

Microbiota polmonare, la composita
comunità che orchestra
la salute respiratoria pag. 14

Medicina di genere nella terapia
del dolore: la fibromialgia è
declinabile al maschile? pag. 18

Una tempesta di sabbia
nei polmoni pag. 27

RESPIRO

ANNO XVIII
N° 71

AUTUNNO
2025

TRIMESTRALE DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE E BENESSERE
RESPIRO.NEWS

**Le sostanze della plastica
aumentano il rischio
di asma e allergie**

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° 71

AUTUNNO 2025

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

© 2025 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 agosto 2025

RESPIRONews



/respironews



+39 333 88 22 666

RESPIRONews

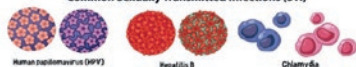


HOME PREVENZIONE ALIMENTAZIONE AMBIENTE SPORT RICERCA LA VOCE DEI PAZIENTI EDITORIALI LABORATORIO

Il Telefono Verde Aids e IST ha 38 anni: è S.O.S giovani

Prevenzione 25 Luglio 2023 (Viale 41)

Common Sexually Transmitted Infections (STI)



Il Telefono Verde Aids e Infezioni Sessualmente Trasmesse dell'ISS ha 38 anni: è S.O.S giovani

Il Telefono Verde Aids e Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST), creato nel 1987 dall'Istituto Superiore di Sanità - risponde al numero 800841061 - celebra i 38 anni di attività. Contemporaneamente l'ISS lancia un S.O.S. sulla diffusione esponenziale delle malattie veneree, con particolare allarme per i più giovani

[* Leggi tutto...](#)



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

Iperconnessi, ma sempre più soli | *A. Rozzi*

Gli articoli

11

Le sostanze della plastica
aumentano il rischio di asma e allergie | *C. Micheletto*

Microbiota polmonare, la composita comunità
che orchestra la salute respiratoria | *A. Rozzi*

Medicina di genere nella terapia del dolore:
la fibromialgia è declinabile al maschile? | *L. Scaglione*

La mortificazione della ricerca medica
di alto livello negli U.S.A. | *G. D'Amato*

Riflessioni sul concetto di fatalità | *S. D'Antonio*

Malattie rare

27

Una tempesta di sabbia nei polmoni | *A. Paradiso, M.F.M. Vismara*

La voce dei pazienti

29

SLA, il mare come diritto | *E. Longo*

L'Associazione LIBERi dal Fumo ALIBERF | *G.P. Bandelli*

Forlì Capitale del Respiro 2025
Settima edizione del progetto *Sharing Breath* | *M. Buccioli*

AMOR attiva "Muoversi online" | *M.P. Nicoli*

Indagine sul Virus Respiratorio Sinciziale | *S. D'Antonio*

Guardare al futuro con speranza | *R. Caroni*

Emergency Card UILDM per gestire l'emergenza
nelle malattie neuromuscolari | *A. Piva*

Lezioni di prevenzione:
quando la salute fa scuola | *F. Ferraresi*



Il luogo di incontro dei Pazienti affetti da patologie respiratorie croniche

La Consulta della Pneumologia mira a trasformare l'assistenza respiratoria e ridurre la mortalità in Italia entro il 2030, in linea con gli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite.

Questo *luogo di incontro* promuove strategie presso le Istituzioni italiane finalizzate a **migliorare la salute respiratoria a qualsiasi livello**, con una leadership condivisa e responsabile, attraverso **4 azioni fondamentali**:

- Riduzione del rischio di insorgenza delle Patologie Respiratorie (**Prevenzione**);
- Impegno affinché ogni individuo possa ricevere cure appropriate in tempi adeguati (**Trattamento**);
- Riduzione delle barriere economiche e sociali che limitano l'accesso alle cure, assicurando un servizio sanitario più giusto e accessibile (**Accesso alle cure**);
- Sostegno alla ricerca e alla produzione di evidenze scientifiche per migliorare la qualità della salute respiratoria (**Ricerca**).



www.consultapneumologia.it



DOVE CI TROVI

RESPIRO, trimestrale dedicato all'informazione, alla prevenzione e al benessere, si rivolge a cittadini, Associazioni di Pazienti, medici e operatori sanitari e vuole essere uno strumento di educazione e promozione di uno stile di vita sano e consapevole per la salute respiratoria.

La rivista dedica ampio spazio alla **CONSULTA DELLA PNEUMOLOGIA**, luogo di incontro dei pazienti affetti da patologie respiratorie croniche attraverso iniziative e progetti, spesso in collaborazione con le Istituzioni, per dare voce alle esigenze dei pazienti e sostenerne i diritti.

RESPIRO è distribuita gratuitamente negli ospedali e negli ambulatori medici o a chi ne faccia richiesta, e può essere acquistata da Enti Pubblici e Aziende private interessate a promuovere la cultura della prevenzione della salute respiratoria e a offrire un servizio informativo alla collettività.

Per acquistare copie della rivista, è possibile scrivere a editoria@sintexservizi.it o visitare il sito www.respiro.news



/ Respiro News



Iperconnessi, ma sempre più soli

Alessandra Rozzi



L'allarme – accompagnato da dati a supporto – arriva dalla Commissione sulla Connessione Sociale dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). Il *report* pubblicato di recente, intitolato *Dalla salute alle connessioni sociali* non lascia infatti spazio a incertezze di sorta: viviamo “in rete”, connessi H24, reperibili e rintracciabili a ogni ora del giorno e della notte, ma in realtà siamo sempre più isolati, separati, e socialmente disconnessi. In altre parole, soli. Una condizione che numeri alla mano colpisce in modo cronico una persona su sei nel mondo, con conseguenze non certamente solo psicologiche. Perché la solitudine, in realtà, uccide: secondo l'OMS, negli ultimi tempi, sono morte 871mila

persone l'anno, con una media di 100 esseri umani l'ora. Ma non solo: sempre la solitudine – intesa come subita, percepita come peso e protratta nel tempo (l'inglese *loneliness*, ben diversa dal trovarsi per varie cause oggettivamente soli – *being alone* – e soprattutto dall'isolamento volontario per ricaricarsi – *solitude*) ha ripercussioni sia sulla salute fisica, sia su quella mentale e sociale. E ha costi economici altissimi: basti pensare che solo in Spagna – uno dei pochi Paesi ad aver commissionato studi sul tema – il costo stimato della solitudine nel 2021 ha raggiunto i 14 miliardi di euro (considerando i costi sanitari, le perdite di produttività e le perdite di benessere), ovvero l'1,17% del prodotto interno lordo.

“La disconnessione sociale rappresenta una seria minaccia per la salute globale, contribuendo ad aumentare i rischi di malattia, morte precoce e peggioramento della salute mentale, oltre a comportare significativi costi sociali ed economici – commenta il Direttore Generale dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus – I ►►

Giornalista, Caporedattore Respiro, Sintex Servizi, Milano

► rapidi cambiamenti sociali, demografici e tecnologici stanno rimodellando il nostro modo di vivere, di lavorare e di relazionarci gli uni con gli altri, in molti casi esacerbando una crescente crisi di disconnessione sociale. Quasi una persona su sei nel mondo soffre di solitudine”.

Chi è più a rischio

Nessuno ne è esente: la solitudine è trasversale, allargata, democratica e non fa grandi discriminazioni di genere. Nella sostanza, non ha

preferenze di età o di luoghi, anche se manifesta una certa predilezione per i giovani – il 20,9% dei 13-17enni e il 17,4% dei 18-29enni la sperimenta con continuità – e i Paesi poveri. Pensavate – e a logica avrebbe senso – che le persone inserite in contesti rurali, arcaici, legati alla tradizione e alla comunicazione orale ne fossero risparmiate? Niente affatto, anzi. “La disconnessione sociale colpisce persone di tutte le età e di ogni estrazione sociale in ogni Regione. Dai problemi

di salute mentale come depressione e ansia, alle patologie fisiche come malattie cardiache e ictus, e fino alla morte precoce, l'impatto della solitudine è profondo – chiarisce il Rapporto OMS fin dall'Introduzione – Eppure, viene spesso trascurato, nonostante sia altrettanto dannoso di altri noti rischi per la salute pubblica”.

Tanto che stando ai dati – leggibili in <https://www.who.int/publications/i/item/978240112360> – “quasi una persona su quattro nel mondo (24%) dichiara di sentirsi sola. I tassi più elevati si riscontrano nella Regione africana dell'OMS (24%), seguita dalle Regioni del Mediterraneo orientale (21%) e del Sud-est asiatico (18%). La Regione europea presenta il tasso più basso, con circa il 10%”. Leggermente diversi i dati sull'isolamento sociale – differente dalla solitudine: tuttavia, anche su questo fronte le stime non sono consolanti: il 25-34% degli anziani risulta socialmente isolato, mentre per contro il 72% delle persone di ogni età afferma di sentirsi abbastanza o molto connesso agli altri.

Quanto alla differenza tra uomini e donne, non è granché: tra i due sessi, i tassi stimati di solitudine sono simili (rispettivamente 16,1% e 15,4%), con le maggiori differenze stimate nella fascia degli adolescenti (24,3% tra le femmine, 17,2% tra i maschi) e degli adulti più anziani (13,0% tra le donne e 9,9% tra gli uomini).

A stare peggio, natural- ►►

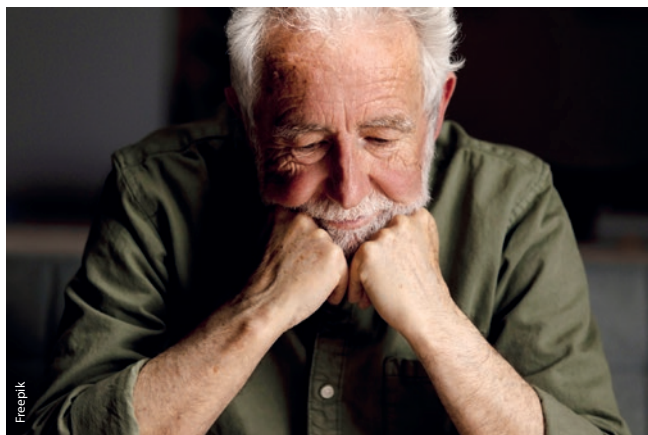


► mente, sono i gruppi a qualche titolo emarginati: persone con disabilità, lesbiche, gay, bisessuali, *transgender*, intersessuali, *queer* e altri LGBTQ+, migranti e *caregiver* sono più soli e isolati di altri gruppi. E le cose vanno anche peggio se all'appartenenza a una delle suddette categorie si accompagnano il reddito basso, uno scarso livello d'istruzione, una malattia cronica o una rete familiare latitante.

Le conseguenze della solitudine

La solitudine danneggia la psiche, ma fa male anche al corpo. "L'isolamento sociale e la solitudine hanno gravi ripercussioni sulla mortalità, sulla salute fisica (ad esempio, malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2), sulla salute mentale (ad esempio, depressione e ansia) e sulla società (ad esempio, istruzione, occupazione, crescita economica, innovazione)" scrive nero su bianco il Rapporto OMS. E ancora: "La diffusione della solitudine e le sue serie conseguenze ne fanno un grave problema di salute pubblica globale".

Scendendo nel particolare, il rapporto non si risparmia: "L'isolamento sociale e la solitudine sono associati a condizioni di salute come le malattie cardiovascolari (CVD) e il diabete di tipo 2, nonché a un peggioramento della salute fisica generale. Le prove più consistenti riguardano l'impatto della solitudine o dell'isolamento sociale sul rischio di sviluppare malattie



cardiovascolari (CVD) in età adulta. Ad esempio, una metanalisi di 23 studi longitudinali condotti principalmente in Paesi ad alto reddito ha mostrato che la solitudine o l'isolamento sociale erano associati a un aumento del 29% del rischio di malattia coronarica incidente, e che l'isolamento sociale era collegato a un aumento del 32% del rischio di ictus. In una revisione aggiornata, è stato riscontrato che la solitudine o l'isolamento sociale erano associati a un aumento del 16% del rischio di malattia cardiovascolare incidente – si legge – Gli studi suggeriscono anche un legame tra solitudine e fattori di rischio per le malattie cardiovascolari come l'ipertensione. Sebbene siano state condotte meno ricerche, quelle disponibili suggeriscono che la disconnessione sociale sia collegata ad aspetti più ampi della salute fisica, riducendo la resistenza a malattie e infezioni e aumentando il rischio di un peggioramento della salute fisica generale, come la funzionalità fisica, il

dolore o l'affaticamento fisico e il diabete di tipo 2. Ad esempio, in un ampio studio prospettico su oltre 465.000 adulti in Danimarca, sentirsi soli ogni tanto era associato a un rischio maggiore del 14% di diabete di tipo 2 al *follow-up* di 6 anni, mentre sentirsi soli spesso era collegato a un rischio maggiore del 24%".

E se negli anziani le prove scientifiche sul legame tra solitudine/isolamento sociale e demenza non mancano, ancora più preoccupante è la situazione nelle fasce d'età più giovani. Perché la solitudine infantile si associa "a un aumento di comportamenti a rischio come il fumo, una minore attività fisica e una peggiore qualità del sonno, nonché a una peggiore salute generale percepita – annunciano le pagine dell'OMS – Inoltre, un isolamento sociale esteso durante l'infanzia può aumentare il rischio di problemi di salute come obesità, ipertensione e diabete in età adulta, e la solitudine in adolescenza è stata associata a una peggiore autovalutazione della salute e a fattori ►►

► di rischio metabolici associati alle malattie cardiovascolari in età adulta". Senza contare che già nell'immediato dell'età giovane, una condizione di questo tipo abbassa il rendimento scolastico, porta a ottenere titoli di studio inferiori e a una più scarsa autostima e consapevolezza di sé.

Quanto alla psiche, "solide prove collegano l'isolamento sociale, la solitudine e altre misure di disconnessione sociale a un aumento del rischio e della gravità di condizioni di salute mentale come depressione, ansia, psicosi, ideazione suicidaria e autolesionismo, con la maggior parte delle prove che riguardano il legame tra solitudine e depressione – chiarisce il lavoro – Sono state inoltre identificate associazioni tra solitudine e un benessere più scarso". Anche se va detto che "la relazione tra disconnessione sociale e cattiva salute mentale può essere bidirezionale, in quanto condizioni di salute mentale come la depressione possono compromettere il funzionamento sociale".

Le ripercussioni sociali

E non è finita nemmeno qui. Perché quella che a tutti gli effetti appare come una pandemia silenziosa ma insinuante, capace – se non arginata – di danni quasi irreparabili, agisce anche sul piano sociale: "Gli effetti della solitudine si riflettono anche sul tessuto collettivo. Le comunità perdono coesione, aumenta la disuguaglianza, e il peso sulle strutture sani-



tarie e sociali diventa insostenibile. La solitudine costa. In termini umani, ma anche economici. Per questo il messaggio dell'OMS è chiaro: la connessione sociale deve diventare una priorità delle politiche pubbliche. La salute, l'istruzione, il lavoro e persino l'accesso digitale vanno ripensati in ottica relazionale" scrive il *report*. Che per promuovere la coesione sociale propone misure di *advocacy*, campagne pubbliche, reti e coalizioni. E soprattutto politiche mirate, anche se a oggi solo otto Stati membri dell'OMS ne hanno attivate, e sono tutti Paesi ad alto reddito: Danimarca, Germania, Giappone, Finlandia, Paesi Bassi, Svezia, Regno Unito e USA. Altri sette Stati (Albania, Repubblica Ceca, Gibuti, Irlanda, Malta, Norvegia e Spagna) hanno invece adottato politiche su temi diversi con parziali ricadute nell'ambito in esame. L'Italia? È assente da ogni possibile classifica, mentre i suggerimenti d'azione dell'OMS si estendono alla ricerca, agli interventi concreti, alla raccolta

dati, alla prioritizzazione del problema nelle agende globali e a una narrazione unitaria che si espliciti attraverso campagne di comunicazione mirate.

Del resto, che l'essere umano non sia fatto per star solo – a dispetto dei tanti proclami sull'individualismo diffusi dal *mainstream*, dal pensiero positivo e dai *social* – l'aveva già capito Aristotele, passato alla storia, oltre che per molto altro, per la sua celebre affermazione "L'uomo è un animale sociale". Aggiunge il Rapporto OMS: "Le prove derivanti dagli studi sull'evoluzione umana indicano che il bisogno di connessione sociale e cooperazione all'interno di gruppi sempre più complessi ha guidato lo sviluppo di cervelli più grandi, del linguaggio e di capacità cognitive avanzate".

Non ci resta che connetterci. Non alla rete, però. Tra noi umani. Per cercare di restare tali. ■

alessandra.rozzi@sintexservizi.it

Le sostanze della plastica aumentano il rischio di asma e allergie

Un recente studio ha analizzato un'ampia popolazione di bambini per un lungo periodo, studiando le possibili correlazioni tra esposizione e sviluppo di patologie

Claudio Micheletto



In un recente studio pubblicato sul *Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology*, i ricercatori hanno utilizzato un'ampia popolazione di Australia, Stati Uniti e Canada per studiare gli effetti dell'esposizione, durante la prima infanzia, a sostanze chimiche dannose derivate dalla plastica. I risultati rivelano che l'aumento dell'esposizione prenatale e nei primi anni di vita a ftalati e bisfenoli, sostanze chimiche presenti in molti prodotti di uso quotidiano come shampoo e imballaggi alimentari, è associato a un modesto aumento del rischio di sviluppare asma e altre condizioni allergiche in età prescolare. I risultati confermano gli effetti degli inquinanti invisibili che circondano noi e i nostri figli fin dalla nascita.

Direttore Responsabile di Respiro

Sostanze ed esposizione

Gli ftalati e i bisfenoli, sostanze chimiche presenti nella plastica, negli imballaggi, nei giocattoli e nei prodotti per la cura personale, sono oggi sempre più nel mirino per i loro effetti potenzialmente dannosi sulla salute dei bambini. Un numero

crescente di prove suggerisce infatti che questi contaminanti ambientali persistenti agiscano interferendo con il sistema endocrino, alterando le vie metaboliche e lo sviluppo neurologico con conseguenze potenzialmente permanenti. Gli ftalati sono una famiglia di composti chi- ►►



Freepix

► mici utilizzati principalmente come plastificanti per rendere la plastica più flessibile.

Gli impatti degli ftalati e dei bisfenoli sulla funzione respiratoria e sulle allergie sono a tutt'oggi meno compresi. Mentre un numero limitato di indagini epidemiologiche ha collegato queste sostanze con un aumento del rischio di esiti respiratori avversi infantili (respiro sibilante, eczema, asma e rinite), recenti revisioni sistematiche e meta-analisi hanno segnalato questi risultati come incoerenti e spesso confusi, potenzialmente a causa di un'evidente mancanza di standardizzazione metodologica tra gli studi. Inoltre, anche in questo campo poco studiato, le indagini sugli impatti degli interferenti endocrini sui bambini di età inferiore ai cinque anni, cioè in un periodo di sviluppo rapido e di aumentata sensibilità chi-

mica, sono sottorappresentate. Di conseguenza, i medici e i responsabili politici hanno poche dimostrazioni scientifiche su cui basare le loro raccomandazioni per la salute pubblica e per l'ambiente.

Lo studio vuole colmare questa lacuna di conoscenze, e indirizzare le future politiche ambientali e di salute pubblica. Unendo le principali coorti di nascita in tre Paesi, è stato valutato come i livelli urinari di ftalati e bisfenoli (misurati durante la gravidanza e la prima infanzia) siano correlati allo sviluppo di allergie diagnosticate all'età di cinque anni. Lo studio vuole, inoltre, chiarire se le allergie siano influenzate dai tempi di esposizione, dalla dose o dal sesso.

I dati dello studio sono stati ottenuti e raggruppati da popolazioni in Australia, Canada e Stati Uniti. Sono stati inclusi

come partecipanti allo studio gli individui con campioni urinari che misuravano i valori di ftalati urinari e bisfenoli dei primi cinque anni di vita (sottocorte postnatale) o del periodo di gravidanza (prenatale), insieme ad almeno un test allergologico effettuato nello stesso periodo.

Le conclusioni

I risultati dello studio riguardanti gli episodi di respiro sibilante, asma, rinite ed eczema sono stati valutati utilizzando diversi questionari specifici per coorte, ad esempio, il questionario ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood). Ove possibile, i questionari riportati dal *caregiver* sono stati integrati con valutazioni cliniche delle allergie.

Lo studio convalida un legame tra i derivati dalla plastica e gli esiti avversi respiratori ►►





► dell'infanzia. Il campione finale di 5.306 bambini è risultato molto consistente, e rivela che l'esposizione prenatale ai dibutilftalati (DBP) e al butilbenzilftalato (BBzP) è associata a un rischio più elevato di asma nei bambini sotto ai cinque anni. Un aumento dell'esposizione a questi ftalati di due volte corrisponde a un aumento del 6-8% del rischio di asma.

Il mono-(3-carbossipropil) ftalato (MCPP), uno dei metaboliti più comuni degli ftalati, è stato similmente associato a un aumento del rischio del 5% di rinite. L'esposizione postnatale agli ftalati ha mostrato tendenze simili, con livelli di BBzP, DEHP e MCPP tutti associati a un aumento del rischio di respiro sibilante infantile (5-9%).

Inoltre, l'esposizione combinata a una miscela di ftalati è stata associata a un rischio più elevato di respiro sibilante, con modelli di miscele che hanno rivelato che un aumento dell'esposizione chimica postnatale complessiva ha aumentato il rischio di respiro sibilante infantile del 14%.

Lo studio ha anche esaminato altri fattori, trovando solo prove limitate del fatto che gli effetti di queste sostanze chimiche differiscano tra ragazzi e ragazze. Tuttavia, l'analisi ha suggerito che la tempistica dell'esposizione durante la gravidanza potrebbe essere importante, con associazioni più forti osservate per l'esposizione durante il primo e il secondo trimestre per determinati risultati. Lo studio ha anche rilevato che alcune associazioni non erano lineari, seguendo modelli a forma di U o a forma di U rovesciata, il che significa che il rischio non sempre aumenta costantemente con una maggiore esposizione.

Sebbene lo studio non abbia trovato associazioni statisticamente significative per i bisfenoli come il BPA, gli autori osservano che bassi tassi di rilevamento per queste sostanze chimiche potrebbero aver limitato la potenza statistica per identificare effetti minori. Curiosamente, gli ftalati ad alto peso molecolare erano associati a un minor rischio di eczema. Gli autori

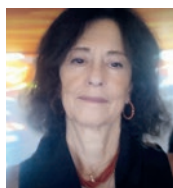
dello studio suggeriscono che questa sorprendente scoperta richieda ulteriori indagini, osservando che potrebbe essere influenzata da fattori come la causalità inversa, in cui i bambini con eczema possono utilizzare più prodotti per la cura personale.

Con oltre 5.000 bambini provenienti da diversi continenti che hanno contribuito alla casistica complessiva, questo studio multinazionale su larga scala si aggiunge al crescente corpo di prove secondo cui l'esposizione precoce agli ftalati può aumentare leggermente il rischio di asma, respiro sibilante e rinite infantili. Sebbene non sia stato possibile osservare associazioni tra bisfenoli e condizioni respiratorie, questi risultati suggeriscono la necessità di ridurre l'esposizione a sostanze chimiche derivate dalla plastica durante la gravidanza e la prima infanzia. ■

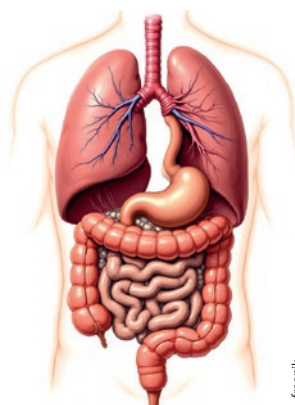
claudio.micheletto@univr.it

Microbiota polmonare, la composita comunità che orchestra la salute respiratoria

Alessandra Rozzi



Oggi il microbiota polmonare è ritenuto un elemento chiave della salute respiratoria e della capacità dell'intero organismo di far fronte alle infezioni. La sua scoperta, però, è relativamente recente: fino ai primi anni Duemila si credeva infatti che i polmoni di un individuo sano fossero sterili, o in alternativa a bassissima concentrazione microbica (*microbe sparse alveoli* si usava dire, contrapponendo ai polmoni la faringe, *microbe dense pharynx*). Niente di più sbagliato. Perché nelle nostre vie respiratorie in realtà abita un'assortita comunità microbica che va sotto il nome – appunto – di microbiota polmonare: a rendere possibile la sua scoperta sono state le tecniche recentemente acquisite di sequenziamento del DNA, che hanno acceso improvvisamente i riflettori



freepik

su un elemento determinante ai fini della salute respiratoria.

Microbiota, questo sconosciuto

Di microbiota polmonare non si sente parlare spesso. Parente misconosciuto del più noto microbiota intestinale – con cui spartisce caratteristiche e funzioni, e col quale dialoga in maniera costante – il composito esercito di microrganismi che abita le nostre vie aeree (in quantità

decescente passando dalle alte alle basse vie respiratorie) si forma nel momento stesso della nascita, risentendo di fattori come la modalità di parto, l'età gestazionale del neonato e l'esistenza di condizioni cliniche particolari nel corpo della madre, ma anche di elementi esterni quali ambiente, alimentazione ed eventuali terapie antibiotiche in atto.

Il risultato finale dell'intreccio di queste componenti è un ecosistema microbico complesso formato da virus, funghi, batteri e archeoma, quest'ultimo ancora poco studiato, ma con un ruolo sempre più chiaro nella genesi delle malattie respiratorie, dato che si va progressivamente chiarendo il ruolo degli *archaea* – i suoi componenti – come *competitors* dei batteri patogeni e come modulatori delle risposte infiammatorie dell'organismo.

Va da sé, quindi, che l'e- ➤

► **quilibrio** dell'ecosistema polmonare riveste un ruolo fondamentale ai fini di un'efficace risposta immunitaria, e di conseguenza nella difesa da eventuali agenti patogeni: ogni sua alterazione, causata da fattori genetici e/o ambientali, è causa potenziale dell'insorgenza di diverse patologie respiratorie.

Non a caso sul microbiota polmonare, da qualche anno a questa parte, è puntato lo sguardo di clinici e scienziati, che dopo la sua identificazione grazie a tecniche di analisi genetica (16S rRNA *gene sequencing*) e metagenomica, si interrogano oggi sulle cause possibili della cosiddetta “disbiosi” – ovvero della perdita di equilibrio tra le diverse componenti del microbiota – e sulle modalità con cui questa possa influire sullo sviluppo di patologie come asma, BPCO, bronchiectasie e malattie interstiziali del polmone, quali la Fibrosi Polmonare Idiopatica (IPF). Con la consapevolezza ormai assodata che il disequilibrio di ogni singola componente del microbiota finisce inevitabilmente per essere la “fotografia” di una determinata patologia. Il mutamento della flora residente polmonare, in caso di patologie respiratorie, produce infatti l'aumento di alcune componenti batteriche e fungine: se in caso di asma, a livello di microbiota, si riscontra ad esempio un aumento soprattutto di *Haemophilus*, *Staphylococcus*, *Pseudomonas* e *Actinomyces*, la BPCO vede invece in *primis* un aumento di *Haemophilus*, *Pseudomonas*, *Proteobacte-*



ria e *Lactobacillus*; più complessa l'alterazione relativa alla fibrosi polmonare, che prevede disequilibri relativi a *Staphylococcus*, *Actinomyces*, *Prevotella*, *Veilonella*, *Streptococcus* ed *Escherichia coli*, mentre le bronchiectasie hanno come caratteristica una disbiosi relativa a *Pseudomonas*, *Streptococcus* e *Aspergillus*.

“Il microbiota è oggetto di studio nell'ambito di diverse patologie respiratorie, soprattutto appartenenti a due macroaree: da un lato le infezioni polmonari croniche con sintomi ostruttivi come bronchiectasie, BPCO e in parte asma, dall'altro le patologie fibrosanti caratterizzate dal rimodellamento del paren-

chima polmonare come l'IPF o altre, che non hanno a che fare direttamente con l'infezione – spiega Paola Faverio, pneumologa dell'U.O.C di Pneumologia, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori – Università degli Studi di Milano-Bicocca, Monza (MB) – Soprattutto nel primo gruppo di malattie, si è visto che più la patologia è severa (con riacutizzazioni, compromissione della funzionalità polmonare e della *clearance* muco-ciliare, e sintomi respiratori consistenti), più le componenti “saprofitiche” del microbiota tendono a virare verso forme patogene, ad esempio lo *Pseudomonas*, l'*Haemophilus* e i micobatte- ►►

► ri. Intervenire con un antibiotico mirato, però, spesso non risolve le cose, perché alcuni batteri che colonizzano le vie aeree inferiori sono in grado di creare un *biofilm* che non permette al farmaco di agire con efficacia sui batteri: ecco allora le nuove frontiere della ricerca, ancora in fase di sperimentazione *in vitro*, che si orientano su terapie 3.0 basate sui *fagi*, virus antagonisti rispetto a questi batteri: sono studi promettenti, ma ancora lontani dalla sperimentazione *in vivo*. Va detto anche che, soprattutto nelle patologie croniche, l'alterazione del microbiota provoca processi infiammatori a loro volta alla base di un eccesso di risposta

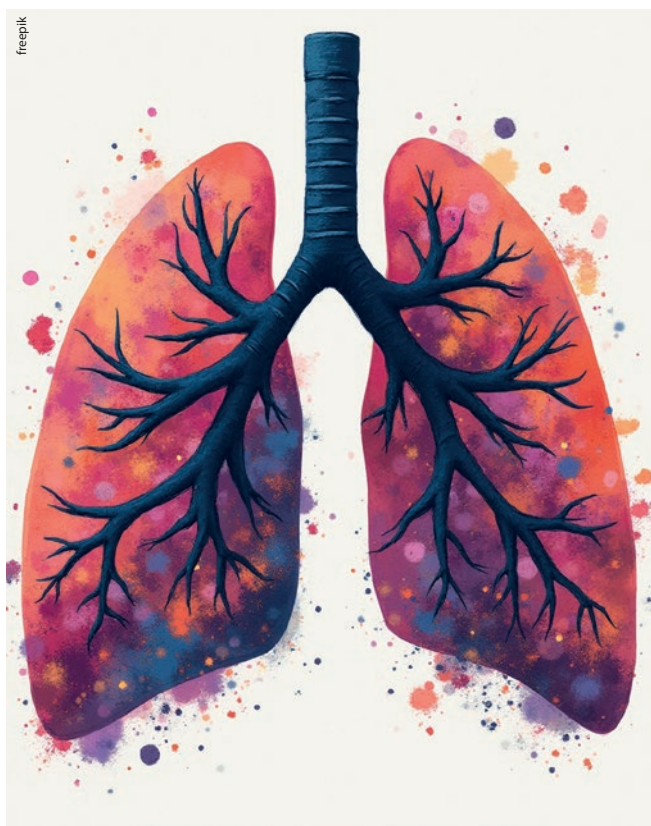
immunitaria e di un'inflammatione cronica: a quel punto, necessariamente, non curiamo più il microbiota, ma la tendenza è quella di studiare l'endotipo del paziente tenendo conto del tipo di infezione, dell'inflammatione prevalente e del fenotipo del paziente stesso, con un approccio all'insegna della medicina personalizzata”.

Ma cosa può alterare, spostando la lancetta verso la “disbiosi”, l'equilibrio del microbiota polmonare? I fattori, come sempre, sono diversi: tra i più consistenti compare senz'altro l'uso di antibiotici, che impoverisce la varietà dei ceppi batterici presenti, aprendo le porte ai patogeni

come *Pseudomonas aeruginosa* e *Klebsiella pneumoniae*. Poi ci sono le condizioni legate alla presenza di patologie polmonari croniche, l'inquinamento ambientale, il fumo. E visto che il microbiota polmonare determina la risposta immunitaria sia combattendo i patogeni, sia producendo citochine pro e antinfiammatorie, sia interagendo continuamente con il microbiota intestinale, va da sé che un ruolo importante ai fini del suo equilibrio sia giocato anche dall'alimentazione.

La dieta tipica del mondo occidentale, con il suo eccesso di grassi e zuccheri e la sua carenza di fibre, sembra infatti impattare sul microbiota (intestinale e polmonare) in termini di riduzione dei ceppi batterici, mentre la dieta mediterranea si è al contrario dimostrata favorevole all'eubiosi, a un ridotto livello di inflammatione e in definitiva alla salute complessiva dell'organismo, respiratoria e non.

Potrebbero dunque essere i probiotici una delle strade verso il ritrovato equilibrio della flora polmonare? “Su questa classe di prodotti in realtà esistono studi soprattutto a livello di microbiota intestinale: i probiotici, infatti, in quel caso agiscono direttamente sul sito di azione, e lì ottengono risultati. Un aerosol a base di fermenti lattici sarebbe impossibile – continua Paola Faverio – Certo, l'esistenza dell'asse polmone-intestino è accertata nei due sensi, e se all'interno di un organo o ►►



► di un sistema ci sono batteri buoni, avremo naturalmente meno processi infiammatori anche in altri organi o sistemi. Va detto inoltre che i probiotici sono prodotti da banco, e che i consumatori tendono ad assumerli sulla base di consigli personali o scegliendo in rete, senza sapere, ad esempio, che i migliori sono spesso quelli a più ceppi batterici, o che l'azione di un determinato probiotico potrebbe addirittura essere vanificata dalla terapia antibiotica in corso. Gli studi più promettenti, oggi, riguardano un'azione mirata non tanto al microbiota nello specifico, quanto al più ampio processo infiammatorio, naturalmente legato in modo diretto al microbiota stesso. Sono infatti in atto studi promettenti nel campo della terapia immunomodulatoria, che riesce a modulare la risposta infiammatoria ai batteri senza agire direttamente sugli stessi, e che si sta dimostrando molto promettente in particolare nel campo delle bronchiettasie e della BPCO, con farmaci efficaci già presenti sul mercato o in via di autorizzazione”.

Ultima frontiera delle ricerche, il trapianto. Quello di microbiota intestinale è ormai una realtà: si tratta di una pratica poco invasiva che dopo una terapia antibiotica e una specifica preparazione, approda al trapianto mediante colonscopia o clistere. Per il trapianto di microbiota polmonare, invece, non siamo ancora a punto, nonostante alcuni dati positivi sia-



no ormai associati: “Nei pazienti oncologici, il trapianto di microbiota intestinale potrebbe contrastare gli effetti collaterali dovuti alle terapie in caso di melanoma, leucemia mieloide acuta e tumore al polmone” afferma infatti il gastroenterologo endoscopista Responsabile del Programma e del Centro FMT (Fecal Microbiota Transplant) del Policlinico di Milano, Flavio Caprioli. A testimoniare una volta in più che la comunità microbica residente nell'intestino può fare molto anche a livello respiratorio, sempre che si trovi in condizioni di eubiosi. ■

alessandra.rozzi@sintexservizi.it

Bibliografia di riferimento

- BRIGHTLING C, GREENING N. *Airway inflammation in COPD: progress to precision medicine*. Eur Respir J 2019;54:1900651.
- HOU K, WU ZX, CHEN XY, ET AL. *Microbiota in health and diseases*. Signal Transduct Target Ther 2022;7:135.
- MARTINS M, KEIR HR, CHALMERS JD. *Endotypes in bronchiectasis: moving towards precision medicine. A narrative review*. Pulmonology 2023;29:505-17.

Medicina di genere nella terapia del dolore: la fibromialgia è declinabile al maschile?

Laura Scaglione



La fibromialgia (FM) è una sindrome caratterizzata da un dolore definito nociplastico descritto nel 2021 dall'International Association for the Study of Pain (IASP) secondo specifici criteri classificativi: durata superiore a tre mesi (cronico), alterata nocicezione senza chiara evidenza di un'attuale o persistente attivazione dei nocicettori o di una lesione del sistema somatosensoriale, interessamento di diverse regioni corporee e dolore spesso migrante, segni di ipersensibilità (iperalgesia e allodinia), sintomi quali profonda astenia, faticabilità, disturbi dell'umore (in senso ansioso o depressivo), del sonno e della memoria.

Seppur non sia ancora del tutto compreso il meccanismo fisiopatogenetico alla base del dolore nociplastico, sembrerebbero esservi una serie di condizioni tra loro concate-

nate e coesistenti: un alterato bilanciamento della trasmissione del dolore tra le vie ascendenti (eccitatorie) e discendenti (inibitorie), fino alla compromissione della connettività funzionale intrinseca e, al perdurare degli stimoli, al rimodellamento morfologico, in termini di densità e volume, della materia grigia e di alcune aree cerebrali deputate alla percezione del dolore.

Inoltre, il conseguente alterato rilascio di neuromediatori del dolore eccitatori (aumento di Glutammato, NGF, Sostanza P) e inibitori (diminuzione di noradrenalina, dopamina, endorfine e GABA) associato alle succitate modifiche, condurrebbe a una condizione di sensibilizzazione centrale e conseguente abbassamento della soglia dolorifica con iperalgesia e allodinia, fino al dolore generalizzato migrante.

La FM è influenzata da fattori ambientali come in-



fezioni, traumi fisici o psichici quali incidenti stradali o guerre, *stressor* associati a dolore acuto che cronicizza. È inoltre condizionata da fattori di rischio modificabili quali obesità, deprivazione di sonno, inattività fisica, lavoro non gratificante: fattori psicologici, comportamentali e sociali contribuiscono alla genesi della FM e ne rendono più complesso il trattamento.

Infine, il dolore cronico, configurando una condizione di stress protratto, causerebbe la disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e il rilascio di citochine infiammatorie, provocando in ►►

► alcuni casi neuropatia delle piccole fibre (tuttora oggetto di ulteriori studi).

Risulta quindi opportuno e necessario, trattando di fibromialgia, l'utilizzo del termine "sindrome" proprio perché essa comporta un coinvolgimento diffuso di più aree anatomiche e cerebrali, in un dualismo mente-corpo.

Tale doverosa premessa per sottolineare che, di fronte a un tema vasto e complesso come il dolore, dovremmo in realtà sempre considerare la presenza del genere. Nella nocicezione, infatti, il sesso femminile è diverso dal sesso maschile in molti, se non in tutti, gli aspetti del sistema.

Le differenze genotipiche e fenotipiche del dolore tra i sessi sono condizionate da fattori anatomici, fisiologici, immunitari, ormonali, psicologici, sociali e culturali, e influenzano anche la risposta al trattamento farmacologico per il controllo del dolore.

L'esame di questi fattori mostra che il sesso femminile è colpito da patologie dolorose più frequentemente e gravemente rispetto al sesso maschile, e con soglia del dolore più bassa e maggiore tendenza alla cronicizzazione.

La FM è da sempre considerata una sindrome di quasi

esclusivo interesse femminile. Ma è realmente così? In passato i criteri diagnostici della FM includevano la valutazione di 18 *tender points* che esprimevano la dolorabilità alla digitopressione. Tuttavia, si osservò che quest'ultima era molto più facilmente evocabile nel sesso femminile, incrementando notevolmente la prevalenza.

Per tale motivo dal 2010 i criteri diagnostici sono stati modificati considerando sia un punteggio relativo alla localizzazione del dolore da parte del paziente, sia un punteggio relativo alla severità del dolore percepito; ciò ha comportato un considerevole aumento della prevalenza della patologia nel sesso maschile. Adesso infatti si stima che la FM affligga circa il 10-15% della popolazione maschile, percentuale tutt'altro che trascurabile.

Se negli anni numerosi studi hanno dimostrato l'importanza delle differenze di genere nel dolore, vi sono tuttavia ancora pochissimi studi relativi alle differenze di genere nella FM.

In linea generale in entrambi i sessi risulta una similare compromissione della qualità della vita, con relativi risvolti in ambito psicologi-

co, lavorativo e sociale.

Anche nell'uomo la disregolazione dei meccanismi di controllo del dolore da parte del SNC (Sistema Nervoso Centrale) sarebbe responsabile dell'amplificazione dello stesso, oltre che degli altri sintomi della FM quali *fibro-fog*, *fatigue*, disturbi del sonno, alterazioni del tono dell'umore e tendenza al ruminamento.

Vi sono però alcuni sintomi tipicamente maschili, tra cui l'interessamento doloroso vescicale e prostatico con importante compromissione della libido e della funzionalità sessuale.

Nell'uomo esiste tra l'altro una stretta correlazione tra disturbi sessuali e severità dei sintomi psicoaffettivi (ansia, attacchi di panico e depressione) e un maggior rischio di abuso di alcol. Inoltre, la facile affaticabilità e astenia, con periodi di recupero dopo l'esercizio fisico molto più lunghi della norma, hanno un impatto psicologico molto importante a causa dei tradizionali stereotipi che identificano il sesso maschile con il "sesso forte".

Inoltre, anche i farmaci utilizzati per trattare la FM possono interferire con la corretta funzionalità sessuale maschile.

Infine, è di fondamentale importanza la relazione tra genere e farmacocinetica e farmacodinamica.

Fino agli anni '90 del Novecento, nei lavori di ricerca e negli studi sul dolore, venivano arruolati principalmente soggetti di sesso maschile. Tuttavia i due sessi mostrano ►►



► notevoli differenze anatomico-fisiologiche, ormonali e nei processi di modulazione endogena del dolore.

Tra i due sessi vi sono importanti differenze farmacocinetiche relative ad assorbimento e biodisponibilità, metabolismo, distribuzione ed eliminazione dei farmaci. Possono avere influenza determinante il pH gastrico, la motilità intestinale, ma anche l'attività dei citocromi epatici, come avviene ad esempio per il citocromo CYP2D6, maggiormente espresso nel fegato dell'uomo rispetto a quello della donna, con conseguente condizionamento dell'efficacia della codeina.

La distribuzione dei farmaci è fortemente influenzata anche dalla diversa composizione corporea dei due sessi: nel sesso femminile vi sono tendenzialmente un aumento della massa grassa, un minor peso, una minore quantità di acqua corporea totale, e ciò comporta un maggiore volume di distribuzione per i farmaci lipofili (ad esempio gli oppioidi) e un minore volume di distribuzione per i farmaci idrofili (fentanil).

Le differenze farmacodinamiche sono da ricondurre a fattori ormonali, genetici e ambientali.

Gli ormoni sessuali maschili sembrerebbero avere una azione di protezione anti-nocicettiva.

Inoltre, nel sesso maschile in risposta al dolore si avrebbe un maggiore rilascio di oppioidi endogeni, con migliore controllo della percezione dolorosa. Tra i due sessi vi è



anche una diversa risposta ad analgesici e oppioidi esogeni.

È però generalmente riconosciuto il fatto che le donne vadano incontro a maggiori effetti collaterali legati all'uso di oppioidi, quali nausea, vomito, disturbi dell'umore e depressione respiratoria.

Infine, la ciclica variazione dei livelli di estrogeni e ormoni gonadici nel sesso femminile può interferire con l'analgesia e modificare l'efficacia di svariati farmaci.

Concludendo, la strada da percorrere per una più approfondita comprensione della FM e dei meccanismi alla base della diversa prevalenza nei due sessi è ancora lunga; risulta tuttavia essenziale sviluppare una maggiore consapevolezza dell'importanza di elaborare trattamenti sempre più mirati per entrambi i sessi dal punto di vista dell'esercizio fisico, della terapia cognitivo-comportamentale e della terapia farmacologica, nel rispetto delle caratteristiche distintive di ogni paziente.

Oggi, quindi, avvalersi della medicina di genere e della medicina di precisione può costi-

tuire un'ulteriore risorsa per cercare di raggiungere questo ambizioso traguardo. ■

dottorssa.laurascaglione@gmail.com

Bibliografia di riferimento

- ALEXANDER SN, GREEN AR, DEBNER EK, ET AL. *The influence of sex on neuroimmune communication, pain, and physiology*. Biol Sex Differ 2024;15:82.
- BALIKI MN, GEHA PY, APKARIAN AV, ET AL. *Beyond feeling: chronic pain hurts the brain, disrupting the default-mode network dynamics*. J Neurosci 2008; 28:1398-403.
- COHEN-BITON L, BUSKILA D, NISSANHOLTZ-GANNOT R. *Review of fibromyalgia (FM) syndrome treatments*. Int J Environ Res Public Health 2022;19:12106.
- MAY A. *Chronic pain may change the structure of the brain*. Pain 2008;137:7-15.
- NIJS J, LAHOUSSE A, KAPRELI E, ET AL. *Nociplastic pain criteria or recognition of central sensitization? Pain phenotyping in the past, present and future*. J Clin Med 2021;10:3203.

La mortificazione della ricerca medica di alto livello negli U.S.A.

Gennaro D'Amato



Come è noto la ricerca medica di alto livello richiede fondi che non tutte le università e gli Istituti di ricerca riescono a procurarsi in modo autonomo, e chi attua questo tipo di ricerca in modo istituzionale deve programmare e motivare le richieste di fondi di ricerca integrandole con una documentazione molto accurata che richiede impegno non indifferente, insieme alla capacità dei ricercatori di pubblicare i risultati – una volta completate le ricerche – su riviste mediche di prestigio presenti in PubMed-Medline. Ebbene, in tale contesto, recentemente negli USA sono sorti problemi di conflitti tra la Presidenza Trump e prestigiose università, in particolare Harvard, il che sta facendo discutere tutto il mondo medico anche al di

Pneumologo e Allergologo, Napoli



fuori degli Stati Uniti.

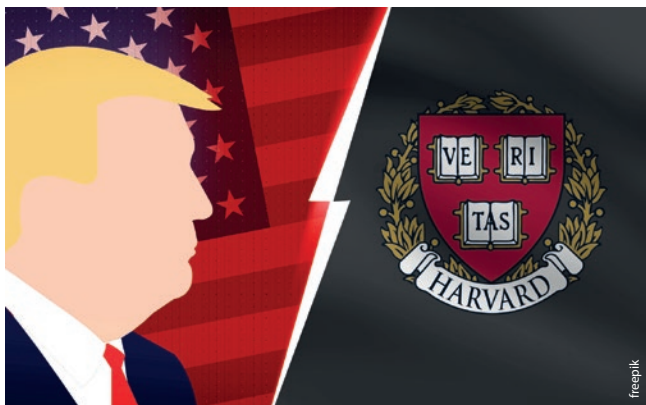
In un editoriale pubblicato nel febbraio 2025 sulla rivista internazionale *The Lancet* si affronta un problema molto grave che sta colpendo le università degli Stati Uniti, ovvero i consistenti tagli ai fondi per la ricerca che la

Presidenza USA sta cercando di far calare come una scure sulle università americane di maggior prestigio. Nell'articolo si parla di un attacco radicale e dannoso alla salute del popolo americano e di coloro che dipendono dall'assistenza degli Stati Uniti. La rivista parla anche di un attacco alla comunità della ricerca medica a livello globale: «La capacità dei ricercatori di lavorare è stata gravemente limitata o interrotta del tutto. La libertà di parola è limitata. L'uso di alcuni termini è vietato» si legge su *Lancet*. Secondo la rivista è giunto il momento in cui anche le altre riviste scientifiche e le Istituzioni sanitarie prendano posizione, senza timore per la salvaguardia della salute e della ricerca biomedica e clinica. «Le istituzioni sanitarie possono essere riluttanti a criti-»

► care pubblicamente la nuova amministrazione, ma questa timidezza è un errore. Le azioni della nuova presidenza USA devono essere giudicate per il danno che stanno facendo» continua l'articolo su *Lancet*.

La Direzione di Harvard ha più volte contestato i provvedimenti restrittivi di Trump, dichiarando che proseguirà nella sponsorizzazione delle ricerche già programmate e/o da iniziare con fondi propri. Il risultato immediato è un caos con divisioni interne e disorientamento.

Nel frattempo Donald Trump minaccia di toglier-



re altri 3 miliardi di dollari ad Harvard con un taglio che può compromettere la continuazione di progetti di ricerca già approvati dall'Università e molti altri in cor-

so di avanzata effettuazione. Inoltre, Trump è arrivato a vietare ad Harvard di accettare studenti stranieri, e sta ordinando alle ambasciate e ai consolati americani di sospendere la programmazione delle interviste per l'iscrizione di studenti stranieri, e quindi per ottenere il visto necessario per frequentare corsi universitari negli USA. Questo non sarebbe che un passo iniziale verso nuove disposizioni che dovrebbero prevedere anche una valutazione dei profili *social* degli aspiranti candidati all'iscrizione e alla frequenza di Harvard.

Sembra davvero assurdo che il Presidente USA, invece di essere orgoglioso di presiedere un Paese ricco di università di prestigio, faccia la guerra soprattutto ad Harvard, al *top* nel mondo per la ricerca e l'insegnamento. È un po' come se in Italia la Presidenza del Consiglio scendesse in guerra contro la Bocconi o altre università al *top* della ricerca in Italia.

Eppure, alla Facoltà di Medicina di Harvard, molti "cervelli" medici, insigniti anche ►►

La questione in pillole

Harvard, nell'immaginario collettivo, rappresenta la *non plus ultra* della formazione e della ricerca. Di conseguenza l'Università, che ha sede nel Massachusetts, è ambita anche da molti stranieri. Meno logico, per contro, l'atteggiamento di Donald Trump e della sua Amministrazione nei confronti di Harvard e, allargando il campo, delle università statunitensi, tradottosi in un ordine imperativo: «Harvard non potrà più iscrivere studenti stranieri, e gli studenti stranieri già iscritti dovranno trasferirsi o perdere il loro *status legale*». L'ateneo ha fatto causa contro il *diktat* presidenziale, adducendo la violazione del Primo Emendamento della Costituzione, e questa difesa è stata approvata dalla Corte di Giustizia USA. È verosimile, però, che contro la sentenza la Presidenza USA ricorrerà, con un conseguente braccio di ferro che può ledere l'immagine del Paese e delle sue università: nel dubbio, infatti, molti studenti stranieri opteranno per iscriversi ad altre università in Paesi lontani dagli USA.

Personalmente ricordo volentieri quando venni invitato dalla Professoressa Harriet Burge – con cui collaboravo e che era stata chiamata dall'Università di Ann Arbor – a tenere una lezione all'Università di Harvard: ero, e sono tuttora, orgoglioso per quell'invito. L'invito riguardava un mio intervento su *Trigger factors of asthma and prevention of near fatal asthma*, e in particolare l'asma grave da temporali (*Thunderstorm asthma*) e il rischio di decessi per crisi acute di asma.

Quando ho sentito dell'attacco di Trump ad Harvard e a Stanford – dove continuo a tenere lezioni *online* – mi è sembrato davvero assurdo che un Presidente USA attaccasse università tanto prestigiose.



► con il Nobel, sono molto preoccupati per il futuro loro e della ricerca medica. E ad Harvard gli studenti sono ammessi o con sovvenzioni (borse di studio), o pagando l'intera retta di 83.000 mila dollari. Dall'Italia, secondo i dati della Uni Student Advisors (l'organizzazione che assiste gli studenti nell'iscrizione e che ora Trump e i suoi cercano di bloccare), quest'anno hanno fatto domanda di entrare ad Harvard in 500, ma solo tre sono riusciti a raggiungere lo scopo, tutti con borse di studio.

Di fronte a questa situazione, molte e agguerrite sono le reazioni di professori universitari ed economisti, che ritengono questa mossa "un attacco al cuore della civiltà", cioè al sapere. Al momento, l'Università di Harvard accoglie 6.700 studenti internazionali, pari a circa il 30% del totale, e ha presentato ricorso contro la decisione dell'Amministrazione ottenendo una

sospensione temporanea del provvedimento.

Nel frattempo, tanti nel mondo si chiedono: "Perché Trump sta attaccando Harvard e gli studenti internazionali?". È verosimile che l'attacco abbia una spiegazione politica, ma non è da escludere che ci sia anche un movente "psicologico". Come abbiamo accennato è difficile entrare ad Harvard — meno del 5% dei candidati viene ammesso — ma l'ammissione si basa sul merito. Attaccare Harvard, e in particolare gli studenti internazionali, è probabilmente un modo di Trump — che come i suoi figli non ha mai frequentato Harvard — di esibirsi davanti al suo zoccolo duro di votanti repubblicani, costituito soprattutto da un'America profonda in cui la maggior parte dei sostenitori non ha una laurea, e dove meno della metà delle persone ha un passaporto. Minacciare Harvard, proba-

bilmente, rende felici questi elettori. Non è da escludere poi che intervengano anche ferite personali, invidia, e risentimento nei confronti di un'istituzione che rappresenta l'apice del prestigio intellettuale e internazionale.

Mi ha fatto molto piacere, però, vedere che negli USA ci sono giudici in grado di contestare anche i decreti assurdi emanati dal Presidente. Infatti un giudice USA — una donna coraggiosa che risponde al nome di Allison Burroughs — ha accolto il ricorso delle università americane contro Trump, ripristinando il loro diritto di accogliere studenti stranieri da tutto il mondo, fermando il delirio xenofobo del Presidente e ripristinando il diritto allo studio e i diritti umani negli Stati Uniti. Vedremo ora quali saranno le prossime mosse della presidenza USA. ■

gdamatomail@gmail.com

Riflessioni sul concetto di fatalità

Salvatore D'Antonio



Durante uno dei numerosi servizi giornalistici recenti sulla malasanità è stato ribadito con fermezza che non si deve mai parlare di fatalità o di circostanze avverse. La mia formazione classica umanistica mi porta tuttavia a considerare il significato di Fato, termine derivato dal latino *fatum*, situazione cui ci si deve adeguare.

Una delle prime cose affacciate alla mia mente è stata la vicenda del caccia militare che alcuni anni fa, dopo che il pilota per un guasto si era catapultato fuori dall'abitacolo, attraversò mezza Europa per schiantarsi su una casa, uccidendo un ragazzo che faceva colazione in cucina. Ebbene, apparentemente cosa c'è di più sicuro della propria abitazione, dove al mattino ci si prepara per vivere gli eventi che una giornata di normale attività porterà ad affrontare?

A proposito di problematiche mediche, voglio poi ricor-

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



dare la prima epidemia di legionella, avvenuta nell'estate del 1976 a Philadelphia, dove si riunirono – per i festeggiamenti

dei 200 anni della Dichiarazione di Indipendenza degli Stati Uniti d'America – circa 4.000 *Legionnaires*, i ►►

► reduci dell'American Legion, organizzazione di veterani delle forze militari statunitensi sotto le armi in tempo di guerra. I partecipanti all'evento furono in gran parte ospitati nel prestigioso Bellevue Stratford Hotel, appositamente reso disponibile per questa importante manifestazione. Facile immaginare, ora, l'affollamento alla *reception* all'arrivo degli ospiti, e come si ritennero fortunati i primi che ricevettero la disponibilità delle stanze, per poter subito fare una doccia dopo un viaggio magari lungo e faticoso.

Purtroppo, però, come solo successivamente si sarebbe scoperto, l'impianto idraulico, inutilizzato per qualche tempo, aveva favorito un'eccezionale proliferazione di *Legionella pneumophila*, batterio gram negativo fino ad allora non noto come agente patogeno di una sintomatologia respiratoria caratterizzata – tra l'altro – da grave insufficienza respiratoria, e che

colpì soprattutto coloro che attivarono l'impianto idraulico per primi. In breve tempo, dunque, ci furono 221 contagiati da ricoverare nei vari ospedali locali, i quali, considerata la struttura privatistica dell'assistenza sanitaria statunitense, non offrirono certo livelli di trattamento omogenei: i più "fortunati" furono quindi sistemati in cliniche di livello, dove furono attuate terapie a base di moderne e costose cefalosporine, mentre gli "sfortunati", ricoverati in nosocomi meno prestigiosi e con *budget* limitati, furono trattati con le più economiche terapie a base di macrolidi somministrati per os. In totale si ebbero 34 morti, paradossalmente proprio tra i "fortunati" che, come si sarebbe scoperto in seguito, non ebbero un trattamento efficace per una patologia che va curata con antibiotici ad azione intracellulare, come era invece stato fatto con gli "sfortunati".

Credo quindi che nella vita



vada considerata e accettata anche l'imponderabilità, non però come forza soprannaturale e divina, alla quale niente può resistere – come nell'impostazione del mondo greco – bensì come destino, in omaggio alla mentalità romana dove *faber est suae quisque fortunae* (ciascuno è artefice della propria sorte), e dove ognuno è responsabile e protagonista delle proprie azioni e della propria capacità di reazione, in contrapposizione all'idea del fato, che implica spesso rassegnazione e passività di fronte agli avvenimenti che la vita ci porta ad affrontare.

Non tutto è prevedibile, e non ritengo si debbano cancellare concetti come fatalità, imponderabilità, situazioni eccezionali, eventi avversi: occorre piuttosto attrezzarsi in vista di una rapida risposta, ed essere dotati di un'organizzazione preparata ad affrontare eventi imprevisi e sconosciuti, e contemporaneamente di una mentalità aperta capace di far tesoro di precedenti esperienze per affrontare ostacoli nuovi. ■

skip50@libero.it



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



Una tempesta di sabbia nei polmoni

Antonella Paradiso¹, Marco F.M. Vismara^{1,2}



La Microlitiasi Alveolare Polmonare (PAM) è una malattia genetica rara a trasmissione autosomica recessiva che colpisce i polmoni, causando l'accumulo di piccoli depositi di calcio negli alveoli, le piccole sacche d'aria dove avviene lo scambio di ossigeno e anidride carbonica. Questi depositi vengono chiamati microliti (piccoli calcoli) o calcosferiti.

La distribuzione della PAM è bilaterale con una predilezione per le zone medie e inferiori dei polmoni. L'accumulo di questi piccoli calcoli può portare a problemi respiratori anche gravi e ad altre complicazioni.

In questo articolo esploreremo la storia, i sintomi, la diagnosi, il trattamento e le ultime ricerche sulla PAM, e cercheremo di farlo nel modo più semplice e comprensibile.

Identikit della PAM

La PAM è stata descritta per la prima volta nel 1868 da



un grande scienziato italiano, Marcello Malpighi. L'istopatologia di questa condizione, invece, è stata descritta accuratamente per la prima volta dal patologo tedesco Friedrich Harbitz, che nel 1918 notò la presenza di microliti calcifici negli alveoli polmonari durante un'autopsia. La malattia è stata denominata poi "Microlitiasi Alveolare Polmonare" a seguito degli studi sistematici condotti da Ludwig Puhr, un patologo ungherese, nel 1933.

Da quando la patologia è stata finalmente descritta e denominata "Microlitiasi Alveolare Polmonare", ne sono stati riportati oltre 1.200 casi.

La PAM viene spesso riscontrata come reperto occa-

sionale nella prima età adulta su radiografie del torace, che rivelano ombre micronodulari diffuse e iperdense, producendo un aspetto caratteristico a "tempesta di sabbia".

I pazienti rimangono tipicamente asintomatici fino al termine della giovane età, quando iniziano a sviluppare un quadro complesso caratterizzato da un insieme di fibrosi polmonare, insufficienza respiratoria cronica e ipertensione polmonare. È interessante come spesso, di fronte a immagini radiologiche terrorizzanti, la clinica sia relativamente benigna e paucisintomatica.

Negli anni Trenta e Quaranta del Novecento, con l'avvento della radiologia, la PAM iniziò a essere diagnosticata *in vivo*. Le radiografie del torace mostravano un *pattern* caratteristico di opacità diffuse, che aiutava a distinguere la PAM da altre malattie polmonari.

Con l'avvento della tomografia computerizzata ad alta risoluzione (HRCT), la diagnosi della PAM è diventata ►►

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

² lightScience Srl - Unità Ricerca e Sviluppo, Roma

► più accurata. L'HRCT permette di visualizzare i micro-liti calcifici negli alveoli con maggiore precisione rispetto alle radiografie tradizionali.

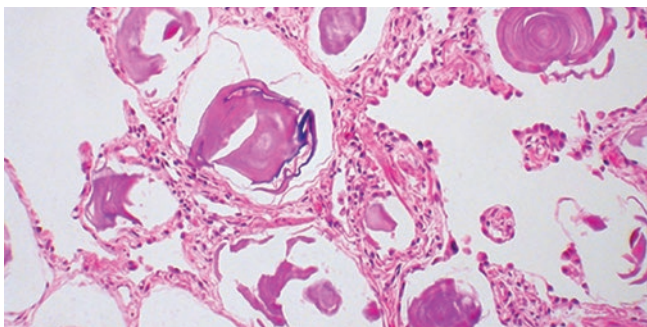
Nel 2006 Ayse Corut e colleghi hanno collegato le mutazioni del cotrasportatore sodio-fosfato SLC34A2 (Na-Pi-2b) alla causa della PAM. Questo gene è espresso nel polmone negli Pneumociti di tipo II, che producono il surfattante. Il gene è espresso anche a livello delle gonadi maschili, e le sue mutazioni potrebbero essere implicate anche nella ancor più rara microlitiasi testicolare.

La PAM condivide il quadro sintomatologico e radiologico con altre patologie polmonari, quali la tubercolosi primaria, l'amiloidosi, la sarcoidosi e le microcalcificazioni metastatiche come quelle riscontrabili in corso di insufficienza renale. Questo fa sì che spesso la microlitiasi alveolare polmonare sia una diagnosi per esclusione.

L'iter diagnostico e terapeutico

L'iter di diagnosi della PAM si basa su:

- radiografie del torace, che mostrano opacità diffuse;
- tomografia computerizzata ad alta risoluzione (HRCT), che rivela microcalcificazioni intraalveolari, micronoduli, opacità a vetro smerigliato, setti inspessiti e cisti subpleuriche calcifici negli alveoli;
- test genetici per identificare mutazioni nel gene SLC34A2. Il riscontro di mutazioni *loss-of-function*



è sufficiente a porre la diagnosi;

- biopsia polmonare o lavaggio bronco alveolare: si ricorre a queste metodiche esclusivamente quando il test genetico non è disponibile.

La diagnosi della PAM, dunque, è data attraverso test genetici che identificano mutazioni nel gene SLC34A2. Questi test possono essere classici (sequenziamento secondo Sanger) oppure tramite sequenziamento di nuova generazione (in inglese *Next Generation Sequencing*, NGS), impiegato per rilevare sia varianti di sequenza che varianti del numero di copie all'interno del gene.

Attualmente, non esiste una cura specifica per la PAM. Il trattamento è principalmente di supporto e può includere:

- ossigenoterapia per alleviare i sintomi di ipossia;
- farmaci per gestire i sintomi come la tosse e il dolore toracico.

In casi di malattia polmonare avanzata, è stato tentato sperimentalmente anche il trapianto di polmone.

Il *follow up* include il monitoraggio dei sintomi e della funzionalità polmonare, gli esami radiologici seriati e il

six minutes walking test.

La PAM può progredire lentamente verso la fibrosi polmonare, l'insufficienza respiratoria o il cuore polmonare. L'unica terapia efficace è il trapianto di polmone, ma spesso il decorso è così lento che questo non è necessario.

Infatti, la prognosi della PAM può variare ampiamente tra gli individui. Alcuni pazienti possono rimanere asintomatici per molti anni, mentre altri possono sviluppare insufficienza respiratoria progressiva.

In media, i pazienti sopravvivono tra i 10 e i 20 anni dopo la diagnosi. Il caso clinico con il *follow up* più lungo è di 58 anni.

La ricerca continua è essenziale per migliorare la comprensione e il trattamento della microlitiasi alveolare polmonare. Le mutazioni nel gene SLC34A2 sono la causa molecolare della PAM, e la diagnosi genetica è cruciale per la conferma della malattia. La comprensione dei meccanismi genetici e molecolari alla base della PAM è fondamentale per lo sviluppo di terapie efficaci. ■

an.paradiso@ausl.latina.it
studiomedicovismara@gmail.com

SLA, il mare come diritto

Il sogno di Gaetano, la forza di Giorgia e una nuova idea di accessibilità turistica



ASSOCIAZIONE ITALIANA
SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

L'estate, per molti, è sinonimo di vacanze, leggerezza, pause a lungo desiderate. Quando però si convive con una malattia come la SLA, anche un semplice momento di svago può trasformarsi in una sfida quotidiana fatta di limiti, barriere e ostacoli logistici. Eppure, proprio quando le difficoltà sembrano insormontabili, nascono le storie più rivoluzionarie, che parlano di coraggio, di visione e di amore. C'è in particolare una storia che ha saputo trasformare la fragilità in forza, e un bisogno personale in risposta collettiva. È la storia di Gaetano, che a 37 anni riceve la diagnosi di SLA, e di Giorgia, sua compagna di vita, all'epoca incinta della loro seconda figlia. Gaetano, ex poliziotto salentino, ama la natura, lo sport e la spiaggia. Nel 2014, quando iniziava già a camminare con difficoltà, si trovò a osservare un ragazzo in carrozzina con ventilazione assistita che non riusciva a raggiungere il mare. In quell'immagine vide riflesso



il suo futuro, e in quel preciso momento iniziò a maturare un'idea semplice ma rivoluzionaria: creare una spiaggia attrezzata, accessibile e gratuita, per poter vivere il mare senza ostacoli.

Il mare è sempre stato libero per me. Perché ora, da disabile, deve diventare un lusso?

GAETANO FUSO

Nel 2015 nasce così a San Foca, in provincia di Lecce, la

Terrazza "Tutti al mare!", il primo accesso attrezzato gratuito al mare pensato per persone con SLA, tracheostomizzate o in ventilazione assistita. Il progetto prende il nome di "IO POSSO", e in pochi anni si trasforma in un modello nazionale e internazionale per l'accessibilità turistica. Oggi conta quattro strutture attive, ha accolto oltre 1.500 persone con disabilità, e coinvolge centinaia di volontari. Ma soprattutto, ha ispirato una rete diffusa di iniziative analoghe in tutta Italia. ►►

► AISLA, già dal primo anno di attività, sposa la missione, riconoscendone il valore e sostenendo il 50% delle attività. “Per Gaetano, sapere di avere AISLA al suo fianco fu una spinta enorme. È stata una collaborazione che ha segnato un punto di svolta” commenta oggi la sua compagna di vita, Giorgia Rollo. Una sinergia che continua ancora oggi, in una comunione d'intenti che ha come centro la qualità della vita e il diritto alla felicità. Perché, come racconta Giorgia, in certi casi sapere che esiste un luogo come quello può fare la differenza tra scegliere di continuare a vivere o meno.

In dieci anni, “IO POSSO” ha generato una vera e propria rivoluzione culturale: le comunità locali si sono trasformate, diventando più accessibili e accoglienti. Anche nelle scuole approdano le testimonianze, e si fa sensibilizzazione per i figli dei pazienti affetti da SLA. Progetti editoriali come il libro *Il Principe Blu e la Stregaccia Levaforze Ammazamuscoli* – un racconto pensato per spiegare la SLA ai più piccoli – costruiscono l'inclusione partendo proprio dalle nuove generazioni.

Non è un caso che oggi esperienze simili fioriscano lungo tutto lo Stivale:

- a Punta Ravenna, con la “Spiaggia dei Valori” del progetto *Il mare insieme a te*, nel ricordo di Dario Alvisi, mancato a causa della SLA;
- a Savona, con “Lo scaletto senza scalini”, dove opera-



no 242 volontari, molti dei quali *under 25*;

- a Mondello, in Sicilia, con “L'Ombelico del mondo”, una spiaggia accessibile con personale sociosanitario e postazioni gratuite.

Queste realtà condividono un principio: la vacanza non è un privilegio, ma un diritto. E l'accessibilità non è un lusso, ma una condizione imprescindibile per restituire senso alla libertà di movimento.

Oggi “IO POSSO” non è solo un progetto. È un movimento che ha saputo trasformare la malattia in opportunità di cambiamento e un esempio concreto di come, insieme, si possano abbattere barriere. Perché, come diceva Gaetano, “tutti devono poter essere liberi di essere felici”. Anche, e soprattutto, d'estate.

Per saperne di più sulle spiagge accessibili, sui soggiorni assistiti e sulle opportunità di vacanza inclusive promosse da AISLA, è possibile consultare la pagina dedicata sul sito dell'Associazione al seguente link: <https://www.aisla.it/vacanze-accessibili/>. ■

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

L'Associazione LIBERi dal Fumo

ALIBERF



In questo breve articolo, che segna l'inizio della collaborazione con *Respiro*, vorrei riassumere caratteristiche e obiettivi dell'Associazione, ripercorrendone la storia e mettendo a fuoco a grandi linee gli strumenti di cui ci siamo dotati. ALIBERF viene costituita il 9 gennaio 2001 dal Centro Antifumo dell'AUSL di Bologna, fondato e diretto dal dottor Vincenzo Zagà, grazie anche all'*input* della Delibera Antifumo della Regione Emilia-Romagna datata 1999. ALIBERF è un'organizzazione di volontariato (ODV) il cui Statuto è regolarmente registrato all'Agenzia delle Entrate e alla Regione Emilia-Romagna.

L'Associazione, senza scopo di lucro, opera nel settore socioassistenziale e ha come finalità:

- ▶ dare continuità ai programmi di disassuefazione dal fumo in atto o già svolti;
- ▶ svolgere attività finalizzata alla prevenzione del tabagismo mediante:
 - rapporti diretti fra gli associati;



- partecipazione a *meeting*, iniziative culturali, seminari, gruppi di disassuefazione dal fumo di tabacco;
- partecipazione in veste di Associazione *testimonial* a campagne di prevenzione primaria antifumo nelle scuole, e alla Giornata Mondiale senza Tabacco che si svolge ogni anno il 31 maggio;
- monitoraggio e studio della legislazione antifumo e sensibilizzazione della Pubblica Autorità preposta al rispetto della stessa;
- assunzione delle iniziative atte a svolgere tutte le attività, ivi compresa la stipula di accordi di collaborazione con altre Associazioni di ex/non fu-

matori, Organizzazioni, Enti Pubblici e Privati e Società Scientifiche italiane e straniere impegnate nella lotta antifumo, e che comunque siano ritenute necessarie o utili per il conseguimento degli obiettivi statuari;

- promozione, con una visione eco-ambientale, dei "No Cikka Day" al fine di sensibilizzare fumatori e non verso il fumo di "quarta mano";
- supporto ai Centri Antifumo nella loro azione orientata alla disassuefazione dal fumo di tabacco. ■

Gian Piero Bandelli
Presidente ALIBERF

ALIBERF

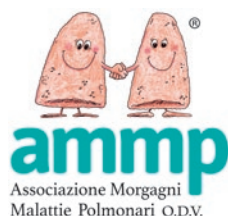
Associazione Liberi dal Fumo

Via Dagnini n.11 int. H – 40137 Bologna (BO)
www.aliberf.it; info@aliberf.it
https://m.facebook.com/ALIBERF/?locale=it_IT

Forlì Capitale del Respiro 2025

Settima edizione del progetto *Sharing Breath*

Un evento nazionale tra scienza, sport e speranza



Il 12 e 13 settembre 2025 Forlì torna ad essere la Capitale del Respiro, ospitando la VII edizione di *Sharing Breath*, manifestazione nazionale che pone al centro il valore del respiro e la necessità di sensibilizzare l'opinione pubblica sull'impatto delle patologie polmonari.

Promossa da AMMP ODV (Associazione Morgagni Malattie Polmonari), LIFC (Lega Italiana Fibrosi Cistica) e CSAIN Forlì-Cesena (Centri Sportivi Aziendali e Industriali), con il supporto del Comune di Forlì, l'iniziativa *non profit*, realizzata da volontari e aperta a tutte le Associazioni nazionali, fa parte del Mese dedicato al Respiro promosso dalla Consulta della Pneumologia.

“Un respiro non deve mai essere dato per scontato” è il messaggio che ogni anno l'evento lancia al Paese.

In un contesto internazionale che vede la EU-PFF



(European Pulmonary Fibrosis Federation) impegnata in campagne sul diritto all'ossigeno e alla mobilità, *Sharing Breath 2025* propone due giornate intense e gratuite tra ricerca scientifica, prevenzione, sport e testimonianze di vita, con un'attenzione particolare ai temi del trapianto, dell'IPF (Fibrosi Polmonare Idiopatica) e della Fibrosi Cistica, ponendo al centro l'apparato respiratorio.

Sharing Breath, però, è anche e soprattutto un evento che racconta il respiro a 360°: dall'atto respiratorio come funzione vitale alla sua di-

mensione emotiva, relazionale e ambientale. E proprio in questa visione integrata, anche lo sport assume un ruolo centrale: non è solo attività fisica, ma diventa strumento terapeutico, inclusivo, di benessere psicologico e di rinascita sociale.

Le edizioni precedenti dell'iniziativa hanno dimostrato quanto lo sport possa coinvolgere e trasformare, come è accaduto nella *Pedala del Respiro 2024* o nelle attività del *Villaggio dello Sport Inclusivo*, che hanno visto la partecipazione attiva di centinaia di cittadini, pa- ➤➤

► zienti e atleti, compresi quelli paraolimpici. Ecco dunque il calendario delle iniziative.

Venerdì 12 settembre Giornata del Respiro

Presso la Fondazione Cassa dei Risparmi di Forlì si terrà il Convegno scientifico dedicato alla ricerca sulle malattie respiratorie, con la direzione scientifica del Prof. Venerino Poletti (Direttore UO Pneumologia Forlì) e della Dott.ssa Maura Ambroni (Responsabile Centro FC Cesena). L'evento sarà trasmesso anche in *streaming*, per garantire accessibilità a pazienti e *caregiver* da ogni località.

In programma:

- interventi di esperti da tutta Italia;
- *focus* su trapianto, terapie innovative e prevenzione;
- testimonianze dirette di pazienti trapiantati e attivisti come Achille Abbondanza e Alessandro Gattafoni.

Chiuderà la giornata la *Cena del Respiro*, nella splendida cornice dell'ex Chiesa di San Giacomo.

Come ogni anno la cena contribuirà a raccogliere fondi da destinarsi al sostegno delle attività cliniche dei Centri specialistici di Forlì e Cesena. Dal 2019 ad oggi sono stati raccolti oltre 40.000 euro, a dimostrazione del forte impatto sociale e solidale del progetto.

Sabato 13 settembre Piazza del Respiro e sport di inclusione

Il cuore della città di Forlì si trasformerà in una piazza viva e partecipata: la *Piazza del Respiro*. Medici, Associa-

zioni, esperti e aziende che si occupano di ambiente incontreranno studenti e cittadini per parlare di ambiente, benessere e salute polmonare. In programma:

- test gratuiti (spirometria, test del cammino e non solo);
- educazione alla prevenzione;
- incontri dedicati al trapianto e alla cultura del dono.

Contemporaneamente, si svolgerà una conferenza sullo sport inclusivo, organizzata in collaborazione con CONI, che avrà l'obiettivo di promuovere lo sport come strumento di prevenzione e integrazione, abbattendo le barriere culturali e fisiche.

In piazza Saffi andrà in scena anche il grande *Villaggio dello Sport Inclusivo*, con:

- tornei ed esibizioni di *bas-ket*, calcio balilla sordi, *sitting volley*, tiro con l'arco, freccette, simulatore F1;
- la partecipazione del Comitato Paralimpico Italiano e di atleti olimpici e paralimpici.

Sarà una giornata aperta a tutti, per ribadire che anche nelle difficoltà respiratorie lo sport e la comunità possono restituire forza e speranza. Il respiro è anche movimento, gioco, incontro e voglia di vivere.

Negli anni, *Sharing Breath* ha ricevuto il patrocinio di numerosi enti, tra cui: Presidenza del Consiglio



dei Ministri, Ministero della Disabilità, Regione Emilia-Romagna, Comune di Forlì, FIMARP ETS, EU-PFF, ELF, EURORDIS, AIPO-ITS/ETS, SIP/IRS, OMAR, CIP, CSI, Camera di Commercio della Romagna, VolontàRomagna ODV, AUSL della Romagna.

L'intento è che *Sharing Breath* continui a crescere come momento di condivisione aperto a tutte le Associazioni e a tutti i pazienti. Perché il respiro è un gesto sottovalutato, ma essenziale. È vita. È inclusione.

Info e contatti:

www.capitalelrespiro.it
www.ammpforlung.it ■

Matteo Bucciolì
Presidente AMMP ODV

AMMP ODV Associazione Morgagni Malattie Polmonari

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

AMOR attiva “Muoversi online”



Una delle caratteristiche delle patologie respiratorie è quella di influenzare, purtroppo negativamente, alcune abitudini di vita di chi ne è affetto. Il problema principale sta nel senso di stanchezza causato dalla difficoltà respiratoria, che rende gravosa ogni attività fisica. Chi soffre di queste patologie tende quindi ad assumere uno stile di vita sedentario, con la conseguenza di indebolire i muscoli del corpo, inclusi quelli interessati alla respirazione. Ogni movimento diventa inoltre gradualmente sempre

più pesante, creando un circolo vizioso da contrastare con determinazione: è possibile farlo praticando tutti i giorni esercizi fisici, sia per la respirazione sia per mantenere alto il tono muscolare generale.

Una bella camminata in mezzo alla natura sarebbe un toccasana. Non sempre, però, si riesce a uscire di casa, come accade quando fuori fa freddo, o troppo caldo, o il cielo è coperto o soffia il vento... Ma noi di AMOR non ci fermiamo, e la ginnastica la facciamo *online*. Senza dover affrontare spostamenti.

AMOR – Associazione Malati in Ossigeno-Ventiloterapia e Riabilitazione – riserva da diversi anni questa opportunità ai propri soci, grazie a un collegamento *online* a cadenza settimanale. Un appuntamento atteso, quello con la nostra Elena Veronese – Laureata in Chinesiologia, insegnante di Pilates e di Scienze Motorie – che da qualche anno entra nelle nostre case



ogni mercoledì pomeriggio, e puntualmente ci fa mettere tutti in gioco.

Si tratta di eseguire esercizi pratici, semplici ma efficaci, e sempre svolti in sicurezza, seduti oppure in piedi, vicini oppure appoggiati a una sedia. A volte con un bastone, più spesso a corpo libero. I movimenti sono sempre controllati, perché Elena, ►►



► prima di iniziare, si assicura che tutti abbiano il flusso di ossigeno regolato come è più opportuno, e di avere tutti bene inquadrati nel monitor, a portata di vista, in modo da essere pronta a correggere posizioni o esecuzione degli esercizi. E pronta, anche, a tranquillizzare e a far rallentare il ritmo se vede qualcuno in affanno. Alternare infatti gli esercizi con adeguati tempi di riposo e di recupero fisico è una delle principali accortezze di Elena.

La lezione

I primi minuti di saluto sono d'obbligo: due chiacchiere, due aggiornamenti, qualche aneddoto e sorrisi a sufficienza per godere dell'opportunità del collegamento. Poi si comincia, prima di tutto con la respirazione, profonda, con il diaframma: una modalità di respiro consapevole e completa, che permette il rilassamento generale e una riduzione della tensione muscolare. E che prevede, ovviamente, un'espansione polmonare.

Lo scopo dell'attività è infatti quello di aumentare la capacità cardio-respiratoria mediante il rafforzamento della massa muscolare sia specifica del torace che generale. E, allo stesso tempo, l'obiettivo è anche quello di aumentare la capacità aerobica.

Dopodiché, via con gli esercizi per la mobilità e l'elasticità delle spalle, delle braccia, del collo. E da seduti, o in piedi appoggiati alla sedia, anche con gli esercizi per rafforzare gambe e caviglie.



Nulla toglie a ciascun socio, naturalmente, di fare una passeggiata all'aria aperta, magari in un parco cittadino o nel verde della natura, ma il ritrovarsi ogni settimana *online* per condividere questo appuntamento non è solo approfittare di questa opportunità per fare ginnastica, è molto di più: è ritrovarsi con persone che hanno le stesse problematiche di salute, e che condividono quindi anche la difficoltà di certe giornate – e a volte di certi periodi

– nell'allontanarsi da casa o nello stare in mezzo ad altri. Sono però tutte persone che non si arrendono all'isolamento, e che hanno trovato in questa modalità di relazione e azione un posto sicuro dove vedersi, muoversi, chiacchiere e raccontarsi.

Ecco cosa è AMOR. ■

*Maria Paola Nicoli
Collaboratrice di AMOR OdV*

AMOR ODV Associazione Malati in Ossigeno-ventiloterapia e Riabilitazione

c/o Padiglione 10 - Ala C
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
Tel.: +39 02 66104061 – Fax: +39 02 42101652
amor.associazione@libero.it - www.associamor.com
Facebook: AmorOnlus

Indagine sul Virus Respiratorio Sinciziale



Il Professor Stefano Govoni, in forze al Dipartimento Scienze del Farmaco dell'Università degli Studi di Pavia, facendo riferimento a un articolo pubblicato nel 2022 su *Frontiers in Cellular Neuroscience*, afferma che – sebbene i progressi medici abbiano aumentato l'aspettativa di vita – la capacità adattativa dell'uomo di fronte alla malattia diminuisce irreversibilmente con l'avanzare dell'età, e concorre a determinare ancora oggi una barriera naturale non superata che si colloca in proiezione intorno ai 130 anni.

Uno degli aspetti più significativi dell'invecchiamento è la perdita di resilienza biologica, intesa come progressiva riduzione della capacità dell'organismo di mantenere lo stato di omeostasi in risposta a stress fisiologici. In altre parole, l'allungamento della sopravvivenza, combattendo le malattie dell'individuo durante l'intero arco della vita, permetterebbe a un maggior numero di individui di raggiungere il limite sopra ricordato, per superare il quale occorrebbe studiare i meccanismi

dei processi di invecchiamento, a sua volta da studiare in modo indipendente in quanto chiaramente influenzati dalla presenza di comorbidità.

Anticipate queste premesse, è evidente come la ricorrenza di esacerbazioni e ricoveri ospedalieri, caratteristici delle malattie respiratorie croniche, siano la prima causa dell'aumento della mortalità, e costituiscano un problema sanitario globale importante. Risulta inoltre chiaro il fatto che le strategie preventive, in particolare le vaccinazioni, debbano svolgere un ruolo cruciale nella gestione di queste malattie, riducendo le esacerbazioni legate alle infezioni e stabilizzando la funzione polmonare. Rimane infine da sottolineare l'approccio incongruo nella gestione degli episodi infettivi, come documentato dal Rapporto AIFA 2025, che riporta picchi nel consumo di antibiotici fino al 40% nei mesi invernali: questo lascia presumere un loro uso improprio contro virus influenzali e para-influenzali, rispetto ai quali sono completamente inefficaci. Ci tro-

viamo quindi di fronte a un preoccupante e inappropriato aumento dell'uso di antibiotici in Italia, che sta causando la crescita delle resistenze batteriche e minaccia la salute pubblica, rendendo inefficaci le terapie.

L'antibiotico-resistenza è una pandemia silente, che secondo le ultime stime dell'ECDC (European Centre for Disease prevention and Control) non solo nel nostro Paese provoca 12mila morti l'anno, ma genera anche danni economici che solo sul nostro Sistema Sanitario Nazionale, secondo le stime della stessa agenzia europea, impatta per 2,4 miliardi di costi annui, con 2,7 milioni di posti letto occupati a causa di infezioni: una realtà, questa, che impone drastiche misure di correzione per cercare di scongiurare le previsioni di un'antibiotico-resistenza prima causa di morte in Italia nel 2050, come denuncia il Presidente AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) Robert Nisticò.

Il mondo scientifico sta richiamando l'attenzione sulle vaccinazioni, ed è stata recen- ►►

▶ temente varata la nuova edizione del *Calendario vaccinale per la Vita 2025*, dove le vaccinazioni considerate prioritarie sono quelle contro influenza, SARS-CoV-2, pneumococco, virus respiratorio sinciziale (RSV) e virus della varicella-zoster (VZV). Nel Calendario si riaffermano inoltre i cinque punti fondamentali per una corretta prevenzione:

- ▶ **vaccinarsi è vita**, in particolare per chi è in condizioni di fragilità (bambini, anziani, persone con patologie croniche);
- ▶ **no al fumo**, che danneggia i polmoni e abbassa le difese immunitarie;
- ▶ **no alle fake news**: a volte la disinformazione fa più danni di un virus;
- ▶ **protegersi per proteggere gli altri**: vaccinarsi significa avere attenzione per i propri familiari e per la collettività;
- ▶ **vaccinazioni accessibili e gratuite**: le categorie a rischio hanno diritto a vaccinarsi gratis.

L'Associazione Pazienti BPCO e altre patologie respiratorie ha organizzato mercoledì 2 aprile scorso un *webinar* dal titolo "La Vaccinazione contro il Virus Sinciziale – Come prevenire le infezioni in pazienti a rischio affetti da patologie respiratorie – Indicazioni per la vaccinazione" condotto da Salvatore D'Antonio (Pneumologo e Presidente Associazione Pazienti BPCO), con gli interventi di Massimo Andreoni (Infettivologo) e Pierluigi Bartoletti (Segretario FIMMG Lazio – Federazione Italiana Medici



Organizzato da
 Associazione
 Pazienti BPCO
 e altre patologie respiratorie

Con la sponsorizzazione non condizionante di



di Famiglia). L'evento è stato trasmesso sul canale ufficiale *YouTube* dell'Associazione Pazienti BPCO, ottenendo grande successo: 200 le persone collegate in diretta, e successivamente circa 600 le visualizzazioni totalizzate.

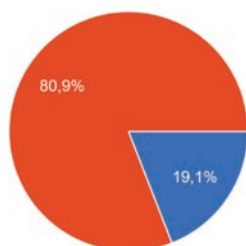
Al *webinar* è quindi seguita un'indagine: "Malattie respiratorie e vaccinazione contro il virus sinciziale" che, lanciata il 19 aprile 2025, ha ottenuto 444 risposte da parte di pazienti con età media di 70 anni, distribuiti nelle varie Regioni italiane secondo il seguente schema: Nord 46%, Centro 31%, Sud 23%.

L'analisi ha evidenziato la partecipazione di pazienti consapevoli, che in oltre il 97% dei casi aveva eseguito un esame spirometrico, e un'alta percentuale – ben superiore alla media nazionale, purtroppo non ancora giunta a valori soddisfacenti – di vaccinati contro l'influenza stagionale: pazienti, quindi, informati, coscienti delle problematiche legate alla patologia respiratoria cronica e, nonostante questo, ignari della realtà e pericolosità dell'infezione da VRS, di cui circa il 50% non aveva mai sentito parlare.

Ci ha sorpreso anche il fatto che solo il 64% dei par- ▶▶

Grafici Indagine "Malattie respiratorie e vaccinazione contro il Virus Sinciziale"

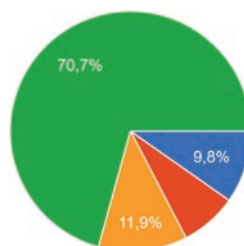
Rispondenti: 444
Età media del campione: 70 anni
Nord 46%, Centro 31%, Sud 23%



Fumatore

435 risposte
di cui il 42% sono Uomini
e il 58% sono Donne

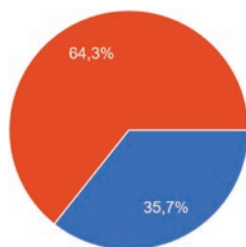
- Si
- No



Da quanto tempo ha avuto diagnosi BPCO?

420 risposte

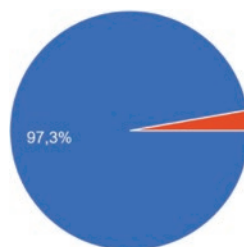
- 1 anno
- 2 anni
- 3 anni
- > 5 anni



Sei in ossigenoterapia?

426 risposte

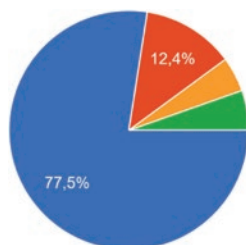
- Si
- No



Hai mai fatto una spirometria?

437 risposte

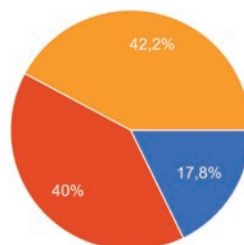
- Si
- No



Se sì, da quanto tempo hai eseguito l'ultima spirometria?

426 risposte

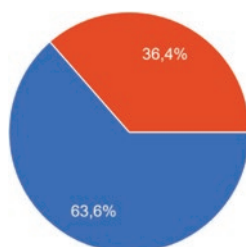
- 1 anno
- 2 anni
- 3 anni
- > 5 anni



Quale grado di ostruzione hai?

422 risposte

- lieve
- moderata
- grave

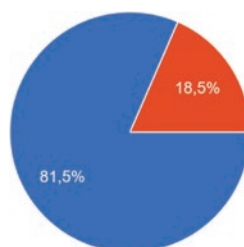


Negli ultimi 2 anni hai avuto riacutizzazioni con necessità di terapia con antibiotici e cortisone?

428 risposte

Di coloro i quali si trovano in ossigenoterapia (36% del campione) il 78% segnala di aver avuto una o più riacutizzazioni

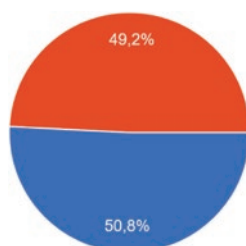
- Si
- No



Ti vaccini per l'influenza stagionale?

433 risposte

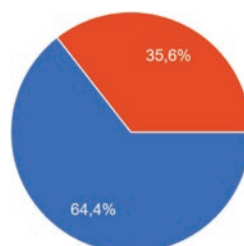
- Si
- No



Sei a conoscenza della polmonite causata dal Virus Sinciziale?

439 risposte

- Si
- No



Pensi di vaccinarti contro il Virus Sinciziale?

405 risposte

- Si
- No

► tecipanti all'indagine abbia espresso l'intenzione di sottoporsi a vaccinazione per VRS, anche se il nostro campione era rappresentato da soggetti con ostruzione moderata/grave per oltre l'82%.

La fase post-pandemica, ancora una volta, sta paradossalmente creando un fenomeno di disaffezione nei confronti dei vaccini, specie in età adulta, che è stato rinominato *vaccination fatigue*, una sorta di "stanchezza vaccinale" che non ci deve impegnare nel contrasto delle posizioni più fortemente ideologiche e senza possibilità di dialogo, quanto piuttosto in un sostegno empatico e disponibile all'ascolto di chi non manifesta sfiducia ideologica nei confronti della vaccinazione, ma solo dubbi risolvibili con un'informativa sul valore dei vaccini.

I vaccini COVID-19, sviluppati e testati a tempo di record, hanno rappresentato la più grande e veloce vaccinazione di massa della storia dell'umanità, con miliardi di dosi distribuite e somministrate in pochi mesi. Il loro impatto è stato fenomenale nel ridurre le conseguenze della pandemia, tanto che si stima in 20 milioni circa il numero di morti evitati grazie alla diffusione dei vaccini, oltre agli ancora più numerosi casi complessi non verificatisi. Al tempo stesso, si è trattato della più grande e inequivocabile prova della sicurezza dei vaccini. Nessun farmaco curativo ha infatti mai raggiunto numeri di somministrazione così elevati e in così poco tempo. Gli eventi avversi seri sono

stati numericamente minimi, a fronte di uno straordinario beneficio per la popolazione mondiale.

Per quanto riguarda il VRS (Virus Respiratorio Sinciziale) i dati di immunizzazione relativi all'anticorpo monoclonale pediatrico, che ha interessato l'80% dei neonati, sono buoni, mentre la situazione negli adulti è ferma: il vaccino non è inserito in alcun piano vaccinale né nei LEA, mentre sarebbe opportuno vaccinare i pazienti fragili come già accade nel Regno Unito, in Germania e negli USA, dove la vaccinazione è prevista per gli *over 75* e per gli *over 60* con fragilità, con efficacia stimata superiore all'80%.

Come rappresentanti di malati affetti da patologia respiratoria cronica, riteniamo di aver fatto il nostro dovere di informazione, dimostrando l'utilità di tale campagna vaccinale che già nel Regno Unito e in Germania sta dando ottimi risultati. Ma in un momento di assenza di decisioni governative, ci troviamo nell'imbarazzo di aver creato un bisogno, un desiderio di prevenzione cui non sappiamo dare un seguito.

La vaccinazione anti-RSV dovrebbe essere garantita agli individui di età pari o superiore ai 75 anni, mentre per le persone tra i 60 e i 74 anni

è consigliata in base a condizioni di salute preesistenti che aumentano il rischio di malattia grave: malattie cardiovascolari croniche, patologie renali in stadio avanzato o compromissione immunitaria moderata o grave.

La somministrazione dei vaccini anti-RSV dovrebbe essere praticata tra agosto e ottobre, in vista del picco stagionale di malattia che si registra tra dicembre e febbraio: questo per ottimizzare la protezione nel momento di massima trasmissione del virus, tenendo conto che l'immunità vaccinale tende a decrescere con il tempo. Un aspetto cruciale riguarda poi la co-somministrazione dei vaccini anti-RSV e di quelli antinfluenzali e anti-COVID-19, pratica incoraggiata per ampliare la protezione contro le malattie prevenibili. Alcuni studi dimostrano che la co-somministrazione non interferisce con la risposta immunitaria, rappresentando un vantaggio soprattutto per gli anziani, che spesso ricevono più vaccinazioni nel corso della stagione autunnale. ■

Salvatore D'Antonio
Presidente Associazione
Pazienti BPCO e altre
patologie respiratorie

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

Guardare al futuro con speranza

LIFC promuove una borsa di studio per giovani con fibrosi cistica



Giunta alla sua VII edizione, la Borsa di studio “Luigi Maiuri” voluta da LIFC (Lega Italiana Fibrosi Cistica) premia anche quest’anno il talento di giovani con fibrosi cistica che scelgono di puntare al loro futuro attraverso un percorso di formazione mirato. Per alcuni di loro questi traguardi valgono il doppio, perché sono stati raggiunti con coraggio, determinazione e con il peso della patologia sulle

spalle. Per questo LIFC, a testimonianza del costante impegno verso i pazienti con fibrosi cistica, ha deciso di rinnovare la promozione della Borsa di Studio “Luigi Maiuri”. Come sostiene il Presidente Nazionale Antonio Guarini, “l’obiettivo dell’iniziativa è offrire a questi ragazzi un’opportunità concreta per costruire il loro futuro”. La borsa di studio è intitolata alla memoria del Prof. Luigi Maiuri, e ne onora il prezioso contributo come Direttore Scientifico dello IERFC (European Institute for Research in Cystic Fibrosis).

Un segnale concreto di fiducia e sostegno

L’iniziativa nasce dalla volontà di LIFC di andare oltre

l’assistenza e il supporto nella tutela dei diritti, offrendo un sostegno concreto alla realizzazione personale e professionale dei ragazzi e delle ragazze che convivono ogni giorno con la malattia.

Dal momento che la fibrosi cistica non è più una malattia esclusivamente pediatrica, e un numero sempre maggiore di giovani sceglie percorsi di istruzione secondaria e universitaria, anche quest’anno LIFC ha deciso di offrire loro un’opportunità di formazione qualificata, con l’obiettivo di supportarli nei propri progetti di vita e di lavoro, fornendo uno strumento in più per affrontare con competitività il futuro. Per molti di questi ragazzi portare avanti gli studi significa infatti affrontare ►►



UN’OPPORTUNITÀ PER I GIOVANI CON FC

La borsa di studio è destinata a sostenere un percorso di perfezionamento post laurea (Master) per uno studente affetto da FC





► sfide aggiuntive: ricoveri frequenti, terapie impegnative, ostacoli psicologici e pratici che spesso rischiano di spegnere l'entusiasmo.

La fibrosi cistica è una malattia genetica che colpisce prevalentemente l'apparato respiratorio e digerente, e richiede cure quotidiane. Nonostante ciò, tantissimi giovani con FC dimostrano ogni giorno una forza straordinaria, impegnandosi nei loro percorsi scolastici e universitari. L'intento della borsa di studio è quindi quello

di premiare questo impegno, sostenendo chi ha scelto di investire sulla propria formazione, sul proprio talento e sul proprio futuro.

Un invito a non smettere di sognare

Attraverso il progetto, LIFC rinnova la sua missione non

solo nella tutela dei diritti e della salute dei pazienti, ma anche nel supporto all'inclusione e alla piena partecipazione alla vita sociale e culturale. Studiare, formarsi, diventare adulti autonomi e realizzati deve rappresentare un diritto accessibile anche a chi lotta ogni giorno con una malattia complessa.

Dalla prima edizione ad oggi sono stati 16 i giovani che hanno beneficiato di questa opportunità (nella foto una di loro, Laura L'Astorina).

Il Bando di partecipazione è aperto per tutto il mese di settembre: possono presentare domanda le ragazze e i ragazzi affetti da FC in possesso di Diploma di Laurea Triennale o Specialistica, conseguito al massimo 24 mesi prima presso qualsiasi Università dell'Unione Europea.

Per ogni eventuale richiesta o chiarimento è possibile rivolgersi alla dott.ssa Vanessa Cori al numero verde 800 912655 o all'indirizzo mail.assistentesociale@fibrosicistica.it ■

*Raffaella Caroni
Comunicazione e Raccolta
fondi LIFC*

LIFC - Lega Italiana Fibrosi Cistica ODV

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

Emergency Card UILDM per gestire l'emergenza nelle malattie neuromuscolari



Le patologie neuromuscolari sono malattie rare gestite in centri clinici altamente specializzati con competenze multidisciplinari. Queste patologie si possono infatti complicare con insufficienze d'organo, più frequentemente di tipo respiratorio e cardiaco. Di conseguenza, i pazienti con patologie neuromuscolari non richiedono solo competenze specialistiche di tipo neurologico, ma anche di stampo pneumologico, cardiologico e riabilitativo. Inoltre, richiedono specifici protocolli dedicati anche per la gestione anestesilogica e perioperatoria.

Non sempre, però, questi pazienti possono essere trattati in urgenza-emergenza nei centri clinici di riferimento: frequentemente vengono trattati in ospedali periferici dove i medici possono non essere completamente formati nel trattamento delle complicanze acute di queste patologie e nella gestione anestesilogica intraoperatoria

ria e perioperatoria.

Per questo la Commissione Medico-Scientifica UILDM, tenendo conto soprattutto delle richieste espresse dai pazienti UILDM, ha deciso di intraprendere un percorso per la formulazione delle Emergency Card (EC) per le più frequenti patologie neuromuscolari.

«Questi documenti derivano dal lavoro multidisciplinare di una conferenza di consenso che si è svolta a Milano nell'aprile 2022, e a cui hanno partecipato i maggiori esperti italiani in tema di malattie neuromuscolari. I risultati di questo lavoro hanno portato alla pubblicazione, nel dicembre del 2022 sulla rivista *Acta Myologica*, di un lavoro scientifico dove era spiegato in tutte le sue fasi il percorso che ha portato alla redazione delle EC» racconta Fabrizio Racca, Direttore della Struttura di Anestesia e Rianimazione Generale dell'Ospedale Mauriziano di Torino e membro della Commissione UILDM.



Le Emergency Card sono, in sostanza, documenti di sintesi che contengono le principali informazioni cliniche utili per i medici dell'urgenza-emergenza che si devono prendere cura dei pazienti neuromuscolari. Quelle realizzate da UILDM sono 13, e si rifanno alle più diffuse forme di malattie neuromuscolari: Atrofie Muscolari Spinali di tipo 1, 2 e 3, Malattia di Charcot-Marie-Tooth, Distrofia Muscolare di Duchenne, Distrofia Muscolare di Becker, Distrofia Miototica. ➤

► nica tipo 1, Distrofia Facio Scapolo-Omerale, Distrofia Muscolare dei Cingoli, Distrofia Muscolare Congenita, Miopatia Congenita, Miopatie Mitocondriali, Miopatie da accumulo di glicogeno.

In ogni scheda sono indicate le possibili complicanze respiratorie acute, le alterazioni della deglutizione, le complicanze cardiache acute, la gestione anestesiologica e perioperatoria, la gestione delle fratture, l'alterazione della motilità intestinale. Indicazioni importanti per evitare che i dottori possano commettere errori a causa della mancata conoscenza approfondita della malattia neuromuscolare.

«Per le Emergency Card siamo partiti da un bisogno concreto dei nostri associati – spiega Stefania Pedroni, presidente nazionale UILDM – Le famiglie si sentivano sole nei momenti di difficoltà e di acuzie, così la nostra Commissione Medico-Scientifica ha riunito i migliori medici specializzati in malattie neuromuscolari, e insieme a loro abbiamo cominciato a stilare indicazioni cliniche sulle diverse malattie neuromuscolari. Per le famiglie questo strumento rappresenta una rassicurazione: si tratta di un documento che accompagna nelle acuzie e che, oltre a dare indicazioni pratiche, riconosce anche il valore del *caregiver*, evitando così che questa figura, importante per chi convive con una malattia neuromuscolare, venga allontanata nel momento in



cui si viene portati in pronto soccorso».

Le Emergency Card, redatte in italiano e in inglese, sono scaricabili sul sito www.uildm.org. Accanto alla versione già presente *online*, nel maggio del 2025 sono stati presentati due nuovi formati del documento, con destinatari differenti.

Per i pazienti è stata realizzata anche la *card* in formato tascabile, comoda da inserire nel portafoglio insieme alla carta d'identità e alla tessera sanitaria. Su questo documento sono presenti due QR code – italiano e inglese – che scansionati dal medico dell'emergenza riportano alle indicazioni per la specifica patologia.

Altra novità 2025 è il for-

mato poster, che raccoglie tutte le indicazioni dell'emergenza per le 13 patologie. In questo caso il documento è pensato per essere affisso nelle strutture sanitarie, a supporto dei medici.

Questi nuovi formati sono stati presentati alla Giornata Scientifica UILDM che si è tenuta il 17 maggio scorso a Lignano Sabbiadoro (UD), e in seguito al Congresso nazionale dell'Associazione Italiana di Miologia, svoltosi a fine maggio a Taormina. ■

Alessandra Piva
Ufficio stampa
e Comunicazione UILDM

UILDM - Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare

Via Vergerio, 19 – 35126 Padova

Tel.: +39 049 8021001 / 757361

Segreteria Nazionale: direzionenazionale@uildm.it

Ufficio Stampa e Comunicazione: uildmcomunicazione@uildm.it

Ufficio Fundraising: fundraising@uildm.it

Segreteria Commissione Medico-Scientifica:

commissionemedica@uildm.it – www.uildm.org

Lezioni di prevenzione: quando la salute fa scuola



Dal 2011 l'Associazione WALCE APS (Women Against Lung Cancer in Europe, ovvero Donne Contro il Tumore del Polmone in Europa) promuove, nelle scuole primarie e secondarie di I e di II grado, campagne mirate di informazione e sensibilizzazione sui danni causati dal fumo di sigaretta e dai dispositivi elettronici e sugli stili di vita sani, per educare al benessere e alla salute a 360°.

Il seme della salute si pianta a scuola

I dati epidemiologici indicano una tendenza in crescita che suscita preoccupazione: negli ultimi anni, l'arrivo sul mercato di nuovi prodotti come sigarette elettroniche e dispositivi a tabacco riscaldato ha affiancato – senza sostituire – le sigarette tradizionali, contribuendo a un allarmante aumento del consumo tra i più giovani.

Secondo i dati diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), oggi quasi il 40% degli studenti delle scuole

superiori fa uso di almeno uno di questi prodotti, con un impatto evidente: il calo del fumo tra gli adulti, registrato negli anni scorsi, si è arrestato.

Fenomeno sempre più diffuso – e preoccupante – è il cosiddetto “policonsumo”, ovvero l'utilizzo combinato di più prodotti del tabacco e/o della nicotina. Questo riguarda ormai la grande maggioranza dei ragazzi tra i 14 e i 17 anni e una quota crescente di adulti, aumentando significativamente i rischi per la salute. Inoltre, si evidenzia che il 7,5% degli studenti tra gli 11 e i 13 anni (cioè oltre 240.000 ragazze e ragazzi) fuma o utilizza *e-cig*. Una percentuale che sale drasticamente al 37,4% nella fascia 14-17 anni, pari a circa 865.000 adolescenti¹.

In questo contesto sicuramente da attenzionare, la scuola si conferma un ambiente strategico per la prevenzione, e grazie al suo ruolo educativo e formativo può diventare un “territorio favo-

revole” alla promozione della salute e alla diffusione di stili di vita sani.

Interventi mirati come i progetti di prevenzione promossi dall'Associazione WALCE APS negli istituti scolastici – differenziati e “customizzati” a seconda dell'ordine di scuola – risultano fondamentali per impostare precocemente atteggiamenti e comportamenti che possono consolidarsi fino all'età adulta.

Far comprendere ai ragazzi che il loro benessere dipende anche dalle scelte che compiono è un messaggio cruciale. Educarli alla consapevolezza e alla responsabilità personale li aiuta infatti a costruire un rapporto sano con se stessi e con l'ambiente che li circonda. In questo modo, la scuola non solo promuove salute, ma contribuisce attivamente alla formazione di una cultura del benessere che può estendersi anche alla famiglia, primo luogo di esperienza e crescita del bambino.



► Prevenzione e scuola

Per gli alunni delle classi IV e V della scuola primaria e per le prime della secondaria di I grado, WALCE APS ha pensato e realizzato, in collaborazione con Carthusia Edizioni, la campagna “Questa non me la fumo – Proviamo a vederci chiaro nei discorsi fumosi” (www.womenagainstlungcancer.org/questa-non-me-la-fumo).

La campagna consiste in un progetto validato e distribuito dall'ISS, presente dal 2017 sul Catalogo Puglia Salute e avallato, a partire dal 2024, anche dall'Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte, che attraverso un *kit* didattico composto da supporti informativo-formativi e al tempo stesso ludici, si propone di favorire attitudini che si discostano dal tabagismo, e riconducibili a uno stile di vita sano.

Il *kit* è formato da un grande libro delle storie, da volumetti per i bambini (e i loro genitori), da una guida per gli insegnanti e da un gioco da tavolo.

Il grande libro delle storie, scritto da Sabina Colloredo (afferмата autrice per ragazzi), è composto da quattro racconti, ognuno dei quali ha come protagonista un giovane personaggio diverso in cui la classe potrà facilmente identificarsi, lasciandosi condurre ad affrontare, con gradualità, argomenti importanti e “nascosti”.

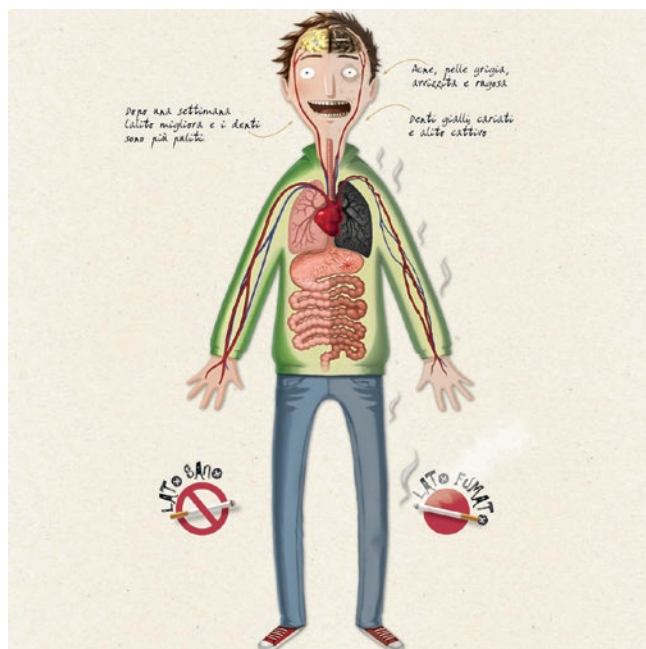
WALCE veicola questa Campagna nelle scuole italiane da 14 anni, distribuendo gratuitamente il *kit* (disponibile, oltre che in italiano, anche in lingua inglese e francese) come strumento ausiliario all'attività educativa, da divulgare agli alunni a opera degli insegnanti stessi. A oggi

hanno beneficiato della campagna più di 20.000 bambini e ragazzi. Il progetto “Questa non me la fumo” si conclude spesso con un incontro formativo, frontale e interattivo, dedicato al tema della prevenzione: il momento finale, che riceve sempre numerosi *feedback* positivi da parte dei partecipanti, è condotto da un medico specialista rappresentante dell'Associazione.

Informazione su misura per gli studenti adolescenti

Gli insegnanti della scuola superiore hanno un ruolo carico di responsabilità: possono incidere profondamente sulla crescita degli studenti nell'età dell'adolescenza, accompagnandoli in momenti cruciali del loro sviluppo personale.

A scuola, infatti, si costruiscono relazioni, si sperimenta la socialità, e si inizia a cercare riconoscimento all'interno di un gruppo. E la scuola è anche il contesto in cui, spesso, avviene il primo contatto con il fumo: una sigaretta offerta da un compagno più grande, un gesto per sentirsi accettati, o per entrare a far parte di un gruppo. Proprio per questo è fondamentale affrontare il tema all'interno dell'ambiente scolastico, insieme a compagni e docenti, attraverso un dialogo aperto, autentico e privo di giudizi. Un confronto tra pari che non si limiti a *slogan* o frasi fatte, ma che favorisca un percorso condiviso verso il benessere fisico, mentale e sociale, utilizzando strumenti comunicativi vicini al vissuto dei ragazzi.



► “Cenere di Stelle” e “Smoking Bad”

Se la scuola è uno dei primi ambienti in cui si impara a socializzare e a convivere con gli altri, il cinema è spesso il primo strumento attraverso cui si entra in contatto con storie e modelli di vita. Le visioni sullo schermo hanno il potere di influenzare l'immaginario, e in alcuni casi anche le scelte. Per questo è fondamentale prestare attenzione non solo a cosa viene raccontato, ma anche a come viene rappresentato: persino una singola scena può avere un impatto significativo sulla psiche in formazione dei più giovani.

Un caso emblematico è la presenza del fumo nei film, indipendentemente dal genere o dall'epoca della narrazione: la sigaretta viene spesso associata a fascino, ribellione, rilassamento o legami sociali. Sono tutti temi profondamente vicini al vissuto di adolescenti e preadolescenti. È quindi comprensibile come tali rappresentazioni possano condizionare gli spettatori più giovani, portandoli a percepire il fumo come uno strumento per sentirsi più sicuri, integrati o adulti.

La scuola può dunque diventare uno spazio privilegiato per analizzare criticamente questi messaggi. Attraverso il linguaggio del cinema è possibile attivare riflessioni condivise sul tema del fumo, e promuovere stili di vita più consapevoli, offrendo ai ragazzi gli strumenti per sviluppare uno sguardo critico verso ciò che vedono, senza subirne passivamente l'influenza.



WALCE, in quest'ambito, propone gratuitamente agli insegnanti il volumetto *Cenere di Stelle* (<https://www.womenagainstlungcancer.org/projects/progetti-per-le-scuole-superiori-informazione-e-prevenzione-pensate-per-i-giovani/>), un saggio scritto da Edoardo Altomare e Domenico Galetta – due oncologi appassionati di cinema – che esamina l'effetto delle scene di fumo nei film sugli adolescenti.

Attraverso un'iniziativa interattiva si è quindi passati da un coinvolgimento a livello individuale a un progetto più divulgativo, che favorisce l'incontro e il dialogo tra docenti e ragazzi trasformandosi in uno strumento per confrontarsi e scambiarsi opinioni.

Nel volume viene anche sottolineata la necessità di un sistema che limiti l'esposizione dei giovani a film dove il fumo di sigaretta appare come una pratica positiva.

Evoluzione coerente e aggiornata di *Cenere di Stelle* è il saggio *Smoking Bad – Cinema, serie tv e fumo*, pubblicato nel 2024 sempre per iniziativa di Altomare e Galetta – gli stessi autori di cui sopra – che affronta la questione dell'eccessiva presenza di scene di fumo anche nelle ormai gettonatissime (soprattutto per la Gen Z) serie tv. ■

Federica Ferraresi
Ufficio Stampa
e Comunicazione
Associazione WALCE

Bibliografia

- 1) Ministero della Salute: “31 maggio 2025, Giornata mondiale senza tabacco”, <https://www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/31-maggio-2025-giornata-mondiale-senza-tabacco/>.

WALCE APS Woman Against Lung Cancer in Europe

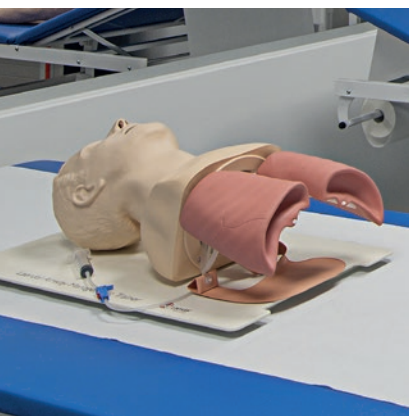
Regione Gonzole, 10 – 10043 Orbassano (TO)
Tel. +39 011 9026980
info@womenagainstlungcancer.eu
<https://www.womenagainstlungcancer.org>

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

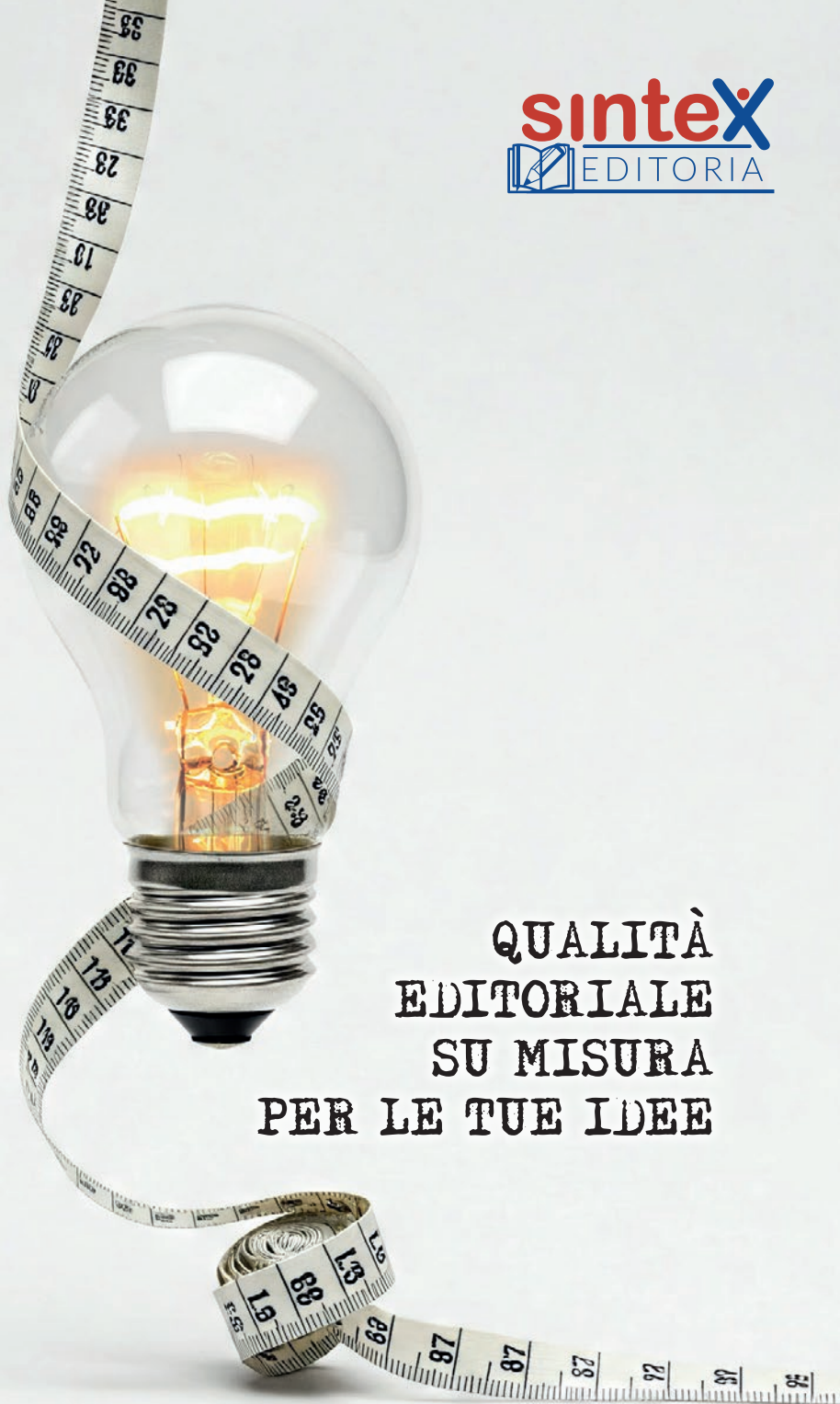
CeFAeS

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





**QUALITÀ
EDITORIALE
SU MISURA
PER LE TUE IDEE**