelta degli alimenti è fondamentale: devono essere vellutati, nutrienti e di facile deglutizione. Il lavoro multidisciplinare punta a creare ricette bilanciate che rispondano alle esigenze fisiche e nutrizionali della malattia, senza trascurare il valore

emotivo e sociale del pasto” ha dichiarato.

L’*expertise* dell’Università degli Studi di Scienze Gastronomiche di Pollenzo ha permesso di unire la teoria clinica alla pratica grazie a una giornata dedicata alla trasformazione del cibo, con laboratori esperienziali. Carol Povigna, Coordinatrice del Pollenzo Food Lab, ha coordinato i lavori con la dedizione dovuta a “un atto di cura”: “Abbiamo provato a ragionare da professionisti in un’ottica di cura, senza pensare alla cura come a un intervento risolutore – ha commentato – Nell’ambito della cucina, la dimensione dell’atto culinario mette sempre in relazione con l’altro, ascolta le esigenze e cerca di accoglierle. L’obiettivo era mettere a disposizione la tecnica per portare a casa, nel quotidiano, il diritto di preparare piatti per stare insieme a tavola, senza ‘patologizzare’ né vivere quel momento come una rinuncia. Un onore, per noi professionisti, essere un elemento del tavolo di pensiero”.

Essere al servizio degli altri. È questo il concetto messo in pratica nel laboratorio di cucina grazie agli *chef* SLAFood, tra cui Roberto ►►



► Carcangiu, Cristian Benvenuto, Fabio Zanetello, Roberto Valbuzzi, Elio Sironi. “Siamo partiti da un concetto: ‘Il diritto al buono’ – spiega Carol Povigna – Esistono tecniche che permettono di esaltare i sapori e la componente aromatica, due aspetti che, soprattutto nel cambio di consistenza, risultano meno evidenti. Così abbiamo pensato di inserire nelle preparazioni alcuni elementi per dare una spinta al gusto e alla componente olfattiva. Ad esempio, è stato usato il kefir che, come prodotto fermentato, porta acidità e dolcezza allo stesso tempo. Questi sono strumenti fondamentali per creare consapevolezza in cucina.”

Ma come fare con ricette più complesse? E come fare a modificare le consistenze? “Le nostre dispense sono ricche di addensanti, come

farine, fecola e amido di riso, patate, sedano rapa, zucca. In questo modo, unendo un mezzo acquoso all'utilizzo della temperatura, riusciamo a ottenere consistenze diverse. Abbiamo sperimentato cosa significa passare da un sugo di pomodoro semplice a un tortino. Nessuno aveva mai visto la parmigiana di melanzane in forma sferica! L'importanza del laboratorio era proprio quella di realizzare piatti di forma differente ma con un profilo gustativo identico” spiega ancora la Povigna.

Cibi del cuore, cibi da amare. Spesso le tradizioni culi-

narie vengono tramandate da generazioni, e perderne le impronte fa soffrire. “Abbiamo affrontato due ricette molto amate – conclude la chef – Ceci ed erbe amare, tipica del Sud Italia, e pasta e fagioli. L'idea era costruire piatti che si potessero riconoscere nel sapore e non nella forma”. Ognuno di noi ha un piatto preferito. E quindi perché mai perderne il gusto? ■

*Elisa Longo
Ufficio Stampa AISLA*

AISLA - Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica APS

Sede legale: via G.B. Pergolesi, 6 – 20124 Milano, Tel.: +39 0266982114
Fax +39 02 67070197 – info@aisla.it – Orari segreteria: dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.00

Mindfulness e difficoltà di respiro

Il Protocollo MBSR Breath offerto dall'Associazione Pazienti BPCO: cosa ne pensano i partecipanti?



Mindfulness vuol dire consapevolezza o presenza mentale.

MBSR vuol dire *Mindfulness Based Stress Reduction*, cioè riduzione dello stress attraverso la consapevolezza. Il Protocollo MBSR è stato creato alla fine degli anni '70 dal Dr. Jon Kabat Zinn negli Stati Uniti, e da allora è stato sperimentato e studiato in tutto il mondo in situazioni di stress e malattia cronica.

Il Protocollo MBSR Breath è un adattamento rivolto a chi ha difficoltà di respiro.

Si tratta di un percorso graduale e sistematico, attraverso il quale si impara ad allenare la consapevolezza di ciò che accade in noi e intorno a noi mentre lo stiamo vivendo, e con una particolare attitudine intenzionale e gentile nei confronti della nostra esperienza. Il percorso è mirato ad alleviare lo stress, anche lo stress legato alla difficoltà di respiro, e ad aumentare la qualità di vita e il benessere.

La consapevolezza è una

potenzialità che tutti abbiamo innata, ma che nel corso del tempo, se non allenata, resta in sottofondo nella nostra mente, che è spesso distratta, preoccupata o presa da mille pensieri.

Per questo oltre che un percorso di apprendimento il Protocollo potrebbe essere definito come un percorso di riscoperta. Riscoperta di qualcosa che ci appartiene, ma che col tempo abbiamo dimenticato o messo da parte; riscoperta delle nostre risorse e possibilità rispetto alle sfide che la realtà ci presenta, come quella di una malattia cronica; ma anche riscoperta di un modo più attento e semplice di accostarci alla vita, che ci apre a un maggior apprezzamento e accettazione di ciò che ci circonda e di noi stessi, allentando la morsa dell'ansia, della paura o dei pensieri ricorrenti in cui a volte ci troviamo imprigionati.

Abbiamo rivolto alcune domande a coloro che hanno partecipato agli ultimi Pro-

tolli MBSR Breath, e vi offriamo qui le loro opinioni.

Avevi chiara la tua intenzione all'inizio del percorso?

Ti sembra che si sia chiarita/modificata lungo il percorso, e se sì, come?

“Volevo fare qualcosa di diverso rispetto al classico percorso medico, e capire come poteva inserirsi la ‘consapevolezza’ nel mio percorso. Incontro dopo incontro, capivo che la consapevolezza mi offriva la possibilità di affrontare e vivere la malattia in un altro modo”.

“All'inizio avevo delle perplessità, ma mi sono subito incuriosita e appassionata. L'approccio delle insegnanti nei nostri confronti è stato molto ‘delicato’ e mi ha dato un senso di fiducia immediata: sapevo che, se avessi teso una mano, loro sarebbero state pronte a prenderla per accompagnarmi nel percorso”.

“Ho iniziato il corso non sapendo di preciso di che cosa si trattasse, mi è piaciuto ➤➤

► to il modo di scoprirlo per gradi soprattutto nella parte pratica, sperimentandolo su me stessa. Ho cercato di afferrare i concetti basilari di questo cammino che via via sto mettendo in pratica”.

“All’inizio del percorso avevo chiara l’intenzione di trovare un modo per stare bene. Lungo il percorso mi si è chiarita meglio la modalità”.

Quali sono state per te le scoperte/comprendimenti più importanti lungo il percorso?

“È stato importante sentirsi parte di un gruppo con cui parlare senza pudore, ascoltare, condividere, sentirmi accettato. Tutto questo mi ha dato la sensazione di aver aperto delle crepe rispetto al senso di chiusura che la malattia mi aveva creato.

All’inizio percepivo la

mindfulness come una sorta di ‘ginnastica respiratoria’ o una pratica di ‘rilassamento’. In realtà ho capito che non è così. Il respiro è un mezzo per far emergere sensazioni, pensieri ed emozioni del corpo. Inoltre, uno degli effetti della *mindfulness* può essere il rilassamento, ma soprattutto nel mio caso un potenziamento delle capacità di concentrazione e attenzione”.

“Sicuramente la rabbia, l’ansia, il panico e la fretta non devono prendere il sopravvento nella nostra vita, e abbiamo, volendo, la volontà e la capacità per gestire queste emozioni e imparare a convivere, trasformando una situazione negativa in positiva”.

“Accettare la situazione presente senza l’ansia di volerla cambiare”.

“Prima di iscrivermi non

ci credevo, ma adesso riesco a lasciar andare, sono più gentile con me stesso”.

Ti sembra di aver sperimentato dei benefici lungo il percorso? Se sì, quali?

“Sì, ho sperimentato benefici sia a livello mentale sia fisico, ora accetto di più i miei limiti, anche se spesso non sono facili da accettare”.

“Riesco a concentrarmi e ad assaporare meglio le cose che faccio, a essere più consapevole dei miei limiti e ad affrontare meglio le mie difficoltà. Chiaro è che riesco in minima parte, non è facile, però pian piano so che si può migliorare, e questo mi rende fiducioso”.

“Sì, lucidità di pensiero e possibilità di una nuova modalità di scambio relazionale in cui dare spazio all’ascolto e alla gentilezza”.



► “Importante stare nel presente, riuscire ad accettare quello che c’è, e anche se faccio fatica, controbilanciare i pensieri negativi”.

Ti sembra di aver incontrato difficoltà lungo il percorso? Se sì, quali?

“Soprattutto all’inizio, la difficoltà di mettermi in modalità ‘consapevolezza’, il rincorrere la mente e riportarla a casa, il tornare a concentrare la mente sul respiro, il percepire il diaframma sentendone i movimenti e i benefici”.

“La difficoltà maggiore è trovare il tempo per svolgere la pratica. Durante il percorso mi sono organizzato per poterla svolgere ogni giorno”.

“La mia difficoltà maggiore è nella concentrazione in generale, mentre mi riesce meglio quella sulla respirazione”.

Come descriveresti in due parole la tua esperienza di questo percorso?

“Un’esperienza positiva, l’imbarazzo e il timore iniziale erano diventati attesa positiva per il successivo incontro”.

“Illuminante: sono emerse sensazioni del corpo che erano in ombra”.

“Assolutamente positiva, mi ha fatto apprezzare le parole ‘fermarsi’ e ‘ascoltarsi’, soprattutto nei momenti in cui lo stress sta arrivando. Ho imparato a dedicare più tempo al mio corpo anche ‘non facendo niente’”.

“Esperienza sorprendente, profonda e semplice: quasi

naturale entrare in contatto con una parte dormiente di noi”.

“Mi sono sentita accompagnata passo dopo passo, sempre con difficoltà nuove ma adeguate al momento, le cose sono entrate con facilità e ho tanto apprezzato il gruppo”.

“È stato un percorso di crescita, la scoperta di risorse che non sapevo di avere, inclusa la capacità di imparare a fermarsi”.

Suggeriresti questo percorso ad altre persone? Perché, o perché no?

“Sì, perché mi ha dato la possibilità di vivere la quotidianità in un altro modo, mi fa sentire meno solo, sono meno passivo e negativo. Prima pensavo con rammarico alle cose che facevo, ora cerco di spostare i miei limiti con l’esercizio fisico e mentale, e pazienza se non sono quelli che vorrei”.

“Sì, a tutti coloro che considerano, con coraggio, affrontare un percorso di conoscenza soprattutto di sé stessi”.

“Certo, è molto positivo confrontarsi con altre persone che vivono i nostri medesimi disagi, perché non siamo gli ‘unici’ a dover affrontare certe difficoltà. Il corso ti

rende assolutamente consapevole di quello che hai e di come è possibile vivere una vita più dignitosa sia con te stessa che con gli altri, siano essi familiari, amici, conoscenti o estranei. Ti insegna a comunicare meglio con il tuo corpo e anche con gli altri”.

Per iscriversi al prossimo Protocollo MBSR Breath offerto gratuitamente a pazienti e familiari da parte dell’Associazione Pazienti BPCO scrivere a: infopazientibpco@gmail.com ■

*Anna Rossi
Insegnante Protocollo MBSR Breathe (Mindfulness) e Consigliera Associazione Pazienti BPCO*

Associazione Pazienti BPCO e altre patologie respiratorie

Via Casal Selce, 491 - 00166 Roma
Tel. +39 339 4571404 (lunedì, mercoledì, giovedì 9.00-13.30)
infopazientibpco@gmail.com
www.pazientibpco.it

Futuro e opportunità: il progetto “Trovo il mio lavoro”

Cresce l'impegno di LIFC per l'inserimento professionale dei pazienti FC



Il lavoro è definito come l'applicazione delle facoltà fisiche e intellettuali dell'uomo rivolta direttamente e coscientemente alla produzione di un bene, di una ricchezza o, comunque, a ottenere un prodotto di utilità individuale o generale. Ma il lavoro è anche e, soprattutto, un diritto. È riconosciuto come tale perché fornisce all'essere umano opportunità economiche, di sviluppo personale e di interazione sociale.

Questi principi, insieme all'esigenza di collocamento lavorativo di persone affette da fibrosi cistica e da altre patologie croniche, sono alla base della nascita, nel 2017, del progetto “Trovoilmio-lavoro” della Lega Italiana Fibrosi Cistica, che aveva, e ha ancor oggi, l'obiettivo di creare un filo diretto tra

domanda e offerta di lavoro nell'ambito del collocamento mirato.

Il progetto prevede una piattaforma dedicata, www.trovoilmiolavoro.it, pensata per fornire agli iscritti uno strumento per costruire il proprio CV completo delle esperienze personali e professionali, e alle aziende iscritte, che possono nel tempo visionare i profili e contattare la persona ritenuta più idonea a ricoprire un'eventuale posizione lavorativa aperta, un vero e proprio serbatoio di candidati.

Attraverso il progetto, LIFC punta a rendere le persone con fibrosi cistica sempre più consapevoli dei vantaggi che un impegno lavorativo può offrire loro per condurre una vita il più normale possibile. Il portale,

inoltre, fornisce agli iscritti momenti di formazione *ad hoc* e incontri con gli esperti per un supporto anche nella preparazione ai colloqui di lavoro.

Oggi la gestione quotidiana della fibrosi cistica è profondamente cambiata, e offre ai giovani che usufruiscono delle nuove terapie la possibilità di valutare percorsi professionali diversi, potendo coordinare meglio i tempi di cura e i tempi lavorativi. Questo nuovo scenario, unito all'esigenza di coinvolgere maggiormente le aziende, e di raccontare l'esperienza diretta dei giovani con FC nel mondo del lavoro, rende questo strumento un mezzo facilitatore sia per gli utenti alla ricerca di un'occupazione che per le aziende alla ricerca di perso- ➤

► nale qualificato appartenente alle categorie protette.

Il portale contiene sezioni dedicate alla normativa di riferimento per il collocamento mirato, annunci di lavoro e opportunità di formazione. Fornisce inoltre un servizio completo ed esaustivo con l'obiettivo di rendere gli utenti sempre più consapevoli delle opportunità e delle tutele a disposizione. Al contempo stimola nelle aziende l'interesse verso candidati appartenenti alle categorie protette affinché la loro assunzione non sia soltanto un adeguamento normativo, ma la valutazione positiva di una valida risorsa lavorativa.

In base agli ultimi dati del Registro Italiano di Fibrosi Cistica (RIFC) relativi al 2022, nel nostro Paese si è registrato un aumento dei pazienti in età adulta (> 18 anni), che raggiunge il 63,5% del totale. Questi numeri sono destinati, presumibilmente, a crescere, tenendo conto del fatto che sempre più pazienti possono avere accesso alle nuove terapie con i modulatori, farmaci capaci di agire direttamente sulle cause all'origine della patologia e di garantire un migliore stato di salute generale in chi li assume.

Lo scenario legato alla Fibrosi Cistica è infatti in continuo cambiamento; ciò spinge il progetto a uno sviluppo continuo anche in termini di collaborazioni. Tra queste, si conta quella con Randstad, vicina da sempre a LIFC, e la nuova collaborazione con Amazon, importante quanto



determinante per offrire a sempre più persone con FC nuove opportunità. Grazie al progetto, dal 2017 ad oggi molti giovani con FC hanno trovato risposte alle loro richieste. Sono inoltre numerose le posizioni lavorative attualmente aperte in varie zone d'Italia.

Maria Rosaria, una paziente coinvolta nel progetto "Trovo il mio lavoro", ha condiviso queste parole: "Credo sia il primo passo concreto per favorire l'inserimento di soggetti 'speciali' come me nel mondo del lavoro, affinché anche noi possiamo provare a costruire la nostra indipendenza economica. Ho avuto modo di sostenere questo primo colloquio e mi hanno fatto sentire a mio agio, spiegandomi in

modo chiaro e semplice ogni cosa". Testimonianze come questa confermano come LIFC sia impegnata per migliorare la qualità della vita di tante persone con fibrosi cistica.

Per chi fosse interessato, è possibile registrarsi sul sito www.trovoilmiolavoro.it, creare il proprio profilo e costruire il proprio *curriculum vitae*, che sarà così archiviato nella banca dati dove le aziende accreditate potranno selezionare, secondo le proprie esigenze, i profili più adatti alle loro esigenze. ■

Raffaella Caroni
Area Comunicazione
e Raccolta Fondi
LIFC

LIFC - Lega Italiana Fibrosi Cistica

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

Oltre l'orizzonte respiratorio: superare insieme gli ostacoli per vivere una vita senza limiti



Uno stretto rapporto di collaborazione fra il paziente e il personale sanitario è necessario per aumentare le conoscenze del paziente nei confronti della malattia e dei suoi “tratti trattabili”, rendendo così il paziente attivo in tutti gli aspetti della gestione della malattia, dallo stile di vita al corretto utilizzo dei farmaci. L’implementazione di un programma informativo personalizzato e valido si rafforza attraverso il colloquio e l’accordo sugli obiettivi del trattamento, mediante lo sviluppo di piani terapeutici di autogestione della malattia scritti e personalizzati, che comprendano anche l’auto-monitoraggio e la periodica revisione del trattamento e del livello di controllo della patologia. Durante il colloquio con il personale sanitario, il paziente necessita di informazioni sulla diagnosi, sulle indicazioni alla terapia e sui tipi di trattamento disponibili, sulle strategie per evitare i fattori

scatenanti e sui corretti stili di vita. Di fondamentale importanza risulta quindi il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura: dalla nostra esperienza decennale nell’affiancamento di persone affette da patologia cronica respiratoria, abbiamo verificato come siano necessari specifici spazi dedicati, in modo da poter garantire il giusto tempo e attenzione a questa attività educativa che, alla luce di quanto esposto, assume priorità assoluta, e deve essere implementata e meglio attenzionata.

Le associazioni di pazienti impegnate in ambito respiratorio, che nel proprio mandato hanno tra gli obiettivi proprio la promozione dell’accesso equo e facilitato alle cure per i pazienti, potrebbero fare molto per incidere sull’aderenza terapeutica del paziente, ed essere così valide alleate nella promozione di un più efficace rapporto con il personale sanitario e di una migliore stabilità del per-

corso di cura. L’Associazione nazionale pazienti Respiriamo Insieme-APS sin dal 2014, anno di costituzione, si è data infatti l’obiettivo di garantire il giusto percorso di cura a tutti i pazienti con patologie respiratorie, riducendo il peso della malattia per pazienti e familiari attraverso il sostegno, l’*advocacy*, l’educazione e la ricerca.

Già dal 2020, in un contesto caratterizzato da una digitalizzazione sempre più diffusa e – anche a seguito della pandemia globale – dall’assenza di prossimità, è emersa in Respiriamo Insieme la necessità di supportare i pazienti in una corretta educazione sanitaria *online*, accedendo a servizi digitali offerti dalle Amministrazioni pubbliche, private e del terzo settore. Nel 2022, con l’avvio del nuovo progetto “Hub Educazionale” (piattaforma di informazione continua che permetterà di accedere a contributi scientifici in formato video, importanti ►►

► per approfondire la conoscenza della malattia e per gestirla al meglio) si è voluto centralizzare il processo di formazione dell'Associazione, erogando tutta l'attività formativa da un unico luogo digitale per favorire alti tassi di coinvolgimento (*engagement*), consentendo di integrare l'approccio tradizionale alla formazione – finora garantita da Respiriamo Insieme – con nuove metodologie didattiche e con l'utilizzo di tecnologie abilitanti e di un approccio centrato su un apprendimento maggiormente diffuso e fluido, cui accedere in qualsiasi momento e da qualsiasi luogo.

Successivamente, nel 2023, con il progetto "Device4Patients", l'Associazione ha voluto dare maggiore concretezza a uno spazio digitale pensato per offrire ai pazienti percorsi educativi utili alla cura della salute di tutti gli iscritti, con lo specifico obiettivo di favorire l'aderenza terapeutica partendo dalla conoscenza degli strumenti quotidianamente utilizzati dal paziente respiratorio.

Nel 2024, a partire da settembre, Respiriamo Insieme ha voluto ancor più garantire uno spazio di informazione, formazione ed educazione per promuovere la conoscenza, la consapevolezza e l'aderenza terapeutica dei pazienti affetti da patologia respiratoria cronica e a tutto il personale sanitario voglia approfondire questa tematica.

All'interno del nuovo sito associativo, nell'area dell'Hub Educazionale (*hub.respiria-*



moinsieme.org) e con la collaborazione dei clinici del Comitato Scientifico, l'Associazione realizza – ogni terzo martedì del mese – incontri in diretta sui *social* dell'Associazione, in orario 18.30-19.15, per permettere agli utenti di approfondire specifiche tematiche, di ottenere utili consigli e di ascoltare testimonianze relative al mondo delle malattie respiratorie. Vengono inoltre garantiti approfondimenti ad opera di esperti nel campo pneumologico, allergologico, immunologico e internistico, e testimonianze offerte da chi affronta queste sfide ogni giorno, accanto a consigli pratici per migliorare la qualità della vita di pazienti e *caregiver*.

Le dirette, iniziate il 17 settembre scorso per un totale di quattro appuntamenti nel 2024, proseguono secondo questo calendario nel 2025:

► **21 gennaio:** "Il bambino con tosse ricorrente e respiro sibilante" – Renato Cutrera, Pediatra Pneumologo;

► **18 febbraio:** "Rinosinusiti croniche: conoscerle meglio per gestirle nella cronicità, un approccio ragionato all'inquadramento e alla terapia" – Veronica Seccia, Otorino Immunologo;

► **18 marzo:** "Primavera nell'aria: affrontare le patologie respiratorie croniche ed allergie durante il cambiamento stagionale" – Enrico Heffler, Immunologo;

► **15 aprile:** "Fiori, polvere e polline: sopravvivere alle allergie respiratorie del nostro bambino" – Luca Pecoraro, Pediatra e Veronica Seccia, Otorino;

► **20 maggio:** "Allergie respiratorie da animali domestici e animali infestanti (es. roditori e blatte): aspetti clinici, diagnostici, preventivi e terapeutici" – Gennaro Liccardi, Allergologo;

► **17 giugno:** "Libertà respiratoria: viaggi e vacanze con una patologia respiratoria cronica o allergica" – Domenico Gargano, Allergologo e Dermatologo;

► **15 luglio:** "Estate senza fiato: gestione delle malattie respiratorie durante i mesi caldi" – Mario Malerba, Pneumologo. ■

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

Al via il progetto Match Point: strumenti vincenti per il domani delle persone con malattie neuromuscolari



Il 20 maggio ha preso il via il progetto *Match Point: strumenti vincenti per il domani delle persone con disabilità* promosso da UILDM Direzione Nazionale, dalle Sezioni di Bologna, Milano e Pisa, e da Parent Project APS. Al centro, la figura dell'assistente personale e la realizzazione di strumenti innovativi per supportare l'autonomia quotidiana delle persone con malattie neuromuscolari o

altri tipi di disabilità.

Il progetto è finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali grazie al "Bando unico" previsto dalla riforma del Terzo settore (Avviso n. 2/2023 per il Finanziamento di Iniziative e Progetti di Rilevanza Nazionale ai sensi dell'articolo 72 D.L. 3 luglio 2017, n. 117 e S.M.I. – anno 2023) e si svolgerà in 19 Regioni italiane.

Nel mese di settembre si

sono svolti tre incontri *online* in cui il progetto è stato raccontato ai vari *stakeholder*: persone con disabilità, *caregiver*, associazioni, enti formativi ed enti pubblici interessati a conoscere meglio le fasi di attuazione di *Match Point*.

Il *focus* di *Match Point* è la formazione. Una formazione gratuita, pensata per differenti destinatari.

Nel marzo del 2025 par- ►►



► tiranno i percorsi di approfondimento per operatori sociosanitari, assistenti sociosanitari, assistenti personali e per tutti coloro che intendono saperne di più sulla presa in carico della persona con patologia neuromuscolare, in un'ottica di prospettive lavorative future.

Gli argomenti che verranno approfonditi, *online* e in presenza, con un approccio multidisciplinare e interdisciplinare, riguarderanno queste aree cliniche: neuropsichiatria infantile, genetica, pneumologia, anestesia e rianimazione, fisioterapia, psicologia.

Parallelamente al corso di approfondimento per operatori e assistenti personali, partirà un percorso formativo per persone con patologie neuromuscolari e *caregiver* familiari. In questo corso si approfondiranno gli aspetti giuridico-amministrativi per l'assunzione e la gestione dell'assistente personale, e le tematiche legate all'autoaffermazione e all'autodeterminazione della persona con disabilità.

Al termine dei percorsi verranno prodotte e distribuite due guide, in formato cartaceo e digitale, utili per tutti coloro che sono interessati ad approfondire queste tematiche.

Nella fase finale del progetto sarà lanciata una piattaforma digitale, cioè uno strumento che favorirà concretamente l'incontro tra domanda e offerta di assistenti personali.

«Con questo progetto intendiamo mettere a frutto



anni di esperienza delle nostre realtà associative per rovesciare completamente una concezione molto diffusa nella nostra società, in cui la persona con disabilità è considerata solo come paziente, e pertanto bisognosa di cure e assistenza - dichiara Marco Rasconi, Presidente Nazionale UILDM - Intendiamo diffondere una nuova definizione di assistente personale, che non è il o la 'badante', ma piuttosto un tramite, uno strumento, che permette alla persona con disabilità di gestire la propria autonomia personale durante la quotidianità; non è una figura che si deve sostituire nei processi decisionali, ma agisce come un supporto fisico, affinché

la persona con disabilità possa esprimere la propria volontà e decidere di vivere come vuole». ■

*Alessandra Piva
Ufficio Stampa 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

“Esci dal tunnel”, un soffio per smettere di fumare



Dal 2015 l'Associazione WALCE scende “in piazza” per la prevenzione primaria con una Campagna di informazione – rivolta a cittadini, medici, media e Istituzioni – sui rischi legati al fumo e di sensibilizzazione sul tumore del polmone.

Mai abbassare la guardia sul fumo

Occorre tenere alta l'attenzione sul fumo di tabacco, a ricordarlo sono i dati stessi: il fumo è la prima causa di morte in Europa, con 750 mila vite perse ogni anno¹.

In Italia² fuma una persona su 4 (il 24% dei residenti), percentuale più alta tra i giovani (30,2%) che usano sigarette tradizionali, tabacco riscaldata o sigaretta elettronica, praticando il cosiddetto policonsumo. Circa uno studente su tre di età compresa tra i 14 e i 17 anni, nell'ultimo anno ha fatto uso di un prodotto a base di tabacco o nicotina. Consumi lievemente maggiori si riscontrano tra le ragazze.



I Centri antifumo sul territorio nazionale sono in calo, malgrado nel nostro Paese siano attribuibili al fumo di tabacco oltre 93 mila decessi l'anno, con costi diretti e indiretti che superano i 26 miliardi di euro.

Il contesto è dunque quanto mai da attenzionare, senza mai abbassare la guardia. Per questo l'associazione WALCE A.P.S. (acronimo di *Women Against Lung Cancer in Europe* ovvero Donne Contro il Tumore del Polmone in Europa), che ha tra i suoi obiettivi la sensibilizzazione dell'opinione pubblica e dei *decision-maker* sui danni arrecati dalla dipendenza tabagica, promuove da anni un approccio sul campo al tema della prevenzione, grazie alla campagna “Esci dal Tunnel.

Non bruciarti il futuro”³.

Ideata e realizzata da WALCE, la campagna è un'iniziativa nazionale di informazione sui rischi legati al fumo e di sensibilizzazione sul tumore del polmone rivolta a cittadini, medici, media e Istituzioni, e patrocinata da diverse Società Scientifiche, Associazioni Pazienti, dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Senato della Repubblica.

Il “sigarettone” WALCE della Prevenzione primaria

Inaugurato nel 2015, e giunto quest'anno alla sua settima edizione, il progetto prevede l'allestimento – nelle piazze delle principali città italiane – di uno *stand* a forma di sigaretta gigante. La struttura è stata creata per attirare il colpo d'occhio: alta 3 metri e lunga 14, dà ►►

► forma a un vero e proprio tunnel percorribile, all'interno del quale – grazie a un percorso di installazioni che promuove la salute del polmone a 360° – si possono ricevere informazioni e materiale utile sui danni provocati dal fumo, sui metodi utili per la cessazione della dipendenza tabagica e sulla patologia oncologica toracica.

All'interno del “sigaretton” WALCE è poi possibile effettuare gratuitamente un test spirometrico di base eseguito da medici pneumologi e oncologi, ricevere il referto e rivolgere domande agli specialisti sui rischi legati al consumo di tabacco e all'utilizzo dell'e-cig, sui percorsi per smettere di fumare e sui fattori di rischio del tumore del polmone.

Un Tunnel in tour

L'iniziativa, fin dal suo primo anno di attività, ha registrato un grande successo in termini di ingressi e gradimento. Dal 2015 “Esci dal Tunnel. Non bruciarti il futuro” ha toccato 11 tra le principali città italiane – Torino, Bari, Milano, Padova, Roma (2015); Padova, Lecce, Messina, Roma (2016); Palermo, Torino, Ravenna (2017); Roma, Bari (2018); Firenze, Bologna (2022) – e due grandi capitali europee: Bruxelles (2017) e Barcellona (2019).

Un lungo tour per una Campagna di prevenzione che ha accolto oltre 16.000 visitatori e realizzato quasi 4.000 spirometrie. I dati – anonimi – dei visitatori hanno inoltre mostrato un interesse trasversale: i fumatori sono il 32,4%, gli



ex-fumatori il 30,3% e i non fumatori il 36,8%, con una leggera prevalenza maschile (57%). Alla tappa finale della prima edizione, nel 2015 a Roma, aveva partecipato l'allora Ministra della Salute, Beatrice Lorenzin.

L'edizione 2024/2025

Giunta alla sua settima edizione, “Esci dal tunnel” è partita con un primo appuntamento a Padova in Piazzetta Sartori il 21 e 22 settembre scorsi, in occasione dell'iniziativa cittadina *Open Day* “Via Salutis”: un avvio di Campagna che è stato così sottolineato dalla Prof.ssa Silvia Novello, Presidente WALCE APS: “Parliamo tanto di Medicina personalizzata, ma anche la prevenzione dovrebbe seguire lo stesso processo di capillarizzazione: arrivare cioè a tutti, perché solo così riusciamo a essere efficaci – ha dichiarato – In questa prospettiva, dal 2015 con que-

sta Campagna abbiamo diffuso in numerose città messaggi e consigli di prevenzione primaria, a volte anche tornando dove eravamo già stati. Il gran numero di persone che hanno visitato il tunnel, un terzo delle quali giovani, il riscontro ottenuto sui *media* e sui canali *social*, le esperienze e le risposte che siamo riusciti a offrire sono un importante risultato raggiunto, una tappa in un percorso complesso quale è il fare educazione e prevenzione in ambito sanitario».

Nel novembre scorso – mese mondiale di sensibilizzazione per il tumore del polmone – l'iniziativa ha toccato Milano, e poi Pisa. Altre tappe del tour, da Nord a Sud, sono previste nel 2025 a Pescara, Messina, Taranto e Catanzaro. ■

Federica Ferraresi

Comunicazione e Social Media
Associazione WALCE

Bibliografia

- 1) Dati da European Cancer Organisation (www.europecancercancer.org).
- 2) Dati da Comunicato Stampa N° 30/2024 dell'Istituto Superiore di Sanità, 31 maggio 2024, Giornata mondiale senza tabacco - Ministero della Salute.
- 3) www.womenagainstlungcancer.org/projects/esci-dal-tunnel-la-prevenzione-scende-in-piazza/

WALCE APS Woman Against Lung Cancer in Europe

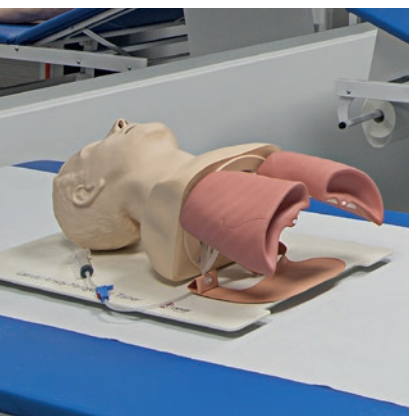
Regione Gonzole, 10 – 10043 Orbassano (TO)
Tel. +39 011 9026980
info@womenagainstlungcancer.eu
<https://www.womenagainstlungcancer.org>

UN CENTRO EVOLUTO AL SERVIZIO DELLA FORMAZIONE

UN CENTRO INTEGRATO NEL CUORE DI MILANO

La simulazione è una tecnica, non una tecnologia, per sostituire o amplificare esperienze reali con esperienze guidate che evocino o replichino aspetti sostanziali del mondo reale in un modo pienamente interattivo.*

* Gaba DM. The future of simulation in healthcare. Qual Saf Health Care 2004;13:Suppl 1(Suppl 1):i2-10. doi: 10.1136/qhc.13.suppl_1.i2



CENTRO DI FORMAZIONE AVANZATA E SIMULAZIONE

CeFAeS

dall'esperienza... all'avanguardia

Il CeFAeS fornisce formazione a tutti i professionisti delle strutture sanitarie pubbliche e private del territorio nazionale e si inserisce nel settore dell'educazione, istruzione e formazione, ma anche in quello della salute pubblica, medicina preventiva e riabilitativa.

Centro di Formazione Avanzata e Simulazione (CeFAeS)
Via Antonio da Recanate, 2 - 6° piano - 20124 Milano - cefaes@cefaes.it
Informazioni su www.cefaes.it





www.sintexservizi.it

**LE PERSONE
AL CENTRO
IN UN MONDO
SEMPRE PIÙ
DIGITALE**

sintex

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

via San Gregorio, 12 - 20124 Milano

☎ +39 02 36590350 - ✉ editoria@sintexservizi.it

SEGUICI SU

