

Vivere a casa con la ventilazione meccanica: quando la tecnologia diventa parte della vita quotidiana pag. 14

Quali argomenti saranno prioritari al Tavolo tecnico sulla salute respiratoria? pag. 23

Interstiziopatie polmonari: una famiglia di malattie ancora poco conosciuta pag. 31

# RESPIRO

PERIODICO UFFICIALE



CONSULTA della  
PNEUMOLOGIA

TRIMESTRALE DI INFORMAZIONE, PREVENZIONE E BENESSERE

**RESPIRO.NEWS**

ANNO XIX  
N° 75

**AUTUNNO  
2026**



**La nuova legge inglese "Tobacco and Vapes Act":  
fase finale della lotta al tabagismo?**

**XXVIII**  
CONGRESSO  
NAZIONALE DELLA  
PNEUMOLOGIA  
ITALIANA

**XLIX**  
AIPO I T S  
ASSOCIAZIONE  
ITALIANA  
PNEUMOLOGICI  
OSPEDALIERI



ITALIAN  
THORACIC  
SOCIETY

**SAVE  
THE  
DATE**



**BOLOGNA** 26 - 28 novembre **2027**



Bologna  
Convention  
Bureau

[WWW.PNEUMOLOGIA2027.IT](http://WWW.PNEUMOLOGIA2027.IT)

**SEGRETERIA  
ORGANIZZATIVA**

**AIPO**  
RICERCHE



Via Antonio da Recanate, 2 - 20124 MILANO - Tel. +39 02 6679041 r.a.  
[congresso@pneumologia2027.it](mailto:congresso@pneumologia2027.it)

N° 75

**AUTUNNO 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](mailto: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 settembre 2026

# RESPIRONews



/respironews



+39 333 88 22 666

**RESPIRONews**



RICORRENZA NEWSLETTER

**La spirometria spiegata a tutti: tornano i webinar che fanno bene**

La voce dell'informazione | 1 settembre 2025 | Vol. 2



Spiegando il 25 settembre i "webinar" che la Consulta della Pneumologia propone gratuitamente per promuovere la salute respiratoria. Gli appuntamenti, destinati al grande pubblico, sono guidati da professionisti sanitari. L'elenco e l'iscrizione si trovano a sinistra, accanto ai link per i webinar e per le informazioni che, a richiesta, sono disponibili.

► Leggi tutto...



**sintex**

Un modo nuovo di comunicare in Sanità

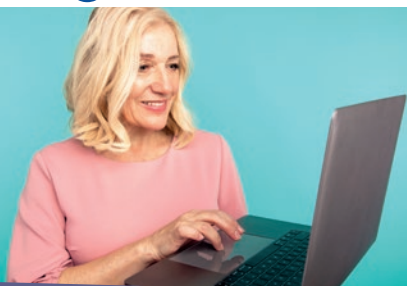
# RESPIROnews



**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

La nuova legge inglese "Tobacco and Vapes Act": fase finale della lotta al tabagismo?  
Nel Regno Unito è stata recentemente approvata una legge che intende abolire progressivamente il fumo | *C. Micheletto*

## Gli articoli

11

Personalizzare la cura della BPCO: tra intervento precoce e intelligenza artificiale | *P. Rogliani*

Vivere a casa con la ventilazione meccanica: quando la tecnologia diventa parte della vita quotidiana | *R. Scala*

Ho deciso di smettere di fumare: appuntamento tra due anni  
Testimonianza di un paziente  
Lettera aperta alle Istituzioni sanitarie, dal diario di un percorso di cura reale  
I numeri del tabagismo in Italia e una proposta concreta | *C. Zerbino*

Quali argomenti saranno prioritari al Tavolo tecnico sulla salute respiratoria? | *B. Balbi, G.P. Bandelli, M. Dottorini, A. Serafini*

Un concerto per il respiro  
Al via l'awareness sulla salute respiratoria con il nuovo Tavolo al Ministero della Salute | *S. Centanni*

Revisione della Nota 99: una svolta nella terapia della BPCO | *S. D'Antonio*

Interstiziopatie polmonari: una famiglia di malattie ancora poco conosciuta | *G. Legrottaglie, E. Bargagli*

Tabagismo: la nuova epidemia innescata da nuove modalità di fumo | *S. Cardellicchio*

È importante per un medico frequentare Istituti di alta specializzazione  
Il racconto della mia esperienza presso il Wright-Fleming Institute (St Mary's Hospital) di Londra dove Alexander Fleming scoprì la penicillina | *G. D'Amato*

Sonno e respiro: un equilibrio essenziale per la salute | *M. Marchello, G.P. Bandelli*

BPCO: dal fumo di sigaretta... al fumo di biomasse | *A. Serafini, L. Melissari, M. Russo*

## La voce della Consulta

48

Accogliere e ascoltare la persona con SLA e i familiari: i progetti di aiuto e sostegno di AISLA Firenze | *B. Gonella*

Dal mozzicone alla salute pubblica: ALIBERF, il fumo di quarta mano e le nuove frontiere della prevenzione | *G.P. Bandelli, V. Zagà*

AMAR ODV, l'Associazione del respiro | *M. Perri*

Sharing Breath 2026: Forlì di nuovo capitale del respiro  
L'iniziativa è giunta all'ottava edizione: due giornate dedicate a respiro, ricerca e prevenzione | *S.A. Russo*

Occhi aperti sullo Sjögren: conoscere per riconoscere | *L. Marotta*

"Dis is me. Ogni persona, tutte le possibilità"  
Il progetto nazionale UILDM e Parent Project per garantire il pieno esercizio dei diritti civili e sociali delle persone con disabilità, in particolare nei territori più fragili del Centro e Sud Italia | *A. Piva*

Naturalmente in cucina: il corso di cucina naturale di WALCE Aps spegne 16 candeline | *F. Ferraresi*

# La salute respiratoria come priorità di sanità pubblica



Le proposte della Coalizione:  
prevenzione, diagnosi precoce, innovazione  
e accesso equo alle cure



**Scopri Respira**



Con il contributo non condizionante di



## 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](mailto:editoria@sintexservizi.it) o visitare il sito [www.respiro.news](http://www.respiro.news)



/ Respiro News



# La nuova legge inglese “Tobacco and Vapes Act”: fase finale della lotta al tabagismo?

**Nel Regno Unito è stata recentemente approvata una legge che intende abolire progressivamente il fumo**

**Claudio Micheletto**



**O**biiettivo finale della lotta al tabagismo è garantire che nessuno inizi a fumare, che chiunque fumi riceva sostegno per smettere, e che la riduzione dei consumi e della redditività faccia sì che l'industria del tabacco – tuttora il principale ostacolo al progresso – cessi di essere commercialmente redditizia. Questi sono i principi fondamentali di una nuova legge inglese che vuole progressivamente e completamente abolire l'abitudine al fumo, sia di tabacco che di “sigarette elettroniche”. L'approvazione del “Tobacco and Vapes Act” del 2026 nell'ordinamento del Regno Unito (Tabella 1)

*Direttore Responsabile di Respiro*

segna una tappa fondamentale di questo percorso, ed esemplifica le “misure lungimiranti di controllo del tabagismo” auspicate dalla Convenzione-quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la lotta al tabagismo. Il primo Piano globale del Regno Unito per il controllo del tabagismo – il Libro bianco del 1998 intitolato “Smoking Kills” (“Il fumo uccide”) – ha gettato le basi per politiche che includevano il forte e progressivo aumento delle tasse sui prodotti del tabacco, l'innalzamento dell'età legale per la vendita dei prodotti fumo-correlati da 16 a 18 anni, le leggi anti-fumo, il divieto di pubblicità e sponsorizzazione. Una ►►

► dimostrazione del successo di queste misure è rappresentata dal fatto che il tasso di fumo abituale tra i quindicenni nel Regno Unito – rimasto sostanzialmente invariato tra il 1982 (25%) e il 2002 (23%) – è sceso ad appena il 2,2% nel 2023.

Ciononostante, nel Regno Unito più di 5 milioni di persone fumano ancora, due fumatori su tre moriranno a causa del fumo, e tale abitudine costa all'economia britannica all'incirca 40 miliardi di sterline all'anno.

La nuova normativa parte dal principio che non esiste un'età sicura per iniziare a fumare, e la misura principale del "Tobacco and Vapes Act" è l'introduzione di un divieto generazionale sulla vendita di prodotti del tabacco (vedi Tabella 2 per le definizioni). A partire dal 2027 vendere qualsiasi prodotto del tabacco a chiunque sia nato a partire dal 1° gennaio 2009 sarà illegale, e lo stesso varrà per i prodotti a base di erbe da fumare e cartine per sigarette. Il risultato di questa misura? Si porrà fine alla capacità dell'industria del tabacco di reclutare nuovi fumatori. La legge afferma inoltre esplicitamente che i prodotti a tabacco riscaldato sono a tutti gli effetti prodotti del tabacco, chiarendo definitivamente un'ambiguità che l'industria ha sfruttato per pubblicizzarli.

A differenza di quanto avviene per l'alcol, nel Regno Unito non è mai stato chiesto il possesso di una licenza per la vendita di tabacco,

## OTTOBRE 2026

- **Età minima di vendita fissata a 18 anni** per tutti i prodotti di consumo a base di nicotina (attualmente prevista solo per sigarette elettroniche e tabacco, ma non per prodotti innovativi come le bustine di nicotina/snus) e per i dispositivi di svapo senza nicotina.
- **Divieto di distribuzione gratuita** di dispositivi di svapo e altri prodotti di consumo a base di nicotina.
- **Sanzioni pecuniarie fisse:** gli ispettori del commercio possono emetterle in caso di violazione delle norme su età minima di vendita, acquisto per conto terzi, distribuzione gratuita e restrizioni sull'esposizione dei prodotti.
- **Divieto di vendita tramite distributori automatici** di dispositivi di svapo (e altri prodotti a base di nicotina).
- **Entrata in vigore dell'accisa sui liquidi per svapo** (misura non inclusa nella legge).

## 1° GENNAIO 2027

- **Avvio del divieto di vendita generazionale:** non sarà più consentito vendere prodotti del tabacco, prodotti a base di erbe per fumatori e cartine per sigarette a chiunque sia nato a partire dal 1° gennaio 2009.

## GIUGNO 2027

- **Divieto di pubblicità e sponsorizzazione** per dispositivi di svapo e prodotti di consumo a base di nicotina.

## PERIODO 2027-2029

- **Adozione di regolamenti attuativi** previa consultazione pubblica.
- **Introduzione di un sistema di licenze di vendita al dettaglio:** creazione di un regime di licenze in Inghilterra e Galles per tutti i prodotti del tabacco e a base di nicotina (Scozia e Irlanda del Nord dispongono già di un sistema di registro dei rivenditori).
- **Poteri per estendere la normativa sugli ambienti liberi dal fumo,** dagli spazi chiusi a specifici luoghi pubblici all'aperto, e per introdurre aree libere da tabacco riscaldato e dispositivi di svapo.
- **Regolamentazione di marchio, promozione, sponsorizzazione, confezionamento, punti vendita, composizione e design** dei dispositivi per tutti i prodotti del tabacco e a base di nicotina, attuali e futuri, supportata da un sistema di registrazione per tutti i prodotti del tabacco e a base di nicotina (con poteri di controllo pre- e post-immissione sul mercato). Ciò include la facoltà di regolamentare e/o vietare i filtri per sigarette.

Tabella 1. Sintesi e cronoprogramma del "Tobacco and Vapes Act 2026" del Regno Unito

sigarette elettroniche o altri prodotti a base di nicotina. Per ovviare a tale lacuna, la legge conferisce i poteri legislativi primari per l'introduzione di un sistema di licenze per la vendita al dettaglio, demandando la definizione e l'attuazione pratica del sistema stesso alla normativa secondaria. Questo cambia-

mento rappresenterà una svolta significativa nell'attività di controllo, consentendo la revoca delle licenze in caso di violazione delle norme. Inoltre, gli ispettori preposti al controllo commerciale avranno ora il potere di infliggere sanzioni pecuniarie per violazioni relative ai limiti di età, alla vendita ►►

► per interposta persona, alla distribuzione gratuita e alle restrizioni sull'esposizione dei prodotti. I proventi di tali sanzioni saranno destinati all'applicazione della normativa su tabacco e sigarette elettroniche.

Le sigarette elettroniche possono essere uno strumento efficace per favorire la cessazione del fumo, ma, sebbene siano sostanzialmente meno dannose del fumo, non sono innocue; ciò significa che il loro uso da parte di non fumatori, e soprattutto di bambini, i cui polmoni sono ancora in fase di sviluppo, dovrebbe essere evitato.

L'uso di sigarette elettroniche nella fascia d'età compresa tra gli 11 e i 15 anni nel 2013 era pari solo all'1%, e al 2% nel 2021; tuttavia, entro il 2025, tale percentuale è salita al 5%, trainata in gran parte dall'avvento di dispositivi monouso economici. Una grave lacuna normativa risiede nel fatto che, finora, è stato consentito un *marketing* aggressivo volto ad attrarre bambini e giovani; in particolare, ciò è avvenuto a seguito della decisione del precedente governo del Regno Unito di respingere, nel 2021, una misura che avrebbe conferito i poteri necessari per limitare tale pratica.

In seguito alla nuova legge, però, il divieto di ogni forma di pubblicità e sponsorizzazione del tabacco sarà esteso anche ai prodotti per lo svapo e ad altri prodotti a base di nicotina. La legge elimina quindi la lacuna normativa che consentiva la distribuzio-

**Prodotto del tabacco:** un prodotto costituito interamente o parzialmente da tabacco e destinato a essere fumato, inalato, succhiato, masticato o consumato in qualsiasi altro modo.

**Dispositivo correlato al tabacco:** un dispositivo, diverso da un dispositivo di svapo (*vape*), che consente il consumo di un prodotto del tabacco (ad es. un dispositivo a tabacco riscaldato o una pipa) oppure un elemento destinato a far parte di tale dispositivo.

**Dispositivo di svapo (*vape*):** un dispositivo che vaporizza sostanze diverse dal tabacco a scopo di inalazione attraverso un bocchino (indipendentemente dal fatto che vaporizzi o meno anche tabacco) e che non è un dispositivo medico o un medicinale, oppure un elemento destinato a far parte di tale dispositivo (incluso qualsiasi componente destinato a esservi collegato per conferire un aroma).

#### Prodotto a base di nicotina

- 1) Qualsiasi dispositivo (diverso dai prodotti del tabacco o dai dispositivi di svapo) destinato a consentire la somministrazione di nicotina nell'organismo umano, oppure un elemento destinato a far parte di tale dispositivo.
- 2) Nicotina, o qualsiasi sostanza contenente nicotina, destinata a essere somministrata nell'organismo umano, oppure qualsiasi articolo che la contenga.

**Tabella 2.** Definizioni dei prodotti

ne gratuita di prodotti a base di nicotina ai minori di 18 anni, e vieta la vendita di tutti i prodotti a base di nicotina, nonché dei dispositivi per lo svapo senza nicotina, ai minori di 18 anni. Anche il divieto esistente sui distributori automatici di tabacco sarà esteso, per includere i distributori automatici di prodotti a base di nicotina. La legge consente inoltre di designare aree libere da dispositivi per lo svapo e da prodotti del tabacco riscaldato.

Con il divieto di vendita generazionale, il Regno Unito ha intrapreso la fase conclusiva della lotta al tabagismo. Sono tuttavia necessarie diverse misure per accelerare questo processo. In primo luogo, sebbene per il biennio 2025-2026 siano stati annunciati finanziamenti pubblici per servizi completi

di disassuefazione dal fumo, campagne di comunicazione di massa e attività di controllo, tale sostegno deve essere garantito anche oltre l'attuale anno finanziario. In secondo luogo, è urgente introdurre rapidamente normative che limitino l'esposizione dei prodotti a base di nicotina e ne standardizzino le confezioni, rendendoli poco attraenti per i minori senza però scoraggiare gli adulti che intendono utilizzarli per smettere di fumare. In terzo luogo, non esiste un livello sicuro di esposizione al fumo passivo; il governo dovrebbe resistere alle pressioni delle *lobby* del settore, ampliare i propri obiettivi e rendere "smoke-free" anche gli spazi all'aperto di locali e ristoranti, tutelando così personale e clienti. Ciò è particolarmente urgente, alla luce della cre- ►►

► scente diffusione del fumo di narghilè e dei rischi per la salute a esso associati.

In quarto luogo, il governo dovrebbe avviare consultazioni, e successivamente esercitare il proprio potere, per introdurre un divieto sui filtri delle sigarette. I filtri sono effettivamente dannosi: offrono una falsa rassicurazione che alimenta l'abitudine al fumo, senza tuttavia proteggere la salute dei consumatori. Inoltre, le migliaia di miliardi di filtri dispersi ogni anno nell'ambiente rappresentano una delle principali fonti di inquinamento marino da microplastiche. Infine, l'industria del tabacco è redditizia solo perché non è stata chiamata a rispondere dei danni sanitari, economici e ambientali che provoca. Tale redditività è alla base del suo potere di influenzare e ostacolare le politiche di controllo del tabagismo a livello globale. Il Ministero delle Finanze del Regno Unito dovrebbe quindi fare da apripista, introducendo un tetto ai profitti derivanti dalla vendita di tabacco nel Paese, come richiesto dal Gruppo parlamentare trasversale su fumo e salute (All Party Parliamentary Group on Smoking and Health). Un simile prelievo, basato sul principio "chi inquina paga", non solo genererebbe entrate stimate in 700 milioni di sterline l'anno per finanziare le politiche di controllo del tabagismo e altre misure di sanità pubblica, ma inizierebbe anche a incidere direttamente sul modello di



*business* e sulla sostenibilità dell'industria del tabacco.

Confidiamo che questa iniziativa inglese possa cambiare le normative anche in Italia. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, circa uno studente italiano su tre di età compresa tra i 14 e i 17 anni (30,2%) ha fatto uso di un prodotto a base di tabacco o nicotina negli ultimi 30 giorni, tra sigarette tradizionali, elettroniche e tabacco riscaldato. Tra le ragazze il consumo è in percentuale leggermente maggiore rispetto ai coetanei maschi. E in questa fascia d'età quasi raddoppia, rispetto all'ultima rilevazione 2022, il policonsumo, cioè l'utilizzo contemporaneo di prodotti, che si attesta ora al 62,4%, rispetto a un precedente 38,7%. Questi dati emergono da un'indagine sul consumo di tabacco e nicotina negli studenti nell'anno scolastico 2023-2024 realizzata dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'I-

stituto Superiore di Sanità su un campione rappresentativo di 6.012 studenti.

In maniera più marcata per la sigaretta tradizionale, ma anche per i dispositivi a tabacco riscaldato e l'*e-cig*, il consumo si concentra prevalentemente nel fine settimana, e l'età del primo contatto con la nicotina si attesta tra i 13 anni e mezzo e i 14 e mezzo. Non appaiono esservi stretti controlli sull'età al momento dell'acquisto, tanto che la maggior parte dei ragazzi intervistati afferma di aver acquistato personalmente i prodotti al bar o dal tabaccaio. Il Regno Unito ha proposto una legge innovativa. Ora ci auguriamo che anche l'Italia ne segua l'esempio. ■

*claudio.micheletto@univr.it*

#### **Bibliografia di riferimento**

- WILLIAMS PJ, HOPKINSON NS. *The 2026 Tobacco and Vapes Act: on to the tobacco endgame*. Thorax 2026;81:635-7.

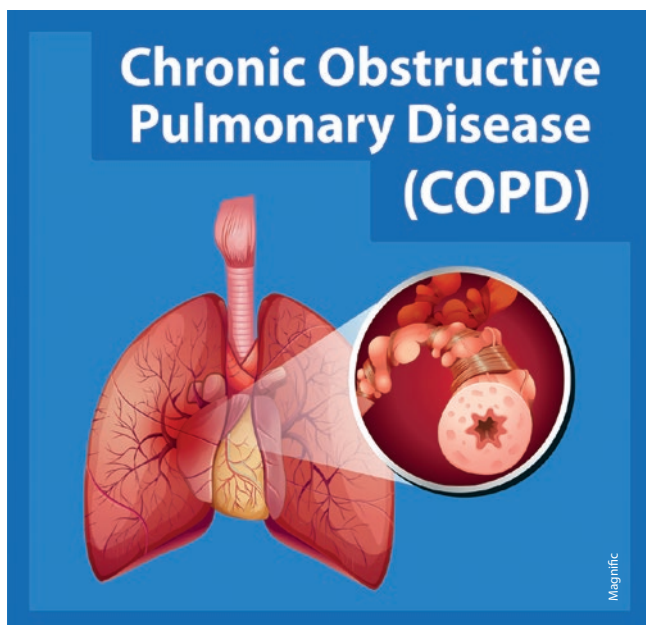
# Personalizzare la cura della BPCO: tra intervento precoce e intelligenza artificiale

Paola Rogliani



Per decenni la bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è stata affrontata con un approccio piuttosto uniforme: si misurava la funzione respiratoria con la spirometria e, in base al grado di ostruzione, si sceglieva la terapia. Un sistema semplice, che finiva però per trattare in modo simile pazienti molto diversi tra loro. Oggi questa impostazione sta cambiando radicalmente, spinta da due direttrici che si intrecciano: la possibilità di intervenire molto prima nel decorso della malattia, e l'ingresso dell'intelligenza artificiale come strumento di supporto alle decisioni cliniche. Il nuovo *report GOLD 2026*, punto di riferimento internazionale per la gestione della BPCO, mette insieme questi due elementi in un disegno di cura sempre più personalizzato<sup>1</sup>.

*Malattie dell'Apparato Respiratorio, Università degli studi di Roma "Tor Vergata"*



## Le novità nell'approccio alla patologia

Uno degli aspetti più significativi del nuovo documento è l'idea che la BPCO non debba più essere intercettata solo quando i sintomi sono già evidenti. Il concetto di "attività di malattia" entra

ufficialmente nella pratica clinica: si tratta cioè di riconoscere i processi biologici ancora modificabili, capaci di rallentare il danno strutturale ai polmoni se trattati per tempo. È lo stesso principio già applicato in altre malattie infiammatorie croniche, ►►

► dove agire presto significa spesso cambiare la traiettoria della patologia.

In questa direzione va anche la raccomandazione di una diagnosi più tempestiva. Il *report* non propone uno *screening* di massa, che avrebbe scarso valore nella popolazione generale, ma un approccio mirato: individuare precocemente le persone esposte a fattori di rischio come fumo, inquinanti ambientali o professionali, sintomi respiratori persistenti, e sottoporle a controlli spirometrici. Anche un esame come la TC del torace, se eseguito per altri motivi, può fornire indizi preziosi su un possibile enfisema iniziale, ben prima che la spirometria mostri alterazioni.

La stessa filosofia guida oggi la classificazione dei pazienti: chi ha avuto anche una sola riacutizzazione moderata nell'anno precedente – prima ne servivano almeno due – viene ora considerato ad alto rischio. La scelta nasce da dati raccolti su milioni di pazienti, che mostrano come anche un singolo episodio possa anticipare un declino più rapido della funzione respiratoria. Anticipare il riconoscimento del rischio significa poter agire prima con la terapia più adatta, invece di rincorrere la malattia una volta che il danno è già avvenuto.

### Scelte terapeutiche su misura

Il cuore della personalizzazione sta nel modo in cui oggi si valuta un paziente

con BPCO. Non basta più misurare quanta aria riesce a espirare in un secondo. GOLD 2026 chiede di considerare cinque dimensioni insieme: la funzione respiratoria, l'impatto dei sintomi sulla vita quotidiana, la storia delle riacutizzazioni, la conta degli eosinofili nel sangue e le comorbidità. È un approccio che rientra nella logica dei cosiddetti “*treatable traits*”, le caratteristiche modificabili di ciascun paziente su cui si può realmente intervenire, superando l'idea di una malattia unica e uniforme<sup>2</sup>.

Anche le scelte terapeutiche seguono questa logica su misura. Per i pazienti con pochi sintomi si parte con un broncodilatatore al bisogno; chi ha sintomi più marcati riceve direttamente la doppia broncodilatazione; nei pazienti più a rischio, l'ag-

giunta di un corticosteroide inalatorio viene riservata a chi presenta un livello elevato di eosinofili nel sangue, un marcatore biologico che aiuta a prevedere chi trarrà reale beneficio da questa terapia. Per i casi più complessi, il *report* introduce per la prima volta due farmaci biologici, dupilumab e mepolizumab, pensati per la BPCO a componente eosinofila che continua a riacutizzarsi nonostante una terapia ottimizzata.

### L'importanza della tecnologia

Per la prima volta, il *report* GOLD dedica un intero capitolo alle tecnologie digitali e all'intelligenza artificiale applicate alla BPCO. Gli algoritmi di apprendimento automatico vengono già sperimentati per individuare precocemente la malattia analizzando cartelle cliniche ►►



▶ elettroniche, immagini radiologiche e dati spirometrici, per prevedere il rischio di riacutizzazioni, e per supportare il monitoraggio a distanza attraverso inalatori intelligenti, sensori indossabili e piattaforme di telemedicina. È lo stesso principio dell'intervento precoce, applicato però attraverso strumenti computazionali capaci di analizzare grandi quantità di dati e di individuare *pattern* che altrimenti sfuggirebbero all'osservazione clinica tradizionale.

Questo potenziale emerge con forza anche in un ambito particolarmente delicato: quello dei pazienti con BPCO che convivono con malattie cardiovascolari o con un quadro di sovrapposizione tra asma e BPCO. Una recente *scoping review* ha passato in rassegna gli studi che applicano intelligenza artificiale e *machine learning* proprio a questo terreno di confine, dove le due aree, respiratoria e cardiovascolare, condividono meccanismi infiammatori comuni e si influenzano reciprocamente<sup>3</sup>. Gli algoritmi esplorati in questo filone di ricerca provano a integrare dati clinici eterogenei, come parametri cardiaci, respiratori e biomarcatori, per identificare più precocemente i pazienti a rischio di complicanze in entrambi gli ambiti, un compito che un singolo specialista farebbe fatica a svolgere osservando i dati separatamente.

Va detto con chiarezza, però, che si tratta ancora di strumenti in fase di svilup-

po. Sia il *report* GOLD sia la letteratura scientifica più recente concordano su alcuni nodi ancora da sciogliere: la qualità e la rappresentatività dei dati usati per addestrare gli algoritmi, il rischio di *bias* verso popolazioni sottorappresentate, la necessità di validazioni rigorose prima di un utilizzo diffuso nella pratica clinica. L'intelligenza artificiale, insomma, si candida a diventare un alleato prezioso del medico nel personalizzare la cura, non un suo sostituto.

### Parola d'ordine, personalizzazione

La personalizzazione non riguarda solo i farmaci o gli algoritmi. Riabilitazione respiratoria, vaccinazioni, sostegno alla cessazione del fumo, educazione del paziente e programmi di attività fisica non sono più considerati complementi opzionali, ma strategie fondamentali, con un impatto sulla sopravvivenza e sulle riospedalizzazioni paragonabile, in alcuni casi, a quello dei farmaci. Si lega a questa visione anche il riconoscimento che la BPCO raramente viaggia da sola: la maggior parte dei pazienti convive con altre condizioni, cardiovascolari, metaboliche o dell'umore, da cui l'invito a percorsi di cura integrati che considerino la persona nella sua interezza, non solo la funzione dei suoi polmoni.

Nel complesso, il messaggio che emerge da queste evidenze è coerente: la BPCO del futuro sarà sempre meno una diagnosi standardizzata

e sempre più un percorso costruito attorno alla persona. Intervenire prima, sfruttare l'intelligenza artificiale per affinare diagnosi e monitoraggio, scegliere la terapia in base ai biomarcatori: sono questi gli ingredienti di una medicina respiratoria che punta a essere davvero su misura.

Restano, naturalmente, questioni aperte: la variabilità biologica di alcuni biomarcatori, i costi delle nuove terapie e delle tecnologie digitali, la necessità di validare gli algoritmi su popolazioni ampie e rappresentative. Ma la direzione tracciata è chiara, e rappresenta un'opportunità concreta per migliorare la qualità di vita di milioni di persone che convivono ogni giorno con questa malattia. ■

paola.rogliani@uniroma2.it

### Bibliografia

- 1) Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2025 report.* <https://goldcopd.org/2025-gold-report>
- 2) CAZZOLA M, BAJPAI J, CALZETTA L, ET AL. GOLD 2026: transforming COPD management with early intervention, multi-dimensional assessment, and personalized care. *Drugs* 2026;86:581-97.
- 3) CALZETTA L, CAZZOLA M, PISTOCCHINI E, ET AL. *Exploring AI and ML in managing overlap between cardiovascular disease and asthma or COPD: a scoping review.* *Respir Med* 2026;256:108812.

# Vivere a casa con la ventilazione meccanica: quando la tecnologia diventa parte della vita quotidiana

**Raffaele Scala**



Per molte persone la ventilazione meccanica rappresenta un trattamento utilizzato per un periodo limitato, spesso durante un ricovero ospedaliero. Per altre, invece, il supporto ventilatorio diventa una presenza stabile nella vita quotidiana, tanto da accompagnarle giorno e notte all'interno della propria abitazione. Si parla, in questi casi, di persone ventilatore-dipendenti, ovvero di pazienti che necessitano di supporto meccanico continuativo o quasi continuativo per poter respirare adeguatamente.

Negli ultimi decenni i progressi tecnologici e organizzativi hanno permesso a un numero crescente di persone di lasciare l'ospedale e continuare le cure nel proprio domicilio, mantenendo una buona qualità di vita e una maggiore partecipazione alla vita familiare e sociale. Una scelta che comporta certamente respon-

sabilità e complessità, ma che rappresenta anche una straordinaria opportunità di umanizzazione delle cure.

## Chi sono i pazienti ventilatore-dipendenti?

La ventilazione meccanica domiciliare viene utilizzata in diverse condizioni cliniche nelle quali i muscoli respiratori non sono più in grado di garantire una respirazione efficace, oppure quando il sistema nervoso non riesce a controllare adeguatamente

il respiro. Tra le malattie più frequentemente associate alla ventilazione domiciliare vi sono le malattie neuromuscolari, le deformità della gabbia toracica, la sindrome obesità ipoventilazione, alcune forme di lesione midollare cervicale, la sclerosi laterale amiotrofica, alcune malattie rare dell'età pediatrica e dell'adulto, e particolari condizioni respiratorie e cardiache croniche molto avanzate. Alcuni pazienti utilizzano il ventilatore ►►



Ventilazione meccanica a domicilio: differenze tra invasiva e non invasiva

Presidente AIPO-ITS/ETS

U.O.C. Pneumologia e UTIP, Azienda USL Toscana Sud-Est, P.O. S. Donato, Arezzo

▶ soltanto durante le ore notturne, altri per molte ore al giorno, altri ancora in modo continuativo per 24 ore su 24. In questi ultimi casi, si parla più propriamente di dipendenza dal ventilatore, poiché anche brevi interruzioni del supporto respiratorio possono determinare importanti difficoltà respiratorie. La ventilazione può essere erogata attraverso una maschera applicata sul volto oppure mediante una cannula tracheostomica, inserita chirurgicamente nella trachea. La scelta dipende dalla malattia di base, dalla durata prevista del trattamento e dalle caratteristiche cliniche della persona.

### Dall'ospedale alla casa: un percorso complesso

Il ritorno al domicilio di un paziente ventilatore-dipendente non coincide semplicemente con una dimissione ospedaliera. Si tratta piuttosto di un vero e proprio percorso di transizione, che coinvolge paziente, famiglia, professionisti sanitari e servizi territoriali. Prima del rientro a casa è necessario verificare che l'ambiente domestico sia adeguato ad accogliere le apparecchiature necessarie, e che siano garantite condizioni di sicurezza sufficienti. Il ventilatore principale viene generalmente affiancato da un apparecchio di riserva, da batterie di emergenza e da altri dispositivi indispensabili, come l'aspiratore delle secrezioni e il saturimetro. Un aspetto fondamentale riguarda la formazione dei familiari



e dei *caregiver*. Imparare a gestire il ventilatore, riconoscere eventuali segnali di allarme, effettuare le procedure di assistenza quotidiana e sapere come comportarsi nelle situazioni impreviste richiede tempo, addestramento e supporto continuo da parte degli operatori sanitari. La dimissione domiciliare rappresenta quindi il risultato di un lavoro di squadra che coinvolge medici, infermieri, fisioterapisti respiratori, tecnici delle apparecchiature, servizi di assistenza domiciliare e, naturalmente, la famiglia.

Uno degli aspetti più significativi della ventilazione domiciliare è la possibilità di vivere nel proprio ambiente, circondati dagli affetti e dalle abitudini quotidiane. L'ospedale garantisce sicurezza clinica e monitoraggio continuo, ma difficilmente può sostituire la dimensione della vita familiare. Tornare a casa significa poter condividere i pasti con i propri cari, partecipare ai momenti della vita familiare, mantenere relazio-

ni sociali e, quando possibile, continuare attività lavorative, scolastiche o ricreative. Molti pazienti descrivono il ritorno a domicilio come il recupero di una parte importante della propria identità personale. La malattia e il ventilatore continuano a essere presenti, ma non rappresentano più l'unico elemento che definisce la persona. Anche i progressi tecnologici hanno contribuito a questo cambiamento. I ventilatori moderni sono sempre più piccoli, silenziosi, affidabili e facilmente trasportabili, consentendo spostamenti fuori casa e una maggiore autonomia rispetto al passato.

### Le sfide della quotidianità: tra sicurezza tecnologica e timori umani

La vita con un ventilatore rimane tuttavia una condizione impegnativa, sia per il paziente sia per la famiglia. La dipendenza da apparecchiature elettriche rende necessaria una particolare attenzione alla sicurezza do- ▶▶

► mestica e alla gestione delle emergenze. Un'interruzione dell'energia elettrica, un malfunzionamento del dispositivo o un problema tecnico richiedono procedure ben conosciute e tempestive. Anche l'organizzazione della giornata cambia profondamente. Le attività quotidiane devono spesso essere programmate in funzione dei tempi di assistenza, delle procedure di igiene e delle necessità legate alle apparecchiature. Per i familiari il ruolo di *caregiver* può comportare un importante carico fisico ed emotivo. L'assistenza continuativa, la responsabilità percepita e la riduzione degli spazi personali possono determinare stanchezza e stress nel lungo periodo. Per questo motivo il supporto psicologico e sociale, insieme

alla disponibilità di servizi territoriali adeguati, rappresenta un elemento essenziale della presa in carico.

### **Il valore della rete assistenziale**

La qualità della vita di un paziente ventilatore-dipendente dipende in larga misura dall'efficienza della rete di assistenza che lo accompagna nel tempo. Le visite di controllo periodiche, la manutenzione delle apparecchiature, il monitoraggio clinico e la possibilità di contattare rapidamente professionisti esperti in caso di necessità contribuiscono a ridurre ricoveri evitabili e a migliorare la sicurezza delle cure. Negli ultimi anni la telemedicina ha aperto nuove prospettive anche in questo settore. Alcuni ventilatori

sono in grado di trasmettere a distanza dati relativi al funzionamento dell'apparecchio e ai parametri respiratori del paziente, consentendo agli specialisti di identificare precocemente eventuali criticità e di modificare le impostazioni quando necessario. La tecnologia non sostituisce la relazione con i professionisti sanitari, ma può rappresentare uno strumento prezioso per rendere più tempestiva e personalizzata l'assistenza.

### **Oltre la malattia: la persona al centro**

Parlare di ventilazione meccanica domiciliare significa inevitabilmente confrontarsi con temi complessi come l'autonomia, la dipendenza, la fragilità e la qualità della vita. Per lungo tempo la sopravvivenza è stata consi- ►►



▶ derata il principale obiettivo delle cure. Oggi sappiamo che la qualità della vita, la possibilità di mantenere relazioni significative e il rispetto dei valori personali rappresentano elementi altrettanto importanti. Ogni persona vive la propria condizione in modo diverso. Alcuni pazienti sviluppano nel tempo una notevole autonomia nella gestione delle apparecchiature e continuano a coltivare interessi, attività professionali e progetti personali. Altri possono sperimentare momenti di difficoltà psicologica, paura o isolamento. L'ascolto delle preferenze del paziente e il coinvolgimento nelle decisioni terapeutiche diventano quindi aspetti fondamentali della presa in carico moderna. Il ventilatore non deve essere percepito esclusivamente come una macchina dalla quale dipendere, ma come uno strumento che consente di continuare a vivere, comunicare, lavorare, amare e progettare il futuro.

### Il ruolo delle Associazioni e della comunità

Le Associazioni di pazienti e familiari rappresentano spesso una risorsa preziosa. Condividere esperienze con persone che affrontano le stesse difficoltà aiuta a ridurre il senso di isolamento e permette di trovare soluzioni pratiche ai problemi quotidiani. Anche la società è chiamata a fare la propria parte. L'accessibilità degli spazi pubblici, la disponibilità di servizi domiciliari adeguati e il sostegno alle famiglie co-

stituiscono elementi essenziali per garantire inclusione e partecipazione sociale. La presenza di un ventilatore non dovrebbe rappresentare un ostacolo alla vita di relazione, all'istruzione o al lavoro, ma richiede spesso adattamenti organizzativi e culturali che coinvolgono l'intera comunità.

### Guardare al futuro

Il numero delle persone che vivono a domicilio con ventilazione meccanica è destinato ad aumentare nei prossimi anni, grazie ai progressi della medicina e al miglioramento delle tecnologie disponibili. I ventilatori diventano sempre più sofisticati e allo stesso tempo più semplici da utilizzare; i sistemi di monitoraggio remoto si stanno diffondendo, e i modelli organizzativi territoriali evolvono progressivamente verso una maggiore integrazione tra ospedale e territorio. La sfida futura non sarà soltanto garantire la sopravvivenza, ma offrire percorsi assistenziali capaci di coniugare sicurezza clinica, qualità della vita e dignità della persona. Dietro ogni ventilatore, infatti, non c'è soltanto un paziente da assistere, ma una persona con una storia, una famiglia, desideri e progetti. La tecnologia rende possibile il respiro, ma sono le relazioni, il supporto della comunità e la qualità delle cure a rendere possibile la vita. ■

*raffaele\_scala@hotmail.com*

### Bibliografia di riferimento

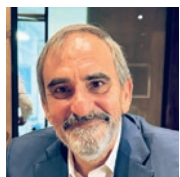
- AMBROSINO N, VITACCA M, DREHER M, ET AL. *Tele-monitoring of ventilator-dependent patients: a European Respiratory Society statement*. Eur Respir J 2016;48:648-63.
- CHATWIN M, SIMONDS AK. *Home mechanical ventilation: improving quality of life and survival in chronic respiratory failure*. Breathe 2011;7:286-94.
- ERGAN B, OCZKOWSKI S, ROCHWERG B, ET AL. *European Respiratory Society guidelines on long-term home non-invasive ventilation for management of COPD and other chronic respiratory failure conditions*. Eur Respir J 2019;54:1901003.
- *La gestione delle patologie croniche respiratorie. Documento ufficiale AIPO-ITS/ETS*. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2024;39:(Suppl. 1)S1-S34.
- MACINTYRE EJ, ASADI L, MCKIM DA, ET AL. *Clinical outcomes associated with home mechanical ventilation: a systematic review*. Can Respir J 2016;2016:6547180.
- SATHEYA S, ALLGOOD S, GAY PC, LECHTZIN N. *Long-term mechanical ventilation*. Clin Chest Med 2016;37:753-63.

# Ho deciso di smettere di fumare: appuntamento tra due anni

Testimonianza di un paziente

Lettera aperta alle Istituzioni sanitarie, dal diario di un percorso di cura reale  
I numeri del tabagismo in Italia e una proposta concreta

Carlo Zerbino



**N**on scrivo questa lettera a causa del lavoro che svolgo da tanti anni, né per le iniziative a cui partecipo. La scrivo come privato cittadino, come paziente. Perché è da paziente che ho vissuto questa storia, ed è “da paziente” che vorrei fosse letta.

## Tutto comincia dalla voce

La storia inizia quando la voce, strumento essenziale del mio lavoro, comincia a fare le bizzesse. Diamo tutti la voce per scontata, finché non si incrina. Eppure, la voce è molto più di un suono: è identità, presenza, relazione. Lo scrittore francese Gérard Bauër la definiva “un secondo volto”, perché rivela chi siamo tanto quanto i nostri lineamenti. E Italo Calvino, in *Un re in ascolto*, ricordava che dietro a ogni voce c'è una persona viva, con la sua gola, il suo torace, i suoi sentimenti,

ti, che spinge nell'aria “una voce diversa da tutte le altre voci”. La voce è la nostra impronta digitale sonora: unica, irripetibile, insostituibile.

Con la voce parlo ai miei interlocutori, ai colleghi, agli amici: è il mezzo con cui condivido il mio pensiero e costruisco le mie relazioni. Non a caso per insegnanti, avvocati, medici, manager e per chiunque comunichi per professione, la voce è un vero e proprio strumento di lavoro, e i disturbi della voce – le cosiddette disfonie – hanno un impatto pesante sulla vita lavorativa e sociale. Quando qualcosa non va, la preoccupazione è naturale.

Decido allora di fare le cose per bene, senza scorciatoie. Chi lavora nel mondo della sanità sa quanto sia forte la tentazione di cercare una via preferenziale: una telefonata, una conoscenza, una visita “facilitata”. Questa

volta no. Faccio prescrivere dal mio Medico di Medicina Generale una visita foniatrica, e prenoto attraverso i canali digitali di Regione Lombardia, che funzionano davvero bene. C'è però un primo ostacolo: il foniatra è uno specialista difficile da trovare, e per la visita passano otto mesi.

## La diagnosi e la prima, vera prescrizione

Scelgo un'eccellenza milanese, l'Ospedale Maggiore Policlinico, e vengo visitato da un'otorinolaringoiatra esperta di foniatria: precisa, attenta, minuziosa. Gli approfondimenti videolaringoscopici evidenziano alcune placche leucoplasiche sulle corde vocali, non di natura tumorale ma da tenere sotto stretto controllo. La prima indicazione, assoluta e non negoziabile, è una sola: smettere di fumare. ►►



► Sono un fumatore, e lo so bene. Ma sono anche consapevole e motivato: la volontà c'è, e c'è anche una condizione clinica che me lo impone. So inoltre, per l'ambito in cui lavoro, che il Servizio Sanitario Nazionale ha da poco reso rimborsabile un farmaco che aiuta la disassuefazione dal fumo di tabacco: la citisina. Mi sembra il momento giusto: la motivazione del paziente e gli strumenti del sistema, finalmente allineati.

Al controllo successivo, due mesi dopo, la situazione delle corde vocali è pressoché invariata: si pianifica quindi un piccolo intervento laser per rimuovere le placche, o meglio una microlaringoscopia diretta in sospensione con laser ad anidride carbonica. La specialista, attenta anche al quadro complessivo, mi suggerisce nel frattempo una polisonnografia per verificare eventuali disturbi respiratori durante il sonno, un accertamento di scrupolo. Accertamento che eseguo grazie a un percorso di assistenza domiciliare. Ma

il tema centrale resta sempre quello: la disassuefazione dal fumo.

### **Il Centro Antifumo: prima lo psicologo, poi l'attesa**

La fonia mi indirizza al Centro Antifumo del Policlinico, un Centro importante, per quanto curiosamente collocato nell'ambito della Medicina del lavoro. È, tra l'altro, l'unico abilitato a prescrivere la citisina con rimborso, all'interno di un piano terapeutico. Viene da chiedersi come mai un Centro Antifumo non sia collocato più vicino alle aree cliniche dove la correlazione tra fumo e malattia è quotidiana, come la Pneumologia o la Cardiologia. Ma tant'è: seguì il percorso indicato.

La prima cosa che uno zelante impiegato mi comunica è che, prima di tutto, dovrò far preparare due ricette al mio medico curante: la prima come visita per tabagismo, la seconda per colloquio psicologico. Solo dopo mi sarà indicata la strada. Mi permetto un sorriso: se un fumatore

ha già maturato da solo la decisione di smettere, forse la valutazione psicologica sarebbe servita di più quando ancora fumava convinto. Ma accettò anche questo passaggio, e dopo aver ottenuto le due ricette dal mio Medico di Medicina Generale riluttante (è sempre attenta a non abusare nelle richieste specialistiche), torno al sistema di prenotazione regionale, sempre efficiente, per fissare l'appuntamento.

Ed ecco la sorpresa che dà il titolo a questa lettera: il primo appuntamento disponibile è per marzo 2028. Oggi, mentre scrivo questo articolo, è il 15 luglio 2026. Quasi due anni di attesa.

### **I Centri Antifumo in Italia: preziosi, ma pochi e mal distribuiti**

La mia esperienza non è un caso isolato, e i numeri lo confermano. I Centri Antifumo (CAF) sono i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale, la LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori) e il privato sociale dedicano a chi vuole smettere di fumare. L'Istituto Superiore di Sanità li censisce dal 2000 e li rende consultabili sul sito [www.smettodifumare.iss.it](http://www.smettodifumare.iss.it). Il problema è che sono pochi e in calo: l'ultima rilevazione ISS ne conta 223 in tutta Italia, in diminuzione rispetto ai 241 dell'anno precedente e ai 346 di circa 15 anni fa. In più, sono distribuiti in modo diseguale: circa il 60% è concentrato al Nord (Piemonte, Lombardia e Veneto sono le Regioni più dotate), ►►

► mentre Centro, Sud e Isole si dividono il resto. Facendo un rapido conto, con circa 10 milioni di fumatori in Italia, ogni Centro dovrebbe teoricamente servire oltre 40.000 potenziali pazienti. Le liste d'attesa biennali, a quel punto, non sorprendono più.

Chi lavora nei Centri fa un lavoro prezioso: nelle *équipe* operano medici (circa un terzo del personale), infermieri, psicologi, e poi educatori professionali e assistenti sociali. L'offerta è un trattamento integrato: *counseling* individuale (presente in più dell'80% dei Centri), erogazione di terapia farmacologica (73%), psicoterapia di gruppo o individuale. È esattamente ciò che le evidenze scientifiche indicano come percorso più efficace: farmaco più supporto comportamentale. Il modello è giusto. È la capacità del sistema a non reggere la domanda.

### **La citisina oggi in Italia: un'opportunità con il freno tirato**

Veniamo al farmaco. La citisina è una molecola di origine vegetale usata da decenni per la disassuefazione dal tabacco: agisce sugli stessi recettori della nicotina, attenuando i sintomi dell'astinenza e togliendo alla sigaretta il suo "premio". È inclusa nelle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2024, e dal 2025 nell'elenco dei farmaci essenziali. In Italia era disponibile dal 2015 come preparazione galenica; a dicembre 2025 AIFA ne ha

approvato la rimborsabilità nella nuova formulazione industriale.

Ma attenzione alle condizioni. Il rimborso copre esclusivamente il primo ciclo di trattamento – 25 giorni, 100 compresse – per fumatori maggiorenni che non abbiano già usato il farmaco, ed è vincolato a un piano terapeutico redatto dal medico di un Centro Antifumo, all'interno di un percorso strutturato con *counseling*. Fuori da questo canale, qua-

lunque medico può prescrivere la citisina, ma il costo resta a carico del cittadino: circa 90 euro per il ciclo di 25 giorni.

Ed ecco il paradosso nella sua forma più nitida: il cardiologo che dopo un infarto intima al paziente di smettere di fumare, lo pneumologo che si trova davanti a un fumatore con BPCO, l'otorinolaringoiatra che vede una leucoplachia delle corde vocali – proprio i medici che intercettano il fumatore ►►



► nel momento di massima motivazione – non possono attivare il beneficio. Devono rimandare il paziente a uno dei 223 Centri, dove l'attesa può arrivare, come nel mio caso, a due anni.

Il farmaco c'è, è rimborsato, funziona: ma la porta d'accesso è una sola, ed è stretta.

### Le campagne e i numeri del fumo in Italia

L'Italia non parte da zero, anzi. La legge Sirchia del 2003, entrata in vigore nel 2005, ha vietato il fumo nei locali pubblici, e ha rappresentato una delle norme più avanzate d'Europa, cambiando per sempre la percezione sociale della sigaretta. Il Telefono Verde contro il Fumo dell'ISS (800 554 088), attivo dal 2000, è un servizio nazionale anonimo e gratuito che ha gestito oltre 110.000 chiamate. Ogni 31 maggio la Giornata Mondiale senza Tabacco rilancia l'attenzione pubblica, e a gennaio 2026 è partita la campagna "5 euro contro il fumo" promossa dal mondo oncologico, che ha raccolto oltre 50.000 firme per una proposta di legge che aumenti di 5 euro il prezzo di tutti i prodotti da fumo e da inalazione di nicotina; vedremo come andrà a finire.

Eppure i numeri restano pesanti. In Italia fuma ancora circa un adulto su quattro (24,5% dei 18-69enni secondo la sorveglianza PASSI; il 19,8% della popolazione sopra i 14 anni secondo l'ISTAT 2024, dato in leggera risalita). Al fumo di tabacco

sono attribuiti oltre 90.000 morti l'anno – la prima causa di morte evitabile – di cui almeno 43.000 per tumore, con costi diretti e indiretti stimati in oltre 26 miliardi di euro. E il dato che più dovrebbe far riflettere chi organizza i servizi è questo: quasi una persona su tre prova a smettere ogni anno, ma nell'80% dei casi non ci riesce. Non manca la volontà dei cittadini: manca il supporto nel momento giusto.

### Due anni sono un'eternità, per chi vuole smettere oggi

Chiunque abbia provato a smettere di fumare sa che la decisione arriva in un momento preciso: una diagnosi, uno spavento, una presa di coscienza. È una finestra che si apre, e che va colta subito. Se un fumatore matura quella scelta oggi e il sistema gli risponde: "Torni tra due anni", nel frattempo accadrà una di queste cose: avrà sviluppato o aggravato una patologia, oppure avrà trovato da solo un'altra strada, oppure – più probabilmente – avrà semplicemente rinunciato. In ogni caso, qualcosa sarà andato storto.

Questa lettera non è un atto d'accusa. Il nostro Servizio Sanitario Nazionale è un valore immenso, e il percorso che ho raccontato è fatto anche di professionisti eccellenti, di sistemi digitali che funzionano, di attenzione clinica autentica. Ma quando il cittadino dice "Sì, smetto, adesso", il sistema deve saperlo accogliere immediatamente. La disassuefazione

dal fumo non è un servizio accessorio: è prevenzione nel suo momento più efficace, quello della *real life*.

### Appello alle Istituzioni sanitarie: portiamo la disassuefazione dove sono i pazienti

Concludo questa lettera con una proposta concreta, che rivolgo alle Istituzioni sanitarie regionali e nazionali, alle Direzioni delle Aziende sanitarie e ospedaliere, alle Società Scientifiche.

**Proposta:** ambulatori dedicati alla disassuefazione dal fumo presso le Pneumologie e le specialità affini.

Chiediamo di attivare, presso gli ambulatori di Pneumologia e delle specialità che più spesso incontrano il paziente fumatore (Cardiologia, Otorinolaringoiatria, Oncologia), spazi dedicati alla disassuefazione dal fumo, integrati nel percorso di cura. In concreto:

► Abilitare gli specialisti che diagnosticano una patologia fumo-correlata a redigere il piano terapeutico per la citisina rimborsata, senza obbligare il paziente a un secondo percorso – distante mesi o anni – presso un Centro Antifumo.

► Istituire in ogni Pneumologia ospedaliera e territoriale un Ambulatorio "del respiro senza fumo" con slot settimanali dedicati: primo colloquio entro 30 giorni dalla segnalazione dello specialista, avvio del trattamento entro 60.

► Prevedere un *minimal advice* strutturato e la pre- ►►

- ▶ sa in carico immediata per ogni fumatore ricoverato o visitato per patologia fumo-correlata, come già raccomandato dalle linee guida internazionali.
- ▶ Potenziare la rete dei 223 Centri Antifumo esistenti, oggi in calo e concentrati soprattutto al Nord, collegandoli in rete con gli ambulatori specialistici e con i Medici di Medicina Generale.
- ▶ Utilizzare la telemedicina per il *counseling* di *follow-up*, riducendo accessi e liste d'attesa.

Quanto ai costi a carico del sistema sanitario, sono sorprendentemente contenuti. Un ciclo completo di citisina costa circa 90 euro; il *counseling* richiede ore-professionista già presenti in organico, riorganizzate. A fronte di questo, ogni persona che smette di fumare fa risparmiare al sistema i costi di patologie che valgono, a livello Paese, oltre 26 miliardi di euro l'anno tra costi diretti e indiretti. Poche misure, in sanità, hanno un rapporto costo-beneficio così favorevole: la cessazione dal fumo è, per consenso unanime della letteratura, uno degli interventi sanitari più costo-efficaci in assoluto.

Il farmaco c'è. Le professionalità ci sono. I pazienti, come dimostra la mia storia, ci sono e sono motivati. Manca solo l'organizzazione che li faccia incontrare nel momento giusto. Alle Istituzioni chiediamo questo: non un servizio in più, ma lo stesso servizio, nel posto giusto e



al momento giusto.

Perché la salute, come le decisioni importanti, non aspetta due anni. ■

[azienda@sintexservizi.it](mailto:azienda@sintexservizi.it)

#### Fonti e riferimenti

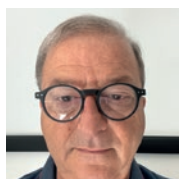
- Istituto Superiore di Sanità-Censimento dei Centri Antifumo e sito [www.smettodi-fumare.iss.it](http://www.smettodi-fumare.iss.it); dati presentati al convegno No Tobacco Day (223 Centri attivi, distribuzione territoriale, figure professionali e offerta assistenziale).
- AIFA. Delibera del CdA del 15 dicembre 2025 e pubblicazione in Gazzetta Ufficiale: rimborsabilità della citisina per il primo ciclo di 25 giorni/100 compresse, con piano terapeutico dei Centri Antifumo e *counseling* associato.
- AIRC, Fondazione Umberto Veronesi, Il Sole 24 Ore, Sky TG24 (2026): approfondimenti sulla rimborsabilità della citisina, costo di circa 90 euro al di

fuori del percorso rimborsato, inclusione nelle linee guida OMS 2024 e tra i farmaci essenziali 2025.

- Ministero della Salute. Tabagismo: oltre 93.000 morti/anno attribuibili al fumo in Italia, costi diretti e indiretti superiori a 26 miliardi di euro (Tobacco Atlas); prevalenza ISTAT 2024: 19,8% (14+ anni).
- Sorveglianza PASSI (ISS), 2022-2023: 24,5% di fumatori tra i 18-69enni; circa uno su tre tenta di smettere ogni anno, l'80% senza successo.
- Telefono Verde contro il Fumo ISS: 800554088, servizio nazionale anonimo e gratuito. Campagna "5 euro contro il fumo" (2026), promossa dal mondo oncologico italiano.

# Quali argomenti saranno prioritari al Tavolo tecnico sulla salute respiratoria?

**Bruno Balbi<sup>1</sup>, Gian Piero Bandelli<sup>3</sup>, Marco Dottorini<sup>2</sup>, Antonella Serafini<sup>3</sup>**



Con Decreto del Ministero della Salute 8 giugno 2026, n. 197, è stato istituito il Tavolo tecnico sulla salute respiratoria (d'ora in poi TT). Coordinato dalla Prof.ssa Paola Rogliani, il Tavolo prevede la partecipazione di rappresentanti delle Società scientifiche pneumologiche (AIPO-ITS/ETS e SIP/IRS), di quelle dei Medici di Medicina Generale (MMG), e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e della Consulta della Pneumologia (con due rappresentanti di Associazioni pazienti), insieme ad altre componenti ministeriali e di coordinamento.

Nel corso della prima sessione dei lavori, svoltasi il 29 luglio scorso, il TT ha istituito tre sottogruppi dedicati ai seguenti ambiti: prevenzione, rapporto ospedale-territorio,

## I componenti del Tavolo

AITT sulla salute respiratoria siederanno, secondo il Decreto ministeriale, queste componenti:

- a) Prof.ssa Paola Rogliani, Presidente della Società Italiana di Pneumologia (SIP), con funzioni di Coordinatore;
- b) il Capo del Dipartimento della prevenzione, della ricerca e delle emergenze sanitarie del Ministero della salute;
- c) il Capo del Dipartimento della salute umana, della salute animale e dell'ecosistema (One Health) e dei rapporti internazionali;
- d) il Direttore generale della prevenzione del Ministero della salute;
- e) il Direttore generale della ricerca e dell'innovazione in sanità del Ministero della salute;
- f) il Direttore generale dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema del Ministero della salute;
- g) il Direttore generale e due rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome;
- h) due esperti nominati dal Ministro della salute;
- i) il Direttore generale dell'Organismo di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria;
- j) due rappresentanti della Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO);
- k) due rappresentanti della Società Italiana di Pneumologia (SIP/IRS);
- l) due rappresentanti della Consulta della Pneumologia;
- m) un rappresentante della Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie (S.I.M.G.)
- n) un rappresentante della Società Italiana di Pediatria (SIP)

reti pneumologiche di area critica. Nel box, elenchiamo i rappresentanti previsti per le diverse componenti.

Il DM prevede che sia pos-

sibile – noi diremmo anche utile – aggregare al Tavolo altri rappresentanti in grado di portare specifiche esperienze e professionalità, ove ►►

<sup>1</sup>ASL Novara; Rappresentante Consulta della Pneumologia c/o International Respiratory Coalition

<sup>2</sup>U.O. Pneumologia, Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna, Bologna

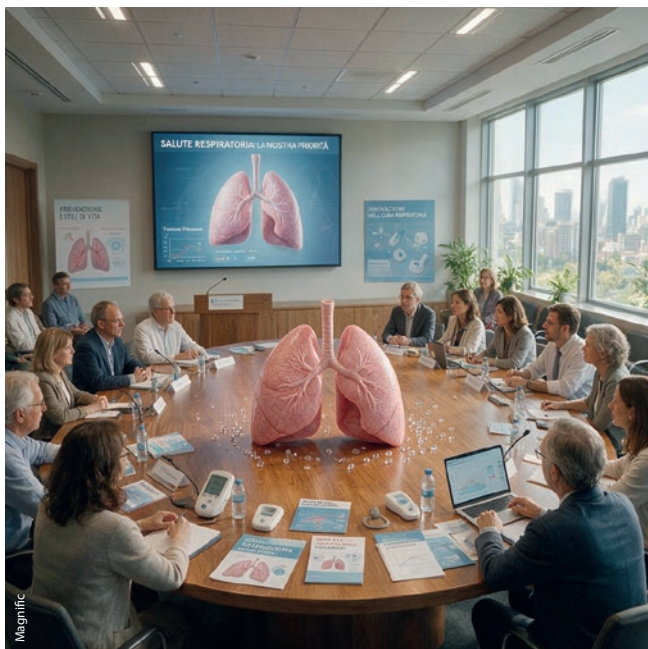
<sup>3</sup>S.S.D. Riabilitazione Respiratoria e Prevenzione Tisiopneumologica, USL Umbria 1, Perugia

<sup>4</sup>Pneumologo "Casa della Salute", Sanremo (IM)

► questo sia richiesto dal TT su questioni particolari (pensiamo ad esempio ai fisioterapisti, da interpellare sugli aspetti riabilitativi delle patologie respiratorie). È inoltre prevista una suddivisione dei componenti in gruppi di lavoro formati sulla base di precisi requisiti e campi di attività (ad es. le interstizio-patie polmonari).

Come già scritto, l'istituzione del TT costituisce un traguardo "storico" per il mondo pneumologico: un obiettivo che in passato era stato individuato, ma mai centrato. E questo, ovviamente, esaurita la fase di "celebrazione", aumenta le responsabilità in capo ai componenti del TT, ma più in generale a tutti coloro che fanno parte del nostro mondo, quello della salute e nello specifico delle malattie respiratorie: pneumologi e altri specialisti, come fisioterapisti, infermieri o altri professionisti sanitari, pazienti e loro Associazioni, aziende del farmaco e/o elettromedicali.

Proviamo quindi a stilare una lista dei desideri, o meglio delle priorità, che vorremmo vedere trattate e sperabilmente risolte almeno in parte come risultato del TT. Si tratta naturalmente di una visione soggettiva e in qualche modo originale, di cui ci assumiamo la responsabilità senza voler "tirare per la giacchetta" i colleghi del TT. Pensiamo però che queste siano priorità ampiamente condivise. Le esamineremo quindi per grandi capitoli.



### Prevenzione

La questione più importante per la prevenzione primaria delle malattie respiratorie è connessa con il problema del fumo. Diciamo fumo perché – come si sa – l'argomento non è più limitato alle sigarette "tradizionali" ma anche a tutti i prodotti di diversa natura che l'industria ha messo in circolazione e che continua a sfornare ogni giorno.

Proverbiale è l'enorme sproporzione tra i due piatti della bilancia: su un piatto ci sono infatti i profitti dello Stato con il Monopolio, e sull'altro il carico enorme di malattie (non solo respiratorie), sofferenza, giornate di lavoro perse, disabilità, mortalità, e ovviamente anche la spesa sanitaria conseguente, tra farmaci, accessi ai DEA, visite, ricoveri, operazioni chirurgiche, percorsi onco-

logici, riabilitazione, assistenza e palliazione.

Stupisce ancora oggi che una tale sproporzione non sia approcciata nell'unico modo possibile. Se lo scopo del SSN è infatti quello di migliorare le condizioni di salute e di vita delle persone, non c'è altra strada che ridurre (o meglio, abolire) il consumo del fumo e dei prodotti affini, per diminuire il carico di malattie e spesa sanitaria a esso correlato.

Due problemi: il primo è rappresentato dal fatto che gli incassi del monopolio sono in tempo reale, mentre i risparmi sono – o saranno – a medio e lungo termine. Il secondo, forse ancora più importante, è costituito dalla pervasiva azione di *lobbying* esercitata dall'industria del tabacco non solo in Italia, ma in tutto il mondo. Il che rende i fumatori una popola- ►►

► zione decisamente di difficile approccio per il SSN.

Riusciranno dunque i nostri eroi (i componenti del TT) a porre la questione e a portare a casa qualche risultato? Noi facciamo il tifo per loro, e proseguiamo nella nostra opera di comunicazione antifumo (vedi attività della Consulta).

### Diagnosi precoce

Le liste d'attesa rappresentano un problema, ma anche – in qualche misura – un alibi. “Non faccio la TAC perché chissà quando mi danno l'appuntamento”, “Non vado dal MMG perché ci vuole l'appuntamento” (come dal parrucchiere o per il tagliando dell'auto), e via dicendo. Questo, senza dubbio, dà luogo a una situazione di criticità, almeno per qualche tipologia di prestazione e per diverse zone del nostro Paese. Non si può però ridurre una questione così comples-

sa a poche righe: si rischia di banalizzare, anche se qualcosa si può dire comunque.

Le spirometrie devono diventare un esame alla portata di tutti. La riforma della Medicina del territorio, con le Case di Comunità, dovrà vedere un ruolo attivo della Pneumologia, svolto non solo dallo pneumologo – cui potrebbero essere affidati casi di media o grave importanza – ma anche in parte da altre figure: il MMG, il PLS, gli infermieri, i fisioterapisti.

Bisogna rendere efficace il famoso meccanismo *Hub and Spoke*, il collegamento istituzionalizzato tra cure primarie, territorio e ospedale.

Prendiamo a prestito il titolo del prossimo Congresso interregionale AIPO-ITS/ETS Piemonte-Valle d'Aosta-Liguria, “Pneumologia: dal territorio all'ospedale andata e ritorno”: parole che rendono l'idea dei percorsi appro-

priati da estendere a tutto il territorio nazionale e da velocizzare il più possibile per dare risposte concrete ai pazienti e fare diagnosi precoci.

Si tratta di questioni organizzative, senza dubbio. Ma queste comportano anche investimenti: in capitale umano (più pneumologi, più operatori sanitari dedicati) e in apparecchiature e servizi.

Per poter migliorare davvero la nostra capacità di intercettare le patologie per tempo, quando ancora vi sono buone probabilità di limitare (o addirittura eliminare) i possibili danni futuri, insomma, è necessario che le patologie respiratorie salgano qualche gradino nella scala delle priorità del SSN, a livello locale, regionale e nazionale. E in questo, a nostro parere, sta il ruolo principale del TT: accendere un faro sulle malattie respiratorie, sui malati respiratori, sui loro bisogni, che possono ►►





► essere soddisfatti almeno in parte se gli operatori del settore sono messi in condizione di lavorare efficacemente e proficuamente.

### Terapie

Noi pneumologi abbiamo vissuto l'evoluzione delle terapie per le malattie respiratorie: parliamo di terapie farmacologiche, non farmacologiche, mediche e chirurgiche.

Oggi per le malattie ostruttive delle vie aeree abbiamo farmaci inalatori, evoluzioni dei farmaci capostipite, che sono molto efficaci e di provata sicurezza, cui negli anni si sono affiancate nuove terapie biologiche. I farmaci attivi sulle interstiziopatie polmonari ne hanno cambiato la storia clinica. Vi sono malattie rare (e magari non tanto rare) come il *deficit* di alfa-1 antitripsina, che rappresenta il modello biologico naturale dell'enfisema e della risposta clinica a una terapia sostitutiva. Vi è l'ipertensio-

ne polmonare, ambito di ricerca clinica sempre in evoluzione. E abbiamo le terapie oncologiche, che insieme alle nuove tecniche chirurgiche hanno rivoluzionato il destino dei nostri pazienti. La tecnologia è evoluta in modo così massivo che le opzioni per i nostri pazienti con insufficienza respiratoria (ossigeno, ventiloterapia, disostruzione bronchiale) sono ormai numerose e variegate.

Per stare al passo con il progresso e rimanere su tutto il territorio nazionale a un livello paragonabile a quello degli altri Paesi evoluti (pensiamo, ad esempio, ai Paesi del G7) è necessario che tutti i pazienti abbiano accesso alle terapie che rappresentano l'attualità quotidiana nei sistemi sanitari funzionanti a pieno regime. Il tutto, tenendo in considerazione i pazienti anche per il loro genere, in una Medicina delle differenze tra persone malate capace di un approccio di *team* empatico e condiviso,

individualizzato nei percorsi terapeutici e sempre in alleanza con i pazienti e i loro familiari/*caregiver*. Per arrivare, infine, a prenderci cura delle disabilità respiratorie con percorsi riabilitativi accessibili e all'approccio palliativo, ancora così raro in Italia per i malati respiratori.

In questa breve disamina abbiamo esposto il nostro pensiero sulle possibilità che il TT offre per migliorare la salute dell'Italia. Ci siamo esposti dichiarando obiettivi forse troppo ambiziosi. Un libro dei sogni? O una visione del futuro? Un futuro, certamente, che vogliamo e speriamo non sia troppo lontano. Un futuro prossimo: la nuova stagione della Pneumologia. ■

*centokm@gmail.com*

# Un concerto per il respiro

## Al via l'*awareness* sulla salute respiratoria con il nuovo Tavolo al Ministero della Salute

**Stefano Centanni**



La salute del respiro entra al centro dell'agenda sanitaria nazionale. È stato infatti istituito presso il Ministero della Salute un Tavolo tecnico sulla salute respiratoria, con l'obiettivo di mettere a sistema competenze, dati e strategie per affrontare una delle principali cause di morbidità e mortalità nel nostro Paese.

Al Tavolo siedono i dirigenti del Ministero, gli esperti indicati dalla Conferenza Stato-Regioni, e i rappresentanti delle due principali Società scientifiche pneumologiche italiane: AIPO-ITS/ETS E SIP/IRS. Completano il quadro la Società Italiana di Pediatria e quella dei Medici di Medicina Generale, figure chiave per intercettare precocemente i sintomi e accompagnare i pazienti nel

*Pneumologia Lifenet Healthcare  
C.M. Visconti di Modrone, Milano*



percorso di cura.

Una novità importante è la presenza, per la prima volta in modo strutturato, di due rappresentanti dei pazienti, indicati dalle Associazioni

che fanno parte della Consulta della Pneumologia, organismo nato per iniziativa delle Società scientifiche di ambito respiratorio di concerto con numerose Asso- ►►



Magnific

► ciazioni di pazienti e altre Società scientifiche. Il loro ingresso nel Tavolo segna il passaggio sostanziale da una medicina “sul paziente” a una medicina “con il paziente”.

Il compito della Consulta all'interno del Tavolo non si limiterà infatti al confronto tecnico. Tra le priorità c'è proprio lo sviluppo del concetto di *awareness* in Medicina respiratoria. Troppo spesso asma, BPCO, fibrosi polmonari, tumore del polmone e altre patologie croniche vengono infatti diagnosticate in ritardo, quando il danno è già avanzato. Ad oggi mancano informazione, prevenzione e percezione del rischio, soprattutto tra i giovani e nelle aree in cui l'accesso allo specialista è più difficile.

Per questo la Consulta della Pneumologia lavora su più fronti: convegni scientifici per allineare i professionisti su linee guida e buone pratiche; campagne informative

nazionali e territoriali per spiegare – con un linguaggio semplice – fattori di rischio, segnali da non sottovalutare e importanza della prevenzione; *webinar* rivolti sia a Medici di Medicina Generale sia a cittadini e pazienti per favorire l'aggiornamento continuo.

L'idea è quella di un “concerto” di voci: Istituzioni, evidenze scientifiche, clinici, territorio e pazienti che suonano insieme. Il Ministero fornisce il coordinamento e la visione strategica, le Regioni portano l'esperienza della gestione locale, le Società scientifiche le esperienze cliniche, i medici di medicina generale e i pediatri il presidio quotidiano, e le Associazioni dei pazienti la voce di chi vive la malattia ogni giorno.

L'attenzione è alta perché i numeri lo impongono. Le malattie respiratorie croniche colpiscono milioni di italiani, e rappresentano un

costo importante per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), tra ospedalizzazioni, accessi al pronto soccorso, diagnosi e terapie. Investire in prevenzione e diagnosi precoce significa sia migliorare la qualità della vita delle persone sia rendere il sistema più sostenibile.

Con il nuovo Tavolo tecnico sulla salute respiratoria e con il lavoro della Consulta della Pneumologia si apre quindi una fase nuova. L'obiettivo dichiarato è portare il tema del respiro fuori dagli ambulatori specialistici, per farlo entrare nelle scuole, nelle farmacie, nei *media* e nelle case. Perché parlare di salute respiratoria oggi significa parlare di prevenzione, di equità di accesso alle cure e di futuro.

E un primo passo parte proprio da qui: far conoscere e far capire per far respirare meglio l'Italia. ■

*stefano.centanni@unimi.it*

# Revisione della Nota 99: una svolta nella terapia della BPCO

Salvatore D'Antonio



**F**inalmente nella Gazzetta Ufficiale del 24 giugno 2026, con determina n° 822/2026, sono state abrogate scheda di valutazione e prescrizione specialistica per la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) relativamente alla terapia inalatoria con associazioni precostituite LABA+LAMA+ICS.

La prescrivibilità, restando prerogativa ineludibile di diagnosi di BPCO con accertamento spirografico, può quindi ora essere effettuata direttamente dal medico di medicina generale (MMG), che secondo le raccomandazioni GOLD – in caso di mancata/insufficiente risposta clinica al trattamento, verificata la *compliance*, la corretta tecnica inalatoria e le strategie terapeutiche non farmacologiche – potrà organizzare un'*escalation* della terapia, la cui strategia di-

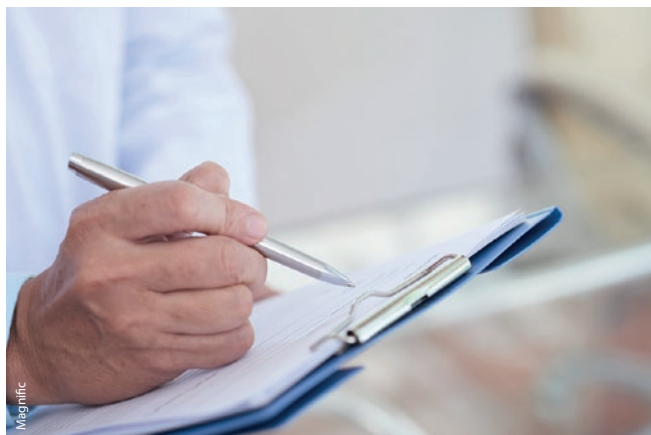
penderà dalla sintomatologia residua e dalle comorbidità, e non più dal gruppo (ABE).

L'Associazione Pazienti BPCO e altre patologie respiratorie esprime viva soddisfazione per questa modifica, che permette a pazienti e a *caregiver* di accedere alle terapie senza i vincoli burocratici che in questi anni li hanno costretti a peregrinazioni e passaggi resi spesso ancora più complicati dallo stato di salute e dalla scarsa ricettività ospedaliera.

La Nota 99 ha avuto in questi anni una valenza estremamente negativa, creando un *unmet need* nella gestione della BPCO, e ignorando quanto le raccomandazioni GOLD, cui faceva riferimento, avevano rimarcato fin dalla promulgazione, cioè la clinica e gli episodi di riacutizzazione.

Fin dal 2021 tale norma ha creato problemi nell'interpretazione, tanto che inizialmen-

te era stata erroneamente applicata anche agli asmatici. Emanata in piena emergenza COVID-19, aveva reso ancor più problematica la possibilità di accedere a visite specialistiche ed esami spirometrici, indispensabili per la prescrivibilità, in un momento in cui i Centri pneumologici erano impegnati in un super lavoro a causa della pandemia, negando così il diritto ad adeguati trattamenti terapeutici mediante farmaci che in unico device sviluppano un sinergismo d'azione e favoriscono una maggiore aderenza terapeutica, un miglior risultato, una migliore gestione della patologia, una riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri ospedalieri, una riduzione della mortalità, con un risparmio per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di circa 30 milioni di euro annui sul totale della popolazione in terapia con le cosiddette triple estemporanee. ►►



► Si tratta di risparmi ancora più importanti se si considera che la Nota 99, introducendo nei fatti l'obbligo a rivolgersi – per le spirometrie e le relative visite specialistiche – alle strutture ospedaliere, aveva ingenerato un maggior costo stimabile in almeno 15 milioni di euro per il SSN (20,66€ di costo per singola visita pneumologica, come da tariffario ministeriale).

Infine, si ricorda la spiacevole necessità di dover fare spesso ricorso a visite private *intramoenia* per poter ottenere piani terapeutici in tempi utili, a causa delle lunghe liste d'attesa, che per fortuna verranno snellite grazie alla sospensione di questo inutile passaggio burocratico, contribuendo tra l'altro all'azione governativa di facilitare l'accesso alle prestazioni ospedaliere in ottemperanza a quanto previsto dal DM77 e dal PNRR sulla Medicina di prossimità.

Come riscontrato dall'International Respiratory Coalition (IRC), oltre mezzo miliardo di persone convive con malattie respiratorie cro-

niche. In Italia sono 3,3 milioni le persone che soffrono di BPCO, terza causa globale di morte, con una stima più di 50 mila morti l'anno e costi diretti e indiretti pari a 45,7 miliardi di euro.

L'invecchiamento progressivo della popolazione italiana è destinato, oltretutto, ad aumentare la prevalenza delle malattie respiratorie croniche. Numerosi studi pubblicati sulla rivista scientifica *The Lancet* nel 2018, e poi nel 2020 sul *New England Journal of Medicine*, hanno dimostrato come la "triplice terapia" – LABA (broncodilatatore) + LAMA (antimuscarinico) e ICS (steroidi) – somministrata per via inalatoria tramite apposito *device*, riduca il tasso di riacutizzazioni con un miglior controllo dei sintomi nei pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) da moderata a severa.

La triplice terapia combinata genera un miglior controllo dei pazienti, con una presa in carico tempestiva e una cura efficace dei 3,3 milioni di italiani che – come

già avviene da tempo nel resto d'Europa – potranno trovare giovamento grazie alla libera prescrivibilità di questi farmaci combinati anche da parte del medico di medicina generale.

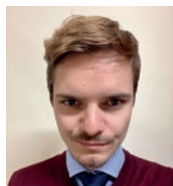
Da qualche anno, inoltre, sta acquisendo sempre maggiore importanza il precoce intervento terapeutico: in proposito, citiamo l'autorevole parere del Professor Bartolome L. Celli, luminare di fama mondiale ed ex Docente della Harvard Medical School: "La diagnosi precoce e il trattamento della BPCO sembrano essere di fondamentale importanza, e gli sforzi sono dedicati alla diagnosi di pre-BPCO e BPCO nei giovani individui – afferma – Di conseguenza, non possiamo più fare affidamento sul paradigma tradizionale della BPCO come malattia diagnosticata sulla base di un declino della funzione polmonare e sempre dopo i 60 anni di età. L'identificazione dei fattori di rischio fornirebbe obiettivi per trattamenti preventivi, che potrebbero aprire la strada all'eradicazione della BPCO."

Nelle ultime revisioni delle raccomandazioni GOLD è stato infatti introdotto il concetto di pre-BPCO, che comprende individui di qualsiasi età con sintomi respiratori e/o altre anomalie strutturali, senza ostruzione del flusso aereo alla spirometria, ma che meritano un trattamento precoce e adeguato. ■

*skip50@libero.it*

# Interstiziopatie polmonari: una famiglia di malattie ancora poco conosciuta

**Giuseppe Legrottaglie, Elena Bargagli**



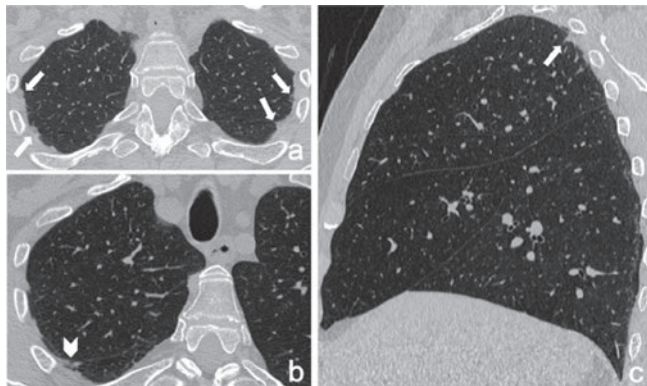
**L**e interstiziopatie rappresentano un gruppo eterogeneo di malattie respiratorie accomunate dal coinvolgimento dell'interstizio polmonare e caratterizzate da un'elevata complessità diagnostica e gestionale. Negli ultimi anni, l'interesse nei loro confronti è progressivamente aumentato grazie ai progressi nella comprensione dei meccanismi patogenetici e alla disponibilità di nuove opzioni terapeutiche che hanno reso sempre più importante il loro riconoscimento precoce. In Pneumologia, tosse e dispnea rappresentano di gran lunga i sintomi più comuni che portano il paziente a visita; nella maggior parte dei casi, essi

sono attribuibili a patologie ostruttive delle vie aeree o a condizioni di origine cardiovascolare. Talvolta, però, queste manifestazioni possono rappresentare l'esordio di un diverso gruppo di malattie: le interstiziopatie polmonari.

## Caso clinico

Paziente di 68 anni, maschio, ex modico fumatore e saldatore in pensione, si presenta dal medico di base per

respiro corto presente da un paio di mesi e tosse secca persistente. In anamnesi: ipertensione arteriosa, dislipidemia e un intervento di artroprotesi all'anca. Il curante prescrive un ciclo di antibiotico e aerosolterapia. Dopo 20 giorni, il paziente si ripresenta in ambulatorio per persistenza dei sintomi. All'auscultazione toracica, si notano rumori secchi alle basi polmonari. Viene prescritta una RX torace che ►►



Una rara forma di interstiziopatia polmonare: la Fibroelastosi Pleuro Parenchimale

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

► mostra una diffusa accentuazione della trama interstiziale; per tale motivo, si approfondisce con TC del torace. Il referto radiologico riporta “diffuso interessamento fibrotico dell’interstizio polmonare bilateralmente, con gradiente cranio-caudale e coinvolgimento prevalente del subpleurico. Iniziali bronchiectasie e bronchiolectasie da trazione a livello del LIS e del LID. Non franco *honeycombing*. Alcuni linfonodi subcentimetrici mediastinici. Quadro compatibile con ILD a *pattern* UIP”.

Il caso descritto rappresenta solo uno dei molteplici quadri clinici con cui una malattia polmonare interstiziale può manifestarsi. Dietro un reperto radiologico apparentemente simile possono infatti celarsi patologie profondamente diverse, accomunate dal coinvolgimento del parenchima polmonare ma caratterizzate da eziologia, comportamento biologico, prognosi e trattamento differenti. Comprendere questa eterogeneità rappresenta il primo passo per orientare correttamente il percorso diagnostico e terapeutico.

### Una famiglia di oltre 200 malattie polmonari

Dal punto di vista pratico, le *Interstitial Lung Diseases* (ILD) possono essere schematicamente suddivise in: forme idiopatiche, nelle quali non è possibile identificare una causa nota (tra cui la fibrosi polmonare idiopatica); forme associate a malattie autoimmuni sistemiche, come artrite reumatoide, sclerosi sistemi-



ca o miositi; forme correlate all’inalazione di antigeni ambientali o professionali, come la polmonite da ipersensibilità; forme secondarie a farmaci o radioterapia; forme granulomatoze, come la sarcoidosi; altre forme più rare, come la linfangioleiomiomatosi, oltre a malattie genetiche o legate a disordini metabolici.

### Conoscere le ILD per sospettarle

Nel caso del nostro paziente, la persistenza della tosse secca e della dispnea nonostante la terapia iniziale ha rappresentato il primo elemento in grado di orientare verso un approfondimento diagnostico. Sebbene questi sintomi siano comuni nella pratica clinica, alcune caratteristiche cliniche dovrebbero indurre il medico a considerare anche la possibilità di una malattia polmonare interstiziale. La dispnea da sforzo, generalmente a insorgenza progressiva, rappresenta il sintomo più frequente, ed è spesso accompagnata da tosse secca persistente. Nelle fasi iniziali, tali manifestazio-

ni possono essere sfumate o attribuite all’età, alla sedentarietà o a patologie come asma o BPCO, contribuendo così a un ritardo diagnostico che, in alcuni casi, può protrarsi per mesi.

Un’anamnesi accurata rappresenta il primo passo del percorso diagnostico. È fondamentale indagare l’attività lavorativa, le esposizioni ambientali e domestiche, l’assunzione di farmaci potenzialmente pneumotossici, la presenza di sintomi suggestivi di malattie autoimmuni e l’eventuale familiarità per patologie polmonari.

Anche l’esame obiettivo può fornire indicazioni preziose. I crepitii secchi “a velcro”, classicamente alle basi polmonari e particolarmente nelle forme fibrosanti, rappresentano uno dei reperti auscultatori più caratteristici. In alcuni pazienti possono, inoltre, essere presenti sintomi extrapolmonari come perdita di peso, inappetenza, segni di connettivite sottostante e raramente ippocratismo digitale. Per il clinico, il vero campanello d’allarme ►►

► non è la presenza di un singolo sintomo, ma l'associazione di più elementi apparentemente aspecifici. È proprio questa combinazione di dati anamnestici, clinici e strumentali che deve far nascere il sospetto di una malattia interstiziale e orientare il paziente verso un percorso diagnostico dedicato.

### Come si arriva alla diagnosi?

Il sospetto clinico rappresenta solo il primo passo. La diagnosi di ILD richiede un percorso strutturato, nel quale anamnesi, esame obiettivo, esami di laboratorio, prove di funzionalità respiratoria e *imaging* vengono integrati per identificare la natura della malattia. L'esame cardine è rappresentato dalla TC torace ad alta risoluzione (HRCT), in grado di definire l'estensione e la distribuzione delle

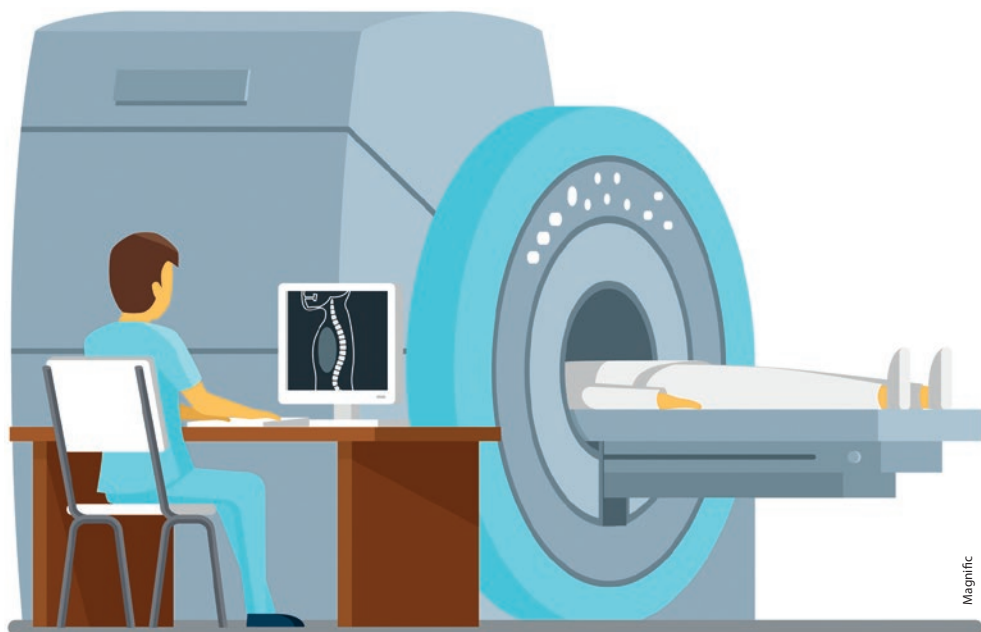
alterazioni del parenchima polmonare e di riconoscere *pattern* radiologici suggestivi di specifiche forme di ILD.

I principali *pattern* riconosciuti comprendono: UIP (*Usual Interstitial Pneumonia*), *probable* UIP, NSIP (*Non Specific Interstitial Pneumonia*), OP (*Organizing Pneumonia*), HP (*Hypersensitivity Pneumonia*), e ciascuno è caratterizzato da peculiari alterazioni radiologiche e da una peculiare distribuzione ed evoluzione delle lesioni. Ogni *pattern* ha prognosi e implicazioni diagnostiche differenti. Le prove di funzionalità respiratoria (spirometria, pletismografia e diffusione alveolo-capillare del monossido di carbonio-DLCO), consentono di quantificare il *deficit* funzionale e costituiscono un importante riferimento per il monitoraggio nel tempo. Gli esami ematochimici e la ricerca di

autoanticorpi permettono invece di identificare eventuali forme associate a malattie autoimmuni sistemiche.

Nei casi in cui il quadro clinico e radiologico non consenta di raggiungere una diagnosi definitiva, possono essere necessari approfondimenti di secondo livello, quali broncoscopia con lavaggio bronchiolo-alveolare (BAL), criobiopsia transbronchiale o biopsia chirurgica, sempre dopo un'attenta valutazione del rapporto tra rischio e beneficio.

Oggi, il riferimento fondamentale per la diagnosi delle ILD è rappresentato dalla discussione multidisciplinare (*multidisciplinary discussion*, MDD), nella quale pneumologo e radiologo integrano le rispettive competenze per formulare la diagnosi più accurata possibile, talvolta coadiuvati da reumatologo, me- ►►



► dico del lavoro, infettivologo e anatomopatologo. Questo approccio, raccomandato dalle principali linee guida internazionali, consente di migliorare l'accuratezza diagnostica e di impostare il trattamento più appropriato per ciascun paziente. Nel caso del nostro paziente, la discussione multidisciplinare, integrando dati clinici, radiologici e funzionali, ha consentito di formulare diagnosi di fibrosi polmonare idiopatica (IPF) in fase iniziale. Il paziente è stato quindi rapidamente avviato a terapia antifibrotica e inserito in un programma di *follow-up* specialistico periodico che include prove di funzionalità respiratoria (PFR) ed esami radiologici a giudizio del clinico.

### **Perché la diagnosi precoce fa la differenza**

Negli ultimi anni, la gestione delle malattie polmonari interstiziali è profondamente cambiata. Riconoscere precocemente una ILD significa poter offrire al paziente un percorso terapeutico mirato e un *follow-up* specialistico, con l'obiettivo di rallentare la progressione della malattia, preservare la funzione respiratoria e migliorare la qualità di vita. Le opzioni terapeutiche variano in base alla specifica diagnosi. Nelle forme fibrosanti progressive sono disponibili farmaci antifibrotici, quali pirfenidone e nintedanib, in grado di rallentare il declino funzionale; nelle ILD associate a malattie autoimmuni trovano invece indicazione terapie immunomodulanti o immunosoppressive,



mentre nelle forme correlate a esposizioni ambientali/professionali, l'identificazione e la rimozione dell'agente causale assieme alla terapia steroidea rappresentano il trattamento di prima linea.

Ad oggi, nonostante gli importanti progressi terapeutici, alcune ILD rimangono patologie gravi e progressive. In una quota di pazienti e nelle forme più aggressive, la malattia può evolvere ugualmente – nonostante un trattamento appropriato – verso l'insufficienza respiratoria cronica, rendendo necessaria l'ossigenoterapia a lungo termine e, in casi selezionati, il trapianto di polmone. Per questo motivo, riconoscere precocemente una malattia polmonare interstiziale non significa semplicemente attribuire un nome ai sintomi del paziente, ma offrire la possibilità concreta di intervenire quando il danno polmonare non è ancora irreversibile. Un tempestivo invio ai Centri con esperienza nella gestione delle ILD consente di garantire un inquadramento multidisciplinare, un corretto monitoraggio clinico e l'accesso ai trattamenti più appropriati.

### **D'ora in poi... più attenzione all'interstizio polmonare**

Le ILD rappresentano una sfida diagnostica e terapeutica sempre più rilevante nella pratica clinica. Sebbene singolarmente siano considerate patologie rare, nel loro insieme costituiscono un gruppo di malattie che ogni medico può incontrare nel corso della propria attività. Poiché oggi le possibilità terapeutiche sono in continua evoluzione, riconoscere tempestivamente le principali caratteristiche cliniche suggestive di una ILD e avviare il paziente verso un percorso diagnostico specialistico rappresenta il primo passo per migliorarne la prognosi e la qualità di vita. La vera sfida non è quindi pensare alle ILD quando la diagnosi è ormai evidente, ma imparare a sospettarle quando si presentano con sintomi comuni e apparentemente aspecifici per offrire a un numero sempre maggiore di pazienti l'opportunità di accedere precocemente ai trattamenti disponibili. ■

*mal.respiratorie@ao-siena.toscana.it*

# Tabagismo: la nuova epidemia innescata da nuove modalità di fumo

Salvatore Cardellicchio



Così come nelle epidemie causate da malattie infettive la comparsa di un nuovo agente infettante, di un nuovo virus o semplicemente di una nuova variante è in grado di innescare un aumento vertiginoso nella velocità di trasmissione della malattia, così anche per il tabagismo la comparsa di nuove modalità di fumo, invece di ridurre il danno – come avrebbe dovuto essere nei propositi ufficiali dichiarati dalle multinazionali produttrici – è in realtà servito solo a incrementare il numero di persone dipendenti dalla nicotina soprattutto fra le nuove generazioni, con punte di oltre il 42% di ragazze italiane fra i 13 e i 17 anni che hanno usato uno o più tipi di

sigarette nel corso dell'ultimo mese. Guardiamo allora nel dettaglio il fenomeno cui stiamo assistendo.

La sigaretta elettronica – detta anche *e-cigarette*, *e-cig*, ENDS (*Electronic Nicotine Delivery System*) – è un dispositivo elettronico nato con l'obiettivo di fornire un'alternativa al consumo di tabacchi lavorati (sigarette, sigari e pipe) ricalcando le mimiche e le percezioni sensoriali in relazione a questi ultimi.

Il primo vero brevetto della sigaretta elettronica risale al 1963 ed è opera dell'americano Herbert A. Gilbert. Solo 40 anni dopo in Cina, a Pechino, un farmacista cinese, Hon Lik, sfruttando una tecnologia a ultrasuoni, inserì sul mercato il primo prodotto commerciale che diventò presto la sigaretta elettronica oggi nota a tutti. Dalla prima generazione

“Cig-a-like” siamo passati alla seconda generazione – le *vape-pen* – poi alle *box-mode* di terza generazione e alla *temperature control* (TC9 e *box-mode* di quarta generazione) fino alle *pop mode* e ai *puff bar* di quinta generazione, con sigarette elettroniche monouso contenenti sali di nicotina o nicotina sintetica.

Le *e-cig* sono dispositivi elettrici che riscaldano un liquido in genere contenente nicotina. Sebbene sia verosimile che siano più sicure delle sigarette tradizionali, l'OMS – dopo una prima fase in cui le considerava non innocue – ha dichiarato oggi che sono “indubbiamente dannose”.

Attualmente troviamo in commercio le *e-cig* ricaricabili, dispositivi elettronici che producono un aerosol riscaldando la soluzione di una sostanza (*e-liquid*), in ►►



► genere glicole propilenico o glicerolo con o senza nicotina al loro interno, e vari aromi. Le *e-cig* “usa e getta” sono invece pre-riempite di *e-liquid* e dotate di una batteria carica, risultando quindi già pronte per essere utilizzate. Consentono da 400-600 a 800-1.200 bocciate. La facilità di utilizzo, il “pronto all’uso” senza necessità di ricarica, la discrezione – sono simili a un pennarello o a un lucidalabbra, e producono un aerosol ridotto e inodore – i prezzi molto accessibili e un’ampia gamma di intensità di nicotina e di aromi disponibili, le hanno rese particolarmente attrattive per i giovani e i giovanissimi. Questi dispositivi sono quindi molto diffusi anche nelle scuole dove sono usati dai ragazzi anche durante le lezioni: quando gli insegnanti si voltano, infatti, è suffi-

ciente espirare negli zaini e nessuno si accorge di niente.

Le *e-cig* “usa e getta” sono purtroppo facilmente acquistabili sul *web* ma, rispetto alle altre *e-cig*, danno luogo a concentrazioni di nicotina nel sangue più elevate e a crescita più rapida, fino ad arrivare a 10-16 nanogrammi/ml dopo 5 minuti, mentre con altre sigarette elettroniche l’incremento si osserva dopo 10 minuti e non arriva ai 4 nanogrammi/ml.

Le *pod mod* sono infine le sigarette elettroniche di ultima generazione. Hanno la caratteristica di essere leggere e compatte e la loro diffusione è dovuta al fatto che si tratta di dispositivi discreti, comodi da trasportare, facili da usare e che richiedono ridotta manutenzione. Sono composte da un serbatoio con testina (*pod*) e da una batteria (*mod*). Il risultato è un dispositivo

di dimensioni contenute con emissione di nuvole di vapore più inodori e meno visibili. I liquidi impiegati in questo tipo di dispositivi spesso sono a base di sali di nicotina per compensare lo scarso colpo (*hit*) in gola, detto anche “botta di nicotina”.

I prodotti a tabacco riscaldato (HTP) costituiscono invece un ibrido tra le sigarette elettroniche e le sigarette tradizionali, in quanto come le sigarette elettroniche hanno un dispositivo elettrico che scalda – tra 240° e 350° – un prodotto generatore di fumo contenente nicotina e, come per le sigarette tradizionali, il prodotto riscaldato non è un liquido, ma una vera e propria sigaretta.

I sacchetti di nicotina (*nicotine pouches*) contenenti sali di nicotina sono invece prodotti da mettere sotto le labbra in modo da consentire l’assorbimento di nicotina tramite mucose e saliva. Somigliano nella forma e nell’utilizzo agli *snus* svedesi, i sacchetti di tabacco da sempre vietati in tutta Europa a eccezione della Svezia.

Se consideriamo i rischi provocati dal fumo di *e-cig* osserviamo che, per quanto riguarda i metalli pesanti, un uso esclusivo di *e-cig* o IQOS determina – rispetto alle sigarette tradizionali – soltanto una riduzione significativa dell’esposizione al cadmio, ma non dell’esposizione ad altri metalli pericolosi presenti nel tabacco come nichel, cromo e piombo.

In realtà, ciascuna delle componenti delle sigaret- ►►

► te elettroniche può causare sintomi sia per esposizione acuta che cronica. Il propilenglicolo e la glicerina in esposizione acuta possono infatti provocare aumento della tosse, secchezza della gola, senso di costrizione toracica, aumento delle secrezioni mucose, riduzioni della funzione polmonare e del FeNO; le specie reattive (carbonili) come acroleina, formaldeide, acetaldeide, derivanti dalla degradazione termica, hanno nota tossicità polmonare. L'esposizione cronica in ambito lavorativo al propilenglicolo è associata a riduzione della funzione polmonare, ma non ci sono dati sull'esposizione cronica alle *e-cig*.

I sintomi per esposizione acuta ai vari aromi sono specifici e dose-dipendenti rispetto al tipo di aromi. Ad esempio, l'aroma cannella e l'aroma menta inducono importanti risposte polmonari riflesse. L'esposizione cronica lavorativa agli aromi del burro può causare bronchiolite obliterante. Ed è noto un asma occupazionale nei lavoratori a contatto con polveri di cannella, mentre sono pochi i *report* di casi di asma e allergia indotti dall'aroma menta. Mancano invece dati sulla maggior parte delle migliaia di aromi usati nelle *e-cig*.

La nicotina in esposizione acuta può infine causare aumentato rilascio e metabolismo di neurotrasmettitori, aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa, variazioni del tasso glicemico per mobilitazione degli zuccheri, aumento

della produzione e viscosità del muco, ridotta proliferazione cellulare e soppressione dell'apoptosi. L'esposizione cronica provoca invece una riprogrammazione epigenetica di cellule murine della linea germinale, risultante in un alterato sviluppo fetale e comparsa di asma, oltre a ridotte risposte infiammatorie che si associano a un aumento delle infezioni respiratorie virali.

I produttori sostengono che le *e-cig* sono più sicure del 95% rispetto alle sigarette tradizionali, ma l'evidenza scientifica dice invece che non vi è differenza significativa né di malattie cardiovascolari o metaboliche, né d'infarto miocardico indotti. Vi è, in effetti, un rischio inferiore (16%) di asma, di BPCO (47%) e di malattie del cavo orale (13%), ma poiché il fumare sia sigarette elettroniche sia tradizionali (fumo duale) aumenta il rischio di incidenza di tutte le precedenti malattie del 20-40% rispetto a chi consuma solo le sigarette tradizionali, e visto che l'80% degli italiani sono consumatori duali, tali eventuali minori rischi ven-

gono di fatto vanificati.

È inoltre provato che le modifiche epigenetiche associate allo sviluppo di tumore nei fumatori sono state riscontrate anche in fumatori di sole sigarette elettroniche, e anche in questo caso i fumatori duali hanno un rischio di tumore del polmone quattro volte superiore a chi consuma solo sigarette tradizionali.

Al quesito se la sigaretta elettronica sia utile per smettere di fumare, una *Cochrane review* basata su studi randomizzati ha evidenziato come le *e-cig* siano più efficaci della terapia sostitutiva (NRT), ma questo risultato apparentemente favorevole può essere contestato per una serie di motivi: innanzitutto si parla di un 10% di astensione in confronto a percentuali molto più alte ottenibili con altri metodi validati (25-40%); in secondo luogo, le *e-cig* utilizzate sono diverse da quelle esistenti in commercio; infine, nella maggior parte dei casi i pazienti continuano a fumare *e-cig* dopo un anno. Ulteriori studi hanno evidenziato come il numero di fumatori che smettono di ►►



► fumare grazie alle *e-cig* è molto minore rispetto a quello di coloro iniziano a fumare che grazie ad esse. Per questo, alla domanda “La sigaretta elettronica è utile per smettere di fumare?”, la risposta può essere solo: “Forse sì, ma poco, e comunque solo in un contesto terapeutico”. La riduzione del danno non può quindi essere considerata come politica applicabile alla popolazione generale, ma potrebbe rappresentare un intervento individuale limitato alla cessazione, e solo se praticato sotto la guida di esperti, in casi selezionati, non rispondenti alle cure, e in *setting* sanitari specialistici.

Oggi, tuttavia, è in vigore una serie di benefici nella regolamentazione della vendita delle *e-cig*, a causa della credenza – non provata – relativa a una presunta riduzione del danno legata al loro uso esclusivo: tassazione ridotta rispetto alle sigarette, avvertenze sul pacchetto che coprono il 30% della superficie senza pittogrammi (65% della superficie nelle sigarette), assenza del divieto di fumo se non specificato espressamente, pubblicità dei *device* non bandita, e divieto di vendita ai minori presente, ma generalmente non applicato. D'altra parte, una serie di *fake news* diffuse ad arte fa sì che un quinto della popolazione italiana ritenga che le *e-cig* siano dispositivi medici, che non creino dipendenza (22%), che non siano nocivi per la salute (25%), e che il loro fumo passivo sia innocuo.



Il problema di fondo è che le multinazionali hanno messo in campo una promozione aggressiva diretta soprattutto ai giovani, utilizzando *social media*, *influencer* e giornali, con la conseguenza che in Italia la prevalenza dei consumatori di prodotti contenenti nicotina è stimata (37%) tra i ragazzi dai 14 ai 17 anni e (7,5%) tra ragazzini di età compresa tra gli 11 e i 13 anni. Più dell'8% dei giovanissimi usa bustine di nicotina, ma il dato più allarmante – 38% nel 2022 – relativo al policonsumo tra due o più modalità di fumo, è salito nel 2025 al 70,7% tra i ragazzi di 14-17 anni.

La generazione Z non fuma meno delle precedenti, ma è diversamente nicotinizzata: la nicotina ha perso potere come simbolo di ribellione, diventando sempre più tecnicizzata e discreta, e oggi risponde alla logica di un consumo *on demand*. Il mondo della nicotina è diventato uno strumento di autoregolazione emotiva che, attraverso dispositivi meno visi-

bili e non combustibili, mira a gestire lo stress, l'ansia e la concentrazione, portando però in maniera rapida verso una vera e propria dipendenza. È pertanto urgente predisporre una regolamentazione che riesca ad allontanare gli adolescenti dall'utilizzo di *e-cig*, concentrandone l'uso solo tra i fumatori adulti.

Coloro che oggi ci dicono di “voler creare un mondo senza fumo” o che pubblicizzano il “minor danno”, del resto, sono gli stessi che nel 1953 affermavano la non esistenza di prove sulla correlazione tra fumo di sigaretta e cancro ai polmoni e che, ancora nel 1994, sostenevano l'incapacità della nicotina di creare dipendenza: sono le stesse multinazionali di *Big Tobacco* che, prevedendo un calo progressivo delle vendite di sigarette, si stanno adottando per mantenere un guadagno economico sempre elevato, senza curarsi della salute delle persone e del futuro delle nuove generazioni. ■

*cardellicchios@aou-careggi.toscana.it*

# È importante per un medico frequentare Istituti di alta specializzazione

**Il racconto della mia esperienza presso il Wright-Fleming Institute (St Mary's Hospital) di Londra dove Alexander Fleming scoprì la penicillina**

**Gennaro D'Amato**



Fui molto contento quando, all'età di 28 anni (allora ero pneumologo nel reparto di Pneumologia e Allergologia Respiratoria dell'Ospedale Cardarelli di Napoli), i Professori Arthur Frankland e Robert Davies dettero il loro assenso alla mia richiesta di frequentare il loro Istituto al St Mary's Hospital - Wright Fleming Institute di Londra. Ero contento perché avrei potuto frequentare l'Istituto e il servizio dove Alexander Fleming (poi investito del titolo di Lord, e quindi divenuto Sir) aveva scoperto la penicillina nel 1928. Cosa era accaduto? Che una piastra con terreno di coltura per batteri stafilococchi, lasciata esposta sul balcone del Servizio di Batteriologia e Immunologia del St Mary's Hospital, era stata accidentalmente contaminata

*Pneumologo e Allergologo, Napoli*



ta da una muffa verde della specie *Penicillium notatum*, che aveva causato l'eliminazione, mediante distruzione totale, di tutte le colonie di stafilococco. Osservando questo evento, il Dr. Fleming intuì che la muffa che aveva contaminato la coltura era in grado di produrre una sostanza ad azione battericida, alla quale fu dato – appunto – il nome di penicillina. Questa sostanza si dimostrò molto attiva nella cura di diverse malattie indotte da batteri (in particolare polmoniti), e il mondo scientifico, grazie

alla brillante intuizione di un medico scozzese che avrebbe così fatto fare un salto prodigioso alla Medicina e all'umanità salvando milioni di vite, accolse la scoperta, assistendo al suo lento diffondersi, anche se le applicazioni si fecero sentire con una certa lentezza.

La sintesi della penicillina a partire dagli anni della sua scoperta richiedeva infatti tempo e finanziamenti, e per questi motivi la sua produzione non fu inizialmente tale da coprire le necessità di cura delle infezioni che di volta in volta e sempre più spesso richiedevano l'uso del principio attivo da aree sempre più lontane da Londra, con richieste progressivamente in arrivo da tutto il mondo.

Non essendoci disponibilità della quantità sufficiente di penicillina per la terapia ►►



Nell'immagine, un portavetrini in legno appartenuto ad Alexander Fleming: me lo regalò il suo allievo Arthur Frankland, già Direttore di Immunoallergologia e Batteriologia al Wright Fleming Institute del St. Mary's Hospital Medical School di Londra, per i miei studi presso il suo Centro – proprio al tavolo di lavoro di Fleming – sui fattori allergenici *trigger* di allergopatie respiratorie e di asma e pubblicati insieme con il Prof. Frankland sull'organo ufficiale della British Society of Allergy and Clinical Immunology, *Clinical and Experimental Allergy*.

quando le dosi di penicillina vennero prodotte a livello industriale.

E nel tempo si scoprì ogni aspetto del funzionamento della penicillina e delle sue peculiarità antibatteriche.

La maggior parte dei batteri è infatti dotata di una membrana esterna (parete cellulare) che ha funzioni di difesa e protezione. Ebbene, le penicilline – come gli altri antibiotici betalattamici scoperti e sintetizzati negli anni successivi – agivano impedendo la formazione della membrana della parete cellulare, causando di conseguenza la morte dei batteri. Si osservò poi che alcuni batteri producono enzimi in grado di inattivare gli antibiotici beta-lattamici, e per le infezioni causate da questi batteri, le penicilline vengono oggi somministrate in associazione a un farmaco in grado di inibire tali enzimi, come il clavulanato o il sulbactam. Si constatò, inoltre, che le penicilline sono particolarmente utili nel trattamento di infezioni causate da batteri Gram-positivi – come le infezioni da streptococco – e da alcuni batteri Gram-negativi, come le infezioni da



È stato bello lavorare al tavolo dove aveva lavorato Sir Alexander Fleming.

meningococco.

All'ingresso del St Mary's Hospital si trova una targa con la scritta: "Sir Alexander Fleming 1881-1955 discovered penicillin in the second storey room above this plaque" ("Sir Alexander Fleming 1881-1955 scoprì la penicillina nel secondo deposito sopra questa targa"). La scoperta risale al 1928: solo dopo 17 anni, nel 1945, a Sir Alexander Fleming venne assegnato il Premio Nobel per la Medicina grazie alla sua scoperta, che ha finora salvato centinaia di milioni di vite umane.

Dal momento della sua introduzione nella pratica clinica, avvenuta negli anni Quaranta del Novecento, e trasformando malattie fino ad allora letali come polmoniti, infezioni post-operatorie e sepsi in condizioni curabili, la penicillina ha salvato – si stima – oltre 200 milioni di persone da morte sicura. ■

[gdamatomail@gmail.com](mailto:gdamatomail@gmail.com)

► di più persone, non si riusciva a soddisfare le esigenze di quanti, in numero sempre maggiore, ne richiedevano dosi anche in grande quantità, come ad esempio per far fronte alle esigenze dei moltissimi soldati feriti e infettati in guerra. Per questi problemi di scarsità iniziale di dosi, Fleming non riuscì nemmeno a dimostrare la superiorità della penicillina rispetto ai sulfamidici nella cura delle infezioni respiratorie. Le cose cominciarono ad andare nettamente meglio



# Sonno e respiro: un equilibrio essenziale per la salute

**Martina Marchello<sup>1</sup>, Gian Piero Bandelli<sup>2</sup>**



Il sonno è una funzione biologica complessa, durante la quale il nostro organismo regola numerosi sistemi vitali, tra cui quello respiratorio. Il rapporto tra sonno e respiro è profondo e bidirezionale: da un lato, il sonno modifica la fisiologia respiratoria; dall'altro, eventuali alterazioni della respirazione possono compromettere la qualità del sonno e, nel tempo, la salute generale.

È essenziale comprendere questo legame per riconoscere precocemente alcuni disturbi e, soprattutto, per mettere in atto strategie di prevenzione efficaci.

Durante il sonno, il controllo della respirazione cambia rispetto alla veglia. Lo stato di veglia, infatti, si associa a una costante attivazione dei centri nervosi che mantengono la ventilazione per garantire le esigenze me-

taboliche e il normale svolgimento delle attività della vita quotidiana, mentre nello stato di sonno, in cui trascorriamo oltre un terzo della nostra vita, si verifica una fisiologica riduzione del tono della muscolatura scheletrica che, in soggetti predisposti, può favorire un restringimento o una chiusura temporanea delle vie respiratorie. Inoltre si riduce la ventilazione, e la risposta ventilatoria agli stimoli (come aumento di CO<sub>2</sub> o riduzione di ossigeno) è meno pronta, aumentando la resistenza delle vie aeree superiori. Nella maggior parte dei soggetti sani questi cambiamenti fisiologici non hanno conseguenze. Tuttavia, in presenza di fattori predisponenti, possono diventare clinicamente rilevanti e manifestarsi come disturbi respiratori del sonno.

## Riconoscere le apnee ostruttive del sonno

Tra le condizioni più rilevanti in quest'ambito trovia-

mo il disturbo delle apnee ostruttive del sonno (OSA), una patologia caratterizzata da episodi ripetuti di ostruzione delle vie aeree durante il sonno che, se associati a una condizione di eccessiva sonnolenza diurna, costituiscono la sindrome delle apnee ostruttive del sonno (OSAS). Queste ostruzioni possono causare pause respiratorie complete (apnee) o riduzioni del flusso d'aria (ipopnee), spesso associate a micro-risvegli che frammentano il sonno. L'occlusione delle vie aeree superiori, parziale o completa, è inoltre causa scatenante di una serie di eventi di natura neurofisiologica, emodinamica, biochimica, ormonale alla base dei meccanismi responsabili del quadro clinico dell'apnea ostruttiva nel sonno.

Ad oggi, si stima che nel mondo circa 936 milioni di adulti tra i 30 e i 69 anni siano affetti da OSA.

I sintomi più frequenti includono:

<sup>1</sup>Riabilitazione respiratoria, Ospedale G. Casati, Passirana di Rho, ASST Rhodense, Milano

<sup>2</sup>U.O. Pneumologia, Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna, Bologna

- ▶ ▶ russamento intenso e persistente;
- ▶ pause respiratorie, spesso osservate dal *cosleeper*;
- ▶ sonnolenza diurna;
- ▶ stanchezza cronica;
- ▶ cefalea mattutina;
- ▶ difficoltà di concentrazione e/o di memoria.

L'OSA è sottodiagnosticata, perché molti pazienti non sono consapevoli delle interruzioni del respiro durante la notte.

Le conseguenze delle apnee del sonno non si limitano alla qualità del riposo. Nel tempo, la frammentazione del sonno e le ripetute desaturazioni di ossigeno possono infatti avere effetti sistemici importanti: possono portare a un aumento del rischio cardiovascolare (ipertensione, aritmie, ictus), ad alterazioni metaboliche (insulino-resistenza, diabete), al peggioramento della qualità di vita e all'aumento del rischio di incidenti (a causa della sonnolenza diurna). Tutto ciò rende fondamentale una diagnosi precoce e un trattamento adeguato del disturbo.

### Il sonno nelle patologie respiratorie croniche

Il legame tra sonno e respirazione diventa ancora più evidente nei pazienti con patologie polmonari croniche. Ad esempio, i pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), durante il sonno possono presentare un peggioramento della ventilazione e una riduzione dell'ossigenazione. Anche altre malattie respiratorie, come asma



e bronchiectasie, possono mostrare una variabilità notturna dei sintomi. La notte diventa quindi un momento critico e spesso sottovalutato nella gestione clinica dei pazienti con malattie respiratorie.

Tuttavia non tutte le persone hanno lo stesso rischio di sviluppare disturbi respiratori del sonno. Esistono alcuni fattori predisponenti ben noti:

- ▶ sovrappeso e obesità;
- ▶ circonferenza del collo aumentata;
- ▶ sesso maschile (le donne soprattutto dopo la menopausa);
- ▶ consumo di alcol o sedativi;
- ▶ ostruzioni nasali croniche;
- ▶ anomalie anatomiche delle vie aeree.

Riconoscere questi fattori permette di individuare precocemente i soggetti a rischio.

È noto, ad esempio, che già in condizione di veglia in pazienti obesi si verificano significative alterazioni della meccanica respiratoria legate all'eccesso di peso

corporeo, che possono peggiorare in maniera anche marcata durante il sonno. Il rischio di disturbi respiratori del sonno, soprattutto OSA, aumenta nelle donne dopo la menopausa, principalmente per la perdita dell'effetto stabilizzante di estrogeni e progesterone su *drive* ventilatorio e muscoli delle vie aeree superiori, oltre che per il rimodellamento della composizione corporea verso l'adiposità centrale, che aumenta a sua volta la collassabilità delle vie aeree superiori.

È importante, dunque, non sottovalutare alcuni campanelli d'allarme. In presenza di:

- ▶ russamento importante;
- ▶ eccessiva sonnolenza diurna;
- ▶ risvegli con sensazione di soffocamento (*choking*);
- ▶ stanchezza persistente

è consigliabile rivolgersi a uno specialista (pneumologo o esperto in medicina del sonno). La diagnosi si basa spesso su esami strumentali come la polisonnografia o il monitoraggio cardiorespiratorio notturno.



► Nei casi di apnea ostruttiva del sonno moderata o severa, il trattamento di riferimento è la ventilazione a pressione positiva continua (*Continuous Positive Airway Pressure*, CPAP). Si tratta di un dispositivo che mantiene aperte le vie aeree durante il sonno erogando aria a pressione costante tramite una maschera nasale/oronasale, prevenendo così le apnee.

I benefici sono spesso rapidi e comprendono il miglioramento della qualità del sonno e della qualità di vita, la riduzione della sonnolenza diurna, il miglioramento del profilo pressorio e una maggiore energia durante il giorno.

Esistono anche altre opzioni terapeutiche, come dispositivi orali, dissuasori posizionali o interventi chirurgici, selezionati in base al singolo caso.

### **Prevenire e cogliere i segnali, ma come?**

Un tassello fondamentale nella gestione dei disturbi respiratori del sonno è rappresentato dalla prevenzione, che si basa, in gran parte, su interventi comportamentali e stile di vita. Anche piccoli cambiamenti possono avere un impatto significativo.

Tra le strategie principali trova posto il controllo del peso corporeo. Il sovrappeso è infatti uno dei principali fattori di rischio per l'OSA e il calo ponderale è una delle prime misure da adottare alla diagnosi di OSA. Anche una riduzione modesta del peso corporeo può contribuire a



migliorare i disturbi respiratori del sonno e a migliorare la ventilazione notturna.

La posizione assunta e mantenuta durante il sonno è a sua volta importante. Dormire in posizione supina favorisce il collasso delle vie aeree, mentre, in alcuni casi, dormire su un fianco può ridurre il russamento e le apnee (ad esempio nel caso di OSA posizionale).

L'alcol, e in generale tutti i sedativi che agiscono sul sistema nervoso centrale determinando una riduzione del tono muscolare delle vie aeree, aumentano il rischio di ostruzione e collasso delle stesse. Osservare una corretta igiene del sonno, mantenendo orari regolari, evitando l'esposizione a dispositivi elettronici e schermi luminosi, creando un ambiente buio e silenzioso, ma anche evitando l'assunzione di alcol e sostanze sedative oltre che stimolanti (ad esempio la caffeina) prima di andare a dormire, favorisce un sonno più stabile e di qualità.

L'attività fisica regolare migliora la funzione respiratoria,

la qualità del sonno e l'architettura del sonno in generale, con effetti più rilevanti in chi soffre di disturbi del sonno.

Sonno e respirazione sono due funzioni strettamente integrate, il cui equilibrio è fondamentale per il benessere dell'organismo. Alterazioni della respirazione notturna possono compromettere non solo la qualità del riposo, ma anche causare ripercussioni sulla salute cardiovascolare, metabolica e cognitiva.

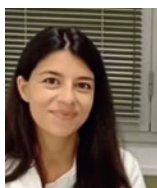
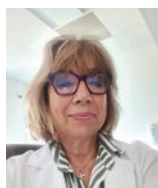
È essenziale non sottovalutare i disturbi respiratori del sonno. Saper riconoscere i campanelli d'allarme, rivolgendosi allo specialista quando indicato, e adottare corretti stili di vita permette di prevenire complicanze e di migliorare la qualità del sonno.

Prendersi cura del proprio sonno significa, in definitiva, prendersi cura della propria salute. ■

*gianpiero.bandelli@gmail.com*

# BPCO: dal fumo di sigaretta... al fumo di biomasse

**Antonella Serafini<sup>1</sup>, Laura Melissari<sup>2</sup>, Maria Russo<sup>2</sup>**



È ormai riconosciuto il dato che la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) presenta il concorso di più fattori di natura diversa sia per eziologia sia per insorgenza di esacerbazioni. Il fumo di tabacco (attivo e passivo) e il vapore generato dai nuovi dispositivi costituiscono l'agente eziologico più importante e modificabile (insieme al fumo da sigari, pipe, sigarette elettroniche, sigarette a tabacco riscaldato), ma oggi si può affermare che circa il 10-20% dei casi di BPCO ha concause lavorative e/o ambientali (in particolare per inquinamento da PM<sub>2,5</sub> e da fumi di combustibili solidi o biomasse), e che nei pazienti in cui l'esposizione occupazionale è una possibile causa, il tabagismo va considerato come fattore di rischio additivo/sinergico.

Oltre il 90% della popolazione mondiale respira quotidianamente aria contaminata da agenti inquinanti quali particolato fine (PM<sub>2,5</sub> e PM<sub>10</sub>), ozono (O<sub>3</sub>) e biossido di azoto (NO<sub>2</sub>), con gravi conseguenze sulla salute pubblica e sull'ambiente. Le città densamente popolate e le zone industriali sono tra le aree più inquinate, ma vanno considerate a rischio anche le zone rurali dove il riscaldamento da biomasse e il traffico veicolare sono le principali fonti di inquinamento atmosferico.

## **Biomasse, queste sconosciute**

Quando si parla di biomasse non tutti hanno chiaro il significato di questo termine: vediamo quindi più da vicino il concetto di biomassa e le sue tipologie più diffuse. Le biomasse (masse di sostanza vivente – espresse come peso secco per unità di volume o

superficie – prodotte in un determinato periodo di tempo in un particolare ambiente biologico) sono materiali di origine organica – animale o vegetale – che non hanno subito un processo di fossilizzazione, ovvero l'insieme dei processi biochimici e ambientali che modificano i resti degli esseri viventi, impedendone il disfacimento e trasformandoli in fossili. Generalmente, sono scarti del settore agricolo, forestale, dell'allevamento e dell'industria agroalimentare, che vengono utilizzati come combustibili per generare energia termica ed elettrica.

Portiamo alcuni esempi comuni di utilizzo di biomasse, in questo caso legnose: rispettando le indicazioni di legge, in campagna si può accendere il fuoco per bruciare sterpi, ramaglie e scarti di potatura, che peraltro attraverso la combustione contribuiscono all'aumento ►►

<sup>1</sup>Pneumologo "Casa della Salute", Sanremo (IM), Referente AIPO-ITS/ETS Medicina di Genere

<sup>2</sup>SC Pneumologia, ATS-ASL1, Imperia

► dell'inquinamento *outdoor*, così come cataste di tronchi, rami e rametti di legno avviate a essiccamento per costituire materiale adatto ad accendere stufe e/o camini durante il periodo invernale, con un conseguente ulteriore contributo all'inquinamento *indoor*, ma anche *outdoor*, dell'aria (Fig. 1).

Gli amanti del barbecue, ad esempio, non si limitano ad accendere un po' di legna e carbone per cuocere carne e verdure: e occorre sapere che queste modalità di cottura alla brace e alla griglia danno origine a sostanze altamente tossiche e potenzialmente cancerogene, gli idrocarburi policiclici aromatici (IPA), tra i quali uno dei più dannosi è il benzopirene (Fig. 2).

Contribuiscono infine al carico di inquinamento anche le emissioni di ammoniacale provenienti dall'agricoltura (Fig. 3) e in particolare dagli allevamenti intensivi: attraverso processi di interazione con altre sostanze presenti in atmosfera, l'ammoniaca prodotta si trasforma infatti in particolato fine.

Queste fonti inquinanti sono spesso concentrate in specifiche aree regionali, soprattutto vicino ai centri urbani, ma gli inquinanti stessi possono essere trasportati per lunghe distanze dal vento e altri fattori meteorologici, superando i confini regionali: ne è un esempio il fenomeno delle polveri sahariane che colpiscono certamente di più le aree contigue, ma possono raggiungere grandi distanze<sup>1</sup>.

In generale, il particolato



**Figura 1.** Catasta di legna.

misurato in aria è una miscela di due componenti: una di tipo "primario", costituita da particelle emesse direttamente da una o più fonti e che rappresentano principalmente la frazione grossolana, e una di tipo "secondario",

originata da complessi fenomeni chimico-fisici che avvengono in atmosfera su grande scala spazio-temporale e comportano la trasformazione in particolato di sostanze originariamente emesse in forma gassosa (i cosiddetti "precursori", tra i quali principalmente gli ossidi di azoto).

La combustione di biomassa produce pertanto significative emissioni di particolato primario (PM). Questi composti – e più in generale il particolato sottile PM<sub>2.5</sub> e PM<sub>10</sub> – sono in grado di penetrare in profondità nell'apparato respiratorio. La temperatura di combustione nell'utilizzo delle biomasse comporta pertanto produzione di aerosol organico (OA) che aumenta rapidamente durante la fase di accensione. Si distinguono una fase ►►



**Figura 2.** Cottura alla brace.

► di fiamma caratterizzata da elevata temperatura di combustione ed elevate emissioni di inquinanti (tra cui OA, carbonio nero-BC, sali inorganici e idrocarburi policiclici aromatici-IPA), e una fase di combustione caratterizzata da bassa temperatura e minori emissioni di inquinanti<sup>2</sup>.

Gli aerosol organici (OA) sono miscele complesse di composti organici sospesi nell'atmosfera, provenienti sia da processi naturali sia da attività umane: svolgono un ruolo centrale ai fini della qualità dell'aria e del clima, influenzando processi chiave quali, ad esempio, la formazione di nuvole<sup>3</sup>. Studi epidemiologici e tossicologici hanno dimostrato una forte correlazione tra esposizione all'OA e aumento dell'incidenza di malattie respiratorie e cardiovascolari. Le emissioni provenienti da diverse fonti contribuiscono a definire impronte molecolari distinte per l'OA.

Le emissioni derivanti dalla vegetazione rilasciano composti organici volatili (COV) come isoprene, monoterpeni e sesquiterpeni, che subiscono ossidazione da parte di ossidanti atmosferici, come il radicale idrossile (OH), il radicale nitrato ( $\text{NO}_3$ ) e l'ozono ( $\text{O}_3$ ), per formare aerosol organico secondario (SOA).

Anche le fonti antropogeniche, tra cui oltre alla combustione di biomasse si annoverano i gas di scarico dei veicoli e le attività industriali, emettono un'ampia gamma di specie organiche, complicando ulteriormente la composizione dell'OA. Inoltre, le interazioni tra i COV biogeni e le emissioni antropogeniche come l'anidride solforosa ( $\text{SO}_2$ ) e gli ossidi di azoto ( $\text{NO}_x$ ) possono aumentare significativamente la formazione di OA, in particolare attraverso la formazione di nitrati e solfati organici.

Huang et al.<sup>4</sup> hanno rias-

sunto le composizioni chimiche dell'OA in diversi ambienti rurali, urbani e montani in Europa, Sud America, Nord America e India.

In termini di salute pubblica, il  $\text{PM}_{2.5}$  costituisce un importante fattore di rischio ambientale a livello globale, con i tassi di mortalità più elevati spesso osservati nelle regioni con contributi antropici sostanziali. Pye et al.<sup>5</sup> hanno scoperto che l'SOA mostra un'associazione più forte con la mortalità cardiorespiratoria rispetto al  $\text{PM}_{2.5}$  nel suo complesso, evidenziando la necessità di tener conto dello SOA nelle valutazioni della qualità dell'aria e dell'impatto sulla salute. Anche condizioni ambientali come temperatura e umidità modulano la tossicità dell'OA.

### BPCO e biomasse, un legame forte

La BPCO è ormai una patologia comune tra i non



**Figura 3.** Attività agricole e allevamenti in Pianura Padana.

► fumatori esposti alla combustione di biomasse, in particolare nei Paesi a basso e medio reddito. Nei pazienti esposti, la malattia è significativamente più frequente nelle donne che vivono in aree rurali. Esistono alcune differenze nelle caratteristiche cliniche della BPCO nei pazienti esposti a biomassa rispetto ai pazienti BPCO fumatori: i pazienti esposti a biomassa sono più giovani, presentano esacerbazioni acute più frequenti e necessitano di ricoveri ospedalieri più frequenti. Radiologicamente, questi pazienti mostrano un maggiore ispessimento delle pareti bronchiali, indicativo di un coinvolgimento delle piccole vie aeree, significativo per un maggior grado di infiammazione delle stesse. La BPCO nei pazienti esposti a biomassa rappresenta probabilmente un fenotipo clinico distinto<sup>6</sup>, con caratteristiche più suggestive di patologia delle piccole vie aeree. Maria Neira, direttore del dipartimento di Salute Pubblica e Ambiente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiara: "L'inquinamento dell'aria è oggi il peggiore rischio ambientale per la salute, responsabile della morte di una persona su nove. L'inquinamento dell'aria continua a crescere e compromette le economie e la nostra qualità di vita. Si tratta di un'emergenza sanitaria".

I dati diffusi dall'OMS mostrano che il 92% delle persone sulla terra respirano aria troppo inquinata. A subire i danni peggiori sono, come spesso accade, anziani, bam-



bini e donne in gravidanza. È proprio l'Italia, però, ad aggiudicarsi il triste primato di Paese con l'aria peggiore di tutta l'Europa occidentale. In particolare, la Pianura Padana raggiunge livelli record presenti, ad esempio, in Cina e India. E nessun angolo del nostro Paese può vantare zone "verdi", cioè pulite, come invece possono fare Francia, Spagna e soprattutto Gran Bretagna e Paesi Scandinavi, che da anni perseguono politiche coraggiose.

Si rendono pertanto necessarie campagne informative rivolte ai cittadini in modo da renderli consapevoli che "biomassa" non si associa automaticamente all'aggettivo "pulito": quando si bruciano legna, pellet o scarti organici bisogna sapere che si producono comunque polveri sottili in grado di peggiorare la qualità dell'aria, e che vi è – accanto al conseguente impatto climatico – anche la possibilità di rischi sanitari, in particolare per bambini, anziani e persone con problemi respiratori o cardiovascolari. ■

antonella.serafini123@gmail.com

### Bibliografia

- 1) ANCONA C, MICHELOZZI P. *L'inquinamento atmosferico non ha confini*. Recenti Prog Med 2024;115:585-7.
- 2) CHEN P, LI Y, ZHANG Y. *Changes of composition of particulate matter emissions during residential biomass combustion*. Environ Sci Technol 2023;57:15193-202.
- 3) SUN Y, LUO H, LI Y, ET AL. *Atmospheric organic aerosols: online molecular characterization and environmental impacts*. Npj Climate and Atmospheric Science 2025;8:305.
- 4) HUANG T, LI Y, LI J ET AL. *PM<sub>2.5</sub> associated premature mortality attributable to hot-and-polluted episodes and the inequality between the global north and the global south*. Geohealth 2025;9:e2024GH001290.
- 5) PYE OTP, WARD-CAVINESS CK, MURPH NB, ET AL. *Secondary organic aerosol association with cardiorespiratory disease mortality in the United States*. Nature Communications 2021;12:7215.
- 6) JINDAL S, JINDAL A. *COPD in Biomass exposed nonsmokers: a different phenotype*. Expert Rev Respir Med 2021;15:51-8.

# Accogliere e ascoltare la persona con SLA e i familiari: i progetti di aiuto e sostegno di AISLA Firenze



## Accogliere e ascoltare, i pilastri della solidarietà

Ricevere una diagnosi di SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) è un evento traumatico sia per il paziente sia per il coniuge e i familiari, e spesso è paragonato a uno “tsunami” per la portata devastante che ha nella vita di chi lo subisce. Le reazioni emotive iniziali possono essere di incredulità e rifiuto: la mente rifiuta la realtà della diagnosi per proteggersi dalla sofferenza, spesso il paziente crede che il neurologo si sia sbagliato e inizia a contattare altri ospedali e Centri più specializzati in cerca di un secondo parere. Alcuni reagiscono con paura e rabbia, diretta anche verso i medici e i familiari, chiedendosi perché questa malattia sia capitata proprio a loro; altri (pazienti e/o familiari) sprofondano in uno stato di grande tristezza e rassegnazione, consapevoli della progressiva perdita di

autonomia e dell'assenza di una cura farmacologica che possa arrestare la degenerazione e l'esito infausto della patologia.

In questa fase iniziale è fondamentale che la persona che ha ricevuto una diagnosi di SLA, o almeno un suo familiare stretto, si rivolga ad AISLA: alla sezione territoriale se presente o, in mancanza di questa, al Centro d'ascolto nazionale: c'è bisogno di condividere lo sbandamento, l'incertezza sul futuro, di porre mille domande che affollano la mente e di ricevere risposte adeguate e competenti.

Accogliere deriva dal latino “ad cum legere” (poi divenuto “accolligere” e infine accogliere) dove la preposizione “ad” introduce il moto a luogo, l'avvicinamento sia fisico che affettivo; la preposizione “cum” indica l'unione e il verbo “legere” significa, oltre a leggere, rac-

cogliere, legare assieme sia oggetti che persone.

Quindi accogliere significa andare verso l'altro, riceverlo, accettarlo con affetto e approvarlo. Significa entrare in una relazione fraterna con la persona, accorciando le distanze, mettendo a proprio agio chi ci sta di fronte, restando in un atteggiamento di ascolto e di empatia, e dando all'altro pari dignità.

Anche ascoltare viene dal latino “ausis cultus” (da cui “auscultare”, rimasto nel gergo medico, e trasformatosi in ascoltare) dove “ausis” è la forma arcaica di “auris” (orecchio) e “cultus” che vuol dire rispetto, venerazione, devozione. Quindi ascoltare significa sentire con l'orecchio con attenzione e rispetto. L'orecchio ci mette in relazione profonda con l'altro ancor più della vista, che ci può distrarre o indurre al pregiudizio. C'è qualcosa di sacro nell'ascol- ►►

► to. Basti pensare al rito del battesimo, in cui il sacerdote, toccando l'orecchio del bambino, pronuncia la parola greca "Effata!" che significa "Apriti!"; all'ascolto della parola di Dio, ma in generale agli altri e al mondo.

### Ascolto etico

La sezione fiorentina di AISLA Aps si è dotata un numero di cellulare/whatsapp (3481880933) attivo tutti i giorni dalle ore 8.30 alle 21.30, a cui risponde una persona del *board* formata all'ascolto etico, che accoglie in modo competente chiunque abbia bisogno di un primo supporto e di informazioni sui percorsi da intraprendere o sui servizi offerti dall'associazione.

Si passa poi a un incontro in presenza presso la nostra sede di Firenze o presso il Punto d'Ascolto all'Ospedale

Careggi di Firenze, o ancora al domicilio del paziente.

Nei vari *setting* e nella relazione di cura è necessario avere una formazione all'ascolto etico. Ma cosa s'intende per ascolto etico? Significa "mettersi all'ascolto" dell'altro che si trova in uno stato di sofferenza e di bisogno con una modalità di rispetto, di assenza di giudizio e di empatia, allo scopo di comprendere quanto viene raccontato, riconoscendo il valore della sua esperienza al pari della propria, senza tentare di manipolare o imporre il proprio pensiero.

Esistono varie modalità e tecniche per realizzare un ascolto etico o "attivo", ma le regole principali sono: non giudicare o commentare in modo personale emozioni, sentimenti ed esperienze dell'interlocutore: ogni persona è unica e ogni espe-

rienza è soggettiva; porre le domande giuste, preferendo quelle aperte che lasciano più libertà di risposta e favoriscono la narrazione.

È importante anche lasciare un momento di silenzio dopo una risposta, e saper ricapitolare quanto si è ascoltato per essere certi di aver compreso correttamente il contenuto, incluso quello emotivo. Se al termine di una telefonata o di un incontro in presenza la persona o le persone che si sono rivolte ad AISLA Firenze si sentono accolte e ascoltate, e quindi più serene, abbiamo dato un senso al nostro servizio di aiuto e sostegno.

### I Gruppi di Aiuto (GDA)

La SLA è una malattia critica sia per il malato sia per la famiglia, e rende molto complicata la gestione e l'assistenza della persona malata, ►►



► spesso effettuata in uno stato di notevole solitudine.

Fin dal 2011 AISLA Firenze ha attivato il Gruppo di Aiuto (GDA) di Firenze che si incontra il terzo giovedì del mese (ad eccezione del mese di agosto) presso la sede di piazza Cardinal Elia Dalla Costa 33. Dall'inizio del 2026 sono ripresi anche gli incontri del GDA di Empoli, dopo la sospensione a causa della pandemia da COVID-19 e per l'indisponibilità dello psicologo che conduceva il gruppo.

A seguito della richiesta di vari pazienti e familiari del territorio empolesse, e della collaborazione di due nuove psicologhe con AISLA Firenze, e grazie anche al sostegno del Centro Vital Center Riabilita di Empoli, *partner* storico della nostra Associazione che mette a disposizione una sala per gli incontri mensili del GDA, è ripartito un servizio molto apprezzato da malati e familiari.

Il GDA ha come obiettivo l'offerta di uno spazio alle persone affette da SLA/malattia del motoneurone e ai loro familiari e *caregiver*, e la creazione di un luogo in cui esprimere e condividere emozioni, difficoltà, esperienze e reciproco aiuto, senza giudizi o consigli non richiesti, ascoltando l'altro con attenzione e rispetto e creando – con il supporto dello psicologo che conduce il GDA – una rete di supporto e di aiuto reciproco.

Questi incontri costituiscono anche occasioni per informarsi, acquisire nuove



tecniche e nuove strategie, e attivare risorse personali. A questo scopo, durante l'anno, vengono invitati alcuni specialisti a cui poter fare domande e chiedere approfondimenti sulla patologia.

### Il sostegno psicologico

A differenza di altre patologie neurodegenerative, la persona affetta da SLA mantiene quasi sempre intatte le sue capacità intellettive, cognitive e affettive, e questo aumenta la consapevolezza della perdita progressiva e inesorabile della propria autonomia e del proprio ruolo all'interno della famiglia e nel contesto sociale. Non solo. Col progredire della malattia arriva il momento di effettuare alcune scelte fondamentali cliniche ed etiche che determineranno il proprio percorso. Tutto questo causa un'enorme sofferenza psicologica nel paziente, e spesso ancor più nei familiari *caregiver*, che quindi richiedono un sostegno psicologico individuale.

AISLA Firenze offre un servizio di assistenza psico-

logica gratuito alle persone malate di SLA e ai loro familiari, avvalendosi di tre psicologhe psicoterapeute formate dal Dr. Ramon Pernia Morales, uno dei primi psicologi psicoterapeuti clinici di AISLA.

L'assistenza psicologica mira a facilitare e a sostenere il benessere emotivo-relazionale della persona che incontra la malattia e dei suoi *caregiver* familiari. Il lavoro di accompagnamento prende in considerazione i processi adattivi di regolazione psicoaffettiva connessi ai pesanti cambiamenti e alle gravi perdite che la persona e la sua famiglia vivono con il progredire della malattia.

Lo psicologo ha un ruolo fondamentale di assistenza e accompagnamento nel processo di conoscenza e consapevolezza della patologia. Particolare attenzione richiedono i momenti di comunicazione diagnostica/prognostica, quelli relativi alle scelte di cura, e quelli collegati alle indicazioni future di cura altrimenti chiamate ►►

► scelte di fine vita. Lo psicologo, in questi momenti fondamentali, ha un compito di accompagnamento che parte dall'accoglienza, dall'ascolto e dalla valutazione dei bisogni reali, delle risorse personali e delle dinamiche relazionali intrafamiliari presenti. Il lavoro continuerà in seguito durante i periodici controlli che la persona svolgerà, e negli eventuali momenti di crisi o ricovero programmati, o a causa di emergenze.

In ambito domiciliare, l'assistenza psicologica di accompagnamento e mediazione si svolge, a richiesta della persona malata e/o dei familiari – su indicazione dell'Associazione o dei servizi ospedalieri. Tale assistenza si svolge con grande flessibilità, discrezione e attenzione, considerando con profondo rispetto i diversi contesti socio-culturali, domiciliari-ambientali e le dinamiche familiari inevitabilmente messe a dura prova dalla malattia e dal carico assistenziale.

### **Progetto “Al Museo con la SLA, senza Limiti Artistici”**

Di recente si parla molto di “prescrizione sociale” (*social prescribing*) un approccio sanitario e olistico per cui medici e operatori sanitari indirizzano i pazienti verso attività e servizi di tipo non sanitario, basandosi sul principio che la salute non dipende solo dai farmaci, ma anche da fattori relazionali ambientali e da corretti stili di vita.

AISLA Firenze, fin dal lontano 2015, aveva capito che l'arte, la bellezza e la cultura



avrebbero potuto essere “cura” per persone affette da SLA e per i loro familiari, e così è nato il progetto “Al Museo con la SLA, Senza Limiti Artistici” che offre mensilmente ai soci una visita guidata a musei, chiese, mostre e luoghi d'interesse artistico della città di Firenze. I partecipanti ne ricavano grandi benefici: si sentono meno soli, perché il gruppo favorisce legami di amicizia, hanno un motivo per uscire di casa non legato a visite o terapie, stanno meglio a livello di benessere psico-fisico generale e sono più sereni. Inoltre, da quest'anno è pre-

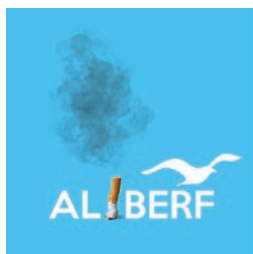
sente a ogni visita una delle psicologhe dell'Associazione, che in un secondo momento invia domande e spunti di riflessione ai partecipanti, organizzando due volte l'anno un incontro di condivisione delle emozioni e dei sentimenti suscitati dalle varie visite effettuate. ■

*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](mailto:segreteria@aislafirenze.it); [gonella@aislafirenze.it](mailto:gonella@aislafirenze.it)

# Dal mozzicone alla salute pubblica: ALIBERF, il fumo di quarta mano e le nuove frontiere della prevenzione



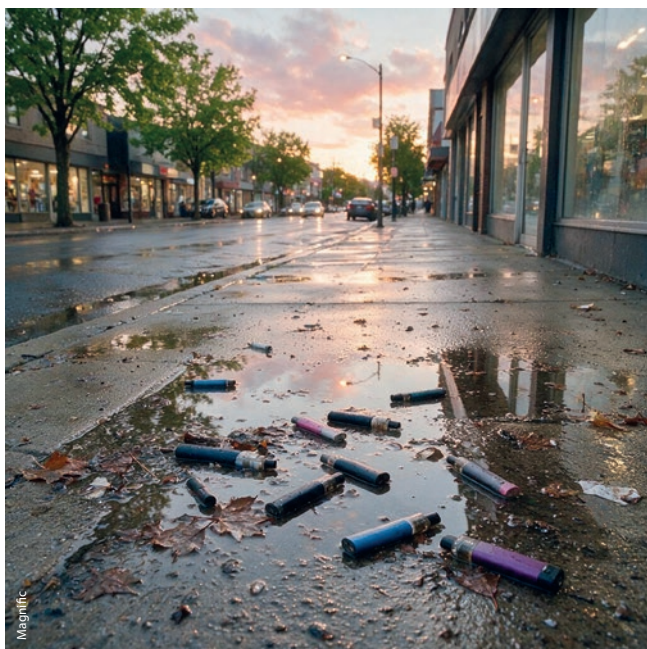
I filtri delle sigarette sono costituiti prevalentemente da acetato di cellulosa, un materiale plastico che si frammenta lentamente in fibre e microplastiche. A contatto con acqua, umidità e radiazione solare, i mozziconi possono rilasciare nicotina, metalli, idrocarburi policiclici aromatici e altre sostanze trattenute durante la combustione. La letteratura descrive effetti tossici sugli organismi acquatici, e sottolinea la diffusione dei mozziconi negli spazi urbani, sulle spiagge e nei corsi d'acqua.

Il problema, quindi, non riguarda soltanto il decoro urbano. I mozziconi possono essere trascinati dalla pioggia nei tombini, raggiungere la rete idrica e contribuire alla contaminazione degli ecosistemi. Le fibre plastiche non scompaiono, ma si riducono in particelle sempre più piccole. La tutela dell'apparato respiratorio si collega così alla

salute ambientale secondo una prospettiva *One Health*: la salute dell'uomo, degli animali e degli ecosistemi non è separabile.

Per la Pneumologia questa visione è importante. Il

tabacco produce malattia attraverso l'inalazione diretta e passiva, ma genera anche un carico ambientale. Integrare il *counseling* con l'educazione al corretto smaltimento completa il messaggio dell'invito ►►



▶ alla cessazione dell'abitudine tabagica: il comportamento realmente protettivo resta non fumare.

### Il “fumo di quarta mano”

Negli ultimi anni è comparsa l'espressione “fumo di quarta mano”, utilizzata per indicare le alterazioni degli ecosistemi e l'inquinamento ambientale causati dai rifiuti dei prodotti del tabacco, soprattutto dai mozziconi. Il termine è ancora emergente e meno consolidato rispetto a “fumo passivo” e “fumo di terza mano”, ma possiede una notevole efficacia comunicativa.

Il fumo di seconda mano è quello inalato involontariamente dalle persone vicine al fumatore; il fumo di terza mano comprende i residui persistenti depositati su superfici, tessuti, polvere e arredi. Il fumo di quarta mano sposta invece l'attenzione lungo l'intero ciclo di vita del prodotto: filtri, pacchetti vuoti, dispositivi monouso, cartucce, batterie e componenti elettronici. Il tutto abbandonato nell'ambiente e

ancora in grado di fare danni. Non si tratta, dunque, di una nuova modalità di inalazione, ma di una cornice utile per descrivere il pericolo che continua dopo il consumo. Dire che la sigaretta “non finisce quando viene spenta” aiuta a collegare dipendenza, esposizione, produzione di rifiuti e ambiente. È su questo passaggio che associazioni come ALIBERF ODV possono svolgere un ruolo originale, avvicinando la comunicazione scientifica alla cittadinanza attraverso iniziative visibili e partecipate.

### Dal counseling alla cittadinanza attiva

Il “No Cikka Day” non nasce come gesto occasionale. ALIBERF ODV ha già promosso negli anni scorsi raccolte di mozziconi in collaborazione con reti sanitarie, volontari e associazioni ambientaliste, trasformando la pulizia degli spazi pubblici in un'attività di sensibilizzazione. In alcune edizioni storiche furono raccolti diversi chilogrammi di mozziconi in aree

urbane e ospedaliere, rendendo materialmente percepibile una forma d'inquinamento normalmente poco visibile o ignorata.

L'efficacia di queste iniziative risiede nella loro doppia natura: da un lato, infatti, intercettano fumatori che possono così essere orientati verso percorsi terapeutici strutturati; dall'altro coinvolgono non fumatori, famiglie e amministratori sul tema del bene comune. La raccolta non è una soluzione sufficiente, perché il problema dev'essere prevenuto alla fonte, ma costituisce un gesto dimostrativo capace di produrre consapevolezza e domanda di politiche più efficaci.

ALIBERF può quindi agire come ponte tra servizi sanitari e Amministrazioni: promuovere l'azione e diffondere l'ubicazione dei Centri Antifumo, collaborare alle campagne comunali di sensibilizzazione, promuovere incontri nelle scuole e segnalare le aree maggiormente esposte all'abbandono dei mozziconi.

### La legge “anti-cicche”: una norma da rendere pienamente visibile

La Legge 221/2015, collegata alla cosiddetta *green economy*, ha introdotto nel decreto legislativo 152/2006 il divieto di abbandonare sul suolo, nelle acque e negli scarichi, i mozziconi dei prodotti da fumo. La norma prevede che i Comuni installino appositi raccoglitori nei luoghi di aggregazione e promuovano campagne informative; stabilisce inoltre una sanzione da ▶▶



► 30 a 150 euro per i rifiuti di piccole dimensioni, aumentabile fino al doppio nel caso dei mozziconi. Il decreto attuativo del 15 febbraio 2017, entrato in vigore il 21 marzo dello stesso anno, ha disciplinato le campagne informative, le reti di raccolta e la destinazione dei proventi. Il 50% delle somme riscosse è destinato a un fondo statale e il restante 50% ai Comuni, che dovrebbero impiegare le somme per acquistare raccoglitori e per organizzare campagne di sensibilizzazione e pulizia degli scarichi. La legge attribuisce quindi agli Enti locali non soltanto un potere sanzionatorio, ma anche un compito educativo e organizzativo.

A quasi dieci anni dall'attuazione, la criticità principale non sembra quindi consistere nell'assenza della norma, bensì nella sua applicazione disomogenea e poco riconoscibile. Raccoglitori insufficienti, controlli sporadici, scarsa conoscenza delle sanzioni e mancanza di dati pubblici sui proventi raccolti e sulla loro destinazione possono ridurre l'effetto preventivo della norma. Sarebbe utile, invece, rendere disponibili il numero delle violazioni accertate, le somme reinvestite e i risultati delle campagne, coinvolgendo le Associazioni nella progettazione e nella valutazione degli interventi.

### **Sigarette elettroniche e tabacco riscaldato: i vuoti normativi**

La legislazione italiana sul fumo nei luoghi chiusi, costruita a partire dall'articolo



51 della Legge 3/2003, ha rappresentato una svolta di sanità pubblica ed è pienamente operativa dal gennaio 2005. Il suo impianto, tuttavia, è nato quando il mercato era dominato dalle sigarette combustibili.

Per le sigarette elettroniche il quadro non è altrettanto uniforme. Dopo una breve estensione generale, nel 2013 il divieto nazionale di utilizzo dei dispositivi elettronici nei luoghi pubblici fu sostanzialmente circoscritto agli ambienti scolastici e formativi; restano possibili regolamenti più restrittivi adottati da singole strutture o Amministrazioni. Ne deriva una protezione non omogenea dall'esposizione agli aerosol nei luoghi di lavoro, nei locali aperti al pubblico e negli spazi condivisi.

Anche i prodotti a tabacco riscaldato hanno acquisito

una definizione normativa specifica soltanto più recentemente. La disciplina italiana del 2023 li identifica come prodotti riscaldati che generano emissioni contenenti nicotina e altre sostanze chimiche, ma questa definizione non si traduce automaticamente in un'estensione esplicita e uniforme di tutti i divieti previsti per il fumo combusto.

Sul piano ambientale emerge un'ulteriore area di incertezza. La legge anti-cicche è formulata attorno ai "mozziconi dei prodotti da fumo" e si applica con chiarezza ai filtri tradizionali. Non nomina espressamente gli *stick* esausti del tabacco riscaldato, né i dispositivi elettronici monouso, le cartucce, le resistenze e le batterie delle sigarette elettroniche.

Questi rifiuti ricadono nelle regole generali e, quando ►►

► contengono componenti elettriche o batterie, nei relativi sistemi di raccolta; manca però un quadro semplice, chiaro e specifico, paragonabile a quello predisposto per i mozziconi. I dispositivi elettronici possono contenere plastica, metalli, circuiti e batterie, e rappresentano una fonte crescente di rifiuti difficili da riciclare.

La Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea del dicembre 2024 indica una possibile direzione: estendere la protezione dal fumo e dagli aerosol ai prodotti emergenti, includendo sigarette elettroniche e prodotti a tabacco riscaldato, negli ambienti chiusi e in specifiche aree esterne frequentate da bambini o persone vulnerabili. Si tratta di una raccomandazione non vincolante, ma offre un riferimento autorevole per aggiornare la normativa nazionale.

### Dalla sensibilizzazione a una politica integrata

L'esperienza di "Datti una Mossa!", la grande festa di salute e movimento promossa dall'AUSL di Bologna al Parco della Resistenza di San Lazzaro di Savena il 30 maggio scorso, e che ha coinvolto oltre 70 Associazioni – tra cui ALIBERF – con *screening* gratuiti e attività sportive, dimostra che la prevenzione funziona meglio quando incontra le persone nei luoghi della vita quotidiana. Il contributo ALIBERF consiste nel collegare tre livelli: aiutare il fumatore a smettere, proteggere la comunità dalle esposi-



zioni, e contrastare l'inquinamento prodotto dai rifiuti del tabacco e della nicotina.

Il passo successivo dovrebbe essere una politica realmente *smoke and aerosol free*, accompagnata da norme ambientali aggiornate. Il che significa includere esplicitamente *stick*, cartucce e dispositivi monouso nei divieti di abbandono; prevedere sistemi di restituzione e responsabilità del produttore; uniformare le tutele nei luoghi pubblici; rafforzare raccolta differenziata, informazione e controlli; destinare in modo trasparente i proventi delle sanzioni alla prevenzione.

Il mozzicone raccolto durante il "No Cikka Day", in

quest'ottica, è molto più di un piccolo rifiuto: è il simbolo concreto di una dipendenza che lascia tracce nel corpo, negli spazi condivisi e negli ecosistemi. La Pneumologia, insieme alle Associazioni e alle Istituzioni, può contribuire a far comprendere che respirare meglio richiede non soltanto cure efficaci, ma città più pulite, regole aggiornate e stili di vita realmente liberi dal fumo. ■

Gian Piero Bandelli  
Presidente ALIBERF ODV

Vincenzo Zagà  
Vice-Presidente ALIBERF ODV

### 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>

# AMAR ODV, l'Associazione del respiro



Seguo come fisioterapista l'Associazione AMAR ODV di Perugia da più di cinque anni, e sembra passato solo qualche mese da quando ho iniziato questa collaborazione, nel marzo 2020. L'obiettivo principale è stato fin dal principio quello di promuovere il benessere fisico degli associati attraverso attività motorie adatte, prevenzione e supporto fisioterapico. Tuttavia, non potevamo sapere che di lì a poco non avremmo potuto più continuare la ginnastica in presenza a causa della pandemia da COVID-19. Invece di arrenderci e rimanere fermi, abbiamo scelto di reinventarci e di cercare altri mezzi con cui garantire l'attività e fornire una presenza costante, nonostante le barriere imposte dall'isolamento. Abbiamo quindi costruito un percorso di mantenimento dell'attività fisica a distanza, soprattutto per chi disponeva di capacità respiratorie



limitate causate da patologie come la BPCO. Basandoci sulla telemedicina, abbiamo garantito il servizio attraverso le piattaforme digitali, che ci hanno permesso di ridurre distanze inizialmente all'apparenza insormontabili.

Di lì in poi non ci siamo più fermati. Nel corso degli anni sono state organizzate numerose attività: giornate dedicate al respiro, sedute di ginnastica dolce con mobilizzazione articolare e controllo della respirazione, sedute di esercizi per l'equilibrio e la coordinazione, altre dedicate all'educazione del movimento e al controllo

dello sforzo cardiorespiratorio. Va detto, inoltre, che gli incontri *online* di gruppo hanno rappresentato un'occasione importante non solo per migliorare la salute fisica, ma anche per favorire la socializzazione e la partecipazione della comunità locale alla vita collettiva.

## I frutti di un percorso

Nel corso del tempo, ho avuto la soddisfazione di osservare nei pazienti miglioramenti concreti, quali una maggiore sicurezza nei movimenti, il recupero dell'autonomia in alcune attività quotidiane, una ri- ➤



sorriso, una parola incoraggiante o la continuità della presenza diventano parte integrante della cura. Tengo pertanto a ringraziare l'Associazione, i collaboratori, e soprattutto gli associati, che in questi anni hanno aderito con entusiasmo e assiduità alle iniziative proposte.

Concludo dicendo che questo percorso mi ha arricchito profondamente, sia sul piano professionale sia a livello personale. Contribuire

a migliorare la salute, il movimento e la qualità della vita delle persone con patologie respiratorie continua a rappresentare una delle motivazioni più significative del mio lavoro e una preziosa fonte di ispirazione per il futuro della medicina riabilitativa. ■

*Margherita Perri  
Fisioterapista specializzata  
in riabilitazione respiratoria,  
Collaboratrice AMAR ODV*

► duzione della sedentarietà, e una partecipazione sempre più attiva agli incontri. Il risultato più importante, però, è stato probabilmente il veder nascere un forte senso di appartenenza e condivisione all'interno dell'Associazione.

Al giorno d'oggi, AMAR ODV garantisce la possibilità di frequentare un percorso di riabilitazione e mantenimento della capacità respiratoria con tre incontri telematici settimanali della durata di un'ora ciascuno (lunedì, mercoledì e venerdì) il cui costo è compreso nella quota associativa, e che consistono in esercizi a corpo libero con l'utilizzo di attrezzi vari, diversificati per intensità e obiettivi.

Uno degli aspetti più significativi di questi cinque anni di lavoro è consistito certamente nella costruzione di un rapporto umano fra i partecipanti. Ogni persona, infatti, ha portato con sé una storia, un'esperienza di fragilità, ma anche un esempio di grande forza. Ho imparato che il lavoro del fisioterapista non si limita solo al trattamento fisico: spesso un



## AMAR ODV

c/o Servizio riabilitazione Respiratoria e prevenzione  
Tisiopneumologica USL Umbria1  
via della Pallotta, 42 - Perugia  
Tel.: +39 333 9219530, 347 6960295, 347 3364367  
[amar.pg@tiscali.it](mailto:amar.pg@tiscali.it) - [www.amaronlus.it](http://www.amaronlus.it)

# Sharing Breath 2026: Forlì di nuovo capitale del respiro

## L'iniziativa è giunta all'ottava edizione: due giornate dedicate a respiro, ricerca e prevenzione



L'11 e il 12 settembre scorsi Forlì è diventata ancora una volta capitale del respiro, grazie all'ottava edizione del progetto *Sharing Breath* ([www.capitaledelrespiro.it](http://www.capitaledelrespiro.it)), la manifestazione nazionale dedicata a sensibilizzare l'opinione pubblica sull'impatto delle patologie polmonari sulla vita quotidiana dei pazienti, affrontando anche i temi della prevenzione, della sensibilizzazione e del percorso della donazione di organi.

Il progetto, promosso da AMMP ODV con il supporto del Comune di Forlì, ha costituito l'evento di apertura del Mese del Respiro. Settembre, infatti, proclamato mese dedicato al respiro e alla prevenzione, ha visto anche l'evento di FIMARP (Federazione Italiana Malattie Rare Polmonari), svoltosi a Roma il 24 e 25 settembre 2026, in concomitanza con il World Lung Day.

Oggi i temi della sensibiliz-



zazione, della consapevolezza e della prevenzione sulle patologie polmonari sono sempre più centrali: questi argomenti, infatti, abbracciano questioni inerenti ai cambiamenti climatici, alla qualità dell'aria che respiriamo, all'importanza dell'ambiente in cui viviamo, con l'intento di educare le persone e di chiedere ai decisori politici di concentrarsi ancora di più sui temi legati alla salute dei polmoni.

In questo contesto, AMMP ODV rinnova anche quest'anno il proprio impegno nella promozione della salute respiratoria attraverso il progetto *Sharing Breath*. L'iniziativa nasce con l'obiettivo di offrire occasioni di incontro e confronto ai pazienti affetti da patologie polmonari e alle loro famiglie, promuovendo al tempo stesso la sensibilizzazione della cittadinanza e l'educazione delle giovani generazioni. ►►



► Il programma della manifestazione è stato suddiviso su due giornate, con inizio nella mattinata di venerdì 11 settembre in coincidenza con la Giornata del Respiro, presso la sala Campostrino dell'Università di Bologna, dove si è tenuta una giornata dedicata al tema della ricerca scientifica e delle malattie pneumologiche: il Responsabile Scientifico è stato il Prof. Venerino Poletti, Direttore UO di Pneumologia dell'Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì.

Il convegno è stato trasmesso in videoconferenza e diretta *streaming* sui canali social FB e YouTube di *Sharing Breath*, per garantire ai pazienti, alle Associazioni e a tutti gli interessati di poter partecipare da remoto, abbattendo così le distanze e gli ostacoli che non permettono, in particolare ai pazienti, di prendere parte a eventi di questo tipo.

La Giornata del Respiro è stata dedicata ai pazienti, ai loro familiari e a tutto il mondo delle Associazioni, con un programma scien-

tifico che ha previsto interventi di medici esperti in arrivo da tutta Italia, tra cui segnaliamo i Professori Carlo Vancheri da Catania, Andrea Dell'Amore da Padova, Fabrizio Luppi da Monza, Luca Richeldi da Roma, Sara Tomassetti da Rimini, e tante altre figure di spicco del mondo accademico e professionale legato alle malattie polmonari, insieme ai referenti delle malattie rare della Regione Emilia-Romagna.

Inoltre, non sono mancate le testimonianze di pazienti affetti da patologie rare o trapiantati che, insieme ai rappresentanti di Associazioni provenienti da tutta Italia – tra cui Un Respiro di Speranza, Insieme per un Respiro, Un Soffio di Speranza-il Sogno di Emanuela, Ama Fuori dal Buio, TPA-Associazione Trapiantati di Polmoni, Associazione Profondi Respiri, RespiRARE in Puglia, RespiRARE, Associazione IPF & Rare Sardegna, RespiRARE Sicilia – hanno dato vita a un confronto tra le *best practice* di volontariato.

La giornata si è conclusa

come da tradizione con la Cena del Respiro nella splendida cornice del Chiostro di San Mercuriale: finalizzata alla raccolta fondi e con l'obiettivo di devolvere il ricavato al reparto di Pneumologia dell'Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì per l'acquisto di apparecchiature a supporto delle attività, la serata è stata come sempre un grande successo.

Nella mattinata di sabato 12 settembre, piazza Saffi a Forlì si è trasformata, e qui i rappresentanti di tutte le Associazioni pazienti coinvolte, i medici provenienti da tutta Italia, le aziende del territorio impegnate sul fronte ambientale e gli esperti di transizione energetica e ambiente hanno incontrato i cittadini, e in particolare i più giovani. La partecipazione giovanile all'evento era stata particolarmente incentivata attraverso un piano di comunicazione e invito diffuso a tutte le scuole, per stimolare l'attenzione delle future generazioni sulle tematiche della salute respiratoria.

In piazza Saffi sono stati organizzati molteplici punti informativi delle Associazioni e degli Enti Locali che sostengono il progetto *Sharing Breath*, nei quali sono state svolte attività di prevenzione, tra cui spirometrie, e iniziative dedicate alla sensibilizzazione sul tema dell'importanza del respiro.

Nel pomeriggio, sempre nella splendida cornice del centro storico, con i rappresentanti di tutte le Associazioni pazienti presenti e con il sostegno del ►►

► CIP (Comitato Italiano Paralimpico), insieme ai *team di baskin* (*basket* in carrozzina) e *sitting volley*, alla Nazionale Italiana Calcio Trapiantati, all'Associazione freccette e a tanti altri, si è svolto il programma sportivo attraverso tornei ed esibizioni che hanno testimoniato l'importanza dello sport di inclusione.

Inoltre, lungo l'intero arco della giornata, si sono svolti interventi e momenti di confronto che hanno visto protagonista ancora una volta lo sport di inclusione, con particolare attenzione ai suoi valori più importanti. Insieme, abbiamo messo a fuoco quali barriere culturali esistono e come affrontarle uniti, affinché il mondo sportivo diventi sempre più inclusivo e abbandoni completamente luoghi comuni e pregiudizi.

Si è trattato di una giornata interamente dedicata a sensibilizzare l'opinione pubblica sull'importanza del respiro e dello sport quale strumento di inclusione contro ogni limitazione, e nel corso delle iniziative è stata sottolineata l'importanza della prevenzione e della donazione organi, anche grazie alla presenza straordinaria degli amici dell'Associazione Sportiva Ferrari F1 Solidarietà.

“Siamo davvero felici di essere arrivati all'ottava edizione. In questi anni, grazie all'impegno degli organizzatori, dei volontari e dei sostenitori, la manifestazione è cresciuta fino a diventare un punto di riferimento a livello nazionale, permettendo di riunire pazienti, sportivi,



associazioni, professionisti e cittadini per dare valore al respiro, un gesto ancora oggi sottovalutato per il quale è necessario fare crescere una reale consapevolezza, soprattutto nei più giovani” commenta il Presidente AMMP ODV Matteo Buccioli.

La manifestazione ha ricevuto il Patrocinio di: Regione Emilia-Romagna, Comune di Forlì, AUSL della Romagna, Camera di Commercio della Romagna, FIMARP onlus, EU-PFF, ELF, EURORDIS, AIPO-ITS/ETS, SIP/IRS, OMAR, Volontà Romagna ODV, CIP - Comitato

Italiano Paralimpico, CSI, Forlì Farma.

Il respiro è vita, il respiro è condivisione. Il respiro è quel gesto naturale e semplice che ognuno di noi dà per scontato fin da quando nasciamo, così semplice da passare inosservato fino al momento in cui, purtroppo, inizia a mancare. Solo in quel momento ci si rende conto dell'importanza che quel piccolo, automatico, insospettabile atto ha per la nostra vita quotidiana. ■

Stanislav Alessandro Russo  
Consiglio Direttivo AMMP ODV

## AMMP ODV Associazione Morgagni Malattie Polmonari

Piazza Falcone Borsellino 6 - 47121 Forlì  
Tel. +39 3201656474, [www.ammpforlung.it](http://www.ammpforlung.it)

# Occhi aperti sullo Sjögren: conoscere per riconoscere



**A.N.I.Ma.S.S.**

- ODV -

Associazione Nazionale Italiana  
Malati Sindrome di Sjögren

Il 23 luglio 2026 si è svolta presso l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli la "Dodicesima Giornata Mondiale della malattia di Sjögren Primaria Sistemica: approccio multidisciplinare ad una malattia rara, degenerativa e multiorgano". Lo *slogan* utilizzato è stato: "Occhi aperti sullo Sjögren: conoscere per riconoscere".

Il Convegno, organizzato dalla Associazione Nazionale Italiana Malati di Sindrome di Sjögren (A.N.I.Ma.S.S. ODV), fondata a Verona nel 2005, ha affrontato il tema della malattia di Sjögren Primaria Sistemica da ogni possibile punto di vista.

Dopo i saluti istituzionali – tra cui quello del Dr. Bruno Balbi in qualità di rappresentante della Consulta della Pneumologia – la priorità nei lavori è stata data alle problematiche delle persone malate. Sulla base della mia esperienza in prima persona, e a nome delle persone malate che l'Associazione rappresenta, ho illustrato varie criticità: il ritardo della diagnosi, la mancanza di Centri di riferimento, le terapie riabilitative limitate, per arrivare agli aspetti più prettamente burocratici che incidono pesan-

temente sulla qualità della vita delle persone. Sono stati messi in evidenza sia il vuoto normativo sia la necessità dell'inserimento della malattia di Sjögren Primaria Sistemica – che va distinta dalla forma Secondaria e da altre malattie del connettivo – come patologia rara nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Al tavolo si sono avvicendati illustri relatori, che hanno illustrato i vari aspetti clinici e scientifici della malattia. In particolare, sono state trattate l'epidemiologia, la classificazione clinica, le implicazioni genetiche e la ricerca, le componenti ematologiche, oculistiche, pneumologiche, ginecologiche, otorinolaringoiatriche. È stato inoltre sottolineato il ruolo del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta accanto a quello dell'infermiere, rimarcando in particolare il ruolo chiave della gestione multidisciplinare effettuata in am-

bulatori universitari dedicati.

Importante e da non sottovalutare – com'è stato detto a più riprese nel corso del Convegno – è il sostegno psicologico ai pazienti, visto che la malattia colpisce – oltre a 300 bambini in tutta Italia – anche persone in età adulta, e può portare a sintomi disabilitanti e in ogni caso di impatto profondo sulla vita delle persone malate.

Il Convegno è stato seguito da un folto pubblico che ha mostrato grande interesse ponendo domande ai relatori: in questo senso ha rappresentato un esempio virtuoso del ruolo che le Associazioni di pazienti svolgono nello stimolare l'interesse e l'attenzione su temi "difficili", e tuttavia meritevoli di un riconoscimento della loro importanza. ■

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

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

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

# “Dis is me Ogni persona, tutte le possibilità”

**Il progetto nazionale UILDM e Parent Project per garantire il pieno esercizio dei diritti civili e sociali delle persone con disabilità, in particolare nei territori più fragili del Centro e Sud Italia**



L'impegno di UILDM e Parent Project aps per l'indipendenza delle persone con disabilità continua. Avviato il 1° maggio 2026, il progetto “Dis is me. Ogni persona, tutte le possibilità”, realizzato con il contributo della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ministro per le disabilità, lavora su quattro filoni principali: i percorsi di vita indipendente, l'inclusione scolastica, l'*empowerment* territoriale e il cambiamento culturale, con un'attenzione particolare per le zone del Centro e del Sud Italia.

“Non deve più esistere un'Italia delle persone con disabilità, separata dal resto del Paese – commenta Stefania Pedroni, Presidente Nazionale UILDM – né, tantomeno, un Centro-Sud abbandonato e assente. Essere cittadini significa partecipare alla vita di comunità in modo pieno, con diritti da godere ma anche da difendere. Il progetto ‘Dis is

me’ lavora in modo trasversale su più figure, perché l'indipendenza non è un percorso da fare da soli, ma un processo collettivo, che riguarda le persone con disabilità *in primis*, ma alla pari anche le famiglie, il sistema scolastico, e tutti gli enti che rendono vivo un certo territorio. Crediamo davvero che ogni persona abbia il diritto di esplorare tutte le possibilità a disposizione, e anche di costruirne di nuove, insieme agli altri”.

“Non solo i bisogni, ma anche i desideri e i progetti delle persone giovani e adulte con una disabilità viaggiano a una velocità spesso superiore rispetto a quella con la quale evolve la società circostante – aggiunge Daniela Argilli, Presidente di Parent Project aps – Le barriere da abbattere spesso non sono solo architettoniche, ma anche culturali. Con questo progetto, insieme a UILDM, vogliamo contribuire a costruire un

cambiamento dal basso che abbracci, attraverso azioni concrete, diverse dimensioni, collaborando con un ampio ventaglio di attori. Con l'obiettivo di rendere il diritto alla partecipazione sociale e all'autorealizzazione qualcosa di tridimensionale e reale, e non più solo dei principi sulla carta, per sempre più persone”.

Le azioni previste si svilupperanno in 17 territori (16 Regioni e la Provincia di Bolzano), attraverso un approccio partecipato e intersezionale, per favorire un reale contributo da parte dei diversi soggetti coinvolti. I destinatari, infatti, non sono solo le persone con disabilità, ma anche le loro famiglie, i docenti e il personale scolastico, gli enti e le amministrazioni dei territori, gli studenti delle scuole. Il progetto “Dis is me” è caratterizzato dall'importanza data alla formazione su tutte le aree di intervento: ►►

► **Autonomia personale:** verranno attivati percorsi individualizzati di progetto di vita, tirocini inclusivi, supporto alla gestione del *budget* e accompagnamento tra pari. Per le famiglie, saranno attivati percorsi informativi, orientativi e di *peer support*.

► **Educazione inclusiva:** la strategia punta a consolidare la continuità didattica, rafforzare le competenze specialistico-relazionali degli insegnanti attraverso formazione strutturata, e promuovere pratiche inclusive in tutto il gruppo-classe.

► **Assistenza integrata sul territorio:** rispondendo alla carenza di servizi specializzati, soprattutto al Sud, il progetto prevede il rafforzamento del trasporto attrezzato, della fisioterapia specialistica, del supporto psicologico e della consulenza sociale.

► **Cambiamento culturale:** sarà attuato mediante eventi pubblici, *storytelling* e strumenti comunicativi progettati dagli stessi destinatari per promuovere una narrazione positiva della disabilità, contraria allo stigma e orientata alla valorizzazione delle differenze.

Tra giugno e luglio 2026, il progetto è entrato subito nel vivo con i primi due laboratori pratici sulla Vita indipendente dal titolo "La vita che scelgo".

Ecco il racconto di come sono andati (nelle immagini alcuni dei momenti salienti).



### Il laboratorio sulle Dolomiti

Venerdì 26 giugno a Villabassa (BZ) si è svolto il primo laboratorio sulla Vita indipendente per persone con disabilità e *caregiver*, che ha adottato come *fil rouge* la metafora del viaggio, utilizzata per descrivere le tappe che portano alla co-costruzione del Progetto di Vita Indipendente (PVI).

Una serie di immagini simboliche ha accompagnato il gruppo di partecipanti – composto da 29 persone, tra giovani con distrofia muscolare di Duchenne e Becker (DMD/BMD), *sibling* e *caregiver* – ad affrontare altrettanti temi chiave.

Si è parlato delle varie fasi che conducono verso il PVI: dall'*assessment* alla coprogettazione, per poi considerare il *budget* del progetto, gli obiettivi, la realizzazione stessa e il monitoraggio. Sono stati trattati la base normativa di riferimento per i PVI e i cambiamenti introdotti dalla Riforma sulla disabilità, a partire dal linguaggio. Temi e parole chiave sono stati narrati con il coinvolgimento del pubblico, invitato a condividere il proprio pensiero e la propria

esperienza. È stato messo a disposizione anche un tavolo con *post-it* e pennarelli per scrivere, e con la normativa di riferimento per i PVI disponibile per la consultazione.

Uno dei temi principali emersi è stato quello del desiderio. Fra i ragazzi è stato discusso molto il tema della patente, a partire dalla testimonianza di un giovane con DMD, neopatentato, che ha guidato in prima persona per raggiungere Villabassa e che ha condiviso sia la bellezza dell'esperienza, sia gli ostacoli che lui e la sua famiglia hanno dovuto affrontare per ottenere la patente e per trovare e adattare un mezzo adeguato. Molto sentiti sono stati anche i temi del viaggio all'estero e dell'università.

Nel corso del pomeriggio sono emersi dubbi e criticità da parte di alcuni genitori, sulla reale possibilità di attuare un PVI, considerate le disomogeneità delle risorse messe a disposizione sul territorio nazionale e sulle criticità poste dalle barriere architettoniche in città o anche all'interno delle abitazioni, che non favoriscono, di fatto, l'autonomia delle persone ►►

► con una disabilità.

Il giorno successivo, sabato 27 giugno, il laboratorio si è svolto in treno, sulla tratta Villabassa-Lienz. Il gruppo ha condiviso una gita nella cittadina austriaca, e il tempo del viaggio è stato sfruttato per distribuire il modello del PVI, e per raccontare la sua struttura e la sua compilazione nelle diverse macroaree che lo compongono.

### Il laboratorio sulla Sila

Sabato 11 luglio, a Camigliatello Silano (CS) si è tenuto il secondo appuntamento del laboratorio "La vita che scelgo".

La giornata, che ha coinvolto otto persone con DMD, insieme a *sibling* e *caregiver*, si è aperta con un'escursione accessibile per scoprire la bellezza del territorio silano, e con una tappa al Centro Visita Cupone. Nel pomeriggio si è poi tenuto il laboratorio sulla costruzione del Progetto di Vita, che si è articolato in una forma simile al precedente, ma con un *focus* su alcuni concetti chiave per dare il maggiore spazio possibile alla condivisione delle esperienze dei partecipanti, compresi quelli di età più giovane.

Il laboratorio si è aperto con l'esplorazione del concetto di desiderio, attraverso i contributi dei giovani partecipanti che hanno risposto condividendo riflessioni molto diverse. Un ragazzo ha espresso il desiderio di avere un assistente personale, mentre altri hanno parlato del sogno di viaggiare. Un altro ragazzo ha raccontato della sua passio-



ne per lo spazio, esprimendo il sogno di fare l'astronauta, un altro ancora, appassionato di rettili, ha condiviso il suo obiettivo di diventare erpetologo. Un altro partecipante, che frequenta il conservatorio, ha raccontato come sta dando spazio nella sua vita alla passione per il canto.

Si è toccato inoltre il concetto di illusione, e un giovane partecipante ha condiviso un vissuto importante, spiegando che si è sentito dire tante volte di essere un illuso quando ha dichiarato di voler fare cose impossibili a detta di altri. Da qui la prospettiva si è ribaltata, e si è parlato del desiderio come di uno strumento capace di costruire ponti.

A questo proposito, un ra-

gazzo descritto la sua passione per il calcio, raccontando come sia riuscito a trasformarla nella passione per i videogiochi di calcio sulla PlayStation, un canale che oggi gli permette di condividere il gioco e di stare insieme agli amici.

La riflessione si è poi spostata sul concetto di responsabilità, intesa in senso positivo, legato dall'idea di colpa e definito invece come il giocare un ruolo attivo nella propria vita, e su quello di indipendenza, che non significa fare tutto da soli, ma definirsi nelle proprie scelte e saper attivare le risorse intorno a sé. Un concetto chiave, questo, che percorre tutta la struttura del progetto "Dis is me", il quale opera in modo trasversale su più figure, con alla base la visione dell'indipendenza come un processo collettivo, nell'ottica dell'attivazione non solo delle persone con disabilità, ma di tutta una serie di Istituzioni, tra cui la scuola e la Pubblica Amministrazione.

I laboratori proseguiranno nei prossimi mesi, per raggiungere un totale di 17 tappe. ■

Alessandra Piva  
Ufficio stampa  
e Comunicazione UILDM

## UILDM - Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare

Via Vergerio, 19 – 35126 Padova

Tel.: +39 049 8021001 / 757361

Segreteria Nazionale: [direzionenazionale@uildm.it](mailto:direzionenazionale@uildm.it)

Ufficio Stampa e Comunicazione: [uildmcomunicazione@uildm.it](mailto:uildmcomunicazione@uildm.it)

Ufficio Fundraising: [fundraising@uildm.it](mailto:fundraising@uildm.it)

Segreteria Commissione Medico-Scientifica:

[commissionemedica@uildm.it](mailto:commissionemedica@uildm.it) – [www.uildm.org](http://www.uildm.org)

# Naturalmente in cucina: il corso di cucina naturale di WALCE Aps spegne 16 candeline



Quattro serate, uno *chef* esperto e una convinzione condivisa: anche ai fornelli ci si può prendere cura di sé. Da settembre è tornato a Torino “Naturalmente in cucina con WALCE”, il corso di cucina naturale e nutrizione per i pazienti oncologici e i loro familiari, giunto quest’anno alla 16ª edizione.

Che la salute passi anche dalla tavola non è più una convinzione, ma un dato acquisito dalla ricerca scientifica: è infatti noto come l’alimentazione possa influenzare l’insorgenza dei tumori attraverso numerosi meccanismi, tra cui, ad esempio, la presenza di sostanze cancerogene nei cibi, oppure la formazione di sostanze cancerogene in cottura.

Da questa consapevolezza nasce l’idea di una cucina naturale: una cucina che non rinuncia al gusto, ma che persegue con consapevolezza un ideale di salute, riconosciuto oggi come parte integrante della prevenzione primaria.



Lo chef Giovanni Allegro (a sinistra) durante una lezione.

Per chi è in trattamento oncologico, in più, il rapporto con il cibo cambia natura: non si tratta più (soltanto) di prevenire, ma di mantenere un buono stato nutrizionale, che consenta di affrontare le terapie riducendone gli effetti collaterali e preservando la qualità della vita. Un obiettivo tutt’altro che scontato, quando gli stessi effetti delle cure – nausea, inappetenza, alterazioni del gusto – rendono difficile persino l’idea di mettersi ai fornelli.

## Un progetto che dal 2012 accompagna pazienti e famiglie

È da questo bisogno, raccolto direttamente dalla voce dei pazienti e dei loro familiari, che nel 2012 WALCE Aps (Women Against Lung Cancer in Europe - Donne Contro il Tumore del Polmone in Europa) ha dato vita al corso di cucina naturale, oggi arrivato - come si diceva poc’anzi - alla sua 16ª edizione. L’idea di base è semplice quanto efficace: aiutare chi ►►

► sta affrontando una patologia oncologica, e chi gli sta accanto, a capire come alimentarsi e come cucinare durante le cure, senza perdere il piacere della buona tavola.

Il percorso si articola in quattro lezioni pratiche, con cadenza settimanale e della durata di circa tre ore ciascuna, aperte a pazienti e *care-giver*: non si tratta di lezioni frontali, ma di momenti operativi in cui i partecipanti preparano piatti gustosi e al tempo stesso rispettosi delle raccomandazioni nutrizionali.

Ogni serata si chiude poi con una degustazione collettiva di quanto cucinato: il momento più atteso, raccontano gli stessi partecipanti, non solo per assaporare il risultato del proprio lavoro, ma per lo spazio di confronto e condivisione che si crea attorno al tavolo, tra chi vive un'esperienza di malattia simile, e spesso finisce per stringere legami che vanno oltre il corso stesso.

### Lo chef Giovanni Allegro

A guidare le lezioni è, come da tradizione, Giovanni Allegro, chef specializzato in cucina naturale, insegnante presso Cascina Rosa – la Scuola di cucina preventiva della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Milano – e docente negli studi di prevenzione DIANA.

Con empatia e competenza, il suo compito è insegnare, edizione dopo edizione, come costruire un *menu* completo che aiuti il paziente ad affrontare le cure,



imparando ad alimentarsi e a cucinare senza perdere il piacere della buona tavola.

### Appuntamento a Torino, da settembre a ottobre 2026

La sedicesima edizione di “Naturalmente in cucina con WALCE” ha preso il via giovedì 17 settembre 2026, per proseguire nei giovedì 24 settembre, 1° e 8 ottobre, sempre dalle 18.00 alle 21.00. Le lezioni si tengono negli spazi attrezzati di Studio Food 33, in via dei Mille 33 a Torino.

Il corso conferma anche in questa edizione la formula che negli anni ha reso questa iniziativa uno degli appuntamenti più apprezzati e longevi tra i programmi di supporto offerti dall'Associazione,

insieme ai corsi di *mindfulness* e ai laboratori di *make-up* per le pazienti in cura.

### “Salute Cuoca!”

Dalle ricette di Giovanni Allegro è nato, nel 2013, anche un libro di cucina, dal titolo “Salute Cuoca!”, realizzato da WALCE Aps in collaborazione con la casa editrice Carthusia: 32 ricette facili e appetitose per comporre menu vari, gustosi e capaci di evitare i principali errori dell'alimentazione moderna. ■

Federica Ferraresi  
Ufficio Stampa  
e Comunicazione  
WALCE

## WALCE APS Woman Against Lung Cancer in Europe

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

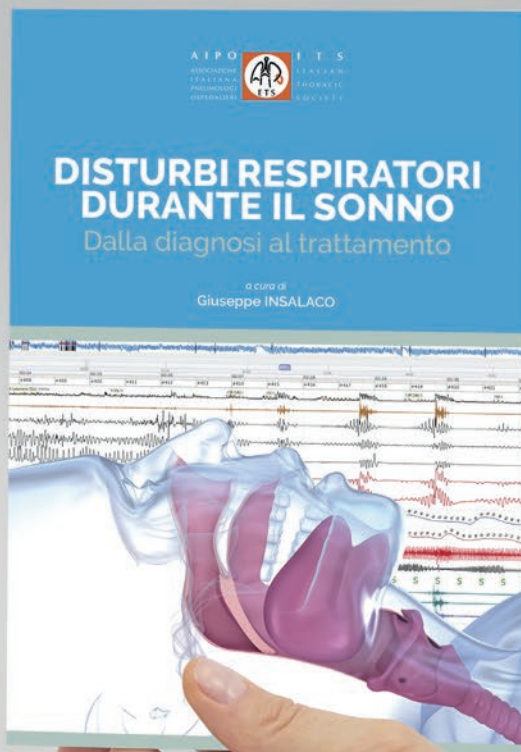
**SCOPRI IL  
NUOVO LIBRO  
SUI DRS  
CHE TUTTI  
ASPETTAVANO!**

**DISTURBI  
RESPIRATORI  
DURANTE IL  
SONNO**

**Dalla diagnosi  
al trattamento**

*a cura di*

*Giuseppe Insalaco, Palermo*



È finalmente disponibile un'opera unica, capace di unire **rigore, passione e ispirazione** alla quale hanno collaborato i maggiori esperti italiani sul tema.

Il volume è pensato per chi vuole approfondire contenuti sull'affascinante mondo dei disturbi respiratori nel sonno (DRS).

CONTENUTI ORIGINALI E ATTUALI

STRUMENTI UTILI E CONCRETI

**DISPONIBILE IN LIBRERIA E ONLINE!**

**PREZZO AL PUBBLICO: € 48,00**

**Acquista una copia su**



## Dove la salute trova le parole

