

L'inquinamento riduce
lo sviluppo polmonare
nei bambini pag. 11

La prevenzione
respiratoria pag. 13

Cure su misura: la svolta della
Medicina di precisione anche in
Pneumologia pag. 17

RESPIRO

PERIODICO UFFICIALE



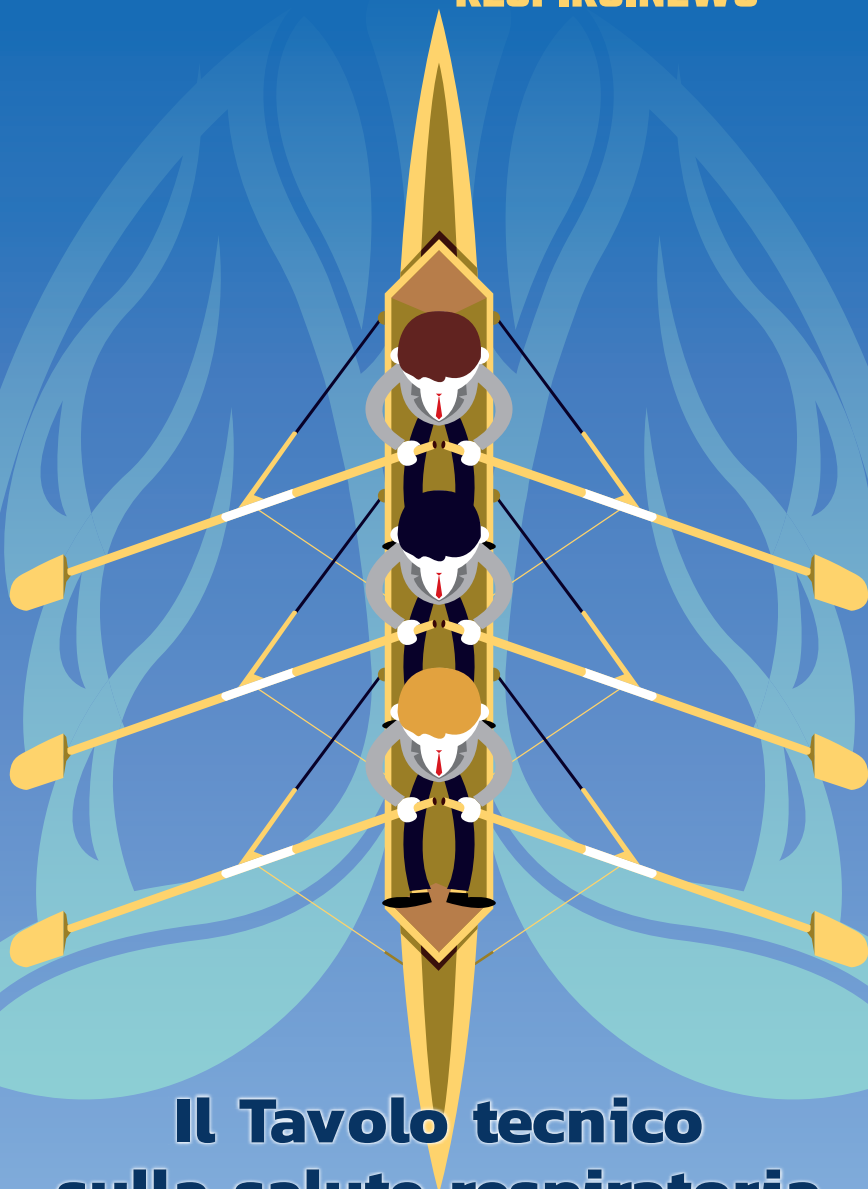
CONSULTA della
PNEUMOLOGIA

TRIMESTRALE DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE E BENESSERE

RESPIRO.NEWS

ANNO XIX
N° 74

ESTATE
2026



**Il Tavolo tecnico
sulla salute respiratoria**

**SAVE
THE
DATE**



XXVII CONGRESSO NAZIONALE DELLA PNEUMOLOGIA

Presidente del Congresso: Paola Rogliani (Roma)

*La Pneumologia moderna: il valore dell'integrazione
tra scienza, clinica e collaborazione interdisciplinare*



www.sip2026.it



ENTE PROMOTORE e SEGRETERIA SCIENTIFICA

Società Italiana di Pneumologia
Italian Respiratory Society

Via S. Gregorio, 12
20124 MILANO
Tel.: +39 02 49453331
email: segreteria@sipirs.it
web: www.sipirs.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

In&fo&med srl
Via S. Gregorio, 12
20124 MILANO
Tel.: +39 02 49453331
email: segreteria@infomed-online.it
web: www.infomed-online.it



ROMA

Auditorium Parco della Musica Ennio Morricone

3

5

OTTOBRE

2026

N° 74

ESTATE 2026

Periodicità trimestrale

RESPIRO.NEWS

RESPIRO

TRIMESTRALE DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE E BENESSERE

Direttore Responsabile

Claudio Micheletto (VR)

Caporedattore

Alessandra Rozzi (MI)

Redazione

Bruno Balbi (NO)

Gian Piero Bandelli (BO)

Elena Bargagli (SI)

Stefano Centanni (MI)

Gennaro D'Amato (NA)

Marco Dottorini (PG)

Paolo Palange (RM)

Antonella Serafini (Sanremo - IM)

Francesco Tursi (Codogno - LO)

Direzione, redazione e amministrazione

Sintex Editoria

via San Gregorio 12, 20124 Milano

editoria@sintexservizi.it

PERIODICO UFFICIALE



CONSULTA della
PNEUMOLOGIA

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

© 2026 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

Abbonamento annuale: € 14,00

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 luglio 2026

RESPIROnews



/respironews



+39 333 88 22 666



sintex

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

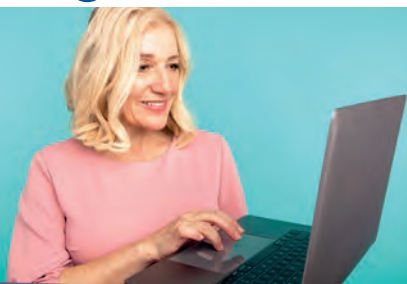
RESPIROnews



Blog ufficiale della



**CONSULTA della
PNEUMOLOGIA**



Attualità



Alimentazione



Prevenzione



Ambiente



Ricerca



Sport



La voce della Consulta

**News, articoli e suggerimenti
sempre aggiornati**



VISITA IL NUOVO SITO

Segreteria organizzativa

sintex

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

Editoriale

07

Liste d'attesa:
come sta la Pneumologia? | *C. Micheletto*

Gli articoli

11

L'inquinamento riduce lo sviluppo
polmonare nei bambini | *C. Micheletto*

La prevenzione respiratoria.
Perché uno *screening* polmonare su misura
può salvare la vita | *C. Zerbino*

Cure su misura:
la svolta della Medicina di precisione
anche in Pneumologia | *A. Rozzi*

Il Tavolo tecnico sulla salute respiratoria:
un traguardo e un impegno | *B. Balbi, M. Dottorini, A. Serafini*

Il Convegno annuale
dell'International Respiratory Coalition (IRC) | *B. Balbi*

L'evoluzione della dipendenza da nicotina: strategie industriali
e sfide di sanità pubblica | *C. Bucci, V. Zagà, G.P. Bandelli*

Smettere di fumare con la citisina:
una nuova opportunità rimborsata dal Servizio
Sanitario Nazionale | *A.S. Melani, E. Bargagli, A. di Grazia, C. Diana*

L'uso dei *social* nella corretta informazione scientifica
e nell'interazione medico-paziente | *G. D'Amato*

Sappiamo usare al meglio i nostri farmaci inalatori? | *M. Dottorini*

Sigarette elettroniche e nicotina:
i giovani, un *target* di *marketing* | *A. Serafini*

Un occhio in più, stessa cura:
l'ecografia entra nella visita pneumologica | *S. Cinquini, F. Tursi*

La voce della Consulta

50

La persona con SLA protagonista
del suo percorso di malattia | *B. Gonella*

La prevenzione fa la forza:
insieme a Bologna per la
Giornata Mondiale senza Tabacco | *G.P. Bandelli, F. Ferraresi*

AMOR, attività e Spazi di incontro | *M.P. Nicoli*

Malattia di Sjögren Primaria Sistemica,
la Cenerentola delle patologie rare | *L. Marotta*

Il socio perverso
Quotidianità di un paziente con la sua BPCO | *N. Colecchia*

Un Centro di eccellenza per la tosse cronica
al Policlinico di Milano | *F. Blasi, F. Roncoroni*

PREVENIRE E CURARE: ASMA E BPCO SOTTO CONTROLLO

**Respira meglio,
vivi meglio:
prendi il controllo
della tua salute
respiratoria**



SEGUICI
SUI NOSTRI
CANALI SOCIAL

@consultapneumologia



Social Media Disease Awareness Campaign

Promossa da

Sponsor dell'iniziativa

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 è organo ufficiale della **CONSULTA DELLA PNEUMOLOGIA**, che riunisce Società scientifiche e Associazioni pazienti attive sul fronte delle patologie respiratorie. La Consulta sviluppa 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 aziende private ed enti pubblici interessati 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



Liste d'attesa: come sta la Pneumologia?

Claudio Micheletto



Il rispetto delle liste d'attesa è uno dei problemi che assillano il nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Per monitorare le richieste, sia di visite che di prestazioni, un recente decreto-legge ha istituito la Piattaforma Nazionale delle Liste d'Attesa, che per la prima volta consente una misurazione su scala nazionale delle prestazioni sanitarie del Servizio Sanitario. Con 65 milioni di prenotazioni acquisite in Piattaforma tra gennaio 2025 e aprile 2026, relative a tutte le strutture del settore pubblico e del settore privato accreditato, possiamo ora disporre di una base dati estremamente significativa per comprendere il fenomeno delle liste d'attesa, analizzare le criticità e misurare l'impatto delle misure correttive adottate.

La raccolta dei dati in modo sistematico, mese per mese, consentirà infatti di leggere l'andamento per apportare possibili correzioni.

Direttore Responsabile di Respiro

Nel primo quadrimestre 2026, rispetto al primo quadrimestre 2025, si evidenzia un miglioramento a livello nazionale, sia per le visite sia per gli esami diagnostici, su tutte le classi di priorità. In particolare, per le prime visite la percentuale di rispetto dei tempi di attesa passa dal 76,1% al 78,7%, mentre per gli esami diagnostici passa dall'83,0% all'84,7%. La tendenza al miglioramento, che riguarda 16 Regioni su 21, è ancora più marcata per le prestazioni urgenti da erogare entro tre giorni e per quelle in classe B da erogare entro 10 giorni: questo attesta una maggiore capacità del Sistema Sanitario nel gestire le richieste delle persone con bisogni clinici più immediati.

Analizzando il dato delle singole Regioni, si evidenziano:

- per le prime visite, buoni risultati in 16 Regioni su 21: nove Regioni registrano importanti miglioramenti rispetto all'anno ►►

► precedente, e sette Regioni confermano un'elevata percentuale di rispetto dei tempi massimi di garanzia già raggiunti nel 2025;

► per gli esami diagnostici, buoni risultati in 15 Regioni su 21: sei sono in netto miglioramento rispetto al 2025, e nove mostrano un'elevata percentuale di garanzia già raggiunta nel 2025.

Alcune Regioni segnano il passo, non evidenziando miglioramenti. Tra queste, tuttavia, vi sono Regioni che mantengono, in ogni caso, una buona percentuale di rispetto dei tempi, superiore all'80% (la Sicilia per le prime visite e il Piemonte per gli esami diagnostici).

Alcune Regioni, pur non migliorando globalmente, riducono i tempi di attesa su singole prestazioni e classi di priorità. Ad esempio, la Regione Abruzzo registra un netto balzo in avanti – dal 76,5% all'85,6% – per le prime visite nella classe di priorità U tra il primo quadrimestre 2025 e il primo quadrimestre 2026 (analogamente

si registra un miglioramento nella classe U per gli esami diagnostici dal 66,0% all'82,4%).

Le criticità emerse

Oggi la Piattaforma, grazie a una lettura più analitica del dato, consente di misurare anche altri indicatori, che aiutano ad avere una comprensione più approfondita dei sistemi di gestione delle prestazioni sanitarie oggetto di monitoraggio nelle diverse Regioni, e a individuare fattori di criticità su cui intervenire. Da questi ulteriori approfondimenti, oggetto di confronto tecnico con le Direzioni regionali e delle singole Aziende Sanitarie, emergono ulteriori ambiti di miglioramento, anche nelle realtà che registrano percentuali di garanzia elevate. Le maggiori criticità si possono riassumere in quattro punti.

1) Il primo elemento riguarda l'appropriatezza nell'attribuzione del codice di priorità in sede di prescrizione. In alcune Regioni la percentuale di attribuzione

del codice di priorità P – da erogare entro 120 giorni – è estremamente elevata (anche oltre l'80%), e il dato appare non coerente con l'effettuazione di una prima visita o di un esame diagnostico che non sia di controllo. Attualmente si assiste a una forte variabilità del dato, che passa dall'85,5% della Basilicata e dall'80,1% della Campania al 7,8% della Toscana e all'8,2% del Piemonte. Su questo aspetto è stato già avviato un confronto con le singole Regioni, al fine di comprendere le cause del fenomeno e ricondurre a maggiore omogeneità i comportamenti prescrittivi.

2) Il secondo elemento riguarda la differenza tra l'appuntamento proposto entro la soglia di garanzia e quello accettato, che a livello nazionale, nel 20% dei casi, va oltre i tempi massimi. Ora, se è vero che il paziente può rifiutare l'appuntamento proposto per motivi personali (ad esempio per impossibilità nella data indicata, per recarsi in una struttura più vicina o per la scelta di un determinato professionista), quando la percentuale di accettazione di un appuntamento oltre soglia è molto elevata è possibile che ci siano delle criticità nella gestione delle agende.

3) Un terzo elemento riguarda il tempo che intercorre tra la data della prescrizione e quella di contatto del paziente con il CUP. Quando la percentuale dei ►►



- contatti avvenuti oltre la soglia di garanzia (ad esempio dopo 10 giorni per una classe di priorità B) supera il valore fisiologico stimato intorno al 5-6%, è possibile che esistano disfunzioni in termini di accessibilità alla prenotazione. Ad esempio, proprio per la classe di priorità B, in tre Regioni quasi il 20% degli assistiti contattati il CUP oltre il termine di 10 giorni.

4) Un quarto e ultimo elemento da considerare è il rapporto tra prescrizioni e prenotazioni effettivamente avvenute. In altri termini, a fronte di 100 prescrizioni rilasciate, si tratta di capire la percentuale di quelle realmente prese in carico con una prenotazione, evidenziando così per differenza la quota di quelle che scadono o a cui non fa seguito una prenotazione a carico del SSN. Sulla base dei dati di Tessera Sanitaria, alla prescrizione medica fa seguito una prenotazione al CUP nel 50,3% delle prime visite e nel 54,4% degli esami diagnostici. A livello regionale, si passa dal 67,7% della P.A. di Bolzano al 33,7% dell'Abruzzo, mentre per gli accertamenti diagnostici si va dal 73,4% sempre di Bolzano al 37,3% del Lazio. Si stima che una quota di questi mancati accessi al CUP, talvolta anche significativa (25-30%), possa avere ragioni "fisiologiche": il paziente sceglie insomma di non utilizzare la ricetta, la prescrizione è stata



chiesta per poterla esibire nell'ambito di una copertura assicurativa, oppure si verificano ripetizioni di ricette originariamente errate. Tuttavia, percentuali molto elevate di mancata presa in carico della ricetta sono indicative di una qualche difficoltà nella prenotazione di prime visite ed esami prescritti, che deve essere approfondita.

Il valore della Piattaforma

Il valore della Piattaforma Nazionale per le Liste d'Attesa consiste in primo luogo nella possibilità di disporre di un monitoraggio sistematico e permanente del fenomeno su scala nazionale. Non bisogna tuttavia soffermarsi esclusivamente sui dati numerici: è necessario considerare anche il cambiamento strutturale nel modello di *governance* delle liste d'attesa che la piattaforma stessa rende oggi possibile. Il tema delle liste d'attesa viene finalmente affrontato con dati che prima non erano disponibili. La Piattaforma, introdotta con il Decreto Legge 73/2024, è

lo strumento che consente di analizzare e governare il fenomeno, rilevando criticità, comportamenti disomogenei e miglioramenti che, in assenza dei dati, avrebbero potuto essere solo oggetto di percezioni e non di misurazioni.

Il confronto tecnico con le Regioni si è inoltre rivelato estremamente utile, confermando che la Piattaforma non serve a stilare classifiche, ma a capire dove occorre intervenire per migliorare, e a costruire un sistema di monitoraggio permanente in tempo reale. Dal suddetto confronto sono emerse, accanto ai problemi da risolvere, anche misure che stanno funzionando, ovvero le buone pratiche adottate in un contesto, e che possono essere diffuse in altri.

Complessivamente, possiamo dire che le cose vanno meglio dove si è intervenuti con una serie di strumenti che agiscono contemporaneamente su più fronti, quali la centralizzazione delle agende, l'uso dei finanziamenti per pagare il lavoro aggiuntivo dei medici, l'apertura di ►►

► ambulatori e servizi di diagnostica anche nei *week-end*, il *recall* dei pazienti in agenda per contrastare quel 20% che prenota e poi non si presenta all'appuntamento, l'implementazione di *software* di intelligenza artificiale per l'ottimizzazione delle agende con il riutilizzo dei posti rimasti disponibili, o ancora l'introduzione di *app* per la prenotazione integrata con il Fascicolo Sanitario Elettronico. Certamente, però, aumentare l'offerta e rendere più efficienti le agende non è l'unica soluzione. Anzi, quando questo avviene in assenza di altre misure, si finisce per inseguire una domanda che cresce in modo esponenziale, creando un circolo vizioso da evitare.

Come evidenziano le buone pratiche rilevate, serve lavorare soprattutto sull'appropriatezza prescrittiva, attraverso tavoli di confronto con i Medici di Medicina Generale (MMG), l'integrazione nei gestionali prescrittivi dei criteri di appropriatezza espressi dal modello RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea), l'analisi dei quesiti diagnostici anche attraverso strumenti di intelligenza artificiale, sistemi di concordanza e confronto tra MMG e specialisti attraverso il teleconsulto. Per garantire piena trasparenza al processo e ai dati, Agenas pubblicherà trimestralmente un bollettino dove fornirà il monitoraggio dei tempi di attesa delle singole Regioni, il *trend* rispetto alle percentuali di garanzia, e ogni altro

elemento utile a informare in modo trasparente.

Come sta la Pneumologia in questo contesto?

La piattaforma monitora le prime visite pneumologiche e le prime richieste di spirometria. Per quanto riguarda le visite, il dato è nella media delle altre specialistiche: 86,6 per la visita programmata a

120 giorni; 75,9 per le visite differibili a 120 giorni; 78,9 per la prima visita entro 10 giorni e 77,8 per la visita urgente (Tabella 1). Questa è la media nazionale: vi sono poi molte differenze regionali, e in alcune aree le percentuali sono molto vicine al 100%. Percentuali molto simili si rilevano per la spirometria (Tabella 2).

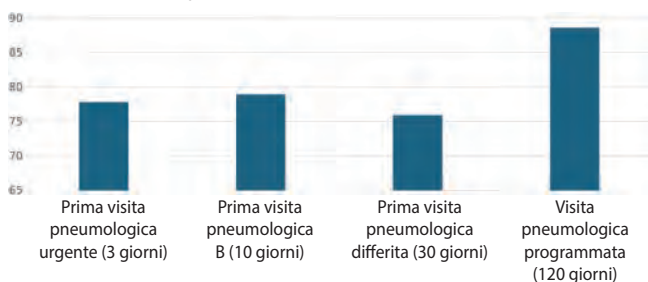


Tabella 1. Percentuali di rispetto delle liste d'attesa per la visita pneumologica

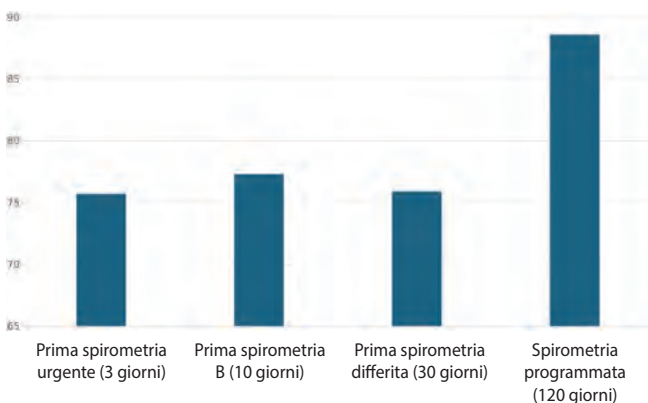


Tabella 2. Percentuali di rispetto delle liste d'attesa per la spirometria

Il rispetto delle liste d'attesa è assolutamente fondamentale, in particolare per le prestazioni urgenti da eseguire entro 3-10 giorni, ma devono anche essere necessariamente rispettate la reale necessità e la reale urgenza. Tanto per fare due esempi, una crisi respiratoria acuta o un sospetto di neoplasia polmonare devono essere visti

immediatamente, ma la diagnosi di una BPCO lentamente progressiva può essere fatta in tempi leciti, anche se non urgenti. ■

claudio.micheletto@univr.it

L'inquinamento riduce lo sviluppo polmonare nei bambini

Un recente studio condotto a Bristol ha confermato l'impatto negativo sulla funzione respiratoria in età evolutiva

Claudio Micheletto



Una ricerca condotta a Bristol, nel Regno Unito, ha recentemente dimostrato come l'inquinamento atmosferico stia rallentando la crescita polmonare dei bambini. Gli scienziati hanno monitorato la funzionalità polmonare di oltre 5.000 persone nate a Bristol e dintorni a partire dagli anni '90. La salute della coorte "Bambini degli anni '90" è stata valutata a partire dalla nascita, e la funzionalità respiratoria è stata testata durante la crescita – a 8 e 15 anni – e successivamente in età adulta, a 24 anni, quando la funzionalità polmonare dei partecipanti avrebbe dovuto raggiungere il massimo.

La Professoressa Anna Hansell dell'Università di Leicester, che ha guidato lo studio, ha così commentato i risultati della ricerca: "Gran parte delle prove relative agli effetti dell'inquinamento atmosferico

Direttore Responsabile di Respiro



rico sulla salute si riferiscono agli adulti o alla gravidanza, ma riteniamo altamente plausibile che esso abbia un impatto sulla crescita e sullo sviluppo dei bambini, in particolare per quanto riguarda la funzione respiratoria. Le polveri sottili impattano soprattutto a livello dell'apparato tracheobronchiale, quindi i potenziali effetti negativi sono soprattutto respiratori. Coloro i cui polmoni non hanno raggiunto il massimo potenziale durante l'infanzia potrebbero essere più vulnerabili alle malattie respiratorie in età adulta, perché hanno una minore riserva. Fisiologicamente tutte le persone, superati i 24-25 anni, presentano un lento declino della funzione respiratoria. Coloro che non raggiungono il massimo delle loro

capacità polmonari, per varie motivazioni, sono anche più vulnerabili e hanno una salute generale più precaria. Ad esempio, una bassa funzionalità polmonare negli adulti è associata allo stesso livello di rischio di malattie cardiache dell'ipercolesterolemia".

La ricerca ha inoltre dimostrato che le persone la cui salute polmonare è stata compromessa dall'inquinamento atmosferico potrebbero essere maggiormente a rischio di malattie cardiache.

La dottoressa Katie Eminson, anch'essa dell'Università di Leicester e prima autrice dello studio, ha dichiarato: "La funzionalità polmonare è stata misurata tramite spirometria da tecnici specializzati. Ai partecipanti è stato chiesto di inspirare pro- ➤

► fondamentale, e poi di espirare con forza e rapidità in un boccaglio. Un apparecchio misurava sia la quantità d'aria espirata sia la velocità dell'espirazione, fornendo un'indicazione del livello di funzionalità polmonare”.

I ricercatori hanno calcolato l'esposizione dei bambini all'inquinamento atmosferico in ogni trimestre di gravidanza, e poi per ogni anno della prima infanzia. La ricerca includeva il particolato e il biossido di azoto, un gas proveniente principalmente dalle auto diesel e dalle caldaie a gas fossile.

Hansell ha inoltre affermato: “Abbiamo impiegato letteralmente anni per creare le stime dell'esposizione al particolato atmosferico durante la gravidanza e la prima infanzia, reperendo anche i dati sul traffico stradale del comune di Bristol, non disponibili nel database nazionale”.

I ricercatori hanno tenuto conto di altri fattori che possono influenzare la salute dei bambini, tra cui la nascita prematura, l'allattamento al seno, il fumo dei genitori e le condizioni abitative, come umidità o esposizione a muffe. I dati pubblicati hanno dimostrato che respirare una maggiore quantità di inquinamento atmosferico durante la gravidanza, la prima infanzia e l'infanzia può rallentare lo sviluppo polmonare fino alla prima età adulta. L'impatto maggiore si è verificato durante l'adolescenza, periodo in cui la crescita polmonare generalmente accelera.

Uno studio precedente ave-



va rilevato che l'inquinamento atmosferico stava rallentando la crescita polmonare dei bambini nella zona est di Londra. In quest'area, i polmoni di un bambino di nove anni avevano un volume medio inferiore di 90-100 millilitri rispetto alla norma. Studi condotti su bambini in Svezia hanno dimostrato che la crescita polmonare aumentava con il miglioramento della qualità dell'aria. La riduzione dell'inquinamento atmosferico potrebbe aver permesso anche ai bambini di Bristol di riportare la crescita polmonare a livelli più vicini alla normalità.

Kate Eminson ha concluso: “Gli effetti sui singoli bambini possono essere minimi, e difficilmente si verificano con-

seguenze cliniche immediate, ma non dobbiamo sottovalutare l'impatto dell'inquinamento sulla prima infanzia. Poiché la funzionalità polmonare tende a mantenersi costante dall'infanzia all'età adulta, piccole differenze nella prima infanzia possono avere implicazioni per la salute a lungo termine. Ciò rafforza l'importanza di ridurre l'esposizione agli agenti inquinanti e di proteggere l'ambiente in cui vivono i bambini.”

In conclusione, investire su tutte le misure disponibili per ridurre l'esposizione agli inquinanti dei più piccoli garantisce la salute futura dei cittadini. ■

claudio.micheletto@univr.it

La prevenzione respiratoria

Perché uno *screening* polmonare su misura può salvare la vita

Carlo Zerbino



Fino all'80% dei tumori polmonari viene diagnosticato quando la malattia è già avanzata. Eppure oggi disponiamo di strumenti efficaci per individuare in tempo le patologie respiratorie più gravi: dalla BPCO al carcinoma, dall'apnea notturna alle malattie da esposizione. La chiave si chiama **screening personalizzato**: non lo stesso esame per tutti, ma il programma giusto per ciascun paziente, ripetuto al momento giusto. In queste pagine spieghiamo come funziona, a chi serve davvero, e come organizzarsi per non perdere un controllo importante.

Le malattie respiratorie sono tra le principali cause di mortalità e disabilità nel mondo. Si parla molto di cuore, di tumori, di diabete, ma il polmone resta spesso un grande dimenticato – almeno finché non si fa sentire. E quando si fa sentire, in molti casi, è già tardi. La buona notizia è che, esattamente come è accaduto in Cardiologia o in Oncologia femminile, anche la Pneumologia dispone ormai di linee guida di prevenzione personalizzate: esami pensati per il singolo paziente in base alla sua età, al suo passato di fumatore, alla sua professione, alla sua familiarità. La domanda che ci poniamo in questo articolo è semplice: come si fa a sapere quale *screening* è davvero necessario per la propria situazione – e come ricordarsi di farlo?

I numeri che dovrebbero allarmarci

Bastano pochi dati per cogliere la portata del problema:

Editore per caso, Sintex Servizi S.r.l., Milano

- il 75% dei pazienti con BPCO scopre la malattia quando è già in stadio moderato o grave;
- il 30-50% delle persone con apnea notturna non sa di averla;
- nel 2021, 2,4 milioni di morti nel mondo sono state attribuite a malattie respiratorie croniche;
- le malattie polmonari pesano per circa il 7% di tutti i decessi globali.

Dietro questi numeri c'è una verità semplice: in assenza di *screening* mirati, la diagnosi arriva tardi, e la malattia progredisce in silenzio.

Cosa significa, oggi, fare prevenzione

Prevenire non vuol dire soltanto evitare le malattie più gravi. In Pneumologia, una buona strategia preventiva consente di:

- diagnosticare patologie ancora silenziose, prima che compromettano la qualità della vita;
- rallentare la progressione di

- malattie croniche già note;
- individuare fattori di rischio nascosti – allergie, esposizioni professionali, predisposizioni genetiche;
- rendere più efficaci le terapie, intervenendo quando funzionano meglio;
- guadagnare anni di vita in salute, mantenendo una buona funzionalità respiratoria.

Cinque fattori che cambiano lo *screening*

Non tutti i pazienti hanno bisogno degli stessi esami. Un programma di prevenzione efficace nasce dall'incrocio di almeno cinque variabili.

1) *Abitudini di fumo*

- Fumatori attivi: TC del torace a bassa dose (LDCT) con cadenza annuale.
- Ex fumatori con almeno 30 *pack/year*: controlli da proseguire anche dopo la cessazione.
- Non fumatori con esposizioni: valutazione individuale del rischio.

2) *Familiarità e genetica*



- ▶ - Storia di malattie polmonari croniche nei familiari, casi di carcinoma polmonare in parenti stretti;
- *Deficit di alfa-1-antitripsina* (*screening* genetico, quando indicato).

3. Fattori occupazionali

- Esposizione ad amianto, silice, inquinanti chimici;
- Ambienti di lavoro polverosi o umidi;
- Durata e intensità dell'esposizione.

4. Comorbidità

- Diabete, ipertensione, cardiopatie, che aumentano il rischio polmonare;
- L'immunosoppressione richiede *screening* dedicati;
- Il reflusso gastroesofageo è correlato a diverse patologie respiratorie.

5. Sintomi sottovalutati

Spie spesso ignorate dal paziente e talvolta dallo stesso medico:

- Affaticamento persistente;
- Tosse cronica, anche in chi non fuma;
- Fiato corto sotto sforzo, anche lieve;
- Russamento notturno o sonnolenza diurna.

Gli esami consigliati, per fascia d'età

Una traccia di riferimento, da personalizzare con il proprio pneumologo

▶ Tra i 40 e i 50 anni

- Spirometria basale: per tutti.
- TC torace a bassa dose: se fumatori significativi.
- Test allergologici: se c'è una storia di asma o allergie.
- Ecocardiografia: se i sintomi respiratori fanno so-



Magnific

spettare un coinvolgimento cardiaco.

▶ Tra i 50 e i 65 anni

- Spirometria annuale: soprattutto per gli ex fumatori.
- TC torace annuale: per chi ha più di 30 *pack/year* alle spalle.
- Polisonnografia: in caso di sospetta apnea notturna.
- Dosaggio dell'alfa1-antitripsina: se la BPCO compare precocemente o c'è familiarità.
- Ecocardiografia: per valutare la pressione polmonare.

▶ Dopo i 65 anni

- Spirometria annuale.
- TC periodica: in base al profilo di rischio.
- Monitoraggio dell'ossigenazione notturna.
- Verifica delle vaccinazioni: pneumococco, influenza, pertosse.

La parte difficile: ricordarsi cosa fare e quando

Anche i pazienti più moti-

vati vanno incontro agli stessi ostacoli:

- ▶ Non ricordano quando hanno fatto l'ultimo *screening*;
 - ▶ Non sanno quale esame sia davvero necessario per loro;
 - ▶ Saltano le scadenze dei controlli periodici;
 - ▶ Non collegano alcuni sintomi al rischio respiratorio.
- Da qui nasce un principio semplice: la prevenzione funziona quando è personalizzata, organizzata, ricordata, documentata e condivisa con i medici di riferimento. In pratica questo significa avere un piano scritto, con scadenze, promemoria automatici e una cronologia consultabile sia dal paziente sia dal curante.

Gli esami principali, spiegati

▶ TC torace a bassa dose (LDCT)

- Quando è indicata: fumatori attivi con almeno 30 *pack/year*; ex fumato- ▶▶

- ri (entro 15 anni dalla cessazione) con almeno 30 *pack/year*; pazienti con familiarità per tumore polmonare.

- Frequenza consigliata: annuale.

► Spirometria

- Quando è indicata: fumatori ed ex fumatori, pazienti con tosse cronica, esposizioni occupazionali significative, sospetto di BPCO.

- Frequenza consigliata: annuale in presenza di anomalie, ogni 3-5 anni come *baseline*.

► Polisonnografia

- Quando è indicata: sospetta apnea notturna (sonnolenza diurna, russamento, pause respiratorie), ipertensione resistente, fibrillazione atriale, BPCO con desaturazione notturna.

- Frequenza consigliata: una volta in fase diagnostica; *follow-up* dopo l'avvio del trattamento.

► Test allergologici e funzionali

- Quando sono indicati: asma sospetta o diagnosticata, rinite allergica persistente, tosse cronica senza causa apparente.

- Frequenza consigliata: secondo il quadro clinico.

► Dosaggio dell'alfa1-antitripsina

- Quando è indicato: BPCO a esordio precoce (sotto i 45 anni), enfisema basolaterale, familiarità per il deficit.

- Frequenza consigliata: una sola volta nella vita, se vi è sospetto.

Il ruolo dello pneumologo nella prevenzione

Lo pneumologo non è soltanto lo specialista che cura: è anche, sempre di più, un regista della prevenzione. Le sue funzioni principali sono cinque:

- 1) Stratificare il rischio, valutando il profilo globale del paziente;
- 2) Pianificare lo *screening*, definendo quali esami e con quale frequenza;
- 3) Educare il paziente, spiegando in modo comprensibile il senso di ciò che si fa;
- 4) Monitorare nel tempo i risultati, cogliendo variazioni anche minime;
- 5) Coordinarsi con il medico di famiglia e gli altri specialisti.

Tre storie vere

I nomi sono di fantasia, ma i casi sono rappresentativi: mostrano come lo stesso principio – lo *screening* personalizzato – si traduca in piani molto diversi.

CASO 1

Marco, 55 anni, ex fumatore

Trenta *pack/year* di fumo, ha smesso da otto anni. Tosse cronica. Padre operato per tumore polmonare.

Piano di prevenzione:

- spirometria annuale;
- TC torace a bassa dose annuale;
- test funzionali respiratori;
- consulto pneumologico ogni sei mesi.

Esito: diagnosi precoce di BPCO lieve e individuazione di un nodulo polmonare benigno, monitorato nel tempo.

CASO 2

Giulia, 48 anni, non fumatrice

Russamento notturno persistente, sonnolenza diurna, ipertensione, indice di massa corporea pari a 28.

Piano di prevenzione:

- polisonnografia;
- ecocardiografia per valutare la pressione polmonare;
- spirometria basale;
- controllo allergologico.

Esito: diagnosi di apnea notturna moderata; l'avvio della terapia con CPAP ha migliorato sia la pressione arteriosa sia la stanchezza diurna.

CASO 3

Paolo, 62 anni, fumatore attivo

Quarantacinque *pack/year*, padre con BPCO, esposizione professionale ad amianto negli anni Novanta.

Piano di prevenzione:

- TC torace a bassa dose annuale;
- spirometria annuale;
- dosaggio dell'alfa-1-antitripsina;
- *screening* per mesotelioma, in consulto pneumologico dedicato;
- controlli pneumologici ogni tre mesi.

Esito: diagnosi di BPCO in stadio I, avvio del percorso di sorveglianza per esposizione ad amianto e supporto strutturato alla riduzione del fumo.

Una roadmap in cinque passi

► Passo 1

Valutazione iniziale

- raccolta della storia medica, del rapporto con il fumo, delle esposizioni professionali, della familiarità;
- valutazione dei sintomi attuali;
- esame fisico.



► **Passo 2****Screening basale**

- spirometria;
- test allergologici, se indicati;
- dosaggio dell'alfa-1-antitripsina, se indicato;
- TC torace, se indicata.

► **Passo 3****Pianificazione personalizzata**

- calendario degli esami consigliati;
- frequenza di ripetizione;
- consulti pneumologici programmati.

► **Passo 4****Monitoraggio e promemoria**

- promemoria automatici;
- sincronizzazione con l'agenda personale;
- cronologia tracciata e accessibile.

► **Passo 5****Follow-up e adattamento**

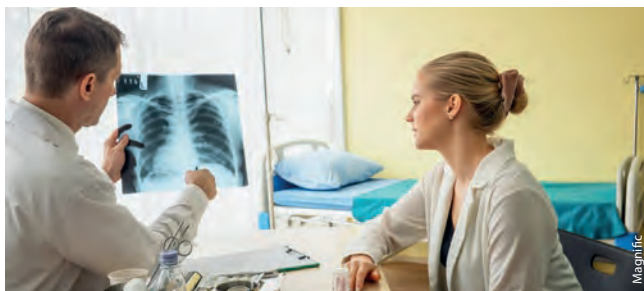
- revisione annuale del piano;
- aggiornamento con eventuali nuovi fattori di rischio;
- adeguamento delle terapie.

Sette consigli pratici**1) Parlane con il tuo medico, prima dei sintomi**

Se rientri in una categoria a rischio – fumatore o ex fumatore, esposizione professionale, familiarità – chiedi una valutazione pneumologica preventiva senza aspettare che qualcosa non vada.

2) Tieni in ordine i tuoi dati

Data e risultati degli ultimi esami, familiarità per patologie respiratorie, esposizioni professionali, sintomi anche lievi (tosse, stanchezza, fiato corto): annota tutto in un unico posto.

**3) Sincronizza con la tua agenda**

Usa strumenti che ti permettano di collegare le scadenze degli *screening* al calendario che già consulti tutti i giorni. È il modo più semplice per non saltare un controllo.

4) Condividi i risultati con tutti i tuoi medici

Il referto ha valore solo se chi ti segue lo conosce. Trasmettilo sia al medico di famiglia sia allo specialista pneumologo.

5) Se fumi, smetti, anche oggi

Smettere riduce progressivamente il rischio, a qualunque età. Non è mai troppo tardi, e il polmone ringrazia prima di quanto si creda.

6) Valuta le tue esposizioni

Se lavori in ambienti a rischio, chiedi *screening* dedicati e usa con costanza i dispositivi di protezione previsti.

7) Coinvolgi la famiglia

Se un genitore ha una patologia polmonare, parlare con figli e fratelli: la prevenzione, in Pneumologia, è spesso una questione di famiglia.

La prevenzione respiratoria è un diritto

La prevenzione respiratoria

personalizzata non è un lusso: è una necessità. In un'epoca in cui le diagnosi precoci salvano vite, le terapie funzionano meglio se la malattia è agli inizi e la tecnologia consente esami sempre più precisi: non possiamo permetterci di trascurare un piano di *screening* costruito su misura.

Se rientri in una categoria a rischio – fumatore, ex fumatore, con familiarità per patologie respiratorie, esposto sul lavoro o con sintomi che si trascinano – non aspettare che i sintomi diventino evidenti. Prendi un appuntamento con uno pneumologo. La prevenzione respiratoria inizia oggi.

Questo articolo ha finalità informative e non sostituisce il consulto medico. Per qualsiasi diagnosi o trattamento, rivolgiti sempre a un professionista sanitario qualificato. ■

azienda@sintexservizi.it

I PROSSIMI PASSI

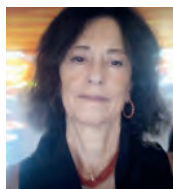
Su consultapneumologia.it puoi trovare:

- le informazioni più immediate sulle patologie respiratorie;
- Le Associazioni Pazienti di riferimento pneumologico;
- Le Società Scientifiche cui rivolgerti per un consulto con pneumologi.

La tua salute respiratoria merita attenzione. Adesso.

Cure su misura: la svolta della Medicina di precisione anche in Pneumologia

Alessandra Rozzi



Stezza patologia? Stesso farmaco, stesso dosaggio, stessa strategia terapeutica: per decenni la Medicina si è comportata così: cucendo lo stesso vestito addosso a ogni paziente affetto da una certa malattia, indipendentemente dalle sue caratteristiche individuali e specifiche. Un approccio lineare, si dirà. Ed è vero. Ma troppo spesso, un approccio inefficace. Tanto che oggi il modello della Medicina “per tutte le stagioni” sta passando il testimone a un concetto radicalmente diverso: la cosiddetta “Medicina di precisione”, che adatta diagnosi e terapie al singolo paziente e alle sue caratteristiche genetiche, molecolari, cliniche e ambientali, identificando ogni singolo individuo come unicum, e in quanto tale destinatario di terapie altrettanto uniche e personalizzate.

A dare la misura di quella che è, a tutti gli effetti, una

trasformazione epocale, è il nuovo Dossier a firma dell’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), pubblicato ad aprile con il titolo emblematico “Dalle terapie a taglia unica alle cure su misura”: un documento articolato, che descrive la svolta scientifica e metodologica in atto e che va anche oltre, misurandone l’impatto concreto sulla pratica clinica e sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). A riassumere in una frase il senso e le sfumature etiche del lavoro è il Presidente AIFA Robert Nisticò: “La Medicina di precisione non è un lusso per pochi, ma un diritto per tutti. È il modo più etico ed efficace di curare, perché consente di evitare trattamenti inutili e mette davvero al centro la persona”.

Il problema del “paziente medio”

La premessa di base del Dossier? Tanto semplice quanto innovativa: pazienti

con la stessa diagnosi possono rispondere in modo completamente diverso alle medesime terapie. E due persone con la stessa patologia, allo stesso stadio di malattia e con lo stesso profilo clinico, possono ottenere – dallo stesso farmaco – risultati diversissimi, se non addirittura opposti. Il motivo di questo fatto, ormai incontrovertibile agli occhi dei clinici, sta nella variabilità biologica individuale: geni, microbioma, stile di vita, fattori ambientali ed età – e a volte anche il genere, come ha più volte chiarito, appunto, la Medicina di Genere – alterano il modo in cui il nostro organismo risponde alle terapie.

E i passi da gigante compiuti dalla Medicina negli ultimi anni – dal sequenziamento del genoma ai progressi della genomica stessa, alla prepotente diffusione dell’Intelligenza Artificiale (AI) – hanno reso traducibile in pratica clinica la consape- ➤

▶ volezza di cui sopra. Così anche la Medicina di precisione ha avuto un'accelerazione straordinaria: oggi è infatti possibile prevedere la risposta ai farmaci, identificare i pazienti a rischio di effetti collaterali, e anche scegliere trattamenti mirati in base alle caratteristiche molecolari della malattia.

Politerapia e invecchiamento: un'urgenza tutta italiana

Il Dossier AIFA sottolinea come questa svolta sia particolarmente urgente nel contesto italiano. L'Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo, e l'invecchiamento della popolazione porta con sé una crescita inarrestabile delle malattie croniche. La conseguenza di questa realtà è la cosiddetta "politerapia": nel nostro Paese il 68% degli over 65 riceve prescrizioni di

almeno cinque farmaci contemporaneamente, e il 28,5% ne assume dieci o più.

Percentuali elevatissime, che fotografano una condizione per nulla priva di rischi: più farmaci possono interagire tra loro in modi imprevedibili, aumentando le reazioni avverse, gli errori terapeutici e i ricoveri evitabili, con costi umani ed economici elevatissimi.

"L'interazione di così tanti medicinali diventa difficile da tenere sotto controllo per gli stessi medici, e può generare effetti avversi o scarsa tollerabilità ai trattamenti per i pazienti, che abbandonano le terapie o non le assumono correttamente. La mancata aderenza terapeutica costa circa due miliardi di euro l'anno al SSN: un conto che non possiamo permetterci" afferma ancora Nisticò, sottolineando come

"per affrontare queste sfide, l'AIFA ha istituito un Tavolo tecnico dedicato proprio alla medicina di precisione e alla prescrittomica. In collaborazione con società scientifiche, Ordini professionali e accademici, stiamo lavorando per mettere a punto, a breve, indicazioni utili a tutti gli operatori sanitari e ai pazienti, soprattutto quelli in politerapia. L'obiettivo è duplice: migliorare la qualità di vita e ottimizzare l'impiego delle risorse sanitarie".

L'importanza della citata prescrittomica? È presto detto: questa, disciplina che applica i principi della Medicina di precisione alla gestione delle terapie farmacologiche, e che costituisce il *core* più autentico del Dossier AIFA, ha lo scopo di ottimizzare le prescrizioni a partire dal profilo genetico e clinico del paziente, riducendo le interazioni pericolose e migliorando così l'aderenza terapeutica. "La Medicina di precisione rappresenta una delle più grandi rivoluzioni degli ultimi decenni: un approccio innovativo che ha reso possibili terapie sempre più personalizzate – commenta il Presidente AIFA – Ora entriamo nell'era della prescrittomica, una disciplina emergente che si occupa di analizzare, integrare e ottimizzare l'uso dei farmaci sulla base del profilo genetico, biochimico e clinico del paziente. È una sfida ambiziosa ma necessaria per migliorare l'efficacia delle terapie, ridurre gli effetti collaterali e ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie".



► Oncologia, un modello da seguire

Il campo in cui la Medicina di precisione ha già dimostrato i risultati più visibili è l'Oncologia. Grazie all'identificazione di biomarcatori molecolari, oggi è infatti possibile selezionare i pazienti che risponderanno a terapie mirate – inibitori delle tirosin-chinasi, anticorpi monoclonali, immunoterapie, farmaci immuno-coniugati – evitando chemioterapie aggressive a chi non ne potrà beneficiare a causa delle proprie caratteristiche intrinseche. I risultati del processo? Molteplici: un miglioramento significativo della prognosi, e una riduzione degli effetti collaterali che cambiano radicalmente la qualità di vita dei pazienti. “In Oncologia la Medicina di precisione è già realtà, ma richiede un cambio di paradigma – osserva ancora Nistico – Dobbiamo passare da una visione basata sull'organo a una visione basata sulle caratteristiche molecolari della malattia”.

E proprio in Oncologia, la Pneumologia ha vissuto la sua prima grande rivoluzione di precisione, a proposito di una patologia seria e molto temuta: il tumore del polmone non a piccole cellule (NSCLC). Grazie al sequenziamento molecolare e all'analisi del *Next Generation Sequencing* (NGS), oggi è infatti possibile identificare mutazioni *driver* come EGFR, ALK, ROS1, KRAS G12C e altre, scegliendo per ciascuna di esse la terapia-bersaglio più appropriata. Un paziente con



mutazione EGFR, ad esempio, risponde in modo nettamente superiore agli inibitori di EGFR rispetto alla chemioterapia tradizionale: e i vantaggi di un simile approccio metodologico comprendono sopravvivenza più lunga, effetti collaterali ridotti, qualità di vita preservata. Eppure, nella realtà della pratica clinica non sempre i pazienti hanno accesso agli esami di caratterizzazione molecolare indispensabili per queste scelte terapeutiche: una disparità, questa, da colmare con urgenza.

La Pneumologia si trasforma: BPCO e asma nell'era dei biomarcatori

La rivoluzione della Medicina di precisione in Pneumologia non riguarda però solo il cancro. Anche le malattie respiratorie croniche più diffuse – broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e asma, ancora ai vertici delle classifiche di mortalità globali – stanno vivendo un'epoca nuova.

Per decenni, ad esempio, la BPCO è stata trattata con un approccio relativamente uniforme: broncodilatato- ►►

► ri, corticosteroidi inalatori, gestione delle riacutizzazioni. Ma i pazienti con BPCO non sono tutti uguali. Esistono fenotipi distinti – infiammazione eosinofila, infiammazione neutrofila, enfisema predominante – che rispondono in modo diverso alle terapie. Il concetto emergente dei *treatable traits* (tratti trattabili), recepito anche nelle ultime linee guida GOLD 2025, spinge verso una gestione personalizzata della malattia: identificate cioè le caratteristiche specifiche del singolo paziente, ci si indirizza a trattare quelle, piuttosto che affrontare la diagnosi nella sua genericità.

Un esempio concreto è rappresentato dagli eosinofili nel sangue, oggi riconosciuti come biomarcatore prezioso nella BPCO: il loro livello aiuta il clinico a prevedere chi risponderà meglio alla terapia con corticosteroidi

inalatori e, soprattutto, chi è candidato ai nuovi farmaci biologici. Il dupilumab – già noto nell'asma grave – è stato recentemente approvato come primo biologico per la BPCO con fenotipo eosinofilo, segnando un cambio di paradigma storico per una patologia a lungo considerata "incurabile nella sua progressione". Anche il mepolizumab, anticorpo monoclonale anti-IL-5, ha ottenuto il via libera europeo come terapia aggiuntiva per la BPCO eosinofila, riducendo significativamente le riacutizzazioni e i ricoveri. E presto le due molecole saranno rimborsabili anche nell'ambito del SSN italiano.

Nell'asma grave, del resto, la Medicina di precisione costituisce ormai una realtà consolidata. I biologici che agiscono sull'infiammazione di tipo 2 – mepolizumab, benralizumab, dupilumab,

tezepelumab – hanno trasformato la vita di pazienti che fino a pochi anni fa erano condannati a cicli ripetuti di corticosteroidi sistemici con gravi effetti a lungo termine. E la chiave, in questo caso, è la stratificazione: non tutti i pazienti con asma grave hanno lo stesso meccanismo infiammatorio, e scegliere il biologico giusto richiede esami mirati per la misurazione di biomarcatori specifici.

I progetti italiani: dal laboratorio al reparto

L'Italia si sta muovendo anche con investimenti strutturali. Il progetto ALPI (Approcci per le malattie polmonari idiopatiche) sviluppato dalla Fondazione Don Gnocchi, punta a costruire un modello di Medicina di precisione che integri dati clinici, biomolecolari e ambientali per la BPCO e la fibrosi polmonare idiopatica. ►►



► L'obiettivo è concreto: diagnosi precoce e differenziale, prevenzione delle riacutizzazioni e personalizzazione delle terapie, trasformando i dati complessi in strumenti pratici per il clinico di reparto.

Sul fronte della ricerca, invece, il bando AIFA 2025 per la ricerca indipendente ha raccolto 75 proposte sulla medicina di precisione – tra cui strumenti di intelligenza artificiale per l'analisi di dati clinici e molecolari combinati – a testimonianza di un ecosistema scientifico italiano vivace e proiettato verso questa direzione.

Il futuro: l'intelligenza artificiale e il passaporto farmacogenomico

Il Dossier AIFA guarda anche al futuro, prendendo in esame le prospettive aperte da intelligenza artificiale e bioinformatica e dai loro modelli predittivi in grado di anticipare l'*outcome* delle terapie ancora prima della loro somministrazione effettiva. In Pneumologia, parlando di AI applicata all'*imaging* radiologico, gli algoritmi sono già in grado di quantificare l'enfisema, di riconoscere le bronchiectasie e di identificare eventuali alterazioni vascolari polmonari.

Ma non è tutto. Perché il futuro, a quanto pare, ci riserverà anche il cosiddetto "passaporto farmacogenomico": una fotografia genetica della persona che, una volta compilata, potrebbe guidare ogni scelta terapeutica nel corso della vita. "Il passaporto farmacogenomico rappresenta



Magnific

una prospettiva concreta per migliorare sicurezza ed efficacia delle cure – anticipa Nisticò – È una sfida che richiede *governance*, equità e responsabilità nell'uso dei dati”.

La scommessa? L'accessibilità

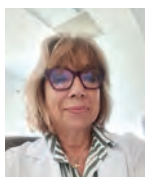
C'è però una domanda di fondo che il Dossier AIFA lascia aperta, ed è quella relativa all'equità. Le nuove tecnologie, il sequenziamento dei geni, i test molecolari, i farmaci biologici costano, e tanto. Il problema della sostenibilità economica esiste, ed è impellente. Il rischio, concreto, è che la Medicina di precisione diventi un fenomeno “di nicchia” per chi può permettersi Centri di eccellenza o percorsi privati, e che finisca per escludere pazienti fragili e aree geografiche svantaggiate.

La sfida, come sottolinea il documento AIFA, è chiara: occorre costruire *governance* solide, garantire equità di accesso ai test diagnostici avanzati, formare i professionisti sanitari in ottica molecolare, e creare infrastrutture di dati sicure e condivise. Solo così la promessa della Medicina di precisione potrà trasformarsi in diritto di cura universale, nei reparti di Oncologia come in quelli di Pneumologia, nelle grandi città come nelle aree interne del Paese. La direzione è chiara. Il prossimo passo è non lasciare indietro nessuno. ■

alessandra.rozzi@sintexservizi.it

Il Tavolo tecnico sulla salute respiratoria: un traguardo e un impegno

Bruno Balbi¹, Marco Dottorini², Antonella Serafini³



Con Decreto del Ministero della Salute 8 giugno 2026, n. 197, è stato istituito il *Tavolo tecnico (TT) sulla salute respiratoria*. Esso prevede la partecipazione delle Società Scientifiche pneumologiche, di quelle dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), di due rappresentanti della Consulta della Pneumologia e di altri membri ministeriali e di coordinamento.

Ebbene: qual è secondo il DM il compito del Tavolo tecnico? Esso persegue finalità di natura medico-scientifica e mira ad elaborare “documenti di indirizzo volti a favorire i processi e le strategie di prevenzione delle patologie respiratorie, a potenziare e sviluppare le capacità di diagnosi preco-

ci delle medesime, nonché a ottimizzare e individuare soluzioni innovative dei percorsi clinico-assistenziali dei soggetti colpiti da tali patologie, nonché affrontare ogni ulteriore tematica correlata che si renderà necessaria nel corso delle attività, raccomandazioni e standard assistenziali basati sulle più recenti evidenze cliniche”.

Data la necessità, da un lato, di mantenere un numero relativamente ristretto di componenti del Tavolo favorendone l'efficace funzionalità, dall'altra di poter affrontare tematiche diverse e altrettanto importanti (per esempio la riabilitazione respiratoria, la presa in carico palliativa, la Pneumologia di genere per una medicina personalizzata che tenga conto delle differenze tra i generi in termini di incidenza, sintomi, risposta ai farmaci e decorso, e un'attenzione particolare alle nuove tecnologie da AI), il DM prevede

che sarà possibile consultare esperti esterni con esperienza nell'argomento trattato. Sempre su temi specifici, è prevista anche la possibilità di istituire sottogruppi di lavoro.

Che cos'è un Tavolo tecnico?

Un TT è lo strumento che il Ministero attua quando riconosce che:

- a) esistono problematiche sanitarie da affrontare e approfondire, appunto, a livello “tecnico”;
- b) l'esigenza di affrontare queste tematiche nasce dalla consapevolezza del Ministero che quanto ad oggi è in atto non è sufficiente a offrire le risposte necessarie;
- c) è atteso che le possibili soluzioni indicate dal TT siano foriere di miglioramenti della salute (nel nostro caso respiratoria) della popolazione, e che al tempo stesso portino a un consistente risparmio di risorse.

¹ASL Novara; Rappresentante Consulta della Pneumologia c/o IRC

²S.S.D. Riabilitazione Respiratoria e Prevenzione Tisiopneumologica, USL Umbria 1, Perugia

³Pneumologo “Casa della Salute”, Sanremo (IM)

► Che significato ha il Tavolo tecnico sulla salute respiratoria?

Nel campo delle malattie respiratorie, o meglio – come declinato dal DM – nel campo della salute respiratoria non risulta che un tale passaggio sia mai stato fatto. Lo scriviamo con un misto di sensazioni. Da un lato è senza dubbio una grande soddisfazione per la nostra generazione essere riusciti a centrare un obiettivo così importante. Dall'altro lato sentiamo anche la responsabilità di fronte ad un passaggio "storico".

Come si è giunti all'istituzione del Tavolo tecnico?

Nel nostro racconto siamo partiti dalla fine della storia, ovvero dal raggiungimento dell'obiettivo: un obiettivo molto ambizioso che il mondo pneumologico aveva indi-



Nelle foto, l'incontro al Ministero della Salute del 14 aprile scorso per la presentazione del Libro bianco della Pneumologia e dei Policy Paper RESPIRA, preludio del Tavolo tecnico

viduato da tempo. Ma qual è stata la chiave che ha aperto la porta al successo? Nessun segreto o formula magica: solo, tanto lavoro, impegno, lucidità, perseveranza quasi al confine con la cocciutag-

gine, "in direzione ostinata e contraria", come direbbe in termini poetici Fabrizio De André.

Nel 2017, quando l'avventura della Consulta della Pneumologia ebbe inizio, la visione che avevamo era quella di una Pneumologia unita: unita nelle sue componenti scientifiche e professionali senza distinzione di appartenenza (pneumologi universitari e ospedalieri) e di branca di attività (pneumologi pediatri, fisioterapisti, allergologi, etc.). E già questo passaggio alle diverse declinazioni della professione, che si è andato consolidando negli anni, è una delle chiavi del successo. Ma oltre a questo, vi è stato un altro tassello importantissimo e insostituibile. Sia per la nostra sensibilità verso chi soffre sulla propria pelle la mancanza di respiro, sia per i nuovi tempi che viviamo con ►►



► la crescita e l'*empowerment* dei pazienti a tutti i livelli, si è verificato un cambio di passo nell'atteggiamento del mondo pneumologico verso le Associazioni di pazienti con malattie respiratorie: il coinvolgimento delle Associazioni è avvenuto fin dall'inizio in modo totale, con un ascolto reale delle esigenze dei pazienti e con una loro rappresentanza determinata democraticamente.

Oggi la Consulta della Pneumologia è una realtà consolidata, formata da otto Società Scientifiche e 15 Associazioni di pazienti tra le più rappresentative. Consulta è ormai considerata a tutti i livelli (dai media, dalle Istituzioni regionali e nazionali, dal mondo scientifico europeo) la novità e l'entità di maggior "peso" nel mondo della salute e delle malattie respiratorie, proprio perché porta "la voce dei pazienti". Quindi, se un segreto del successo che ha portato all'istituzione del TT esiste, è proprio questa capacità di presentarsi uniti agli appuntamenti importanti.

E ora, che fare?

"Hai voluto la bicicletta...?" si usa dire di fronte ai cambiamenti epocali. Ora bisogna pedalare: c'è tanto da fare, ci sono numerosi settori da rinnovare e migliorare, abbiamo tanti suggerimenti e pareri da ascoltare – specie quelli dei pazienti: per la Pneumologia si apre insomma una stagione nuova.

Alcuni esempi. Il DM parla di prevenzione: fumo (tutto il



fumo), inquinamento, esposizione agli inquinanti in ambiente di lavoro sono fattori di rischio modificabili. O meglio da modificare. Ma occorre che tali argomenti raggiungano la cima della lista di priorità della salute pubblica, che diventino ineludibili e non degli *optional*.

Nel documento si parla di diagnosi precoce, il che presuppone un'integrazione dalle cure primarie al territorio e all'ospedale di riferimento. Semplice? Sembrerebbe così: ma in quante realtà oggi tale meccanismo funziona veramente?

Si parla anche di innovazione. Si suppone, quindi, una disponibilità generalizzata di tutti i presidi tecnologici di ultima generazione,

che possa permettere una diagnostica e una terapia come da stato dell'arte nei migliori sistemi dei Paesi evoluti.

Non è il libro dei sogni: è la scaletta del Tavolo tecnico come declinata dal Ministero. Rappresenta – lo ripetiamo – un'opportunità grande e nuova per la Pneumologia, per i malati respiratori di oggi e di domani, per la salute pubblica del nostro Paese.

Buon lavoro, quindi, ai componenti del Tavolo. Teneteci aggiornati. Noi facciamo il tifo per voi. ■

centokm@gmail.com

Il Convegno annuale dell'International Respiratory Coalition (IRC)

Bruxelles, 5-6 maggio 2026

Bruno Balbi



Il Convegno annuale dei Rappresentanti IRC (International Respiratory Coalition) provenienti dalle diverse *National Coalition* europee è un evento con scadenza annuale. La *National Coalition* dell'Italia all'IRC è la Consulta della Pneumologia, e il sottoscritto, insieme a Paolo Palange dell'Università La Sapienza di Roma, ne è il delegato rappresentante.

Durante l'anno vengono organizzati quattro *meeting* in teleconferenza: certamente, però, incontrarsi di persona e trascorrere due intense giornate discutendo dei temi di riferimento dell'IRC è tutt'altra cosa.

Di cosa si è dunque discusso? Siamo partiti dalla situazione europea per quanto riguarda le malattie respiratorie croniche.

ASL Novara; Rappresentante Consulta della Pneumologia c/o IRC

Il documento congiunto OMS-ERS sulle malattie respiratorie croniche

Di seguito riporto il riassunto del recente documento su questo tema steso congiuntamente da Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e European Respiratory Society (ERS).

“Questo rapporto sulle malattie respiratorie croniche (MRC) nella Regione europea dell'OMS, elaborato dall'OMS e dalla Società Europea di Pneumologia (ERS), evidenzia che, nonostante i progressi nella riduzione della mortalità per MRC, il loro impatto e le relative disuguaglianze rimangono elevati. La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e l'asma sono le MRC più diffuse, con quasi l'80% dei decessi per MRC causati dalla BPCO. Con una popolazione che invecchia e molteplici

crisi interconnesse, si prevede che i casi di BPCO aumenteranno del 23% a livello globale entro il 2050, con un impatto maggiore sulle donne e sulle persone che vivono in Paesi a basso e medio reddito. La perdita di produttività regionale tra i 30 e i 74 anni dovuta alle MRC è stimata in 20,7 miliardi di dollari. Nella Regione, le disparità sono evidenti, con un'elevata prevalenza di MRC nella parte occidentale, ma alti tassi di ospedalizzazione e mortalità nella parte orientale.

Questo rapporto sottolinea la necessità di risposte integrate del sistema sanitario e di una prioritizzazione delle risorse per affrontare queste disparità e promuovere la sorveglianza, la ricerca e l'innovazione nel campo delle MRC. Il rapporto fornisce una serie di interventi ►►

► essenziali, opzioni politiche ed esempi nazionali, sottolineando l'importanza del controllo del tabacco e della qualità dell'aria, affrontando i determinanti sociali della salute e garantendo la continuità delle cure. Sfruttando questo rapporto, i Paesi possono dare priorità agli interventi essenziali per le malattie croniche, potenziare i propri sistemi sanitari, ridurre le disuguaglianze e migliorare la qualità della vita delle persone affette da tali patologie”.

Le considerazioni di base

Chiarito il quadro di riferimento, veniamo ora alla cronaca dei lavori svolti.

Prima di tutto i partecipanti: 21 Paesi europei erano rappresentati a Bruxelles da 71 delegati. Tra i presenti, lo stato maggiore dell'ERS al completo: la Presidente in carica Joanna Chorostowska (Polonia), il Presidente Eletto Marc Miravittles (Spagna), la Segretaria Generale Ildiko Horvath (Ungheria), la Direttrice Generale Isabelle Moussard Carlsen, la Direttrice dell'European Lung Foundation (ELF) Pippa Powell, il Direttore dell'*Advocacy* Brian Ward.

Merito degli organizzatori, capeggiati dal Presidente IRC Anita Simonds (Regno Unito), è stato quello di “condurre le danze” in maniera sintetica ed efficace. I temi trattati sono stati diversi: lo stato attuale delle MRC in ciascuna Nazione rappresentata, e non solo – ovviamente – da un punto di vista epidemio-



Bruno Balbi con il Presidente Eletto ERS Marc Miravittles e la Presidente in carica ERS Joanna Chorostowska-Wynimko

logico né clinico, ma in generale dal punto di vista della “reputazione” – passatemi il termine – o meglio dalla considerazione che le MRC hanno nei diversi Paesi.

È chiaro, infatti, che ci si trovi di fronte a situazioni diverse, non foss’altro per le significative differenze economiche, storiche, politiche ed epidemiologiche che contraddistinguono i diversi Paesi. Paragonare Armenia e Moldavia a Francia e Germania non è facile. In realtà, però, questa riunione è riuscita a centrare anche questo obiettivo. Perché alla fine i problemi sono accomunati da un unico fattore: in che misura le MRC trovano orecchie attente tra i decisori politici? Quanto il grande pubblico è consapevole dell'importanza di preservare e curare l'apparato respiratorio per la salute di tutti e di ognuno? E soprattutto, qual è la via migliore per giungere a collocare le MRC dove meritano nella scala di priorità degli argomenti di

sanità pubblica?

Se ci poniamo queste domande e teniamo d'occhio questi obiettivi, vediamo che in fondo le differenze tra Paesi dell'Europa Occidentale od Orientale (ex-sovietici), e tra Paesi ricchi (facenti parte del G7) e Paesi meno ricchi, si annullano.

È sempre un'esperienza interessante osservare come la mancanza di giusta considerazione delle MRC, e il *gap* esistente tra queste patologie e altre situazioni di grande impatto sanitario e sociale (e.g. malattie cardiovascolari e tumori) è un dato comune a tutti.

Proprio partendo da queste considerazioni nel decennio scorso in Italia abbiamo dato vita alla Consulta della Pneumologia. Da noi le MRC erano (e in gran parte sono ancora) sottodiagnosticate, sottovalutate, sottovalutate, sconosciute, trascurate. Vi è poca attenzione e conoscenza da parte del grande pubblico, dei media, delle Istituzioni.



► Ma credetemi: anche se nei vari Paesi ci si colloca a tappe diverse lungo la strada che porta a un maggiore impatto delle MRC sui sistemi sanitari – questo tipo di considerazioni, suffragate da dati concreti, sono comuni a tutte le Nazioni.

I lavori

Veniamo quindi ai lavori svolti. Abbiamo avuto relatori di prim'ordine, che hanno letteralmente sviscerato gli argomenti all'ordine del giorno. Su invito dell'IRC era presente una rappresentante della Malesia, Paese in cui è stato lanciato un programma di salute respiratoria integrata tra cure primarie, specialisti e ospedali pubblici e privati, ottenendo risultati molto importanti: miglioramento della salute respiratoria, diagnosi precoci, riduzione di morbilità e mortalità e – inevitabilmente – risparmio economico. Sì, perché la parte più difficile per noi del mondo pneumologico, che ci può rendere più o meno efficaci

nell'interlocuzione con i decisori politici e i terzi pagatori, consiste proprio nello spiegare che le nostre richieste non sono foriere di maggiori spese, ma che al contrario portano maggiori risparmi, almeno nel medio-lungo termine.

Infatti, senza contare la riduzione delle sofferenze e del numero di decessi (in fondo siamo medici e operatori sanitari, giusto?) i piani nazionali sulle malattie respiratorie hanno sempre visto come risultato economico, ove attuati, una riduzione dei capitoli di spesa legati alle MRC. Un esempio su tutti: la riduzione delle percentuali di fumatori e la correlata riduzione di neoplasie polmonari, BPCO, etc.

Ha quindi preso la parola una delegata OMS, organizzazione che ha da tempo intrapreso la strada di un corretto riconoscimento delle MRC. È stata proposta una *partnership* tra OMS e alcuni Paesi partecipanti (si è candidata la Moldavia) per iniziare e gestire insieme un

percorso nazionale di valorizzazione delle MRC.

Vi sono poi state testimonianze dei progressi avvenuti nei vari Paesi: interessante quella del Portogallo, dove i colleghi sono riusciti a far decollare un programma nazionale coinvolgendo i vari attori in gioco: cure primarie, specialisti, ospedali e territorio.

Una simile esperienza, per il momento coronata dal successo, è stata portata avanti anche in Francia, dove per equilibri istituzionali diversi dai nostri, si è partiti dalla Presidenza (la Francia è una Repubblica Presidenziale), giungendo poi – a cascata – ai livelli ministeriale, regionale e locale.

Le diverse esperienze hanno comunque un tratto comune: come detto, si parte dalla necessità di riposizionare le MRC all'interno di ciascun sistema sanitario nazionale. Si procede quindi a una "chiamata alle armi" delle diverse componenti: dagli specialisti pneumologi ad altri specialisti (esem- ►►



Foto di gruppo del Convegno IRC a Bruxelles



Celebrazione del World Asthma Day al Théâtre de Vaudeville a Bruxelles

► pio allergologi e oncologi), coinvolgendo altri operatori sanitari (infermieri, fisioterapisti, operatori delle cure primarie), e chiedendo la loro collaborazione, ma anche ascoltando attivamente le istanze portate dai pazienti tramite le loro Associazioni. Ci si presenta così uniti verso le Istituzioni, i media e il grande pubblico.

Tutto ciò, però, evidentemente non è sufficiente: dev'essere infatti messa in campo una grande azione di *marketing* (dando alla parola il giusto significato, che non è quello commerciale) verso il resto del mondo civile e sociale, che non conosce le nostre tematiche e non ha mai prestato attenzione ad esse. Ovviamente non è compito nostro mettere in atto questa attività divulgativa rivolta al grande pubblico: l'azione va pensata e attuata da parte di professionisti del settore, cui il mondo pneumologico consegnerà gli *input* e i contenuti da veicolare.

L'altro grande capitolo è costituito dalla necessaria opera educativa da svolgere in favore di figure professionali che dovranno – forse per la prima volta – affrontare in modo nuovo e operativo il tema delle MRC. Anche questo è uno scoglio da superare, cercando da un lato di coinvolgere il maggior numero di figure professionali possibili (ad esempio nell'esecuzione di spirometrie semplici), dall'altro di mantenere standard accettabili.

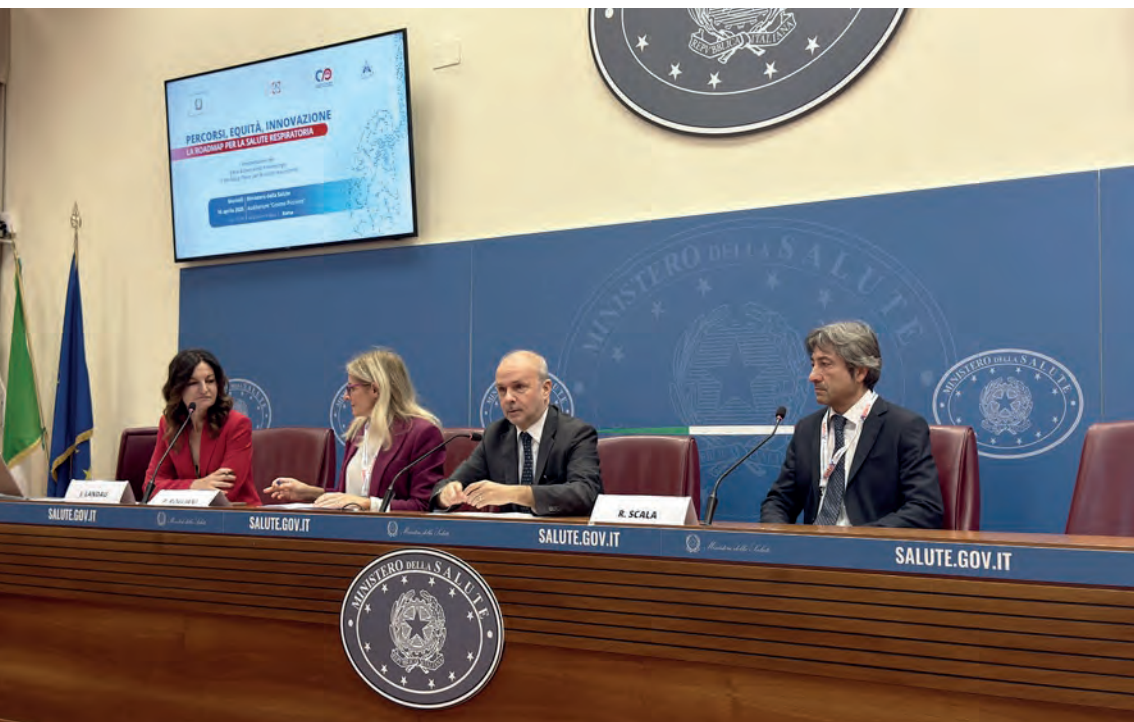
L'Italia? In altro contributo su questo numero di *Respiro* viene dato conto dello stato dell'arte del nostro percorso, che comprende l'importantissimo passaggio ministeriale del 14 aprile scorso quando AIPO-ITS/ETS, SIP/IRS e Consulta della Pneumologia hanno presentato a Roma il Libro bianco della Pneumologia e i tre Policy Paper del progetto RESPIRA, cui ha fatto seguito il decreto ministeriale che ha istituito il Tavolo Nazionale della Salute

Respiratoria. Dal canto mio, a Bruxelles ho presentato questa progettualità (RESPIRA) insieme alle altre in atto (REMaRE, i *webinar*, etc.) e ho percepito grande attenzione e un notevole interesse a fronte delle nostre vicende. Tra queste, il cambio di *governance* di Consulta con la recente elezione del Comitato Promotore formato da sette rappresentanti, tre per le Società Scientifiche e quattro per le Associazioni Pazienti (e questa proporzione a favore dei pazienti ha riscosso l'approvazione e stimolato gli applausi dei delegati).

La riunione ha coinciso con la Giornata Mondiale dell'Asma, celebrata con un evento serale al Theatre de Vaudeville nel centro di Bruxelles, tra testimonianze di pazienti, di parlamentari europei e del rappresentante OMS delegato alle MRC.

In conclusione, l'IRC rappresenta oggi un'entità destinata a risultare decisiva nella storia delle malattie respiratorie e della Pneumologia in tutta Europa. L'Italia ne fa parte come socio fondatore, e può da un lato collaborare alla messa in opera degli obiettivi IRC a livello Europeo, dall'altro trarre grande giovamento nell'impostazione dei programmi nazionali e del futuro Piano nazionale sulle malattie respiratorie da attuare nel solco della normativa, delle procedure e della tradizione scientifica rappresentata a livello Europeo da ERS. ■

centokm@gmail.com



DALLE RACCOMANDAZIONI ALLE DECISIONI

salute respiratoria: dalla prevenzione alla rete territoriale, la nuova roadmap tra politica e sistema sanitario

Il 14 aprile 2026 segna un passaggio fondamentale per la salute respiratoria in Italia



con il contributo incondizionato



L'evoluzione della dipendenza da nicotina: strategie industriali e sfide di sanità pubblica

Chiara Bucchi¹, Vincenzo Zagà², Gian Piero Bandelli³



Il tabagismo rappresenta il principale fattore di rischio evitabile per patologie croniche non trasmissibili: neoplasie, malattie cardiovascolari e respiratorie. L'introduzione sul mercato italiano di sigarette elettroniche (ENDS, *e-cig*) e prodotti a tabacco riscaldato (HTP) rispettivamente nel 2014 e nel 2018 ha ridefinito il panorama della dipendenza, intercettando le coorti giovanili. Tra gli adolescenti si sta inoltre facendo strada il fenomeno del poli-consumo che prevede un uso composito dei prodotti da fumo: dalle sigarette tradizionali ai dispositivi elettronici, con o senza nicotina.

Impatto epidemiologico

Secondo l'OMS, il consumo di tabacco causa oltre 7 milioni di decessi annui a livello globale, cui si somma



Figura 1. Evoluzione del consumo di tabacco negli anni.

no 1,6 milioni di morti per esposizione al fumo passivo. Nell'Unione Europea, nonostante i progressi normativi, fuma ancora il 26% della popolazione generale e il 29% dei giovani tra i 15 e i 24 anni, con un tasso di mortalità prematura che colpisce il 50% dei fumatori stabili (con una riduzione media dell'aspettativa di vita di 10 anni¹).

In Italia, secondo i dati di sorveglianza PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) relativi al 2024, si stima che tra gli adulti tra i 18 e 69 anni, uno su quattro sia fumatore abituale (24%), con un consumo medio giorno-

liero di circa 12 sigarette, e 21 fumatori su 100 arrivano a consumarne più di un pacchetto. Di questo 24%, il 19% riferisce un uso esclusivo di sigarette tradizionali, mentre il 5% dichiara di fumare sia sigarette tradizionali che un dispositivo elettronico (*e-cig* e/o HTP), incrementando così il fenomeno del poli-uso.

La persistenza di questi indici è alimentata dalla transizione tecnologica verso HTP e ENDS. Infatti, a fronte di una tendenza in lenta riduzione della prevalenza di fumatori di sigaretta tradizionale, aumenta l'uso della sigaretta elettronica (per lo ►►

¹S.S. Pneumologia, U.O. Medicina Interna, Ospedale S. Maria della Scaletta Imola, AUSL Imola (BO)

²Pneumologo, Bologna. Membro SITAB, ALIBERF

³U.O. Pneumologia, Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna, Bologna

► più con uso di nicotina) e dei dispositivi a tabacco riscaldato, sia tra i fumatori, che diventano così dediti al poliuso dei prodotti del tabacco, sia fra i “non fumatori” o gli “ex fumatori”.

I dati dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) rivelano che questi prodotti stanno facendo aumentare i consumatori tra i più giovani, con quasi il 40% degli studenti delle scuole superiori che ne fa uso. I dati raccolti su un campione rappresentativo di studenti delle scuole medie e superiori mostrano infatti come il consumo di tabacco o di nicotina si concentri nei fine settimana o nei giorni di festa, e come, nonostante il divieto di vendita ai minori, alcuni studenti dichiarino di acquistare i prodotti consumati senza alcun rifiuto da parte del rivenditore.

Nuovi vettori di dipendenza: focus sulle e-cig

Sebbene promossi come strumenti di riduzione del danno da fumo, HTP e ENDS espongono gli utenti a emissioni tossiche e cancerogene, come ad esempio: formaldeide, acetaldeide, acroleina e toluene, seppur con livelli inferiori rispetto alle sigarette classiche².

Considerando invece l'emissione di alcuni metalli pesanti, lo studio di Saffari et al³, del 2014 ha dimostrato come argento e nichel siano emessi a livelli maggiori dalle sigarette elettroniche rispetto a quelle convenzionali. Allo stesso tempo, evitando la combustione di tabacco, gli



Figura 2. Struttura sigaretta elettronica.

idrocarburi aromatici policiclici (PAHs) sono generalmente non rilevabili o presenti a concentrazioni molto basse negli aerosol delle sigarette elettroniche.

Le sigarette elettroniche generano un aerosol riscaldando una soluzione (cosiddetta *e-liquid*) mediante una bobina metallica (*metallic coil*).

Analisi successive condotte sui reali dispositivi di sigarette elettroniche utilizzate dai consumatori hanno indicato che il contributo dell'*e-liquid* all'emissione di questi metalli (nichel, cromo, piombo, rame, zinco, stagno) è minimo, e che gli stessi metalli tendono ad essere originati da altre componenti delle *e-cig*. In altre parole, era il dispositivo a contaminare il liquido inalato, in particolare attraverso la *coil*, le leghe delle resistenze, le saldature, i fili metallici e le connessioni elettriche del *device*.

Le sigarette elettroniche possono contenere:

- liquidi (generalmente aromatizzati) con o senza nicotina, che vengono riscaldati ed emettono vapori/aerosol (il cosiddetto “svapare”);
- sali di nicotina, che permettono l'assorbimento di

elevate quantità di nicotina e poca emissione di vapore (formato più piccolo, simile a chiavette USB).

La nicotina impiegata (naturale, sintetica o in sali) esercita una potente azione neurobiologica d'induzione alla dipendenza, agendo su un *target* giovanile già psicologicamente e neurologicamente vulnerabile. La nicotina non è di per sé una sostanza cancerogena, ma aumenta il rischio di tumore nei fumatori, inducendo dipendenza e prolungando l'esposizione al fumo.

Parlando di sigarette elettroniche, inoltre, non può essere trascurato nemmeno il loro impatto negativo sull'ambiente. L'utilizzo di *e-cig* monouso, che vengono quindi regolarmente gettate, porta a un accumulo nell'ambiente di batterie contenenti sostanze inquinanti e metalli pesanti come litio o nichel, dannosi per l'ecosistema.

Strategie di marketing e interferenza regolatoria

In linea con le direttive della Giornata Mondiale senza Tabacco (*World No Tobacco Day 2026*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), emerge l'urgenza di ►►

► contrastare le tattiche dell'industria volte a reclutare una nuova generazione di consumatori. Le multinazionali eludono i controlli tradizionali attraverso:

- innovazione chimica e di *design*: uso di nicotina sintetica e sali di nicotina per aumentare il potenziale di dipendenza, associato a *packaging* minimalisti e aromi accattivanti. Considerando gli aromi, ad esempio, i più ricercati risultano quelli fruttati, dolci e cremosi e ancora freschi e mentolati, mentre sono meno utilizzate le sigarette elettroniche non contenenti aromi;
- canali digitali: promozione e *marketing* mirato sui *social media* per intercettare la fascia scolastica (11-17 anni).

Parallelamente, la risposta legislativa subisce rallenta-



Figura 3. Andamento del ranking italiano rispetto agli altri Paesi europei secondo la Tobacco Control Scale, dal 2005 al 2025

menti a causa delle interferenze delle *lobby* istituzionali, in violazione dell'Articolo 5.3 della Convenzione Quadro dell'OMS (FCTC). Come denunciato dalle Reti scientifiche europee (es. ENSP), la mancanza di trasparenza e i conflitti d'interesse all'interno degli organi ministeriali agiscono come ostacoli deliberati all'adozione di misure-chiave, quali il confezionamento standardizzato neutro e il divieto degli aromi⁴.

Framework d'intervento e cessazione

La Tobacco Control Scale (TCS) quantifica nei vari Paesi europei il grado di adozione delle sei politiche volte a contrastare la diffusione del tabacco, identificate dall'OMS e dalla Banca Mondiale come le più efficaci. Queste sono:

- 1) aumento dei prezzi tramite aumenti della tassazione;
- 2) divieto di fumo nei luoghi pubblici e privati;



- 3) finanziamento di campagne informative pubbliche;
- 4) divieto di pubblicità;
- 5) avvertenze di salute sui pacchetti di sigaretta;
- 6) accesso ai trattamenti per la cessazione del fumo.

Secondo l'edizione 2025 della *Tobacco Control Scale* (TCS, appendice 13), l'Italia si colloca al 35° su 37 posti, perdendo progressivamente posizioni rispetto agli anni precedenti (era al 18° posto nel 2021), con un declino principalmente dovuto alla mancata equiparazione normativa dei prodotti a tabacco riscaldato con le sigarette convenzionali, e a politiche fiscali considerate meno efficaci rispetto a quelle degli altri Paesi europei.

Il contrasto a questa emergenza sanitaria richiede un approccio strutturato basato su tre direttrici programmatiche:

- 1) prevenzione primaria: divieto assoluto di aromi, pubblicità e sponsorizzazioni sui media digitali, unitamente alla regolamentazione restrittiva del *design* del prodotto;
- 2) equiparazione normativa e fiscale: allineamento della tassazione e dei divieti di utilizzo nei luoghi pubblici tra nuovi dispositivi (HTP/ENDS) e tabacco tradizionale, per preservare gli spazi liberi da fumo e aerosol. Un sensibile aumento della tassazione di tali prodotti non solo aiuterebbe a ridurre il consumo, ma potrebbe permettere di destinare parte delle maggiori entrate al rimborso di



trattamenti economici ed efficaci per la cessazione del fumo, come ad esempio la citisina;

- 3) sostegno ai servizi di supporto: potenziamento dei Centri Antifumo e delle linee di assistenza istituzionali (es. Telefono Verde contro il Fumo dell'ISS: 800554088), affiancati da un monitoraggio epidemiologico continuo dei trend nazionali, non solo della fascia giovanile, ma anche della popolazione generale.

Conclusioni

La tutela della salute pubblica, in particolare delle fasce giovanili, impone di blindare i processi decisionali dalle interferenze commerciali delle multinazionali del tabacco. Solo l'adozione di politiche protettive transnazionali e il rafforzamento dei percorsi di cessazione validati su base scientifica permetteranno di

arginare la diffusione delle nuove forme di dipendenza riducendo la mortalità prematura globale. ■

gianpiero.bandelli@gmail.com

Bibliografia

- 1) BANDELLI GP, ZAGÀ V. *L'impatto devastante della sigaretta sull'aspettativa di vita*. *Tabaccologia* 2022;22:3-5.
- 2) GONIEWICZ ML, KNYSAK J, GAWRON M, ET AL. *Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes*. *Tob Control* 2014;23:133-9.
- 3) SAFFARI A, DAHER N, DE MARCO C, ET AL. *Particulate metals and organic compounds from electronic and tobacco-containing cigarettes: comparison of emission rates and secondhand exposure*. *Impatti dei processi e delle scienze ambientali*; 2014;16:2259-67.
- 4) CATTARUZZA MS, ZAGÀ V. *The WHO Framework Convention (FCTC) that changed tobacco control*; *Tabaccologia* 2023;21:3-6.

Smettere di fumare con la citisina: una nuova opportunità rimborsata dal Servizio Sanitario Nazionale

Andrea S. Melani, Elena Bargagli, Annalaura di Grazia, Chiara Diana



Smettere di fumare è uno degli interventi più efficaci per migliorare la salute, ma anche uno dei più difficili da realizzare senza un supporto adeguato, infatti, i fallimenti e le ricadute sono molto frequenti. Il tabagismo è una vera e propria dipendenza, della quale oggi sono ben noti i meccanismi biologici.

La nicotina inalata fumando sigarette di tabacco viene assorbita nei polmoni e raggiunge il cervello in tempi brevi, stimolando i circuiti della gratificazione e creando un legame forte tra sigaretta e piacere. Nel tempo, infatti, fumare diventa un automatismo piacevole: si pensi alla sigaretta dopo il caffè o nei

momenti di tensione. Nei fumatori abituali si sviluppa dipendenza e, quando si prova a smettere, si deve affrontare una vera e propria sindrome da astinenza. Per questo motivo la cessazione del fumo deve essere considerata un vero percorso terapeutico inclusivo di *counseling* e strategie comportamentali continuate nel tempo e, quando indicato, occorre valutare l'aggiunta di farmaci in grado di ridurre i sintomi dell'astinenza. In questo scenario si inserisce la citisina, molecola oggi al centro di crescente attenzione anche in Italia, dopo che ne è stata decretata la rimborsabilità da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)¹.

Che cos'è la citisina

La citisina è un principio attivo di origine vegeta-

le utilizzato per favorire la cessazione del fumo come schematizzato in Figura 1: stimola infatti alcuni recettori neuronali dell'acetilcolina, gli stessi stimolati dalla nicotina contenuta nelle sigarette. Agisce inoltre come agonista/antagonista parziale: come agonista stimola i recettori attenuando l'astinenza da nicotina, e come antagonista parziale occupa i recettori nicotinergici in modo tale che, fumando, ne limita l'attivazione piena da parte della nicotina, riducendo gli effetti piacevoli legati al fumo².

Una molecola già utilizzata nell'Europa centro-orientale

Sebbene oggi se ne parli come di una novità nel trattamento del tabagismo, la citisina non è una molecola nuova. Per decenni è stata utilizzata in diversi Paesi ►►

UOC Malattie dell'Apparato Respiratorio, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Centro di Riferimento Regionale Malattie Rare Respiratorie e Trapianto di Polmone, Scuola di Specializzazione Malattie dell'Apparato Respiratorio, Università di Siena, Siena

Citisina: che cos'è e come aiuta a smettere di fumare

Una molecola usata per la cessazione del fumo

1. Che cos'è

La citisina è un farmaco usato per aiutare a smettere di fumare.

2. Come funziona

Agisce come agonista parziale dei recettori nicotinici: riduce il desiderio di fumare e rende la sigaretta meno gratificante.

3. Percorso terapeutico

Va inserita in un percorso strutturato con supporto medico e comportamentale.

4. Effetti indesiderati più comuni

- nausea
- disturbi gastrointestinali
- insonnia
- mal di testa

Non è un rimedio fai-da-te:
va usata secondo indicazione medica.

Smettere di fumare è il miglior investimento per la tua salute.

Figura 1. Come agisce la citisina e i suoi principali effetti collaterali

► dell'Europa centro-orientale come aiuto farmacologico per smettere di fumare. Di recente ha ricevuto maggiore attenzione anche nei Paesi occidentali, in seguito alla disponibilità di nuove evidenze cliniche e al crescente interesse per trattamenti efficaci e accessibili per programmi di cessazione del fumo^{2,3}. Questo spiega perché la citisina può essere considerata una novità nel contesto italiano, essendo stata inserita in un percorso terapeutico

che prevede la rimborsabilità da parte del SSN¹.

Il ruolo della citisina nel percorso di cessazione

La citisina non sostituisce la motivazione personale alla cessazione. Può però aumentare le probabilità di successo quando viene inserita in un percorso strutturato. Il farmaco è indicato, assieme a *counseling*, come supporto alla cessazione in fumatori di sigarette di tabacco con dipendenza nicotinica e mo-

tivati a smettere di fumare. La confezione rimborsabile contiene 100 compresse rotonde, biconvesse, di colore bianco, con diametro di 6 mm, contenente ciascuna citisina 1,5 mg, da assumere per via orale con acqua^{1,4}. In Tabella 1 è stato riportato lo schema posologico suggerito dal produttore, che prevede un carico iniziale di farmaco nei primi tre giorni e un progressivo *step-down* per una durata totale di 25 giorni. Abitualmente si consiglia di ridurre il numero di sigarette fumate nei primi quattro giorni di trattamento con data di astensione completa dal fumo al quinto giorno.

Una revisione ha incluso 14 studi randomizzati controllati che hanno coinvolto 9.953 adulti. La citisina si è dimostrata superiore al placebo (Rapporto di Rischio - RR 2,78; Intervallo di Confidenza - IC al 95% 1,64-4,70 con otto *trial* inclusivi di 5.762 partecipanti) e alla terapia sostitutiva della nicotina (RR 1,39, IC 95% 1,12-1,73; due studi per 1.511 partecipanti), ma non alla vareniclina (RR 1,02, IC 95% 0,72-1,44; quattro *trial* per 2.708 partecipanti) per ►►

Giorno	N. cpr/die	Frequenza assunzione
Dal 1° al 3°	6	1 cpr. ogni 2 ore (sino a 6 al giorno)
Dal 4° al 12°	5	1 cpr. ogni 2,5 ore (sino a 5 al giorno)
Dal 13° al 16°	4	1 cpr. ogni 3 ore (sino a 4 al giorno)
Dal 17° al 20°	3	1 cpr. ogni 5 ore (sino a 3 al giorno)
Dal 21° al 25°	2	1 cpr. ogni 7 ore (sino a 2 al giorno)

Tabella 1. Schema posologico consigliato di utilizzo per citisina

► l'astinenza al *follow-up* più lungo. Rispetto al placebo, la citisina ha aumentato principalmente gli eventi avversi gastrointestinali (RR 1,15; IC 95% 1,06-1,25), mentre ha causato un numero inferiore di eventi avversi rispetto alla vareniclina (RR 0,67; IC 95% 0,48-0,95; tre studi per 2.484 partecipanti)⁵. Gli effetti indesiderati più comuni della citisina riguardano soprattutto l'apparato gastrointestinale e il sonno. Possono comparire, infatti, nausea, disturbi digestivi, secchezza della bocca, insonnia, e cefalea². La citisina si è dimostrata molto efficace, ma durante il percorso l'utilizzatore deve essere accompagnato anche sul piano comportamentale, individuando di comune accordo una data precisa per

smettere di fumare, ed eliminando sigarette e accendini dall'ambiente domestico.

Tuttavia, è importante ricordare come esistano varie opzioni farmacologiche utili come supporto alla cessazione tabagica. Tra queste vi sono la terapia sostitutiva con nicotina, disponibile sotto forma di cerotti, gomme, pastiglie o *spray*, e farmaci non nicotinici come la vareniclina e il bupropione. La vareniclina ha un'azione simile alla citisina, ma dal 2021 non è più disponibile in commercio. Pertanto, la citisina costituisce un'ulteriore possibilità terapeutica accanto ad altre opzioni consolidate. La scelta del trattamento più adatto deve essere individualizzata e valutata con un professionista sanitario in

base al grado di dipendenza, alle precedenti esperienze di cessazione, alle condizioni cliniche del paziente, alle possibili controindicazioni e alle disponibilità dei farmaci.

La rimborsabilità in Italia: perché è una novità importante

La rimborsabilità della citisina da parte del SSN rappresenta una novità significativa per la sanità pubblica italiana. La Gazzetta Ufficiale ha recentemente pubblicato i provvedimenti AIFA relativi alla classificazione e alla rimborsabilità del medicinale¹. Secondo quanto riportato nelle informazioni sanitarie divulgative italiane, la rimborsabilità è collegata a un percorso di cessazione del fumo con accesso attraverso i Centri Antifumo e supporto psicologico adeguato^{4,6}. La rimborsabilità non dev'essere interpretata come semplice gratuità del farmaco, ma come parte di un modello assistenziale. L'utilizzatore dev'essere valutato, seguito e accompagnato. In questo modo il trattamento farmacologico non resta isolato, ma diventa uno strumento dentro una strategia più ampia. La citisina, infatti, non è indicata per tutti. Alcune condizioni cliniche possono limitarne o impedirne l'uso: insufficienza renale, recente infarto del miocardio, ictus, angina instabile e aritmie clinicamente rilevati. Non vi sono sufficienti informazioni per quanto riguarda l'uso in età pediatrica e sopra i 65 anni. Inoltre, l'uso della ►►



► citisina è controindicato in gravidanza e durante l'allattamento: le donne in età fertile, pertanto, devono essere adeguatamente informate della necessità di utilizzare metodi contraccettivi altamente efficaci durante il trattamento. Anche in questo caso il messaggio è chiaro: la citisina non va assunta autonomamente, ma all'interno di un percorso sanitario⁷.

Conclusioni

La rimborsabilità della citisina segna un passaggio importante nella lotta al tabagismo in Italia. Un farmaco specifico per la cessazione del fumo diventa accessibile attraverso il SSN secondo un percorso regolato. È un segnale sanitario e culturale: smettere di fumare oggi non è solo una questione di volontà, ma un obiettivo di cura che può e dev'essere sostenuto. La citisina non elimina da sola la dipendenza, ma può ridurre il desiderio di fumare e i sintomi dell'astinenza, aiutando il paziente a costruire un distacco reale dalla nicotina. Per chi fuma e desidera smettere, il passo più utile è parlarne con il medico o rivolgersi a un Centro Antifumo. Con il giusto supporto, la cessazione non è soltanto un proposito: può diventare un percorso concreto, accessibile e sostenibile. ■

bargagli2@gmail.com

Bibliografia

1) Agenzia Italiana del Farmaco. *Avviso di pubblicazione di provvedimenti di classificazione e rimborsabilità, ed atti correlati, di specialità medicinali sul*



portale "TrovaNormeFarmaco". Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale n. 21, 27 gennaio 2026. Codice redazionale 26A00339.

2) LIVINGSTONE-BANKS J, FANSHAW TR, THOMAS KH, ET AL. *Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation*. Cochrane Database Syst Rev 2023;5:CD006103.

3) World Health Organization. *Application for the inclusion of cytisine on the WHO Model List of Essential Medicines for the treatment of nicotine dependence as an aid to stopping smoking and tobacco use*. Geneva, 2024.

4) Fondazione Umberto Veronesi. *La citisina per smettere di fumare è ora rimborsabile dal SSN*. Fondazione Umberto Veronesi

Magazine, 30 marzo 2026.

5) OFORI S, LU C, OLASUPO OO, ET AL. *Cytisine for smoking cessation: a systematic review and meta-analysis*. Drug Alcohol Depend 2023;251:110936.

6) Fondazione Umberto Veronesi. *Citisina: cosa fare prima di assumerla*, 2 aprile 2026.

7) Electronic Medicines Compendium. *Cytisinicline 1.5 mg tablets: summary of product characteristics*. London: Datapharm; 2025 Available from: Cytisinicline 1.5 mg tablets - Summary of Product Characteristics (SmPC) - (emc) | 15789.

L'uso dei *social* nella corretta informazione scientifica e nell'interazione medico-paziente

Gennaro D'Amato



Al momento attuale *social media* come Facebook, LinkedIn, Instagram e altre piattaforme *online* rappresentano parte integrante della vita di moltissime persone, anche sul versante delle relazioni con gli altri. Di più: i *social media* vengono talvolta utilizzati anche dai medici come strumenti per fornire informazioni, soprattutto nel contesto della loro professione. Ebbene, a fronte di questa evidenza i *follower* delle pagine *social* di medicina si pongono frequentemente una domanda: “Come mai medici ancora attivi nella professione, e quindi impegnati nell’attività medica, impiegano una quota parte del proprio tempo – a volte anche diverse ore al giorno – per scrivere pagine sui *social media* allo scopo di trasmettere informazioni?”. Diverse

Pneumologo e Allergologo, Napoli



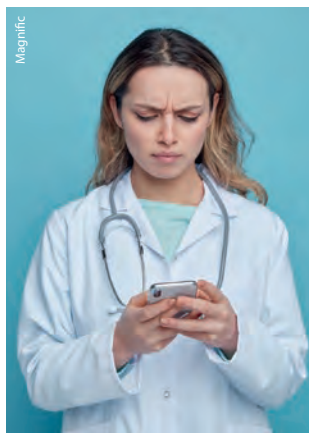
le possibili risposte: alcuni pensano che questi medici abbiano semplicemente una tendenza a mettersi in mostra. Io, invece, credo che si tratti di professionisti seri nei quali emerge l’obbligo morale di offrire informazioni corrette, soprattutto in un’epoca – quella attuale – in cui si assiste a un vero e proprio bombardamento di *fake news*.

Le “storture” dell’informa-

zione cosiddetta “scientifica” sono infatti aumentate notevolmente durante il lungo periodo epidemico del SARS-CoV-2. Parecchie *fake news*, allora, sono state diffuse da *no vax* contrari ai vaccini e preoccupati per i loro effetti, anche attraverso giudizi negativi contro la pratica delle vaccinazioni in generale. Si è infatti arrivati a criticare quelle obbligatorie dell’infanzia perché ►►

▶ secondo i detrattori sarebbero previste in numero eccessivo, rendendosi colpevoli di sovraccaricare un organismo in fase di sviluppo come quello infantile. Il tutto senza tener conto che i vaccini hanno invece salvato e salvano milioni di vite. D'altra parte, però, i due scienziati le cui scoperte hanno reso possibile il vaccino mRNA anti SARS-CoV-2 hanno ricevuto il Premio Nobel 2023 per la medicina.

Purtroppo all'epoca, tra i *no vax*, si sono schierati anche alcuni medici: un fatto a mio parere non condivisibile, in quanto l'immunologia, che è alla base delle pratiche vaccinali, è anche alla base della medicina nel suo complesso. Fortunatamente però, la grande maggioranza della classe



medica si è posizionata focalizzando l'importanza delle vaccinazioni. Ovviamente, come ogni atto medico, anche i vaccini possono indurre effetti collaterali, ma questi sono decisamente inferiori rispetto agli effetti positivi protettivi. Oltretutto, tra i medici divulgatori di informazioni corrette sui *social* ci sono persone in grado di dimostrare un substrato scientifico non indifferente, dotato di un H-Index di tutto rispetto.

In ogni caso per contrastare le *fake news* spesso diffuse anche attraverso le piattaforme *social* e per valutare contemporaneamente la produttività scientifica di un autore, si può accedere a *PubMed* (curato dal National Institute of Health USA e presente in rete al link <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>), inserendo il cognome e l'iniziale del nome di un autore: a questo punto sarà possibile accedere all'elenco di pubblicazioni del suddetto. Va sottolineato che le pubblicazioni hanno un *Impact Factor* differente a seconda dell'importanza della rivista. In ogni caso *PubMed*

H-Index, una patente di qualità

L'H-index è una metrica bibliometrica utilizzata per valutare contemporaneamente la produttività e l'impatto scientifico di un ricercatore. È calcolato misurando l'equilibrio tra il numero di pubblicazioni e le citazioni ricevute. L'indice si basa su una regola semplice: se un ricercatore ha, ad esempio, un H-Index pari a 15, significa che ha all'attivo 15 articoli scientifici che hanno ricevuto, ciascuno, almeno 15 citazioni, mentre i restanti articoli dello stesso autore hanno ricevuto un numero inferiore o uguale a 15 citazioni. Il sistema impedisce che un autore con all'attivo un solo articolo, anche se di grande successo, registri un punteggio alto. Viene quindi premiata una produzione scientifica continua e rilevante nel tempo.

raccoglie solo le pubblicazioni mediche validate in quanto sottoposte a *peer review* (il processo di valutazione critica di un lavoro scientifico o accademico da parte di esperti dello stesso settore) con accettazione editoriale, e dopo un controllo redazionale accurato. In questo modo è possibile fare informazione scientifica in modo corretto, seguendo anche il consiglio di Papa Leone XIV, che nell'Enciclica "Magnifica Humanitas" del 2026, a pagina 16, scrive: "Le scoperte scientifiche sono un talento consegnato all'umanità perché essa lo faccia fruttare". ■

gdamatomail@gmail.com

Il Premio Nobel 2023 per la Medicina

Il Premio Nobel per la Medicina 2023 è stato assegnato alla biochimica ungherese Katalin Karikó e all'immunologo statunitense Drew Weissman. I due scienziati sono stati premiati per le loro scoperte rivoluzionarie sulle modifiche delle basi nucleosidiche che hanno reso possibile lo sviluppo dei vaccini a mRNA utilizzati contro il SARS-CoV-2. Questi studi fondamentali hanno superato gli ostacoli biologici legati all'uso dell'RNA messaggero nell'organismo, aprendo la strada alla tecnologia impiegata nei vaccini basati sulla nuova tecnologia a mRNA. La loro scoperta è considerata uno dei più grandi progressi scientifici degli ultimi decenni, fondamentale per salvare milioni di vite.

Sappiamo usare al meglio i nostri farmaci inalatori?

Marco Dottorini



I dispositivi per la somministrazione dei farmaci inalatori rappresentano un pilastro fondamentale nel trattamento della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e dell'asma bronchiale. La via inalatoria consente di veicolare il farmaco direttamente a livello bronchiale, ottenendo un'azione rapida, efficace e con minori effetti collaterali sistemici rispetto alla somministrazione orale o parenterale. Ma ha anche un risvolto meno positivo: la modalità di utilizzazione del dispositivo che – se non corretta – limita l'efficacia della terapia e l'aderenza alla stessa.

Razionale della terapia inalatoria

Il principale vantaggio della terapia inalatoria è la deposizione diretta del principio attivo all'interno delle vie aeree inferiori. Questo permette di utilizzare dosi inferiori di farmaco rispetto



alla via sistemica, riducendo il rischio di effetti indesiderati. L'azione inoltre è più rapida, con un sollievo dei sintomi specie nelle situazioni critiche che richiedono un sollievo rapido rispetto alla broncoostruzione, come accade nelle riacutizzazioni asmatiche o nelle fasi di peggioramento della BPCO.

Perché la terapia sia efficace, è essenziale che il paziente utilizzi correttamente il dispositivo. Errori di tecnica

inalatoria sono frequenti e possono compromettere in modo significativo il controllo della malattia. Per questo motivo, la scelta del dispositivo dev'essere personalizzata in base all'età, alle capacità cognitive, alla coordinazione motoria e alla gravità della patologia, scegliendo, a parità di farmaci, il dispositivo più semplice da utilizzare e in grado di garantire un'adeguata assunzione del farmaco.

Farmaci utilizzati nei dispositivi inalatori

I principali farmaci impiegati nella terapia inalatoria dell'asma e della BPCO sono:

- ▶ bronco-dilatatori β_2 -agonisti a breve durata d'azione (SABA);
- ▶ bronco-dilatatori β_2 -agonisti a lunga durata d'azione (LABA);
- ▶ anticolinergici a breve e lunga durata (SAMA e LAMA);
- ▶ corticosteroidi inalatori (ICS);
- ▶ associazioni precostituite (LABA/ICS, LABA/LAMA, LABA/LAMA/ICS).

► Principali categorie di dispositivi inalatori

I dispositivi inalatori si suddividono principalmente in tre grandi categorie:

- inalatori pressurizzati predosati (pMDI);
- inalatori a polvere secca (DPI);
- nebulizzatori.

Ciascuna tipologia presenta caratteristiche specifiche, vantaggi e limiti.

Inalatori pressurizzati predosati (pMDI)

Gli inalatori pressurizzati predosati (*pressurized Metered Dose Inhalers*, pMDI) sono tra i dispositivi più utilizzati sia nell'asma che nella BPCO. Essi contengono il farmaco in soluzione o in sospensione all'interno di una bomboletta pressurizzata con un propellente. Ogni attivazione eroga una dose predefinita di farmaco sotto forma di aerosol micronizzato.

Vantaggi

- Portabilità e praticità
- Rapidità di somministrazione
- Costo generalmente contenuto
- Ampia disponibilità di farmaci (broncodilatatori a breve e lunga durata, corticosteroidi inalatori, associazioni precostituite)

Svantaggi

Il principale limite dei pMDI è la necessità di coordinare l'attivazione del dispositivo con l'inspirazione. Molti pazienti, in particolare anziani e bambini, incontrano difficoltà in questa sincronizzazione, riducendo la quantità di farmaco che rag-

giunge i bronchi.

Camere di espansione (distanziatori)

Per ovviare a questo problema si utilizzano le camere di espansione: dispositivi che si applicano al pMDI e permettono al farmaco di disperdersi all'interno di un serbatoio prima dell'inalazione. Questo riduce la necessità di coordinazione e migliora la deposizione polmonare. Inoltre, diminuisce il deposito orofaringeo, riducendo effetti collaterali locali come la candidosi orale nei pazienti trattati con corticosteroidi inalatori.

Inalatori a polvere secca (DPI)

Gli inalatori a polvere secca (*Dry Powder Inhalers*, DPI) contengono il farmaco sotto forma di polvere micronizzata. L'erogazione avviene grazie all'inspirazione del paziente, che genera il flusso necessario a disperdere e trasportare le particelle nei bronchi.

Vantaggi

- Non richiedono coordinazione tra attivazione e inspirazione

- Non contengono propellenti
- Sono generalmente semplici da utilizzare

Svantaggi

L'efficacia dei DPI dipende dalla capacità del paziente di generare un flusso inspiratorio adeguato. Nei soggetti con grave ostruzione bronchiale, specialmente durante una riacutizzazione, il flusso può essere insufficiente a garantire una corretta deposizione del farmaco. Inoltre, l'umidità può alterare la qualità della polvere, per cui è importante conservare correttamente il dispositivo, ed evitare di espirare al suo interno prima dell'inalazione.

Tipologie di DPI

Esistono diverse varianti di DPI:

- *dispositivi monodose*, in cui la capsula contenente la polvere viene inserita manualmente prima dell'uso;
 - *dispositivi multidose*, già precaricati con un numero definito di dosi, più pratici e rapidi da utilizzare.
- La scelta dipende dalle pre- ►►



Magnific

► differenze del paziente, dalla manualità e dalla frequenza di utilizzo e dalla prescrizione terapeutica.

Nebulizzatori

I nebulizzatori trasformano una soluzione liquida in aerosol fine attraverso un sistema pneumatico (aria compressa), ultrasonico o a membrana vibrante. Il paziente inala il farmaco attraverso una maschera o un boccaglio per diversi minuti.

Indicazioni

I nebulizzatori sono particolarmente indicati:

- nei bambini piccoli;
- nei pazienti anziani con difficoltà di coordinazione;
- nei casi di riacutizzazione grave;
- nei pazienti con BPCO avanzata.

Vantaggi

- Non richiedono coordina-

zione

- Consentono la somministrazione di dosi elevate
- Possono essere utilizzati anche in pazienti con flusso inspiratorio molto ridotto

Svantaggi

- Tempi di somministrazione più lunghi
- Minore portabilità
- Necessità di manutenzione e pulizia accurata
- Maggior rischio di contaminazione se non correttamente igienizzati

Nell'asma, la terapia di fondo si basa prevalentemente sui corticosteroidi inalatori, spesso associati a LABA nei casi moderati o gravi. Nella BPCO, invece, il trattamento si concentra maggiormente sui broncodilatatori a lunga durata, con l'aggiunta di corticosteroidi inalatori nei pazienti con frequenti riacutizzazioni.

Differenze tra asma e BPCO nella scelta del dispositivo?

Sebbene molti dispositivi siano utilizzati in entrambe le patologie, la scelta può differire.

Nell'asma, che spesso colpisce soggetti giovani, i DPI sono frequentemente preferiti per la loro semplicità d'uso. Nei bambini piccoli, invece, si prediligono pMDI con *spacer* o nebulizzatori.

Nella BPCO, che interessa prevalentemente pazienti anziani e spesso con comorbidità, è fondamentale valutare la capacità inspiratoria. Nei casi di grave ostruzione, un DPI potrebbe non essere efficace, rendendo preferibili pMDI con camera di espansione o nebulizzatori.

Importanza dell'educazione terapeutica

Un elemento cruciale nel- ►►



► la gestione di asma e BPCO è l'educazione del paziente. L'addestramento all'uso corretto del dispositivo dev'essere parte integrante della visita medica. Studi clinici hanno dimostrato che una tecnica inalatoria scorretta è associata a scarso controllo dei sintomi, aumento delle riacutizzazioni e maggiore ricorso ai servizi sanitari. È raccomandato quindi, a parità di farmaci da utilizzare, scegliere il dispositivo sulla base della capacità del paziente di assumere correttamente la terapia.

È inoltre raccomandata da parte del Medico di Medicina Generale (MMG) e dello specialista pneumologo, una verifica periodica della tecnica inalatoria, poiché gli errori possono comparire nel tempo anche in pazienti precedentemente ben istruiti, e a volte l'inefficacia terapeutica è da correlare non tanto a un peggioramento clinico ma a un non corretto uso del dispositivo.

Aderenza terapeutica

La scelta del dispositivo influisce quindi sull'aderenza alla terapia. Dispositivi complessi o difficili da utilizzare possono ridurre la *compliance*.

L'impiego di inalatori multidosi con contatore di dosi aiuta il paziente a monitorare l'assunzione del farmaco, evitando sospensioni involontarie, e a verificare – da parte del medico prescrittore – l'aderenza alla terapia. In questo contesto negli ultimi anni sono stati sviluppati inalatori "intelligenti" (*smart*



inhalers), dotati di sensori elettronici in grado di registrare l'orario e la frequenza delle somministrazioni.

Alcuni dispositivi si collegano a *smartphone* tramite applicazioni dedicate, fornendo promemoria e dati utili al medico per monitorare l'aderenza terapeutica.

Di recente in alcune confezioni di farmaci inalatori è riportato un *QR code* che permette di collegarsi a un *tutorial* educativo relativo alla corretta assunzione.

Esiste inoltre un'Associazione non profit olandese (*Long Alliantie Nederland*, <https://inhalatorgebruik.nl/nl/inhalator/nexthaler/172/foster-nexthaler/>) che ha pubblicato sul proprio sito *web* un *panel* di tutti i dispositivi in uso affiancati dal relativo percorso esplicativo d'uso, facile da consultare per tutti.

Conclusione

I dispositivi inalatori costituiscono uno strumento

fondamentale nel trattamento della BPCO e dell'asma. La loro efficacia dipende non solo dal principio attivo utilizzato, ma anche dalla corretta tecnica di somministrazione e dalla scelta del dispositivo più adatto al singolo paziente.

La personalizzazione della terapia, l'educazione continua e il monitoraggio dell'aderenza terapeutica rappresentano elementi chiave per migliorare il controllo dei sintomi, ridurre le riacutizzazioni e aumentare la qualità di vita dei pazienti.

In un contesto di crescente innovazione tecnologica, l'integrazione tra farmaci efficaci e dispositivi sempre più intuitivi e *smart* potrà contribuire in modo significativo alla gestione ottimale di queste patologie respiratorie croniche. ■

marcodottorini@gmail.com

Sigarette elettroniche e nicotina: i giovani, un *target* di *marketing*

Antonella Serafini



Negli ultimi anni la fotografia del consumo di tabacco in Italia è cambiata: la quota di fumatori è diminuita, ma allo stesso tempo sono aumentati i prodotti alternativi, in particolare tra le generazioni più giovani. Questa tendenza solleva dubbi sulla possibilità di raggiungere l'ambizioso traguardo della cosiddetta *Tobacco-Free Generation*.

Il calo della sigaretta tradizionale non si è infatti tradotto automaticamente in un minore uso di nicotina. Al contrario, si è registrata una diffusione crescente di sigarette elettroniche, prodotti a tabacco riscaldato e *pouch* nicotinici (Fig. 1). In questo contesto ben si inserisce l'interessante articolo della giornalista Raffaella Troili che sul *Messaggero* attenziona il nuovo *status symbol* degli



Figura 1. Distributore di sigarette tradizionali, elettroniche e prodotti nicotinici

adolescenti di oggi: "L'identità di un adolescente passa attraverso dettagli piccoli, studiati, spesso scenografici: una borsetta minuscola portata a spalla quale accessorio di *status*, una sigaretta elettronica stretta tra le dita con la naturalezza di chi vuole sembrare adulto. Non è solo moda. È linguaggio – si legge – Nelle piazze, fuori dalle scuole, nei centri com-

merciali... la scena si ripete: i ragazzi costruiscono il proprio personaggio attraverso oggetti divenuti simboli generazionali..." (Fig. 2).

Ogni generazione, del resto, ha i propri idoli, film *cult*, valori, e le proprie canzoni. Ma com'è possibile che essere nati in un certo momento storico influisca sul modo di pensare, di agire, di comunicare delle persone e influenzi le abitudini, i gusti e i valori di ognuno di noi? Parliamo di generazione quando identifichiamo un gruppo di individui che, vissuti nello stesso periodo di tempo e segnati dagli stessi eventi, condividono parzialmente sia il modo di vivere il presente (hanno esperienze simili) sia il modo di intendere il futuro (le prospettive). Fa differenza, quindi, essere ad esempio giovani in un periodo di guerra o di pace, oppure entrare nel mercato del lavoro in una fase di recessione o di ►►

► espansione dell'occupazione, o ancora andare in pensione in un momento di benessere dell'economia o di crisi dei sistemi pensionistici. La nostra epoca è l'era dei *social media* e della comunicazione istantanea: viviamo in un mondo in cui il valore di una persona sembra essere definito dall'apparenza. In questo contesto ben si inserisce la *tote bag*, "borsa-per-portare", che serve a chi trascorre abitualmente tutto il giorno fuori casa e ha bisogno di avere con sé molti accessori. Nel tempo, però, questo tipo di borsa apparentemente semplice ha visto trasformare la sua funzione pratica in una funzione estetica, trasformandosi in un oggetto di stile dalla forte e spiccata personalità. La *tote bag*-mania è quindi scoppiata *online*. "Le *tote bag* sono diventate, di fatto, le magliette dei concerti dei nostri tempi" – scrive Susanna Schrobsdorff, saggista pluripremiata e collaboratrice di *Time magazine* e del *Washington Post*, già direttrice editoriale di *Time magazine*, *NBC-Universal* e *Newsweek*. Siamo dunque nel pieno del cambiamento di un paradigma: la borsa sta evolvendo da contenitore a infrastruttura tecnologica e simbolo culturale. Continua Raffaella Troili: "Accanto alla borsetta, quasi accessorio complementare, ecco la sigaretta elettronica. Colorata, profumata, tecnologica, lontana dall'immaginario ruvido della vecchia sigaretta. Ha il design di un *gadget*. Nei ragazzi genera l'illusione di un



Figure 2-3. Tote bag e sigarette elettroniche: stesso linguaggio



► gesto innocuo, estetico. Negli adulti accende interrogativi”.

Il dato che emerge nell'articolo è che tra i giovani la sigaretta elettronica costituisce un oggetto essenziale da portare in una *tote bag* come nuovo simbolo di costume delle giovani generazioni. D'altronde, la sigaretta elettronica ha conquistato quasi un terzo degli adolescenti tra i 14 e i 17 anni: i dati dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) mostrano che il calo dei fumatori tradizionali non si traduce in una riduzione dell'esposizione alla nicotina, ma nel fatto che attraverso i nuovi dispositivi la nicotina è stata resa meno evidente. Meno sigarette tradizionali ma non meno nicotina, insomma. Il calo dei fumatori tradizionali è un risultato importante, ma non basta a garantire una *Tobacco-Free Generation*.

I dati che emergono dal sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) coordinato dall'ISS segnalano così che tra il 2008 e il 2025 il consumo esclusivo di sigarette tradizionali nella fascia tra i 18 e i 69 anni di età è sceso dal 30% al 18%. Considerando però le sigarette elettroniche e i prodotti a tabacco riscaldato, la riduzione complessiva dei consumatori di nicotina è molto più limitata, e passa dal 30% al 27%.

Gli esperti segnalano una crescita dell'uso quotidiano e del policonsumo tra i più giovani: oltre la metà degli studenti consumatori tra gli 11 e i 13 anni – pari al 51,4%

– utilizza contemporaneamente più prodotti contenenti nicotina. In parallelo avanza anche un prodotto meno noto al grande pubblico: le bustine di nicotina, utilizzate dal 9,1% dei ragazzi tra 14 e 17 anni. In base ai dati dell'ISS si inizia a parlare di *nicotinismo*, indicando con questo termine lo stato morboso conseguente all'assunzione abituale e prolungata di nicotina, associato a fenomeni di dipendenza, tolleranza e possibili manifestazioni tossiche neurovegetative e cardiovascolari. Secondo l'OMS, l'uso precoce di nicotina può aumentare il rischio di dipendenza a lungo termine e accrescere i rischi cardiovascolari. “I governi stanno assistendo a una rapida diffusione dell'uso di questi prodotti, in particolare tra adolescenti e giovani, che sono bersaglio di una campagna aggressiva che utilizza tattiche ingannevoli – ha recentemente affermato Etienne Krug, direttore del Dipartimento Determinanti della Salute, Promozione e Prevenzione dell'OMS. E il commissario europeo alla Salute, Olivér Várhelyi, ha aggiunto: “La revisione delle norme UE sul controllo del tabacco è fondamentale per raggiungere l'obiettivo di una generazione libera dal tabacco e dalla nicotina entro il 2040”, segnalando ad esempio come la Francia abbia imposto il divieto di vendita, importazione, possesso e uso delle bustine aromatizzate che si mettono sotto il labbro e rilasciano nicotina. “Questi

prodotti sono progettati per creare dipendenza, ed è imperativo proteggere i nostri giovani dalla manipolazione del settore” ha sottolineato ancora Krug.

I giovani nel frattempo hanno adottato un nuovo stile di vita e un nuovo modo di essere: la *tote bag* è ormai una borsa di tendenza da cui estrarre naturalmente la sigaretta elettronica in ogni contesto e momento della giornata. La diffusione delle sigarette elettroniche e di altri prodotti a base di nicotina tra i giovani rappresenta pertanto una sfida nuova e complessa: si tratta di oggetti ormai divenuti “indispensabili” nella loro quotidianità. Ma con interventi regolatori attenti, prevenzione mirata e sostegno alla disassuefazione è possibile avvicinarsi all'obiettivo di una generazione libera dal tabacco. Senza un'azione combinata e tempestiva, però, la meta rischia di rimanere lontana. ■

antonella.serafini123@gmail.com

Un occhio in più, stessa cura: l'ecografia entra nella visita pneumologica

Sara Cinquini¹, Francesco Tursi²



Chiunque sia stato da un medico conosce i gesti della visita: il clinico, in particolare lo pneumologo nel nostro caso, osserva come respiriamo, appoggia le mani sulla schiena per sentire le vibrazioni della voce, batte le dita sul torace per ascoltarne il suono, e infine ascolta con il fonendoscopio. Gesti antichi e preziosi. Da qualche tempo, però, molti pneumologi affiancano a queste manovre anche l'ecografia del torace, eseguita in ambulatorio con una sonda appoggiata sulla pelle, senza radiazioni né spostamenti.

Come funziona l'ecografia

L'ecografia è una tecnica che utilizza ultrasuoni, cioè onde sonore che non possono essere percepite dall'orecchio umano, per restituire in tem-

po reale un'immagine bidimensionale dei nostri tessuti. Funziona un po' come l'eco che si sente in una grotta: la sonda appoggiata sul corpo emette queste onde, che attraversano i tessuti e tornano indietro in modo diverso a seconda di cosa incontrano (aria, liquido, organi pieni), e permettono all'apparecchio di ricostruire un'immagine, analizzando appunto gli "echi"

di ritorno. Lo strumento non utilizza alcun tipo di radiazione, pertanto l'ecografia è considerata una delle tecniche di diagnostica per immagini più sicure in assoluto: può essere ripetuta, e per questo motivo è utilizzata di *routine* anche in gravidanza e in ambito pediatrico. Per il paziente, inoltre, non comporta alcuna preparazione: può essere eseguita comodamente durante la vi- ►►



¹Scuola di Malattie dell'Apparato Respiratorio Università di Pisa, USC Riabilitazione Cardiorespiratoria, P.O. Codogno, ASST Lodi, Codogno (LO)

²USC Pneumologia e Riabilitazione Cardiorespiratoria, P.O. Codogno, ASST Lodi, Codogno (LO)

► sita, con il paziente seduto o sdraiato, a seconda del distretto che stiamo indagando, per pochi minuti. È un esame del tutto indolore, che si abbina ai gesti già noti della visita medica classica.

Uno strumento in più nelle mani del medico

È questo il punto su cui insiste l'Accademia di Ecografia Toracica (AdET), Società che riunisce pneumologi e altri specialisti provenienti da tutta Italia, impegnati nello studio e nell'insegnamento dell'ecografia polmonare. In un recente lavoro, i ricercatori di AdET spiegano che l'ecografia toracica non va vista come un'indagine da richiedere separatamente e di cui attendere poi il referto, ma come un prolungamento delle mani e dell'orecchio del medico, utile nello stesso momento della visita.

Quando ad esempio con il fonendoscopio si sente un suono "sordo" ("ottusità") o la mano percepisce vibrazioni diverse dal solito, le cause possono essere molte e varie, dalla presenza di liquido nella cavità pleurica (versamento pleurico) alla polmonite. Mostrando in tempo reale l'aspetto del cavo pleurico, l'ecografia aiuta il medico a capire subito di che si tratta, riducendo il dubbio e, spesso, gli esami aggiuntivi.

Tre gesti al posto di quattro

Sulla base di questa esperienza, AdET propone di aggiornare la visita classica del torace. Al posto dei quattro passaggi tradizionali (osservazione, palpazione, percussione, ascoltazione), un percorso



in tre passaggi: l'osservazione resta inalterata; l'ascoltazione viene affiancata dall'ecografia; la palpazione si integra con la sonda, una sorta di "mano che vede". La percussione, gesto storico, viene gradualmente sostituita da un'informazione equivalente ma più precisa, fornita dall'ecografia stessa.

Per chi si sottopone alla visita, questo si traduce in un esame che resta umano e diretto – il medico continua a guardare, toccare e ascoltare il paziente – ma con un'immagine concreta a supporto del giudizio clinico. Non si tratta di affidare la diagnosi a una macchina, ma di dare al medico uno strumento in più per vedere meglio ciò che già stava cercando. E questo non soltanto per quanto riguarda i polmoni, ma più in generale per tutti i distretti corporei esplorabili ecograficamente durante la visita medica.

La persona resta al centro

Gli autori insistono su un punto: anche nell'epoca dell'intelligenza artificiale, la diagnosi resta un incontro umano, fatto di osservazione, ascolto e ragionamento, in cui ogni nuovo elemento può cambiare la lettura della situa-

zione, come accade quando si risolve un mistero mettendo in fila un indizio dopo l'altro. L'ecografia non sostituisce il giudizio del medico: lo affina, gli offre più indizi. Per questo l'Accademia sottolinea anche l'importanza della formazione: come ogni strumento medico, l'ecografia dà il meglio di sé nelle mani di chi è stato adeguatamente formato, ed è su questo fronte che AdET, come tutte le Società Scientifiche di ambito respiratorio, continua a investire con corsi e progetti di ricerca dedicati agli pneumologi italiani e a tutti gli specialisti che vogliono cimentarsi nell'approccio ecografico alla visita medica.

Se il vostro pneumologo, durante la prossima visita, userà anche l'ecografo, sapete ora che non si tratta di una stranezza, ma di un modo – sempre più condiviso dalla comunità scientifica – di prendersi cura del vostro respiro con uno "occhio" in più. ■

francesco.tursi@asst-lodi.it

Bibliografia di riferimento

- SOLDATI G, SMARGIASSI A, TURSI F, ET AL. *Paradigm shift in medicine and in clinical reasoning method: time has come for a new chest semiotics*. Respi Med 2026;21:1090.

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



La persona con SLA protagonista del suo percorso di malattia



La sclerosi laterale amiotrofica (SLA), conosciuta anche come “Morbo di Lou Gehrig”, “malattia di Charcot” o “malattia del motoneurone”, è una malattia neurodegenerativa progressiva che colpisce i motoneuroni, cioè le cellule nervose cerebrali e del midollo spinale che permettono i movimenti della muscolatura volontaria.

L'incidenza si colloca attualmente intorno ai tre casi ogni 100.000 abitanti/anno, e la prevalenza è pari a 10 ogni 100.000 abitanti, nei Paesi occidentali. Attualmente in Italia i malati sono circa 6.000. Mentre l'incidenza, cioè il numero di nuovi casi che vengono diagnosticati in un anno, rimane costante, aumenta la prevalenza, cioè il numero di persone che convivono con questa malattia in un determinato momento. Questo aumento è sostanzialmente dovuto al miglioramento dell'assistenza, al generale miglioramento delle condizioni di vita della persona malata, al cambiamento etico/culturale nei confronti



delle proprie scelte di vita e di quotidianità. La malattia colpisce persone adulte con età media di esordio intorno ai 60-65 anni, ma si hanno anche casi di persone più giovani e ultraottantenni. È fondamentale la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale, in cui la persona con SLA non sia solo al centro, ma parte prioritaria del suo percorso di malattia.

La patologia causa una progressiva perdita delle capacità di movimento, che può arrivare alla completa immobilità. Anche la masticazione, la deglutizione e la capacità di parlare possono risultare compromesse. Gradualmente si manifesta una compromissione della capacità respiratoria fino alla totale paralisi, cui si può

ovviare solo ricorrendo alla ventilazione meccanica (prima tramite NIV, poi tramite tracheostomia).

Le scelte e la PCC

Questa è una delle fasi più delicate e umanamente più drammatiche per chi è affetto da SLA: si è portati a considerare come disabilità solo quella motoria – ciò che si vede all'esterno – ma in realtà la persona con SLA sente tutta l'impotenza e la frustrazione della perdita di autonomia soprattutto quando perde la possibilità di comunicare (in particolare pensiamo alla perdita della voce) e di respirare autonomamente. Le attività più normali, come parlare e respirare, danno luogo a disabilità gravissime e solo in parte compensate ►►

► da comunicatori e ventilatori meccanici. La “fame d’aria” diventa più dolorosa della fame di cibo.

In questa fase si rivela allora fondamentale aver predisposto in tempi precoci la propria PCC (Pianificazione Condivisa delle Cure) con il neurologo di riferimento (*care manager*): in essa trovano riconoscimento la migliore e più alta espressione del diritto all’autodeterminazione della persona malata inguaribile e l’umanizzazione delle cure (*medical humanities*). Il paziente, infatti, non solo sceglie quali terapie accettare e quali rifiutare (Gastrostomia Endoscopica Percutanea - PEG, tracheostomia, dialisi, rianimazione) ma anche il *setting* di cura (domicilio, ospedale, *hospice*, struttura sanitaria) in base alla situazione familiare e all’evoluzione della propria malattia; può inoltre scegliere le cure palliative anche precocemente, ma – soprattutto se rinuncia alla tracheostomia – sceglie una persona cara (fiduciario) che farà rispettare le scelte fatte in caso di incapacità del paziente.

La legge 219/2017

Vorrei soffermarmi su questo istituto giuridico introdotto nell’ordinamento italiano all’art. 5 della legge 219/2017, perché purtroppo è ancora scarsamente conosciuto, non solo da chi è affetto da patologia inguaribile cronica o ad esito infausto, ma anche da molti medici ospedalieri (Medici di Medicina Generale, neurologi, pneumologi) e del territorio, che in molti casi,

anche in ospedali fiorentini, o consegnavano ai pazienti con SLA i moduli delle DAT (Dichiarazioni Anticipate di Trattamento), o si limitavano a inserire in cartella la scelta del paziente (quando espressa) su PEG e tracheostomia anche se priva di valore legale vincolante o, peggio, riferibile al momento in cui non c’era più possibilità di firmare e di comunicare in modo valido.

L’art. 5 recita: “Nella relazione tra paziente e medico [...] rispetto all’evolversi di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l’*équipe* sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità”.

La PCC diventa quindi vincolante, e quindi legalmente valida, quando la capacità del paziente di esprimere un consenso lucido o un rifiuto delle terapie invasive o di altro genere venga a mancare, a causa della progressiva degenerazione della malattia da cui è affetto. Ma si tratta di un percorso continuo, a volte lento, spesso non facile, anche per il *care manager* e per il *team* curante, che inizia fin dalle prime fasi della presa in cura, con la diagnosi e l’informazione riguardo alla progressione della malattia e all’opportunità di una pianificazione, e che

continua a ogni visita di controllo nel rispetto dei tempi, delle emozioni, del vissuto, dei desideri e, soprattutto, della volontà della persona.

Non è raro, perciò, che la persona sia restia ad affrontare una discussione approfondita sull’evoluzione della malattia che porterà a una sempre maggiore dipendenza dall’assistenza di altri, per giungere poi alla necessità di terapie invasive in grado di garantire la sopravvivenza.

Una questione etica

Non è facile formalizzare una decisione che riguarda una condizione futura non prevedibile, e anche quando è già chiara la scelta di non subire interventi invasivi, la persona rimanda continuamente la firma del documento e l’accettazione “ufficiale” della malattia e del suo esito. La decisione riguardo a un’eventuale tracheostomia per la ventilazione meccanica è comunque sempre quella che causa maggiore paura, ansia e preoccupazione alla persona con SLA, accanto alla prospettiva di cosa comporta la scelta di non farla. In questa fase delicata della traiettoria di cura lo scopo principale del *team* curante dev’essere, soprattutto da un punto di vista etico, quello di aiutare la persona con SLA a capire il percorso di cura migliore, sostenendola nella sua scelta: se la tracheostomia serve a raggiungere scopi che la persona considera importanti nel suo progetto di vita (ad esempio vedere un figlio laurearsi o sposarsi, o vedere la nascita ►►

► e la crescita di un nipotino o qualunque altro obiettivo), l'intervento verrà programmato e realizzato nei modi e nei tempi adeguati. Se al contrario la tracheostomia non viene percepita come uno strumento, ma come causa di ulteriore disabilità e sofferenza, il percorso alternativo è quello delle cure palliative. In questo caso non si tratta di desistenza terapeutica (il paziente che non sceglie la tracheostomia teme di essere abbandonato al suo destino e di morire senza cure) ma di una "rimodulazione terapeutica" in cui le terapie sono scelte in modo da garantire in ogni momento la dignità e il rispetto della persona.

Il ruolo di AISLA: collaborazione e advocacy

In questi ultimi 15 anni AISLA ha lavorato intensamente con le Regioni e le Direzioni sanitarie di AUSL e AOU dei territori per definire i PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) dei pazienti con sclerosi laterale amiotrofica: quello della Regione Toscana risale al 2019, e attualmente è in corso di aggiornamento. La Sezione Operativa Fiorentina ha collaborato e collabora con le Istituzioni sanitarie e politiche locali per migliorare i percorsi di cura e di assistenza di questi pazienti, ed è all'interno di vari Comitati di partecipazione e del Comitato per l'Etica nella Clinica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi di Firenze. Insieme a professionisti sanitari, giuristi, sociologi,

bioeticisti, abbiamo realizzato momenti di informazione e di formazione, diretti sia a operatori sanitari sia ad altre Associazioni e a cittadini, sul diritto all'informazione dei pazienti, e sul diritto delle persone con SLA di essere parte attiva del proprio percorso di malattia e di scelte terapeutiche, accedendo in tempi precoci alle cure palliative: il palliativista, infatti, oggi non è più solo lo specialista della terapia del dolore e chi accompagna al fine vita, ma una figura fondamentale del *team* multidisciplinare nei PDTA più recenti e aggiornati del paziente con SLA. È infatti presente durante tutta la fase di informazione della persona malata e contribuisce a validare scelte e decisioni (di recente nel Dipartimento di Neurologia dell'Ospedale Careggi di Firenze è stato creato un Ambulatorio di cure palliative per pazienti con SLA in collaborazione con AISLA) e, sul territorio, al domicilio del paziente valuta insieme alla famiglia situazione, bisogni concreti e risorse esistenti o attivabili per organizzare un percorso di "cure simultanee" di accompagnamento, che non significano cure terminali. La persona malata percepisce così di essere seguita da un *team* di curanti fino alla fine, nel rispetto delle sue scelte.



Il Global Day 2026

Il 21 giugno si è celebrato il Global Day sulla SLA. La Sezione Fiorentina di AISLA ha organizzato, come avviene ormai da oltre 10 anni, la serata di gala "Festeggiando il Solstizio d'Estate". Per noi non si tratta solo una ricorrenza annuale: è un'occasione per capire a che punto siamo arrivati e la testimonianza di una comunità che condivide obiettivi comuni e che, attraverso il dialogo e la collaborazione, continua a essere un punto di riferimento autorevole e competente per le persone con SLA, le loro famiglie e i professionisti sanitari. ■

*Barbara Gonella
Presidente Sez. Operativa
Firenze AISLA APS*

AISLA - Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica - Sezione di Firenze

Piazza Card. Elia Dalla Costa, 33 - 50133 Firenze
Tel. 348.1880933 - <http://www.aislafirenze.it>
segreteria@aislafirenze.it; gonella@aislafirenze.it

La prevenzione fa la forza: insieme a Bologna per la Giornata Mondiale senza Tabacco



Il 30 e 31 maggio scorso, in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco, la campagna itinerante “Esci dal Tunnel. Non bruciarti il futuro” di WALCE Aps ha fatto tappa in Piazza Minghetti nel capoluogo emiliano, con spirometrie gratuite, specialisti a disposizione dei cittadini e una raccolta di mozziconi per unire prevenzione sanitaria e ambientale, insieme ad ALIBERF ODV, Consulta della Pneumologia e tanti altri *partner*, tra cui Associazioni pazienti e Società scientifiche.

Un tunnel lungo 14 metri e alto 3, a forma di sigaretta, ha dominato piazza Minghetti a Bologna nel *weekend* del 30 e 31 maggio. Non un'opera d'arte concettuale, ma un presidio concreto di prevenzione: al suo interno, un percorso informativo multimediale sui danni arrecati dal fumo di tabacco e dei di-



spositivi elettronici, pronto ad accogliere i cittadini per rispondere alle loro domande grazie alla presenza di specialisti in Pneumologia, Oncologia e Chirurgia Toracica e volontari. Ingresso libero, spirometria gratuita, materiale divulgativo: tutto a disposizione di chiunque avesse voglia di fermarsi, informarsi, fare un *check* della

propria salute respiratoria.

L'appuntamento bolognese era la prima tappa italiana del 2026 di “Esci dal Tunnel. Non bruciarti il futuro”, la campagna itinerante promossa da WALCE Aps – Women Against Lung Cancer in Europe – nata nel 2015 con l'obiettivo di portare la prevenzione primaria direttamente nelle piazze, lì dove ►►

► le persone vivono, passano il tempo, incontrano gli amici. Una scelta non banale: uscire dagli ambulatori e dagli ospedali per raggiungere chi, magari, difficilmente entrerebbe in un centro di salute di propria iniziativa.

Dieci anni di piazze, un tunnel che non si ferma

La campagna ha alle spalle una storia lunga. Ormai nove edizioni – la prima risale al 2015 – con numeri che raccontano chiaramente un successo: 22.400 ingressi totali, 6.350 spirometrie effettuate, 30 tappe in Italia e due in Europa, per un totale di 19 città italiane e due europee visitate. Da Torino a Palermo, da Milano a Barcellona, passando per Bruxelles: il “sigaretton” WALCE ha percorso la penisola e valicato i confini, portando con sé un messaggio sempre uguale nella sostanza, ma capace di rinnovarsi ogni volta che approda in una nuova piazza.

“Parliamo tanto di medicina personalizzata – commenta Silvia Novello, Presidente WALCE Aps – ma anche la

prevenzione dovrebbe seguire lo stesso processo di capillarizzazione, arrivare cioè a tutti, perché è solo così che riusciamo a essere efficaci. Il gran numero di persone che hanno visitato il tunnel, un terzo delle quali giovani, il riscontro ottenuto sui media e sui canali *social*, le esperienze e le risposte che siamo riusciti a dare costituiscono un risultato importante, una tappa in un percorso complesso qual è quello di fare educazione e prevenzione in ambito sanitario”.

I dati anonimi raccolti sui visitatori nel corso degli anni dipingono un pubblico variegato e inaspettato: il 32,4% sono fumatori, il 30,3% ex fumatori e il 36,8% non fumatori. Quasi quattro visitatori su dieci, cioè, non fumano: segno che il tema del tabagismo e delle sue conseguenze sulla salute respiratoria interessa trasversalmente la popolazione, ben oltre la cerchia di chi ha già acceso una sigaretta. La leggera prevalenza maschile (57%) apre poi una riflessione sulla necessità di intercettare ancora

di più il pubblico femminile, storicamente meno raggiunto dalle campagne di prevenzione sul fumo.

Cos'è successo in piazza Minghetti

Sabato 30 maggio, dalle 10.00 alle 18.00, e domenica 31 maggio, dalle 10.00 alle 17.00, il tunnel era aperto a tutti. All'interno, pannelli informativi sui danni del tabacco accompagnavano il visitatore attraverso un percorso multimediale illuminante sull'argomento: le oltre 7.000 sostanze chimiche liberate dalla combustione di una sigaretta, le circa 70 classificate come cancerogene certi per l'uomo, l'elenco dei tumori fumo-correlati, che va ben oltre il polmone e include cavo orale, faringe, laringe, esofago, pancreas, vescica, reni, fegato, colon, stomaco e cervice uterina.

Ma il vero *plus* rispetto a una semplice campagna informativa era la presenza degli specialisti: specialisti di Pneumologia, Oncologia e Chirurgia Toracica fisicamente in piazza, disponibili a rispondere a domande dei cittadini sui metodi per smettere di fumare, sui rischi del fumo passivo per i bambini, sui tempi necessari perché il corpo recuperi dopo aver spento l'ultima sigaretta.

E poi la spirometria: un esame semplice, rapido, non invasivo, reso disponibile gratuitamente grazie al contributo della Scuola di Specialità in Malattie dell'Apparato Respiratorio di Bologna, per un percorso sulla salute ►►



► del polmone a 360°.

Domenica pomeriggio la piazza si è arricchita ulteriormente: dalle 14.00 alle 17.00, quattro gazebo informativi hanno ospitato le principali realtà che si occupano di salute respiratoria, prevenzione oncologica e cessazione del tabagismo. Consulta della Pneumologia, AIPO-ITS/ETS e SIP/IRS per asma e BPCO; SITAB e ALIBERF ODV per le strategie concrete per smettere di fumare; AIOM e Fondazione Veronesi per la prevenzione dei tumori; i Centri Antifumo per accompagnare chi voleva iniziare un percorso di cessazione.

Nel pomeriggio di domenica c'è stata anche una raccolta di mozziconi di sigaretta in piazza Minghetti, organizzata da ALIBERF ODV e aperta a tutti i cittadini: un piccolo gesto simbolico che ha unito prevenzione sanitaria e prevenzione ambientale, ricordando che un mozzicone non è solo un rifiuto, ma un concentrato di sostanze tossiche che inquinano il suolo e l'acqua per anni.

Il fumo in Italia: numeri che non si possono ignorare

Perché un evento come questo è ancora necessario nel 2026? Perché il fumo di tabacco uccide in Italia oltre 93.000 persone ogni anno, il 20,6% di tutte le morti tra gli uomini e il 7,9% tra le donne. Perché secondo i dati Istat più recenti, quasi una persona su cinque nella popolazione di età superiore agli 11 anni fuma (il 18,6% del totale). Perché a livello globale l'Organizzazione



Mondiale della Sanità stima oltre sette milioni di morti l'anno collegati al tabacco, di cui oltre 1,6 milioni causati dall'esposizione al fumo passivo non fumatori.

Il tabacco è riconosciuto come causa accertata o probabile di almeno 27 malattie diverse. I fumatori hanno un rischio di cardiopatia ischemica, infarto miocardico e ictus da due a quattro volte superiore rispetto a chi non fuma. E chi non ha mai acceso una sigaretta non è al sicuro: il fumo passivo aumenta del 25-30% il rischio di malattia coronarica e del 20-30% quello di tumore al polmone. I bambini esposti al fumo in casa presentano frequenze maggiori di infezioni respiratorie, attacchi d'asma e otiti ricorrenti.

La spirometria e il nemico silenzioso: la BPCO

Tra le patologie fumo-correlate, un posto speciale nella campagna di Bologna era dedicato alla broncopneumopatia cronica ostruttiva: la BPCO. Una malattia infiammatoria progressiva che in Italia colpisce circa 3,5

milioni di persone, pari al 5,6% della popolazione adulta, percentuale che sale al 20% circa nella fascia *over 65*. Il dato che più dovrebbe far riflettere è un altro: si stima che fino al 70% dei pazienti non abbia ancora ricevuto una diagnosi. Il motivo? I sintomi – tosse cronica con catarro, mancanza di fiato, respiro sibilante, senso di oppressione al petto – vengono troppo spesso confusi con i segni del normale invecchiamento o dell'affaticamento quotidiano.

“Le malattie respiratorie sono tra le principali cause di morte e disabilità nel mondo, sebbene molte siano prevenibili – sottolinea Paola Rogliani, Presidente SIP/IRS – Tuttavia, la prevenzione da sola non basta: studi su pazienti con BPCO e asma non diagnosticate dimostrano che una presa in carico precoce riduce di circa il 50% le riacutizzazioni e migliora funzione polmonare e qualità di vita. Identificare precocemente i soggetti a rischio con questionari e spirometria significa trasformare le evidenze scientifiche in ►►

► un'azione concreta di salute pubblica”.

La spirometria offerta gratuitamente in piazza Minghetti era dunque molto più di un servizio accessorio: era uno strumento di diagnosi precoce messo a disposizione di chi non avrebbe mai prenotato un esame in autonomia. Chiunque abbia più di 35-40 anni, fumi o abbia fumato, o sia stato esposto a lungo a sostanze irritanti per i polmoni e presenti tosse cronica, catarro o affanno sotto sforzo, dovrebbe eseguirlo.

Smettere fa bene: il corpo sa come recuperare

Una delle domande più frequenti che i visitatori hanno rivolto agli specialisti in piazza riguardava proprio questo: vale la pena smettere? E se sì, da quando si vedono i benefici? La risposta è inequivocabile, e i tempi

sorprendono sempre chi non li conosce. Entro 20 minuti dall'ultima sigaretta, pressione arteriosa e frequenza cardiaca cominciano a migliorare. Dopo 24 ore, i livelli di monossido di carbonio nel sangue si normalizzano. A un anno dalla cessazione, il rischio di cardiopatia coronarica si dimezza. A cinque anni, il rischio di ictus si avvicina a quello di chi non ha mai fumato. Nei 10-15 anni successivi, il rischio di tumore del polmone si riduce progressivamente.

Smettere da soli è possibile, ma può essere difficile perché la dipendenza da tabacco è una dipendenza a tutto tondo: fisica, psicologica, comportamentale. In Italia sono attivi su tutto il territorio i Centri Antifumo, dove è possibile costruire un percorso personalizzato che può includere *counseling* motivazio-

nale, terapia farmacologica e supporto psicologico. È inoltre disponibile il Telefono Verde contro il Fumo dell'Istituto Superiore di Sanità (800 554088), servizio gratuito e anonimo.

Una rete ampia: Istituzioni, Società scientifiche, Associazioni pazienti

La forza dell'evento di Bologna è stata anche quella di riunire in un'unica piazza un ecosistema di soggetti attivi.

Le manifestazioni del 30 e 31 maggio hanno ricevuto il patrocinio di AIPO-ITS/ETS, AIOM, Fondazione AIOM, Consulta della Pneumologia, ALIBERF ODV, Fondazione Veronesi, LILT, SICT, SITAB e SIP/IRS, Salute Donna OdV/Salute Uomo.

La tappa di Bologna di “Esci dal Tunnel” ha ricevuto il Patrocinio del Comune di Bologna ed è stata realizzata con il supporto non condizionato di AstraZeneca e ALIBERF.

“L'iniziativa di Bologna è un'ottima occasione per sottolineare con forza le tematiche sociosanitarie legate alla necessità di potenziare educazione e diagnosi precoce delle malattie respiratorie e di lotta contro il fumo – ha commentato Raffaele Scala, Presidente AIPO-ITS/ETS. – Giornate come questa rappresentano uno stimolo importante per portare avanti una delle principali linee strategiche di AIPO-ITS/ETS, volta alla creazione di una vera rete pneumologica nazionale che integri ospedali, strutture territoriali e specialisti per ►►



► garantire una presa in carico continua del paziente con patologie respiratorie”.

Il tema della collaborazione tra soggetti diversi è centrale. Solo unendo competenze cliniche, educative e associative è infatti possibile contrastare efficacemente il tabagismo. L'obiettivo comune è promuovere scelte libere, informate e responsabili, soprattutto tra i giovani e le persone più vulnerabili. La lotta al fumo è una battaglia culturale e sanitaria che possiamo vincere solo insieme.

Diagnosi precoce del tumore del polmone: il programma RISP

Accanto alla prevenzione primaria, l'evento bolognese ha dato spazio anche alla divulgazione sulla diagnosi precoce del carcinoma polmonare. Il programma pilota coordinato dalla RISP – Rete Italiana Screening Polmonare – è attivo dal 2022 e si rivolge a tutte le persone tra i 55 e i 75 anni che siano forti fumatrici o ex forti fumatrici. Queste persone possono accedere gratuitamente alla TC spirale a basso dosaggio in 18 Centri italiani: uno strumento capace di individuare noduli polmonari in fase precoce, quando l'intervento terapeutico ha le più alte probabilità di successo.

Il tumore del polmone rimane il più letale tra i tumori in Italia proprio perché nella maggior parte dei casi viene diagnosticato in stadio avanzato. La diffusione di programmi di *screening* mirati è una delle leve principali su

“ESCI DAL TUNNEL. NON BRUCIARTI IL FUTURO” I numeri della campagna

Anno di avvio: **2015 – in corso** (nove edizioni)

Visitatori totali (dal 2015): **22.400**

Spirometrie effettuate (dal 2015): **6.350**

Tappe totali: **30** in Italia, **2** in Europa

Città visitate: **19** in Italia, **2** in Europa (Bruxelles e Barcellona)

Promossa da: **WALCE Aps** (Women Against Lung Cancer in Europe)

cui il sistema sanitario può agire per invertire questa tendenza.

Il tunnel continua il suo viaggio

Bologna, con i suoi 400 visitatori e le 250 spirometrie effettuate, non è un punto di arrivo, ma un punto di partenza: la campagna “Esci dal Tunnel. Non bruciarti il futuro” proseguirà il suo *tour* nelle piazze italiane quest'autunno, quando sarà ad Aosta a fine settembre e a Torino il 7 e 8 novembre in occasione del ventennale di WALCE.

Perché di questo si tratta, in fondo: di attenzione. Di quella pausa di tre minuti davanti a un pannello che spiega cosa succede ai polmoni dopo 20 anni di fumo. Di quella spiro-

metria fatta quasi per gioco, mentre si passeggia in piazza un sabato mattina, che rivela qualcosa che non si sapeva. Di quella conversazione con uno pneumologo che finalmente risponde alla domanda che non si era mai avuto il coraggio – o l'occasione – di fare. La prevenzione, quella vera, si costruisce esattamente così: un incontro alla volta, una piazza alla volta. ■

Gian Piero Bandelli
Presidente ALIBERF ODV

Federica Ferraresi
Comunicazione e Ufficio
Stampa WALCE Aps

ALIBERF ODV Associazione Liberi dal Fumo

Via Dagnini n.11 int. H – 40137 Bologna
www.aliberf.it; info@aliberf.it
Facebook: <https://www.facebook.com/ALIBERF>

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>

AMOR, attività e Spazi di incontro



AMOR (Associazione Malati in Ossigeno-ventiloterapia e Riabilitazione) è una OdV fondata nel 1984 dal Prof. Italo Brambilla per promuovere la diffusione dell'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine prescritta a persone con insufficienza respiratoria cronica in Italia.

Fin dalla sua fondazione l'Associazione ha realizzato una serie di iniziative di aiuto ai pazienti, in modo da consentire loro di vivere una vita normale. Uno dei suoi principali obiettivi è infatti proprio quello di sostenere i pazienti/soci, aiutandoli a migliorare la qualità della loro quotidianità e a riprendere – o mantenere – le loro relazioni sociali.

Abbiamo constatato che il momento della prescrizione dell'ossigenoterapia è il punto di rottura tra la vita di prima e quella di adesso. E in taluni casi, la dipendenza dall'ossigeno contenuto sia nello *stroller* (piccolo contenitore portatile di ossigeno



che si ricarica dal bombolone di casa) sia nel bombolone è fortissima. Quando si è fuori casa senza la sicurezza di poter fare un rabbocco di ossigeno, infatti, qualsiasi imprevisto potrebbe portare all'esaurimento dello *stroller*. Troppo spesso, quindi, le persone in ossigenoterapia si auto-rinchiudono in casa, evitando di allontanarsi dal bombolone, considerato salvezza e sicurezza. Fattori come l'età avanzata, o la grande fatica nel mettersi in moto al mattino, o l'ansia da dipendenza dal bombolone

dell'ossigeno, causano una forte percezione di fragilità, e la sensazione di non essere più in grado di fare nulla, con la conseguenza che il paziente si lascia andare anche di fronte alle cose più semplici e normali.

Ecco allora che, a partire dal periodo del COVID-19, quando uscire di casa era impossibile per tutti, e rischioso in particolare per i pazienti con patologie respiratorie, AMOR ha cominciato a dare supporto ai propri soci attraverso collegamenti *online*: sessioni settimanali di ginnastica ►►

► respiratoria e collegamenti con varie figure sanitarie – *in primis* la nostra storica psicologa, ma anche uno pneumologo, un cardiologo, assistenti sociali dell'Ospedale di Niguarda, un'infermiera, un fisioterapista motorio e una nutrizionista. Con ciascuno di essi si affrontava un argomento attinente alle patologie dei soci o al disagio in determinate situazioni della loro vita.

Questo per supplire agli incontri di presenza, spesso fino a quel momento organizzati presso sale disponibili in zone diverse della città. Il sabato pomeriggio, in epoca pre-COVID-19, si era instaurata la consuetudine di ritrovarsi e concludere gli incontri con una merenda insieme: momenti belli, e soprattutto utili, di ritrovo, condivisione di bisogni e difficoltà, per ritrovare, negli sguardi degli altri, il proprio respiro.

A partire dal periodo pandemico, quindi, in AMOR si susseguono progetti *online* per sessioni di ginnastica riabilitativa respiratoria e di sostegno psicologico, ma anche un gruppo di lettura con collegamento pressoché mensile, aperto ad amici e parenti.

A collegarsi sono persone con patologie respiratorie croniche. Parecchi di loro conoscono AMOR da diversi anni e partecipano da tempo alle nostre attività. Ma ci sono anche persone indirettamente coinvolte come familiari e *caregiver*.

Spazi di incontro

Nell'ambito di questo intento, è partito, grazie al Fon-

do di Beneficenza di Intesa San Paolo, il progetto "Spazi di incontro", dedicato sia alle persone con patologia che ai familiari e ai *caregiver*. Il progetto riguarda incontri *online* di gruppo, con cadenza pressoché settimanale, ai quali si accede tramite invio via mail del *link* di collegamento. Nella *mail* sono indicati data e orario dell'incontro. Gli incontri, della durata di circa un'ora, si svolgono sulla piattaforma *Google Meet*: una modalità che nel corso degli anni anche i soci più tecnologicamente a digiuno hanno imparato a usare.

Il collegamento è coordinato dalla Dr.ssa Luigia Daniela Branà, psicologa e psicoterapeuta che da diversi anni collabora con AMOR. È lei che nei collegamenti, riesce a sintonizzarsi con i partecipanti sulla giusta lunghezza d'onda per interagire con la loro percezione di fragilità e ansia, stimolando un atteggiamento proattivo verso l'attuale condizione di vita e salute.

Ma non è tutto. Il progetto prevede anche un supporto psicologico telefonico individuale, che consiste in 40 appuntamenti telefonici da 30 minuti ciascuno, per un totale di 20 ore di supporto telefonico per paziente. Si ha quindi la possibilità di approfondire aspetti personali in modo del tutto privato, riservato e gratuito.

AMOR ha inserito nel progetto anche alcuni incontri in presenza, che saranno organizzati presso lo studio della psicologa o in punti strategici di Milano, in posizioni facilmente raggiungibili dai soci. E il prezioso sostegno psicologico si completerà con la presenza della psicologa durante le prime tre giornate dei soggiorni organizzati da AMOR, in inverno ed estate, con funzione aggregante per soci e/o familiari/*caregiver*, che avranno così la possibilità di conoscersi prima di trascorrere il periodo di vacanza insieme.

L'obiettivo con cui AMOR ha pensato al progetto "Spazi ►►



► di incontro” è quello di aiutare i partecipanti a superare l'impatto iniziale di sfasamento legato alla percezione di dipendere dallo *stroller* o dal bombolone, cercando di facilitare il superamento di tutto ciò che questo grande cambiamento di vita comporta: ad esempio riconoscendo e accettando la propria patologia, riconoscendo e controllando la propria ansia, o vincendo la paura di non poter più fare le cose di sempre, e perseguendo la ripresa delle proprie attività.

Con gli incontri di gruppo, *online* o in presenza, dove il problema è trasversale e comune a tutti, si crea una sorta di complicità, data dalla possibilità di condividere, confrontandosi, la gestione delle problematiche e delle paure quotidiane. Un fatto, questo, che non sempre è possibile o scontato con i familiari e con le persone amiche. Ecco allora che il ritrovarsi con chi vive le stesse problematiche di salute, e condivide la difficoltà di certe giornate o di certi periodi, diventa un appuntamento fortemente atteso. A partecipare sono persone che non si arrendono all'isolamento, e che hanno trovato in questi incontri, soprattutto in modalità *online*, un posto sicuro dove vedersi, muoversi, raccontarsi. AMOR auspica, come accaduto in passato, un generale miglioramento dell'umore dei soci, accanto a una riscoperta motivazione e al ritrovamento di una qualità di vita soddisfacente, dove anche la vita sociale risulti consolidata.



Presidio di Villa Marelli

Un altro importante servizio e obiettivo della nostra Associazione è, da sempre, la gestione e il presidio di Punti di informazione AMOR nei reparti ospedalieri di Pneumologia e di Riabilitazione Respiratoria, con l'intento di informare e sostenere i pazienti in ossigenoterapia e i loro familiari. Informazioni e materiale informativo sono quindi a disposizione di chiunque abbia necessità di approfondire il tema delle patologie respiratorie come asma e BPCO.

Anna e Armida, simpatiche socie e volontarie AMOR da molti anni, sono impe-

gnate da quest'anno nel nostro Punto di presidio, ospitate dall'Istituto Villa Marelli di Milano in viale Zara 81. Le troverete tutti i venerdì mattina nella "zona caffè" del reparto di Pneumologia e Fisioterapia Respiratoria, come punto di riferimento AMOR per la distribuzione di materiale informativo della nostra Associazione.

Se non riusciamo a essere sempre insieme fisicamente, ci facciamo in quattro per farlo in altri modi. Insieme per respirare la vita. ■

Maria Paola Nicolì
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

Malattia di Sjögren Primaria Sistemica, la Cenerentola delle patologie rare



A.N.I.Ma.S.S. ODV - Associazione Nazionale Italiana Malati Sindrome di Sjögren è l'unico punto di riferimento in Italia per le persone affette da questa patologia. Dal 2005 si batte per l'inserimento della sindrome nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) come malattia rara, con l'obiettivo di colmare le criticità e i bisogni inevasi a causa del vuoto normativo. L'Associazione denuncia da tempo la discriminazione di cui sono vittime le persone malate.

Iscritta al Runts (Registro Nazionale del Terzo Settore), l'Associazione denuncia ormai da 21 anni il vuoto normativo e la discriminazione di cui sono vittime soprattutto le donne, che sono colpite dalla malattia con una prevalenza di 14 a 1 in una fascia di età compresa tra i 20 e i 50 anni, nel pieno della loro vitalità. La non attenzione e la mancata conoscenza di questa grave malattia degenerativa crea notevole disagio e isolamento

in chi ne soffre. E la cosa più triste è che in Italia ne sono colpiti ben 300 bambini. Diventa quindi fondamentale far conoscere la patologia per prevenirla e curarla.

La malattia di Sjögren Primaria Sistemica al momento è la Cenerentola tra le malattie rare, che invece sono state inserite nei LEA già dal 2017. Come Presidente dell'Associazione, ho partecipato a Roma al primo Summit Nazionale sulle Malattie Rare organizzato dal Sottosegretario Marcello Gemmato il 15 e 16 giugno scorsi al Ministero della Salute: due giorni intensi, durante i quali A.N.I.Ma.S.S. ODV ha evidenziato la necessità che la malattia di Sjögren Primaria Sistemica venga inserita nei LEA come patologia rara, e le persone che ne soffrono siano finalmente tutelate. L'inserimento della forma Primaria Sistemica come rara nei LEA sarebbe solo l'inizio di un percorso di tutela in grado di porre fine alla grave discri-

minazione che tale patologia invalidante e degenerativa subisce da circa 30 anni. Volutamente è stata associata, negli anni, all'artrite reumatoide, al *lupus* eritematoso, alla sclerodermia e alle sindromi sicche della persona in menopausa o andropausa, o delle persone anziane a causa del degrado cellulare. Queste associazioni, nel tempo, hanno fatto lievitare i numeri e quindi l'epidemiologia della forma primaria isolata. La forma sistemica è altamente invalidante, molto grave e degenerativa. L'aggiornamento dei LEA dovrebbe quindi essere annuale, per tutelare le persone colpite; ad oggi, però, questo non è ancora avvenuto.

Le persone con la malattia di Sjögren Primaria Sistemica necessitano di un numero maggiore di farmaci, ricoveri e cure specialistiche ambulatoriali, con costi complessivi tre volte superiori a quelli sostenuti dalla popolazione generale. Questi costi potrebbe- ➤

► ro essere ridotti notevolmente con ambulatori dedicati integrati multidisciplinari/interdisciplinari dove fare diagnosi in tempi rapidi evitando ricoveri ospedalieri in strutture inadeguate e non competenti, dato che questa complessa e subdola patologia può essere confusa con altre più conosciute.

Occorre evidenziare che la malattia di Sjögren Primaria Sistemica è una malattia autoimmune cronica, degenerativa, con un fenotipo clinico molto variabile. I sintomi possono portare a complicazioni gravi e potenzialmente letali che coinvolgono organi vitali come il cuore, il fegato, l'intestino, il pancreas, i reni, lo stomaco, gli apparati cardiovascolare, polmonare e osteoarticolare, e il sistema nervoso centrale e periferico (neuroSjögren). La malattia colpisce oggi circa 16.000 persone. Sebbene il decorso sia molto variabile e non richieda trattamenti immunosoppressivi sistemici fin dai momenti iniziali della malattia, anche le forme meno gravi influiscono negativamente sulla qualità della vita delle persone. Inoltre, le difficoltà legate alla diagnosi tardiva, al dolore generalizzato e alla ridotta funzionalità fisica contribuiscono a un alto tasso di disabilità lavorativa, accentuando ulteriormente l'impatto sociale ed economico della patologia.

Le persone con la malattia di Sjögren Primaria Sistemica sono anche più esposte a comorbidità – *in primis* malattie cardiovascolari – e la patologia, tra le malattie autoimmu-



Evento svoltosi l'11 giugno 2026 ad Acerra (NA)

ni, è quella col rischio più alto di linfoproliferazioni, con un tasso di ben 44 volte superiore alla popolazione generale e rischio di mortalità per il linfoma non Hodgking pari al 5-8%. Solo per tale rischio la patologia meriterebbe massima attenzione e prevenzione, con monitoraggio per l'evoluzione oncologica e per il coinvolgimento polmonare che non andrebbe sottovalutato, dato il rischio di cancro ai polmoni.

Nonostante gli sforzi compiuti dall'Associazione in 21 anni di volontariato per formare medici, specialisti e professionisti sanitari sulla gravità e complessità della patologia e sulle enormi difficoltà affrontate dai malati nell'essere seguiti, presi in carico e monitorati, pochi studi si sono concentrati sugli aspetti socioeconomici della malattia di Sjögren Primaria, e ancora meno su quella Sistemica, che compromette profondamente la qualità di vita delle persone che ne soffrono.

Lo studio epidemiologico nazionale sulla malattia, finanziato dall'Associazione e condotto dalla Fondazione ReS, basato su dati ammini-

strativi sanitari italiani, mira proprio a sensibilizzare l'opinione pubblica e le Istituzioni riguardo alla prevalenza della malattia di Sjögren Primaria e al relativo impatto economico diretto sul Servizio Sanitario Nazionale, con un'analisi dettagliata dei costi per l'assistenza sanitaria erogata. Se esistessero ambulatori dedicati multidisciplinari/interdisciplinari con esperienza, i costi diminuirebbero e si farebbe prevenzione evitando degenerazioni della grave patologia. Il non inserimento della malattia sistemica come patologia rara nei LEA non danneggia solo la persona malata, ma si ripercuote negativamente sulla famiglia e sul contesto sociale e lavorativo. La persona non seguita né monitorata costantemente peggiora, e molte manifestazioni degenerano, aumentando i costi che con una buona prevenzione e un costante monitoraggio, affiancati da un opportuno supporto psicologico, potrebbero diminuire notevolmente. Sulla malattia di Sjögren in Italia non esiste un PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale), che è la base ►►

► della presa in carico. I farmaci sostitutivi non sono dispensati dal SSN ad eccezione di due preparazioni. Le prestazioni fornite gratuitamente alle persone affette da malattia di Sjögren con il codice 030 sono irrisorie, e non garantiscono la presa in carico per la forma primaria sistemica. Appare quindi fondamentale identificare un codice a sé stante per la forma primaria sistemica.

La malattia rara con la sua invisibilità e grave disabilità attraverso varie forme d'arte

Come fondatrice e Presidente di A.N.I.Ma.S.S. ODV, per sensibilizzare e informare la cittadinanza e arrivare ai cuori dei più giovani, degli adolescenti e delle loro famiglie, ho realizzato diversi progetti, accolti con grande entusiasmo: “Un viaggio tra i colori dell’invisibilità”, svoltosi a Verona; il video 3D del libro fumetto “Alice e la sua compagna invisibile” presentato al Castello di Acerra (NA); una mostra di fotografia, pittura e scultura ispirata al libro di medicina narrativa “Dietro la Sindrome di Sjögren”, la realizzazione del secondo video 3D della fiaba a fumetti “La Principessa Luce e la perfida Strega Sjogren”, presentato sempre al Castello di Acerra (NA): la bellezza dell’arte, pur trattando il tema della malattia, può mostrarci le cose sotto una luce nuova. La fotografia, la pittura, la scultura, la sfilata di moda, la danza, i video 3D sono riusciti a esprimere in modo incisivo l’invisibilità e la grave disabi-

lità provocate dalla patologia, e allo stesso tempo a emozionare i presenti.

I tre laboratori del Liceo Artistico di Salerno sono stati premiati da A.N.I.Ma.S.S. ODV. Il fumetto si conferma ancora una volta un linguaggio universale, capace di parlare a tutte le generazioni e di affrontare temi complessi con delicatezza e forza. “Alice e la sua compagna invisibile” è un libro-fumetto affiancato da un video animato 3D. Il libro racconta la storia di Alice, una ragazza di 12 anni con un grande sogno: danzare. Ma il suo cammino non è semplice. Alice è tra i 300 bambini che in Italia convivono con la malattia di Sjögren Primaria Sistemica, una “compagna invisibile” che non è solo un’ombra, ma anche un simbolo delle difficoltà e delle incomprensioni che spesso accompagnano chi vive con una patologia di questo tipo. La forza del racconto sta nella capacità di Alice di trasformare il dolore in determinazione. Con il sostegno della sua famiglia, della comunità e dell’Associazione Nazionale A.N.I.Ma.S.S. ODV, Alice affronta il suo percorso con

coraggio, imparando che la lotta contro la malattia è anche una lotta per la consapevolezza e la solidarietà. La malattia di Sjögren Primaria Sistemica colpisce non solo il corpo, ma anche la psiche, la vita quotidiana e i sogni di chi ne soffre. Questo fumetto, rivolto a bambini e adulti, non è solo una storia di resilienza personale, ma un invito a tutte le persone che desiderano unirsi per dare visibilità a chi vive nell’ombra.

Nel tempo, il libro-fumetto “Alice e la sua compagna invisibile”, è diventato anche un video 3D grazie al supporto degli alunni dell’Istituto Superiore “Munari” di Acerra (NA), accompagnato da una colonna sonora dedicata all’invisibilità e alla disabilità. Scopo del libro-fumetto e del video è sensibilizzare l’opinione pubblica, ma anche richiamare l’attenzione sulla necessità di supportare i bambini e le famiglie colpite dalla malattia. Grazie alla ricerca, alla sensibilizzazione e al sostegno reciproco, la “compagna invisibile” può essere affrontata e, un giorno, sconfitta. Il libro-fumetto e il video “Alice e la sua com- ►►



Un momento dell’evento “Il male e il bene” ad Acerra (NA)

► pagna invisibile” ricordano a tutti che nessuno è mai veramente solo quando c'è chi lotta al suo fianco. Nel video, come nel libro, il bene trionfa e la malattia è sconfitta.

La mission di A.N.I.Ma.S.S. ODV per il diritto alla salute

Per me, convivere con la malattia di Sjögren Primaria Sistemica ha sempre rappresentato un percorso a ostacoli. Ho la patologia da 28 anni, ho avuto i primi gravi sintomi nel 1999, ma problematiche varie erano presenti già da molto prima. Arrivò la diagnosi dopo un calvario durato cinque anni. Oggi affronto ancora una lunga lista di problematiche che includono miositi, artralgie, osteoporosi, parestesie e dolori cronici debilitanti. Ultimamente anche un carcinoma aggressivo. La malattia colpisce ogni aspetto della mia vita: fisico, mentale, sociale. Eppure, a distanza di 28 anni, mi sento ancora invisibile.

Nonostante l'impatto devastante, l'assenza di un PDTA dedicato alla patologia fa sì che i farmaci sostitutivi siano a carico dei pazienti, come anche le cure odontoiatriche e podologiche. Solo pochi esami sono erogati dal Servizio Sanitario Nazionale, i tempi di attesa per visite e controlli sono lunghissimi e le prenotazioni al CUP estenuanti. Le persone colpite non hanno la forza di stare ore al telefono per prenotare una visita, e anche quando ci riescono, il supporto è frammentato, scollegato o inesistente. Non esistono Centri

multidisciplinari dove i medici collaborano per offrire una cura integrata. E l'Associazione denuncia liste di attesa infinite che rappresentano un problema gravissimo per una malattia sistemica come questa, accanto alla mancanza di una riabilitazione adattata alle varie problematiche per evitare degenerazioni. Le persone malate devono attendere anche due anni per una visita oculistica pubblica, mentre la riabilitazione in piscina riscaldata è riconosciuta per un solo ciclo. Al contrario, per altre patologie come la sclerosi multipla esistono PDTA che garantiscono a chi ne soffre di essere seguito 12 mesi su 12. Perché questa discriminazione? Perché malati di serie A e di serie Z? Come Presidente, continuo a denunciare l'abbandono nei confronti di queste persone, assolutamente non tutelate nel loro diritto alla salute, e che troppo spesso, oltre a sentirsi abbandonate, non vengono comprese dalla famiglia. Dobbiamo aprire le nostre coscienze e conoscenze. Per questo l'Associazione, accanto all'attività di volontariato socioassistenziale, collabora con professionisti della salute e società scientifiche per fare formazione sulla patologia attraverso convegni ECM e

FAD, e promuove interrogazioni parlamentari e mozioni.

Progetti per accendere i riflettori sulla malattia

Vista la negazione del diritto alla salute alle persone con malattia di Sjögren Primaria Sistemica, l'Associazione è stata sempre attiva nel dare visibilità e attenzione alla patologia. Il progetto “Ricerca Osservazionale e pratica sulla riabilitazione” inizierà a settembre per una durata prevista di 10 mesi presso l'Ospedale Universitario di Borgo Roma a Verona, a favore delle persone che soffrono della malattia sistemica. L'altro progetto, “Una panchina azzurra”, proseguirà in giro per l'Italia. Ad oggi abbiamo inaugurato ben 46 panchine azzurre. Non ci fermeremo nemmeno con la formazione: la XII Giornata Mondiale della malattia di Sjögren Primaria Sistemica si terrà il 23 luglio 2026 presso l'Ordine dei Medici di Napoli. E ci attiveremo con ulteriori progetti nelle scuole e per realizzare alcune “partite del cuore”. ■

Lucia Marotta
Presidente A.N.I.Ma.S.S. ODV

A.N.I.Ma.S.S. ODV Associazione Nazionale Italiani Malati Sindrome di Sjögren

Via Santa Chiara, 6 - 37129 Verona
www.animass.org
e-mail: animass.sjogren2005@gmail.com

Il socio perverso

Quotidianità di un paziente con la sua BPCO



Come stanno le cose

Io la chiamo (la BPCO) “socio”. So che non posso “scaricarlo” e, nello stesso tempo, non vorrei dargli una connotazione sfacciatamente negativa. Però è perverso, perché, mentre mi condiziona con mille pretese – necessità di terapie, esercizi vari, regime alimentare, etc. – usa tutte le male arti per ostacolarli nello svolgimento di quelle pratiche. Per chiarire i nostri rapporti, da tempo gli ho detto: “Tu sei tanto malvagio quanto ignorante, ma io sono tanto fragile quanto ‘dotato’”. Dotato di cosa? Perbacco, di un cervello.

Una mattinata tipica

Inizia la giornata e, con le terapie, inizia ciò che sbrigativamente chiamo “manutenzione”. Subito dopo, lui si riveste di pigrizia e mi sconsiglia di fare della ginnastica perché è faticosa, ma non gli do retta perché so che dopo l’esercizio mi sentirò meglio. Non parliamo poi di quanto, sempre pigramente, si opponga alla mia intenzione di uscire, ma qui sono irremovibile, perché ho grandi



aspettative sulla passeggiata che mi accingo a fare.

Usciamo. Inizio il cammino con una certa grinta, ma questo gli dà fastidio, e subito mi presenta un “avviso di dispnea”. Io faccio finta di niente ma rallento, tanto poi gradualmente riaccelerero e lui, stupido, non se ne accorgerà. Procediamo mentre continuo a ricercare un’andatura consona alle mie possibilità respiratorie. E qui penso che, in fondo, quel che faccio è cercare un’armonia, l’armonia tra le mie gambe e il respiro. Rifletto, e allargo lo sguardo sul ruolo che ha l’armonia nella vita in generale. Infatti, la vita può essere considerata “piena” solo se si

svolge nell’armonia, mentre al di fuori da essa è soltanto una sottospecie di vita.

La mia “ricerca” va avanti, e intanto vedo un manifesto murale che inneggia a un gruppo politico, lanciando pesanti critiche (eufemismo) ai suoi avversari. Passiamo davanti al barbiere, col quale scambio un cenno di saluto. Procedendo sul marciapiede vedo un tizio di cui non conosco il nome – né lui sa il mio – ma ci incontriamo quasi tutte le mattine, e ci salutiamo sempre. Passiamo davanti al banco di un fiorista che si professa ambulante, ma è sempre in quello stesso posto, la sera toglie il banco e ci parcheggia la macchina, per non perderlo. Mi sembra sia un ambulante abbastanza stanziale, ma fa colore. Andiamo avanti, e da un gazebo spunta un giovanotto che mi consegna un volantino. Inneggia a un altro gruppo politico e lancia pesanti accuse contro il gruppo di cui al manifesto di sopra. Concludo che questi – un gruppo e l’altro – sono condannati a una sottospecie di vita. ►►

► La mia andatura si è stabilizzata e sto per gridare: “Ho trovato!” quando ecco farmisi incontro un amico col quale ho condiviso una lunga stagione di volontariato. Non faccio in tempo a chiedergli: “Come stai?” che parte con una lista di patologie e accertamenti. Ma alla seconda TAC lo interrompo chiedendogli dei suoi nipoti – sistema infallibile per deviare qualunque discorso – Immediatamente, mi mostra il cellulare con le ultimissime foto e passiamo oltre.

Ora so che tocca a me dire come sto, ma sono ben preparato. Dire “benissimo” o semplicemente “bene” non sarebbe onesto, con il socio che mi ritrovo (e qualche comorbidità, che non si nega a nessuno, ma rimanga tra noi). Allora, alla fatidica domanda ho deciso che rispondo: “Sto abbastanza bene”. Infatti, “abbastanza” è una bella parola: è moderatamente positiva, è flessibile, nel senso che ognuno la può coniugare secondo i propri criteri e, soprattutto, non può essere mendace. Presto dirò cosa io intendo con tale risposta. Ora continuiamo la passeggiata. Su una pan-



china, notiamo un gruppo di pensionati (anziani, ma probabilmente più giovani di me) che discutono animatamente di geopolitica.

Il socio già da un po' insiste per tornare indietro, ma io tengo duro perché non mi sento abbastanza stanco. Così, proseguendo, continuiamo a osservare la varia umanità. Infine passiamo davanti al giardino di un nido d'infanzia: guardo all'interno e godo di una ventata di freschezza e di innocenza.

Ora sì, abbiamo coperto una distanza proporzionata alle mie energie e possiamo tornare indietro. È l'ora in cui sul marciapiede le persone cominciano a diradarsi, ma i pensionati della panchina continuano a dibattere: adesso l'argomento è il debito pubblico italiano. Li lasciamo lì a risolvere i grandi problemi del Paese e tornia-

mo verso casa. Ho camminato e, soprattutto, visto abbastanza. Sono soddisfatto.

Ma cosa intendo quando dico “Sto abbastanza bene”?

Intendo, ad esempio, abbastanza per:

- intenerirmi di fronte a un bimbo che mi fa ciao con la sua minuscola manina;
- apprezzare la bellezza in tutte le sue forme, come gioire quando al mattino apro la finestra e vedo il sole illuminare tutto di una luce intensa;
- apprezzare – contribuendovi – la concordia familiare;
- mantenere qualche sana relazione coi miei simili;
- capire ciò che di importante (e di grave) si muove in questo mondo.

Ma anche:

- girare nel quartiere e sen- ►►



- tirmene parte;
- dare una mano nella conduzione del condominio;
- praticare il *bricolage*. Ogni volta che ri-faccio con successo un lavoro che da giovane eseguivo disinvoltamente, faccio sì maggiore fatica, ma la soddisfazione che il risultato mi dà è assai gratificante. E, vivaddio, posso fare un liberatorio gesto dell'ombrello al mio socio.

Bisticcio di parole: mi pare che questo “abbastanza” sia sufficiente e, dopotutto, io me lo faccio bastare.

Ho capito che

Ogni paziente BPCO ha la sua BPCO. La immagino come un abito – a volte un po' stretto – che va indossato. Allora tanto vale portarlo con dignità e, direi, con una certa dose di ironia. Quella aiuta molto, giacché, a ben guar-

darla, la vita reale è molto più comica di quello che normalmente crediamo. Si potrà obiettare che “se uno non ha la forza di spirito, necessaria a tutto ciò, non se la può dare”, ma non è del tutto vero. Invece di parafrasare don Abbondio – che diceva questo a proposito del coraggio – sarà bene aggiornare il nostro pensiero e farci aiutare. Per esempio, nell'Associazione Pazienti BPCO e altre patologie respiratorie esiste, insieme a molto altro, la possibilità – gratuita – di seguire *online* corsi di *Mindfulness* (consapevolezza) che aiutano a trovare in noi stessi le risorse per fronteggiare la patolo-

gia. Inoltre, c'è la possibilità di “aprirsi” conversando al telefono con persone di grande esperienza ed empatia. E, periodicamente, vengono anche organizzati corsi di yoga. ■

*Nicola Colecchia
Paziente e Componente
Consiglio Direttivo
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, martedì, mercoledì, giovedì 9.00-13.30)
infopazientibpco@gmail.com – www.pazientibpco.it

Un Centro di eccellenza per la tosse cronica al Policlinico di Milano

Il contributo di LIFC Lombardia ODV alla nascita di una struttura multidisciplinare dedicata alla diagnosi e alla cura di una patologia troppo spesso sottovalutata



La tosse è la nostra compagna di viaggio quotidiana. Chi vive accanto alla fibrosi cistica – come paziente, come genitore, come *caregiver* – conosce il rumore della tosse prima ancora di imparare a leggere un esame spirometrico. Sa che non è un fastidio marginale: è una forza fisica,

continua, sfiancante, capace di erodere il sonno, la voce, la qualità di ogni giornata. È partita proprio da questa consapevolezza vissuta la decisione di LIFC Lombardia ODV di investire in un progetto che va ben oltre i confini della fibrosi cistica: la creazione di un Centro di

eccellenza per la diagnosi e la cura della tosse cronica presso la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

Un problema sottovalutato, una sfida crescente

A livello globale, il numero di persone colpite da forme ►►



► di tosse persistente è in continuo aumento, in particolare nelle aree urbane, dove l'inquinamento atmosferico compromette in modo crescente la salute dell'apparato respiratorio. La tosse diventa cronica quando si protrae oltre le sei settimane: una soglia clinicamente rilevante, spesso ignorata sia dai pazienti sia dai Medici di Medicina Generale. Eppure, dietro a quel sintomo apparentemente banale si nascondono patologie molto diverse tra loro: dall'asma bronchiale alle bronchiectasie – dilatazioni anomale dei bronchi che comportano accumulo di muco e rischio aumentato di infezioni polmonari ricorrenti – fino alla tosse da iperreattività bronchiale, una condizione simile all'asma caratterizzata da eccessiva sensibilità delle vie aeree a stimoli ambientali o infettivi.

Nei bambini il quadro è ulteriormente complicato: una delle cause più frequenti della tosse cronica è infatti la *Protracted Bacterial Bronchitis* (PBB), una bronchite batterica persistente che, se non adeguatamente trattata, può evolvere in danni polmonari permanenti. Come sottolinea la dott.ssa Valeria Daccò, responsabile dell'area pediatrica di fibrosi cistica del Policlinico: solo il 20% dei casi si risolve spontaneamente, mentre nell'80% restante è possibile identificare una causa specifica e trattabile. Un ritardo diagnostico può compromettere la salute respiratoria del bambino anche in età adulta.



Perché LIFC Lombardia ha scelto di investire in questo progetto

LIFC Lombardia ODV gestisce la propria missione con una logica precisa: ogni euro che entra dall'attività associativa, dal 5x1000 e dalle donazioni dei cittadini, viene reinvestito nel Sistema Sanitario lombardo a beneficio dei pazienti con fibrosi cistica e – quando il progetto lo giustifica – della comunità più ampia. Negli ultimi anni, questa scelta ha prodotto investimenti per oltre 5,1 milioni di euro in strutture, attrezzature, borse di studio e personale dedicato ai Centri di riferimento per la cura della fibrosi cistica lombardi.

La tosse cronica è un esempio perfetto di quel confine permeabile tra la malattia rara e la medicina più generale. Chi conosce la fibrosi cistica sa che la tosse non è solo un sintomo: è un meccanismo difensivo, un indicatore d'infiammazione, un segnale da interpretare con competenza specialistica. Il Policlinico di Milano e il suo Centro Regionale di riferimento

per la fibrosi cistica, diretto dal Prof. Francesco Blasi, possiedono quella competenza in misura rara a livello europeo. Sostenere la nascita di un Centro dedicato significava dunque valorizzare un patrimonio di conoscenze già esistente, aprendolo a una platea più ampia di pazienti.

Con una donazione di 755.000 euro, LIFC Lombardia ODV ha finanziato la creazione del nuovo Centro specialistico, operativo da maggio 2025, rivolto sia ai pazienti adulti sia ai pazienti pediatrici. A questa donazione si affianca il contributo per l'*upgrade* tecnologico delle attrezzature del nuovo Reparto di Pneumologia e Fibrosi Cistica, destinato allo studio e alla cura dell'insufficienza respiratoria nel paziente adulto FC e più in generale nei pazienti con gravi malattie respiratorie.

Il Centro Tosse Cronica: struttura, team e percorso diagnostico

Il Centro è costruito attorno a un modello multidisciplinare e longitudinale. Il percorso inizia con una prima visita ►►

► specialistica affidata a uno pneumologo o a un pediatra esperto in pneumologia. Durante l'incontro iniziale vengono pianificati tutti gli accertamenti necessari: esami funzionali respiratori, indagini radiologiche, analisi ematologiche e microbiologiche. Segue la presa in carico da parte del *team* allargato – fisioterapisti, infermieri, radiologi, tecnici di radiologia, biologi e microbiologi – con visite specialistiche mirate e controlli periodici per monitorare l'evoluzione del quadro clinico.

La dimensione della ricerca è parte integrante del progetto fin dalla sua concezione. Ed ecco l'ambizione scientifica del Centro: sviluppare uno studio osservazionale prospettico di almeno 10 anni, con raccolta dati e biobanking di campioni biologici, per la migliore definizione dell'epidemiologia, l'identificazione dei fattori di rischio e la definizione di biomarcatori prognostici. Il Centro opera già in collaborazione con la Medicina del Lavoro dell'Università degli Studi di Milano – per la valutazione dell'impatto dell'inquinamento atmosferico – e con *partner* internazionali di primo piano: la University of Dundee (UK) e la Lee Kong Chian School of Medicine della Nanyang Technological University di Singapore, per studi sulle interazioni tra microbioma respiratorio e intestinale.

Un modello di alleanza tra terzo settore e sanità pubblica

Il Direttore Generale del Policlinico Matteo Stocco ha



definito il Centro “un punto di riferimento per la diagnosi precoce, la ricerca e l'innovazione terapeutica, nato grazie all'alleanza con LIFC Lombardia”. Il Presidente del Policlinico Marco Giachetti ha sottolineato come la collaborazione tra enti del terzo settore e strutture pubbliche sia “fondamentale per rafforzare il sistema sanitario e garantire percorsi di cura all'avanguardia, accessibili a tutti”. Queste parole descrivono con precisione ciò che LIFC Lombardia vuole essere: non un soggetto che delega alle Istituzioni, ma un interlocutore attivo che porta risorse, competenze e la voce dei pazienti all'interno dei luoghi dove le decisioni cliniche vengono prese. Il Centro per la Tosse Cronica è il risultato concreto

di questo posizionamento: un progetto che migliora la vita dei pazienti con fibrosi cistica e, allo stesso tempo, un luogo che apre nuove prospettive a migliaia di persone in attesa di una diagnosi certa e di una terapia efficace.

Come Associazione, siamo convinti che la cura nasca prima di tutto dall'ascolto. E chi, più di coloro che vivono quotidianamente con la tosse, può comprendere quanto urgente fosse costruire questo Centro. ■

Francesco Blasi
Direttore Centro Regionale
di Riferimento per la
Fibrosi Cistica Lombardia
Fabio Roncoroni
Presidente Lega Italiana
Fibrosi Cistica Lombardia
ODV

Lega Italiana Fibrosi Cistica Lombardia ODV

Via Manfredo Fanti, 6 – 20122 Milano
(c/o Policlinico di Milano)

Tel: 02 55033374 - e-mail: segreteria@fclombardia.it

Facebook / Instagram: @lifclombardia

Centro Tosse Cronica – Policlinico di Milano

www.policlinico.mi.it/centri-di-riferimento/50/centro-tosse-cronica

XXVIII
CONGRESSO
NAZIONALE DELLA
PNEUMOLOGIA
ITALIANA

XLIX
AIPO I T S
ASSOCIAZIONE
ITALIANA
PNEUMOLOGI
OSPEDALIERI ETS
ITALIAN
THORACIC
SOCIETY

**SAVE
THE
DATE**



BOLOGNA 26 - 28 novembre **2027**

B Bologna
Convention
Bureau

WWW.PNEUMOLOGIA2027.IT

**SEGRETERIA
ORGANIZZATIVA**

AIPO
RICERCHE



Via Antonio da Recanate, 2 - 20124 MILANO - Tel. +39 02 6679041 r.a.
congresso@pneumologia2027.it

Dove la salute trova le parole

