

Direttore Responsabile:  
Anna Maria Angela Invernizzi

Redazione:  
Francesco Tempesta

Impaginazione e grafica:  
Effetti srl

Stampatore:  
Tecno Sound Service

Direzione,  
amministrazione:  
Via Gallarate, 106  
20151 Milano  
Tel. 02/3343281

Registrazione  
presso il Tribunale  
di Roma n. 579/2007  
del 21 dicembre 2007

n° 1  
febbraio 2012

# focus BPCO

broncopolmonopatia cronica ostruttiva

Notiziario dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

Numero Verde  
**800 961 922**

Da Lunedì a Venerdì  
ore 10.00 - 13.00

Dal XLI° Congresso Nazionale AIPO e  
XII° Congresso Nazionale UIP



## IL SISTEMA DELLE CURE RESPIRATORIE: LA RETE PNEUMOLOGICA ED I PERCORSI ASSISTENZIALI

Bologna, 30 novembre/3 dicembre 2011

Durante il Convegno le Associazioni dei pazienti hanno avuto grande spazio. All'apertura il Sig. **Enrico Brunello**, Presidente dell'Associazione Italiana Pazienti con Apnee del Sonno (A.I.P.A.S.-ONLUS) ha presentato la relazione "I bisogni nelle cure delle malattie respiratorie: il punto di vista del paziente". L'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus è intervenuta nella Sessione "Realtà e percezione", con una relazione dal titolo "Cosa si apprende dai media/Il punto di vista del paziente" e alla Tavola Rotonda in memoria di Mariadelaide Franchi "Storia e Ruolo Sociale delle Associazioni Pazienti per le Malattie Respiratorie in Italia". La chiusura del Congresso si è svolta con la relazione "Adeguatezza o meno dell'offerta istituzionale per la cura delle malattie respiratorie" (**S. Frateiacci, F. Tempesta**) e con la relazione dal titolo "L'offerta assistenziale è migliorabile?" (**M. Ciuffini, F. Vacchi**). Gli organizzatori hanno messo a disposizione dell'Associazione uno stand espositivo per la distribuzione di materiale informativo.

Informazioni sul sito [www.pazientibpco.it](http://www.pazientibpco.it)  
Eventi, Manifestazione ed incontri

### All'attenzione dei Soci dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

L'Assemblea Ordinaria Annuale è indetta in prima convocazione il 9 aprile 2012 alle ore 21.00 e in **seconda convocazione giovedì 12 aprile 2012** dalle ore 15 alle 18, presso l'I.F.O. (Istituto Regina Elena e Istituto San Gallicano - Eur/Mostacciano), Aula Bastianelli - Via Elio Chianesi 53, Roma.

Si comunica che i documenti relativi sono consultabili sulla Homepage del sito: [www.pazientibpco.it](http://www.pazientibpco.it).

## L'importanza della partecipazione delle Associazioni di pazienti



**Margherita Neri**,  
Professore a contratto  
Scuola di Specializzazione  
in Medicina del Lavoro  
Università di Pavia



**Cristina Cinti**,  
Medico Pneumologo  
AUSL  
di Bologna

Area Educazionale e Preventiva AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri)

Si è svolto dal 30 novembre al 3 dicembre 2011 il XII Congresso UIP, organizzato da AIPO: questa edizione è stata caratterizzata anche dalla scelta di dedicare agli interventi delle Associazioni di volontariato spazi più ampi, favorendo la strutturazione di sessioni progettate ed organizzate dalle Associazioni stesse. Da tempo le attività di promozione della salute respiratoria dell'AIPO sono portate avanti dall'Area Educazionale e Preventiva in stretta condivisione con le Associazioni di Pazienti, che riuniscono persone con problemi pneumologici e con gli Organi Istituzionali. Una attività importante, che viene svolta in virtù di tale collaborazione, è la produzione di nuovo materiale educativo oltre alla revisione periodica di quello già prodotto.

La GARD (Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases), importante progetto internazionale al quale l'Italia ha aderito con molto entusiasmo, è un altro importante strumento che permette periodici incontri di programmazione di varie attività tra Associazioni dei pazienti, Istituzioni e Società Scientifiche Pneumologiche. La fase preliminare ha consentito di elaborare dei progetti che si tradurranno in azioni operative. È auspicabile che questa importante iniziativa ottenga sempre maggiore pubblicità e riconoscimenti da parte degli organi istituzionali, per poter essere ascoltata ed intervenire incisivamente nel panorama scientifico e legislativo italiano.

Il Congresso Nazionale di Bologna ha visto l'attiva partecipazione dei Rappresentanti delle Associazioni di Pazienti: questo, insieme alla presenza delle Istituzioni, ha permesso un confronto interattivo molto interessante.

Tutte le Associazioni rappresentate (AIPAS Onlus, AIMIP Onlus, AIMS Onlus, AIPi Onlus, AISLA, ALFA 1-AT Onlus, ALIR, AMIP Onlus, AMOR, ARVOR, ASSISLA, Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus, Associazione Malati Fibrosi Polmonare Mario Crivaro Onlus, CnAMC-Cittadinanzattiva, FEDERASMA Onlus, LAM Italia Onlus, Lega Italiana delle Associazioni per la lotta contro la Fibrosi Cistica, RIMAR, UILDM) hanno confermato la necessità di potenziare le conoscenze e competenze dei pazienti e dei loro caregiver sia per ridurre i tempi di ospedalizzazione, valorizzando sempre più l'assistenza extraospedaliera, sia per consentire la cura a domicilio di un paziente sempre più competente e pronto alla gestione della patologia.

Una delle istanze più concrete portate avanti da tutte le associazioni di volontariato che raggruppano i pazienti con problemi respiratori è la necessità di equipara-

zione degli attacchi degli Stroller, o unità portatili di ossigeno liquido, per tutti i pazienti in ossigenoterapia (**Deposito interrogazione Parlamentare scritta art. 117**). La Bozza è stata preparata per la Commissione Sanità del Parlamento di Bruxelles e poi presentata e discussa in prima istanza da **Niccolò Rinaldi**, Vice Presidente della Commissione Salute e Disabilità. Le Associazioni promotrici sono: Associazione Italiana Pazienti con Apnee del Sonno Onlus, Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus, Associazione Lodigiana ossigenoterapia riabilitativa ALOR, Associazione Nazionale ALFA1AT Onlus, Associazione Respiro Vita, Ossigenoterapia Riabilitativa – A.R.V.O.R. Onlus, Federazione Italiana Associazioni di Sostegno ai Malati Asmatici e Allergici FEDERASMA Onlus.

In mancanza di tale provvedimento i pazienti in ossigenoterapia si trovano quotidianamente di fronte ad una barriera temporale che consente loro solo 3/5 ore di libertà in mancanza di ricariche accessibili e fruibili.

Questa importante problematica è stata individuata nel 2008 da **Mariadelaide Franchi**, Past President. Per quanto riguarda l'Italia è stato presentato a tutte le Commissioni interessate (Salute, Industria, Pari Opportunità e Ambiente) un documento che richiede con urgenza l'equiparazione di tutti gli attacchi meccanici. Il documento è stato anche già discusso in Commissione Sanità ed ha già fatto un piccolo passo avanti. Ma serve oggi una forte condivisione ed il supporto delle Società Scientifiche che devono combattere questa battaglia a fianco dei pazienti. Una mozione in questo senso è stata presentata anche alla Commissione Sanità del Parlamento di Bruxelles ed alla Commissione Europea Salute e Disabilità e se ne auspica l'accoglimento da parte delle Istituzioni Europee.

A Bologna le Associazioni dei pazienti hanno usufruito di spazi espositivi, di partecipazione attiva come relatori in varie sessioni e hanno potuto proporre l'inserimento di alcuni argomenti per loro interessanti, oltre a presentare le loro istanze.

Oggi Medici e Pazienti devono continuare a lavorare insieme per poter superare questo momento storico che vede sempre meno risorse a disposizione della sanità e della gestione dell'handicap contemporaneamente al progressivo depauperamento delle medicine specialistiche e purtroppo anche della pneumologia. Come Medici ed esponenti delle Società scientifiche siamo convinte che solo impegnandoci insieme si potrà tentare di mantenere l'assistenza al malato pneumologico più efficace ed efficiente. Concludiamo questo excursus riportando un passo, da noi profondamente condiviso, della bellissima relazione del Dott. **Mario Ciuffini**, nella giornata conclusiva del Convegno: *"L'osservazione, l'ascolto, l'interesse per l'altro, la capacità di comunicare, l'attenzione a ogni minimo segnale devono saper far rispettare il paziente come persona nella sua unicità di portatore di molte sofferenze. Sapere decodificare le forme di comunicazione anche non verbale adottate dal paziente, anche quando queste assumessero la forma di puntuali richieste o del silenzio; quel silenzio in ultima analisi dovrà essere interpretato non sempre come segno di ostilità, ma più spesso come espressione di sentimenti di malessere e profonda confusione, come richiesta di aiuto e provocazione per suscitare l'interesse e la sollecitudine dell'altro."*



## BPCO: trattamento ad oltranza

La riduzione volumetrica polmonare per via broncoscopica nell'enfisema.

Tecniche broncoscopiche per la riduzione volumetrica polmonare

L. Corbetta, A. Tofani, A. Bonucci, SOD di Broncologia Diagnostico Interventistica, AOU Careggi, Firenze

Sotto il termine BPCO (BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva) vengono comprese tutte quelle patologie broncopolmonari che hanno come comune denominatore l'ostruzione fissa delle vie aeree e come fattore di rischio principale il fumo di sigaretta.

L'enfisema è una delle patologie che rientrano nel quadro della BPCO ed è caratterizzato da dilatazione permanente degli spazi aerei oltre i bronchioli terminali, associata alla distruzione delle pareti alveolari e dei setti interalveolari.

Come conseguenza, si verificano un aumento del lavoro respiratorio e quindi della dispnea ed una ridotta capacità di esercizio.

Il paziente con BPCO prevalentemente enfisematoso presenta, quindi, clinicamente dispnea per sforzi minimi come lavarsi, allacciarsi le scarpe, vestirsi, portare la spesa con

conseguente ridotta qualità della vita. Nelle [Figure 1](#) e [2](#) riportiamo alcune sezioni di una Tc del torace di un paziente enfisematoso, nelle quali si evidenzia la distruzione della trama polmonare, che determina la presenza di bolle più evidenti nei lobi superiori, ed una spirometria, che mostra un deficit ventilatorio grave ed una notevole iperinflazione polmonare.

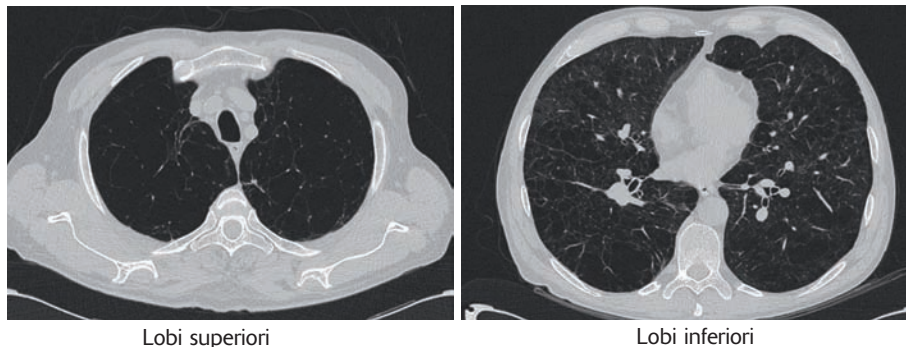


Fig. 1: Tc del polmone di paziente con enfisema prevalente ai lobi superiori

Caratteristica	10/06/2009	21/05/2010
Data intervento	10/06/2009	21/05/2010
BMI	Kg 60 / mt. 1.70 $^2 = 20.7612$	Kg 55 / mt. 1.65 $^2 = 20.2020$
Stadio Gold	4	4
CAT	29 Per effettuare il test clicca qui.	18 Per effettuare il test clicca qui.
Indice di dispnea MRC	4	4
Prove di funzionalità respiratoria post-riabilitazione		
<input checked="" type="radio"/> Pletismografo <input type="radio"/> Test diluizione He/N		
FEV1%	26	22
CI (Capacità Inspiratoria lt)	2.2	1.8
CV%	78	38
RV%	245	154
RV/TLC	63	50
DLCO%	30	41
TLC%	112	105

Fig. 2: Caratteristiche cliniche e dati spirometrici di pazienti con BPCO con fenotipo enfisematoso sottoposti a posizionamento di valvole dal Registro Italiano (Progetto TREE: trattamento endoscopico enfisema: <http://tree.pneumologia-interventistica.it>)

La rimozione chirurgica delle aree di polmone iperinsufflate ed ipoventilate è stata proposta già dagli anni '60, ma solo con lo studio NETT (National Emphysema Treatment Trial) pubblicato nel 2003 si sono avute le prime evidenze di successo nei pazienti con enfisema prevalente dei lobi superiori. La riduzione chirurgica rimane, però, controindicata nei pazienti con grave ostruzione bronchiale, perchè determina un'elevata mortalità perioperatoria. Questo è il motivo per cui la terapia chirurgica non è molto utilizzata, in quanto diventa rischiosa proprio nei pazienti in cui vi è indicazione ad un trattamento supplementare rispetto alla terapia farmacologica e riabilitativa quando questa non è sufficiente a controllare i sintomi.

Le **tecniche broncoscopiche di riduzione del volume polmonare** hanno lo scopo di offrire un'alternativa meno invasiva per il paziente con BPCO grave. La più conosciuta e utilizzata è il posizionamento di sistemi bloccanti a valvola, a forma di ombrellino, o a becco d'anatra. Le tecniche più recenti riguardano la creazione di fenestrature della parete bronchiale con sonde a radiofrequenza, con successivo impianto di protesi, e sistemi non bloccanti, come l'iniezione di schiume sigillanti, l'inserimento di piccole di spirali (coils), o l'ablazione endobronchiale con il vapore.

### LE VALVOLE ENDOBRONCHIALI (Figure 3 e 4)

La terapia con valvole endobronchiali in nitinol e silicone consiste nel posizionamento con broncoscopio flessibile di una o più valvole nei rami lobari o segmentari del bronco lobare da trattare. Lo scopo è di creare un'atelettasia, e cioè uno svuotamento d'aria del tessuto polmonare enfisematoso, riproducendo così i risultati della rimozione lobare chi-

da del lobo interessato e delle caratteristiche dell'anatomia bronchiale di ciascun individuo.

Gli studi hanno dimostrato un discreto miglioramento della qualità della vita, della funzione polmonare e dei sintomi, ma con comparsa di effetti collaterali come pneumotorace e polmonite, fortunatamente reversibili, dato che le valvole sono rimovibili. Si è però visto dall'analisi successiva dei dati che i migliori risultati si ottenevano nei pazienti con elevata eterogeneità dell'enfisema ed integrità delle scissure. Come presentato all'ERS Conference di Amsterdam, l'uso del Chartis, uno strumento per misurare direttamente nei bronchi l'assenza di ventilazione collaterale verso il lobo da trattare, permette di predire il successo del trattamento con le valvole e migliorare quindi i risultati.

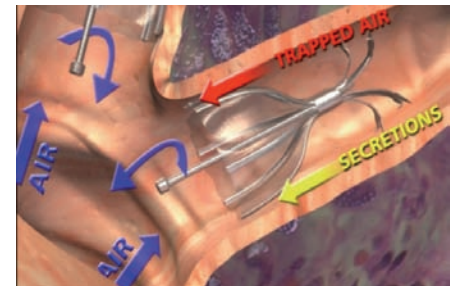


Fig. 4: Valvola Spiration ad ombrellino

La rimozione chirurgica delle aree di polmone iperinsufflate ed ipoventilate è stata proposta già dagli anni '60, ma solo con lo studio NETT (National Emphysema Treatment Trial) pubblicato nel 2003 si sono avute le prime evidenze di successo nei pazienti con enfisema prevalente dei lobi superiori. La riduzione chirurgica rimane, però, controindicata nei pazienti con grave ostruzione bronchiale, perchè determina un'elevata mortalità perioperatoria. Questo è il motivo per cui la terapia chirurgica non è molto utilizzata, in quanto diventa rischiosa proprio nei pazienti in cui vi è indicazione ad un trattamento supplementare rispetto alla terapia farmacologica e riabilitativa quando questa non è sufficiente a controllare i sintomi.

### I DISPOSITIVI PERIFERICI

Possono essere utilizzati con le stesse indicazioni delle valvole, ma anche come valida alternativa quando le valvole non sono indicate per la presenza di ventilazione collaterale per comunicazioni tra lobi. Essendo nati dopo le valvole, c'è meno esperienza sull'utilizzo di questi sistemi, ma i pochi studi pubblicati dimostrano risultati promettenti.

**Schiume sigillanti:** il sistema AeriSeal si basa sull'instillazione attraverso un fibroscopio incuneato in un bronco sub-segmentario di un polimero che, solidificandosi, sigilla i bronchi e bronchioli periferici determinando fenomeni infiammatori, che nell'arco di 6-8 settimane evolvono in alterazioni fibrotico-cicatriziali, e il collasso dell'area trattata attraverso un meccanismo di atelettasia da assorbimento; questa metodica, rispetto alle valvole, determina risultati irreversibili, ma non pone il problema della ventilazione collaterale interlobare.

I risultati in pazienti selezionati per enfisema predominante ad entrambi i lobi superiori e con trat-



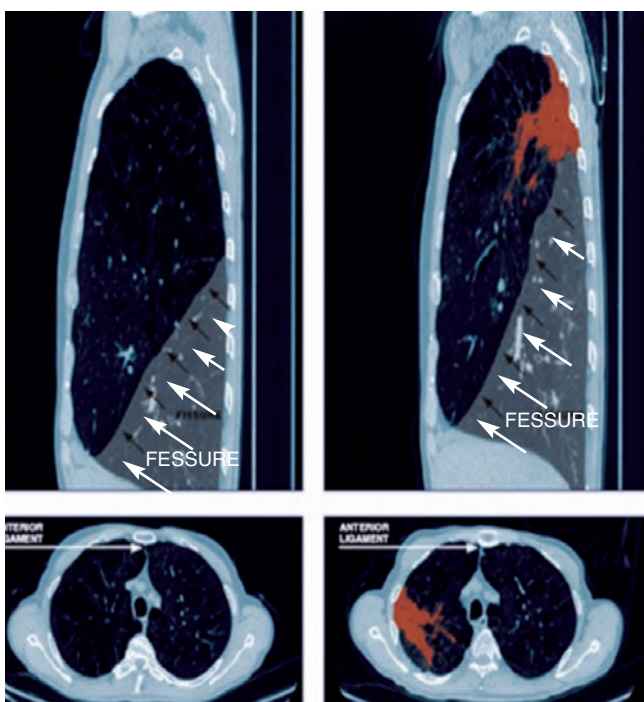
Fig. 3: Valvole unidirezionali Zephyr a becco d'anatra: a. porzione endobronchiale che aderisce alla parete bronchiale; b. porzione extrabronchiale con valvola chiusa in inspirazione; c. porzione extrabronchiale con valvola aperta in espirazione

tamento di alcuni segmenti dei 2 lobi superiori, sono stati significativi negli studi pilota e andranno confermati dagli studi controllati in corso.

Il trattamento con AeriSeal System si associa con una risposta infiammatoria di tipo transitorio e per questa ragione la maggior parte degli effetti collaterali sono osservabili immediatamente dopo la procedura, e consistono in febbre, polmonite e riacutizzazione bronchitica. Gli effetti collaterali verificatisi più di 90 giorni dopo il trattamento sono rari. Per ridurre la risposta infiammatoria attesapost-trattamento il paziente deve ricevere adeguata terapia profilattica a base di antibiotici e corticosteroidi, per 7 giorni con inizio il giorno prima del trattamento (Figura 5).

#### Pre-Trattamento

#### Post-Trattamento



#### ENFISEMA ETEROGENEO

• FEV1= +36% • RV/TLC= -3% • MRCD= -1U • SGRQ= -372U

Fig. 5: Radiografia e Tc del torace prima e dopo il trattamento e risultati spirometrici dopo 3 mesi

**Spirali (Coils)** sono dispositivi in metallo, che vengono inseriti attraverso il broncoscopio nelle vie aeree sino alla periferia del polmone, per mezzo di un catetere che li mantiene in posizione rettilinea; una volta rimosso il catetere, le spirali si avvolgono, assumendo la loro forma originaria e determinando un accartocciamento del parenchima polmonare adiacente. (Figura 6)

Questi dispositivi sono stati ideati sia per il trattamento dell'enfisema eterogeneo, che di quello omogeneo, ma con migliori risultati nel primo. Il posizionamento delle spirali nel polmone ha come obiettivo non solo ridurre il volume, ma anche di aumentarne l'elasticità.

Anche questa metodica non è esente da rischi come riacutizzazioni, polmonite e pneumotorace.

Per maggiori informazioni [www.pneumrx.com](http://www.pneumrx.com).

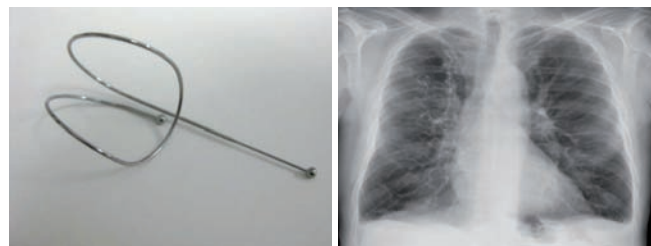


Fig. 6: Spirale e radiografia del torace dopo l'impianto

**Vapore (Thermal Vapor):** l'ablazione termica con vapore consiste nella erogazione di vapor acqueo ad alta temperatura, mediante catetere, nella zona di polmone da trattare; l'effetto termico del vapore causa danno tissutale con conseguente fibrosi riparativa e quindi riduzione di volume.

Pur essendo approvato in Europa con marchio CE attualmente non è disponibile in Italia.

**Fenestrazione Bronchiale (Airway Bypass):** la metodica consiste nella creazione di fenestrazioni artificiali a livello delle pareti dei bronchi segmentari o subsegmentari, consentendo la diretta comunicazione del parenchima enfisematoso, con le vie aeree naturali di maggior calibro e quindi la fuoriuscita dell'aria intrappolata.

Lo studio EASE pubblicato nel settembre 2011 ha definitivamente dimostrato la perdita di efficacia di questo sistema dopo 3 mesi dal trattamento.

#### CONCLUSIONI

La riduzione volumetrica per via endoscopica è un trattamento già disponibile in Europa con marchio CE, ma non ancora approvato negli Stati Uniti e che possiamo considerare ancora sperimentale per quanto riguarda la scelta dei pazienti da trattare con beneficio e le strategie terapeutiche. La metodica è però in rapida evoluzione e, oltre alle valvole, vengono proposti nuovi dispositivi e diverse metodiche con diverse indicazioni (Tabella 1).

Sulla base delle esperienze attuali il paziente che risponde meglio al trattamento è il paziente con BPCO sintomatico, con fenotipo enfisematoso prevalente ai lobi superiori, dimostrato dalla spirometria e dalla Tc del torace. Quando il lobo superiore da trattare è nettamente separato dagli altri lobi per l'assenza di ventilazione collaterale possono essere utilizzate le valvole endobronchiali che, in caso di insuccesso o di complicanze, possono essere facilmente rimosse. Per valutare l'assenza di ventilazione collaterale ci si può affidare alla Tc del torace, che evidenzia se le scissure interlobari sono integre, e ad uno spirometro endobronchiale, chiamato Chartis.

Con le valvole per ottenere risultati significativi, deve essere occluso il bronco lobare o tutti i segmentari che afferiscono al lobo per ottenere l'atelettasia, che talvolta però si accompagna ad effetti indesiderati, come pneumotorace e polmonite. In caso di ventilazione collaterale, può essere utilizzata una metodica non occlusiva come le schiume sigillanti o le spirali, che permettono di trattare più segmenti senza la necessità di ottenere l'atelettasia lobare e con minor rischio di pneumotorace. Rispetto alle valvole le schiume sigillanti non sono però rimovibili mentre lo sono le spirali.

Tutti questi dispositivi sono già disponibili per l'utilizzo routi-

nario, in attesa dei risultati degli studi controllati in corso. Attualmente il trattamento endoscopico per le linee guida GOLD ha evidenza C e si propone "come scelta alternativa alla riduzione volumetrica chirurgica quando questa non è attuabile per il rischio operatorio".

Per informazioni:

Lorenzo Corbetta, Professore Associato di Malattie Apparato Respiratorio, Università degli Studi di Firenze - Direttore SOD di Broncologia Diagnostico Interventistica, AOU Careggi, Firenze.  
e-mail: [lorenzo.corbetta@unifi.it](mailto:lorenzo.corbetta@unifi.it)

Tab. 1: Tecniche a confronto

TECNICA/PRODOTTO	Valvole (Zephyr-Spiration)	Schiуме sigillanti (AerSeal)	Spirali (Coils)	Thermal vapor
Indicazione	Enfisema eterogeneo	1. Enfisema prevalente nei lobi superiori 2. Enfisema omogeneo (con minor beneficio)	1. Enfisema prevalente nei lobi superiori 2. Enfisema omogeneo (con minor beneficio)	Enfisema prevalente nei lobi superiori
Integrità scissura e assenza ventilazione collaterale	Necessaria	Indifferente	Indifferente	Indifferente
Trattamento	Unilaterale	Bilaterale in 2 tempi (allo studio in singolo intervento)	Bilaterale in 2 tempi	Unilaterale
Reversibilità	si	no	Parziale	no
Complicanze	10-15 % circa Riacutizzazioni Polmonite Pneumotorace	Rare Febbre Riacutizzazioni	10-15% circa Riacutizzazioni Polmonite Pneumotorace	Frequenti Riacutizzazioni Emottisi Polmonite
Marchio CE FDA	Sì No	Sì No	Sì No	Sì No



## Dalla Radiologia nuova luce sulla BPCO

Giovacchino Pedicelli, *Primario Radiologo Emerito - Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini, Roma*

Nell'acronimo BPCO...quanta sofferenza e quanto mistero! E' chiaro da molto tempo che i malati affetti da BPCO presentano aspetti molto diversi fra loro.

Negli anni '50 -'60 del secolo scorso furono condotti studi accurati tesi a riunire i malati in gruppi omogenei (**fenotipi**) al fine di rendere le cure il più personalizzate possibile. Purtroppo i progressi scaturiti dalle ricerche di quegli anni andarono man mano spegnendosi per la inadeguatezza degli strumenti clinico-radiologici dell'epoca e soprattutto perchè il gold standard (la verifica finale) della fenotipizzazione era affidata all'autopsia, una prospettiva non molto pratica! I progressi della diagnostica radiologica raggiunti all'alba del nuovo secolo, specificamente con la **tomografia computerizzata ad alta risoluzione (HRCT)**, sono stati tali da produrre immagini assimilabili all'anatomia patologica, con il vantaggio di offrirle in vivo unitamente a rilievi di carattere funzionale e quantitativo.

E' divenuto agevole tipizzare le principali forme istologiche dell'enfisema, definirne i volumi, stabilirne la distribuzione topografica e le caratteristiche di eterogeneità, preziose per eventuali trattamenti chirurgici.

E' facile la valutazione morfologica dei bronchi fino ad un diametro inferiore ai 2 mm, ottenendo le immagini delle **piccole vie aeree**, quelle maggiormente responsabili della **malattia ostruttiva**; le **bronchioloectasie** non sono più un mistero!

Lo studio HRCT comparativo in inspirazione/espiazione mostra le aree di **intrappolamento di aria**, che impediscono una buona ventilazione degli spazi aerei. In contemporanea, emergono eventuali focolai flogistici, tipici delle fasi di riacutizzazione della malattia.

Grazie alla velocità di rilevazione degli attuali scanner le immagini vengono acquisite in pochi secondi, senza alcuna manovra invasiva, senza uso di mezzi di contrasto, senza alcun disagio anche su pazienti in condizioni respiratorie critiche, con una dose di radiazioni fra le più basse usate nella pratica clinica, a costi molto contenuti.

L'acquisizione delle immagini viene seguita dalle ricostruzioni anatomiche su tutti i piani desiderati al fine della più accurata valutazione personalizzata del danno anatomico e funzionale, anche a confronto con i dati offerti dalla clinica e dalla spirometria.

Oltre al coinvolgimento dell'apparato cardio-vascolare, che compartecipa al danno bronco-polmonare cronico, la diagnostica radiologica può aggiungere importanti dati relativi alle frequenti **comorbilità**.

Ci riferiamo alle alterazioni da **osteoporosi** che possono determinare gravi danni alla gabbia toracica; **l'obesità** che può limitare l'attività del diaframma o creare ostacoli nelle prime vie aeree fino alle gravi apnee notturne; danni dell'apparato respiratorio correlati con il **reflusso gastro-esofageo**; la coesistenza di **rinosinusiti croniche** che possono configurare la cosiddetta **sindrome rino-bronchiale**, spesso alla base di manifestazioni asmatiche.

Quanto descritto va risvegliando il progetto clinico di porre al centro dell'attenzione **il malato** con l'insieme delle sue problematiche (**fenotipo**), anzichè **la malattia** valutata sul FEV1! Nasce così un ragionevole ottimismo circa la possibilità di portare luce nella complessità della BPCO, soprattutto rispetto al carattere di eterogeneità della malattia, o meglio, del **ventaglio di malattie** che essa contiene, preludio a cure personalizzate, più efficaci e meno dannose.



## Il ruolo dell'attività fisica nella BPCO

**Enrico M. Clini**, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia Ospedale Privato Accreditato Villa Pineta, Pavullo n/F (MO)

La più o meno rapida evoluzione della BPCO è legata a fattori endogeni di suscettibilità individuale e all'accumulo della dose di esposizione all'agente nocivo e, nella sua naturale evoluzione, porta al difetto funzionale, che ha come evento avanzato e terminale l'insufficienza d'organo progressiva, condizione incompatibile con la vita. Un aspetto interessante della BPCO è la propensione che determina nei pazienti alla sedentarietà. Negli individui colpiti, infatti, l'insufficiente funzione polmonare genera una costante progressione dei sintomi proprio in coincidenza delle attività fisiche, anche quelle della vita quotidiana, generando quello che viene descritto come "circolo vizioso della inattività". La preferenza che manifestano i pazienti a non rimanere attivi a causa dei loro sintomi, si traduce in un conseguente difetto delle funzioni motorie dei muscoli periferici che, pertanto, adeguano le loro capacità e caratteristiche biologiche, anatomiche e funzionali a uno stile di vita inattivo.

Questa caratteristica generale e sistemica ha dischiuso, negli anni più recenti, un interesse terapeutico che si rivolge non soltanto alla possibile cura farmacologica del danno polmonare (soprattutto con l'intento di arrestare il declino della funzione), ma anche ad un'utile azione fisioterapica, che ha come principale obiettivo, quello di preservare la funzionalità dei muscoli periferici e di offrire, quindi, al paziente le residue potenzialità di rimanere attivo e indipendente. Questo intervento non farmacologico, centrato sull'individuo nel suo complesso, prende il nome di riabilitazione. Si comprende che il mantenimento di uno stile di vita attivo è salutare anche per questi malati e quindi la promozione dell'esercizio fisico terapeutico agevola il raggiungimento di obiettivi desiderabili dagli stessi pazienti, cioè la riduzione dei sinto-

mi, l'incremento della indipendenza funzionale, il miglioramento della propria condizione clinica e funzionale globalmente considerata.

Si calcola che l'attività fisica misurabile attraverso opportuni strumenti in un paziente BPCO sia ridotta mediamente del 30-35% rispetto a quella rilevabile in un individuo di pari età e caratteristiche, ma non affetto da questa patologia. Questa anomalia può peggiorare in maniera ulteriormente drastica e consistente in coincidenza di quelle fasi di aggravamento (riacutizzazioni) molto frequenti e tipiche in questi pazienti. Spesso queste fasi acute di malattia fanno precipitare i malati verso una condizione di quasi totale inattività, che spesso coincide con l'esigenza di accedere alle cure in ospedale e al conseguente allettamento; anche al meglio della ripresa spontanea, o agevolata per via secondaria dagli interventi di cui abbiamo detto, il recupero della migliore condizione fisica dopo la dimissione è quasi sempre incompleto e, comunque, richiede oltre 30-60 giorni di tempo. Un stile di vita costantemente attivo che faciliti l'adesione all'esercizio fisico terapeutico, per quanto proporzionato alle capacità residue, è per il paziente con BPCO un obiettivo importantissimo per garantirgli una migliore qualità di vita percepita e produrre minori conseguenze derivanti dalle riacutizzazioni, attingendo proprio alle risorse residue dello stesso malato.

Questa finalità è pertanto non solo perseguibile dai pazienti attraverso interventi terapeutici finalizzati come la riabilitazione, ma anche fruibile grazie ad adeguati, costanti e tempestivi interventi di informazione/educazione consapevole (counselling) che devono venire applicati dagli specialisti fin dalle prime fasi con cui si manifesta e si conferma diagnosticamente questa malattia.

### Aurei auspici



Il Prof. **Enrico Clini**, Professore Associato di Malattie Respiratorie presso l'Università di Modena e Reggio Emilia, dirige la UO di Pneumologia e Riabilitazione, Ospedale Privato Accreditato Villa Pineta di Gaiato, è stato eletto Direttore dell'Assemblea Clinica dell'ERS.



Il Prof. **Giuseppe Di Maria**, Professore Ordinario di Malattie Apparato Respiratorio, Direttore U.O. di Pneumologia, Università degli Studi di Catania, ha ricevuto l'incarico di Presidenza della **SIMeR** il 1° Dicembre 2011.



Il Prof. **Andrea Rossi**, Direttore della Divisione di Pneumologia, Ospedali Riuniti di Bergamo, è stato nominato Presidente dell'Associazione Pneumologi Ospedalieri (**AIPO**).

### Sezioni e Sportelli

#### Milano

Il 27 febbraio 2012 la Sig.ra **Annamaria Tammone**, coordinatrice della Sezione di Milano, è stata invitata dalla Dott.ssa **Giovanna Vetere**, dell'Azienda Farmaceutica Novartis, ad un incontro presso il Liceo Classico di Rho, sulla prevenzione della BPCO.

#### Castelli Romani

Il 30 marzo 2012 sarà ufficialmente inaugurata la Sezione territoriale dei Castelli Romani, presso l'Ospedale A. e C. Cartoni di Rocca Priora.

*Coordinatore di Sezione: Sig. Sergio Quondam (340 3340497 s.quondam@tin.it)*  
*Referenti medici: Dott.ssa M. Antonietta Cecon e Dott.ssa Daniela Viselli, infermie-*

*ra del Centro Tabagismo di Rocca Priora (0694044577-34).*

#### Benevento

E' in corso di apertura una Sezione territoriale a Benevento presso la Divisione di Pneumologia dell'Ospedale Civile "Gaetano Rummo".

*Referente medico: Prof. Mario Del Donno.*

Tutte le informazioni su Sezioni territoriali e Sportelli BPCO (attività, iniziative, incontri) sono disponibili sul sito [www.pazientibpc.it](http://www.pazientibpc.it) alle voci dedicate.



## La paura del medico a comunicare cattive notizie



**Margherita Neri**, Professore a contratto Scuola di Specializzazione in Medicina del Lavoro, Università di Pavia  
Area Educazionale e Preventiva AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri)

**Cristina Cinti**, Medico Pneumologo  
AUSL di Bologna

Oggi il medico riconosce una situazione di crisi nei suoi rapporti col paziente e nelle sue possibilità di comunicazione, conseguenza certamente delle sue "carenze" di formazione, ma anche dell'attuale inarrestabile bombardamento da parte dei mezzi di comunicazione di massa. Spesso vengono, infatti, riversate enormi quantità di informazioni spesso di origine dubbia, non controllabile, a volte addirittura completamente false, anche per quanto riguarda notizie di "malasanità" ed "errori medici", che spesso non sono tali. "Non so cosa dire..." è quindi una affermazione più volte utilizzata ed ascoltata quando un medico deve comunicare una cattiva notizia, una malattia con prognosi infausta o eventi persistenti che provocano dolorose criticità in chi ascolta, ma ovviamente, chi soffre non può accontentarsi di queste limitate parole.

Perché è così difficile per il medico dire la verità al malato? La prima ragione è la paura di farlo soffrire, ma poi anche di subire ripercussioni legali; è una tendenza naturale quella di attribuire a chi riporta cattive notizie la colpa delle medesime. C'è poi la sofferenza del sanitario di fronte ad un paziente che non risponde alle cure e che peggiora: l'insuccesso terapeutico può essere vissuto in modo drammatico o, all'opposto, essere affrontato tentando di raggiungere un distacco personale tale da dare al paziente "l'impressione" dell'abbandono. Infine c'è da rimarcare l'insufficiente informazione e formazione del medico anche più attento: non sono molti gli articoli dedicati alle modalità per migliorare le abilità nella comunicazione e soprattutto alla condivisione delle cattive notizie. La malattia provoca nel paziente, nei suoi familiari, amici e conoscenti angoscia e smarrimento ed in queste situazioni è importante comunicare rispetto, vicinanza emotiva, accoglienza e affetto. Bisogna che il comunicatore impieghi tempo, ascolti e si ascolti, arrivando a riconoscere eventuali emozioni di rabbia, paura, sconforto e stanchezza anche in se stesso. Essere sinceri con l'interlocutore, ascoltare e non solo "sentire", provare a mettersi nei panni dell'altro, lasciarlo parlare liberamente, saper tollerare i silenzi, evitare di esprimere giudizi o di dare interpretazioni e consigli non richiesti, presuppone già la risposta ad uno dei bisogni primari del malato o di chi è in quel momento il nostro interlocutore addolorato: percepire accanto a sé una presenza autentica.

Parlare è il miglior modo di comunicare in tutte le circostanze e in tutte le situazioni, anche se è indispensabile chiedere il permesso prima di farlo. Parlare della sofferenza è utile e aiuta a lenirla, poiché già il desiderio di farlo è di grande aiuto. Anche le circostanze nelle quali alcune notizie vengono comunicate sono importanti, occorre infatti dare al paziente il conforto di un'atmosfera quanto più tranquilla possibile, non consentire banali interruzioni, favorire un

assetto il più confortevole possibile. È fondamentale dedicare tempo ad ascoltare, mantenendo un contatto visivo che trasmette un senso di esclusività della conversazione. Non si deve aver timore di esprimere i propri sentimenti, o di manifestare disagio poiché l'autenticità è alla base di una efficace comunicazione.

La verità fornisce al paziente l'opportunità di "sapere" perché è ammalato, per potersi adattare al cambiamento delle proprie condizioni personali, anche se questa verità comporterà una perdita della salute e cure con effetti collaterali gravi, magari una crescente disabilità e talvolta il presentimento di una morte vicina. La sfida morale e professionale sta, quindi, nell'offrire l'informazione in maniera delicata, ed occorre accettare che la persona che abbiamo di fronte possa essere sconvolta dalle notizie, rispettarne il valore e l'individualità, offrire l'assicurazione del proprio sostegno professionale. Si tratta di un compagno fidato di viaggio. La prevenzione del danno emotivo è strettamente correlata al metodo e agli atteggiamenti mostrati da chi conduce il dialogo tuttavia, per quanto possa essere empatico e delicato il professionista, alcuni pazienti potranno manifestare un peggioramento di problemi psicologici preesistenti o svilupperanno ansia o depressione.

E' indispensabile poi rispettare anche la volontà di non voler sapere. Il paziente ha paura della propria mortalità; nell'im-

### Comunicazioni

L'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus non ha rinnovato il Patto Federativo con Cittadinanzattiva per il 2012.

### CAT Test

Il **CAT test** (COPD Assessment Test) per la valutazione della BPCO, può aiutare a misurare l'impatto della BPCO sul benessere e sulla vita quotidiana. Le risposte e punteggi del test possono essere utilizzati per migliorare la gestione della BPCO e per ottenere i massimi vantaggi dal trattamento.

Per compilare il questionario online si può consultare il sito: [http://www.catestonline.org/english/index\\_Italy.htm](http://www.catestonline.org/english/index_Italy.htm)

### Ossigenoterapia - Protocolli di idoneità alla guida

Si può scaricare la documentazione completa dal sito [www.pazientibpco.it](http://www.pazientibpco.it), Voce Comunicazioni.

### Ossigenoterapia in volo

Tutta la documentazione aggiornata è disponibile sul sito [www.pazientibpco.it](http://www.pazientibpco.it), Voce Comunicazioni. Si ringrazia la Sig.ra Annamaria Cicia per la collaborazione offerta.

maginario collettivo, la diagnosi di tumore equivale alla morte, anche se molte forme di tumore maligno rispondono alle cure. Quando viene comunicata una diagnosi di tumore spesso si ricorda solo la parola 'tumore'; ogni altra informazione viene ignorata o dimenticata nello sforzo di adeguarsi allo shock delle notizie; la maggioranza delle famiglie, almeno nelle società occidentali contemporanee, hanno poca capacità ed esperienza nella gestione dei malati gravi e dei morenti.

Oggi la morte è diventata un avvenimento che avviene di solito in qualche tipo di struttura, quasi mai al domicilio. Inoltre le attese della popolazione generale si sono sviluppate lungo linee di grande speranza: spesso si è riluttanti a credere che una malattia sia davvero inguaribile.

Si chiede allora una seconda o una terza opinione "alternativa" e si incontra molta resistenza di fronte alla verità. Come comunicare quindi la verità al malato? Tradizionalmente, nella lingua inglese, si parla di "breaking bad news" ('rompere' le brutte notizie), ma spesso se si rompe qualcosa

rimane un pasticcio da sistemare! Le cattive notizie devono essere 'condivise' piuttosto che 'rotte', cioè in un dialogo adeguatamente preparato nel tentativo di garantire la privacy, evitando le interruzioni, in modo da rispondere precisamente alle domande del paziente, esplorandone le conoscenze sull'argomento. Una relazione interpersonale che permetta la condivisione di informazioni può bilanciare le cattive notizie con la speranza di cure appropriate mediante la discussione delle preoccupazioni, rassicurando il paziente sulle tecniche di controllo del dolore e la disponibilità di servizi sociali efficaci.

La condivisione di brutte notizie è un compito ineludibile per la maggioranza degli operatori sanitari. Non riguarda necessariamente una diagnosi di morte o di tumore, ma è qualcosa che influenza negativamente lo stile di vita. È fondamentale il modo in cui le cattive notizie vengono condivise con rispetto per la persona e rassicurazioni sulle cure mediche ed infermieristiche opportune ininterrotte anche se la malattia è inguaribile.

## EFA Book on Respiratory Allergies Capire il problema, ridurre il disagio

Daniela Finizio, EFA Book Project Coordinator, [www.jeangilder.it](http://www.jeangilder.it)



Il 22 dicembre scorso è stato presentato al Parlamento Europeo il Libro dell'EFA sulle Allergie Respiratorie in Europa, ospiti le Onorevoli **Elisabetta Gardini** (Italia) e **Nessa Childers** (Irlanda). Il libro, coordinato dal Prof. **Erkka Valovirta**, è stato realizzato con il contributo delle associazioni di pazienti da 18 paesi, tra cui Italia, Germania, Gran Bretagna e Polonia, che rappresentano una popolazione

totale di 414 milioni di persone. L'obiettivo è quello di dare una visione "europea" delle allergie respiratorie (asma e rinite) e delle condizioni dei pazienti. In Europa, le allergie respiratorie coinvolgono quasi il 30% della popolazione, ma secondo molti esperti questa cifra è sottostimata, infatti il 45% dei pazienti non riceve affatto una diagnosi o la riceve troppo tardi. Il libro vuole sensibilizzare le istituzioni nazionali ed europee sulla condizione dei pazienti, ma soprattutto sottolinea l'importanza del controllo e della prevenzione delle allergie respiratorie, per un efficace management del paziente. Infatti, solo attraverso la prevenzione ed il controllo della malattia si possono prevenire le esacerbazioni che a lungo andare possono causare un danno irreversibile alle vie respiratorie. Alla presentazione hanno preso parte, tra gli altri, esponenti delle principali associazioni mediche che si occupano di allergie respiratorie (ARIA, EAACI, ERS, GARD, GA<sup>2</sup>LEN e IPCRG). Tutti gli interventi hanno sottolineato l'importanza di affidare al paziente un ruolo centrale nella gestione della malattia, soprattutto per il

riconoscimento precoce delle riacutizzazioni. Inoltre, è stata sottolineata la necessità di ridurre le disuguaglianze tra i diversi paesi e nelle diverse regioni europee, in termini di accesso alle più recenti ed efficaci terapie. Infine, la discussione ha affrontato il tema della qualità dell'aria, soprattutto negli ambienti confinati. Infatti, se enormi passi avanti sono stati fatti per la riduzione del fumo in ambienti pubblici e sul luogo di lavoro, ancora molta strada deve essere fatta per sensibilizzare i cittadini europei sui danni del fumo negli ambienti domestici, e sull'impatto negativo della scarsa qualità dell'aria (muffe, etc.) in altri ambienti indoor, come le scuole.

Al termine dell'incontro l'EFA ha lanciato una Call to Action, che verrà distribuita a tutti i Parlamentari Europei, con lo scopo di sensibilizzare le istituzioni su questi temi.

Il libro può essere scaricato gratuitamente su:  
<http://www.efanet.org/documents/EFABookonRespiratoryAllergiesFINAL.pdf>



### WORLD SPIROMETRY DAY 27 giugno 2012

L'Associazione aderisce alla manifestazione che coinvolge le associazioni di oltre 150 paesi, con l'obiettivo di diffondere la cultura pneumologica e promuovere la salute polmonare.

Per maggiori informazioni:  
sito italiano: [www.wsd2012.it](http://www.wsd2012.it)  
sito internazionale: [www.wsd2012.org](http://www.wsd2012.org)



## Non solo Libri

Roma, Ventennale dell'Accademia della Fonte Meravigliosa

20 novembre 2011, Sala "Pietro da Cortona", Palazzo dei Conservatori



L'Accademia della Fonte Meravigliosa ha celebrato a Roma il ventennale della sua fondazione. La cerimonia è stata aperta dalla Prof.ssa **Rosa Simonelli**, che ha introdotto il Maestro **Augusto Mastrantoni e i suoi**

**Musici de "La Fontegara"**, che hanno eseguito degli intervalli musicali con musiche medievali e rinascimentali.

Il Fondatore e Presidente emerito **Ottavio di Peco** ha sinteticamente illustrato la nascita, l'attività e le finalità dell'Accademia, nata per unire in un comune pensiero d'amore per la poesia e l'amicizia, tutti coloro che semplicemente si sentono attratti da essa e, attraverso le parole, esprimere non solo sentimenti personali, ma anche esaltare i valori stessi della poesia come comunicazione, pensiero, respiro di vita e manifestazione di musica, fede e carità.

Dopo gli auguri il nuovo Presidente, la Sig.ra **Gabriella Montano** ha introdotto la lettura delle poesie di alcuni accademici e infine si è dato valore alla poesia attraverso la sua relazione con altre discipline: pittura, musica e arte. Ogni parola tradotta in musica diventa poesia, diventa vita e pensiero, diventa respiro per chi fa esperienza di essa.

La nostra Associazione auspica nuovi successi all'Accademia della Fonte Meravigliosa, con la quale ha collaborato proficuamente in questi anni per la realizzazione delle *Poesie del Respiro*, nate per dare vita a tutti coloro che soffrono e che da esse traggono un sollievo.



Ricordiamo **Dante Di Bella**, nostro vecchio amico, con una sua bella poesia intitolata "**Cavalcate**" tratta dal volume delle *Poesie del Respiro*.

### Cavalcate

*Il pensiero  
corre, galoppa  
sui sentieri della memoria  
là dove sconfinati orizzonti  
si aprono  
al desiderio di una scoperta  
al rivelarsi di un mistero  
cristallizzato, nascosto,  
nelle pieghe polverose del tempo.  
La fantasia  
cavalca il suo cavallo alato,  
sorvolando,  
fiammeggianti al sole,  
ampie distese di rossi papaveri  
e spume bianche di risacche  
mosse dai venti di maestrale,  
e picchi innevati,  
con quel bianco accecante  
proteso a disegnarsi  
sulla lavagna turchese del cielo.  
E quel respiro  
che la incalza e la segue  
in questa cavalcata senza fine,  
si fa, poi, affanno,  
e quel tenue respiro che l'avvolge  
come fragile veste di una crisalide  
si fa fame,  
fame d'aria pulita,  
che cerca strade dove il cammino  
lascia soltanto  
segnì di orme leggere.*

Dante Di Bella



### La Diramazione dell'Infinito di Eleonora Facco

Il 17 gennaio 2012 il volume, emozionante incontro di storie ed umanità varie nel corso di più di sessant'anni di storia italiana, arricchite da notazioni speleologiche e dialettali, è stato presentato a Roma nella sala Carroccio del Campidoglio. Sono intervenuti **Federico Guidi, Francesco Loriga,**

**Donatina Persichetti, Laura Sofia, Pietro Trifone.**

Eccone di seguito un estratto: *"I due bielorusi... si dimostrano subito agili nel salire lungo la ripida scala che portava alle*

*Meraviglie e, se questo, per l'uomo poteva apparire più che comprensibile dato il fisico asciutto, per la donna fu una vera e propria sorpresa. Sembrava a suo agio in quella situazione di difficoltà.*

*Mentre all'aperto era arrivata soffiando dopo una breve salita, in grotta si muoveva tranquilla e padrona di sé. Forse è affetta da asma o qualcosa del genere, pensò Alex. Infatti, in grotta le capacità respiratorie, anche le più compromesse, tornano normali nonostante la sospensione dei farmaci specifici.*

*Avevano anche compiuto degli esperimenti in collaborazione con l'Istituto di Idroclimatologia Medica dell'università di Pisa, ottenendo per i malati dei risultati sorprendenti".*



### DHS Dove abbiamo sbagliato di Pietro Alimonti

Riportiamo dal Capitolo "PAURA-Non voglio fare da capro respiratorio":

"... i danni dell'inquinamento sui nostri organi vitali, lo smog, il fumo di sigaretta, le emissioni di gas, le polveri sottili, meglio non parlarne, tanto c'è ed è meglio abituarsi. Il problema non è consumare bene ma produrre diversamente. Sottrarsi al consumo sfrenato è un modo per cambiare il mondo..."

"...Vengono pubblicate su riviste e giornali articoli da parte di esperti che annunciano la nascita di nuove malattie e la necessità di contrastarle adeguatamente. Vengono sviluppati farmaci necessari a curare la malattia che vengono approvati ed introdotti rapidamente sul mercato. Si organizzano convegni scientifici sul problema e si formano organizzazioni di cittadini che chiedono a viva voce l'inter-

vento delle autorità e all'accesso alle cure. Vengono distribuiti i test per svelare le malattie e segnalarne rapidamente i casi. Cresce la campagna di stampa e l'interesse mediatico al fine di sensibilizzare le popolazioni, vengono approvate leggi e decreti per contrastare efficacemente il problema..."

"... Per mantenere ad ogni costo uno stato soddisfacente di salute a coloro che sono malati come si fa a non cadere vittima di ogni insicurezza per avere il massimo di sicurezza? Soprattutto quando la ricerca da parte della scienza, diventa ossessiva per provare a cancellare ogni nostra paura. E poi da queste falsità, chi ne trae beneficio o vantaggio? A volte mi chiedo a cosa bisogna credere! Ma c'è ancora qualcosa a cui credere? Ma c'è ancora qualcosa a cui credere?..."

"...Rimane una ultima verità è inutile avere paura o ci si adatta alla vita o ci si estingue una regola che vale ogni forma di vita. Buona fortuna?"

Per informazioni e/o richiedere il libro:  
e-mail: [unicornofenice@gmail.com](mailto:unicornofenice@gmail.com)



### Percorsi Insieme di Annamaria Ferro e Monica Balzani

Storie di malattia, dolore, ma anche di allegria e amore. Le due autrici, infermiere dell'Assistenza Domiciliare, hanno raccontato la loro esperienza a fianco di pazienti e familiari, cercando di trasmettere cosa significhi vivere quotidianamente la sofferenza, quale sia il carico di dubbi e fragilità, e quanta la forza interiore necessaria per cercare di alleviare il più possi-

bile tale stato di afflizione. Entrambe le autrici si sono ritrovate ad affrontare la realtà dell'Assistenza Domiciliare, dopo aver lavorato in diversi reparti ospedalieri, passando così da un lavoro di equipe a dover fare i conti, da sole, con dolore e malattia. Dalle storie narrate emerge chiaramente come, nelle difficoltà e nelle situazioni più drammatiche, la migliore risorsa per andare avanti, sia la professionalità coniugata all'amore per l'altro, che è non solo il malato, ma anche il familiare.

Per informazioni e/o richiedere il libro:  
e-mail: [unicornofenice@gmail.com](mailto:unicornofenice@gmail.com)



PREMIO NAZIONALE DI POESIA E NARRATIVA ALBEROANDRONICO - EDIZIONE 2010-

### Premio Nazionale di Poesia e Narrativa Alberoandronico

L'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus ha partecipato al Premio svoltosi il 31 marzo 2011, classificandosi in

ottima posizione con l'opera "Poesie del Respiro", in cui sono state raccolte liriche di pazienti/poeti, che esprimono in versi il significato del respiro, quale simbolo profondo della vita.

Durante la premiazione hanno partecipato come rappresentanti dell'Associazione il Presidente **Francesco Tempesta** e la Vicepresidente **Fausta Franchi**.



Il 5 per mille per tutelare i tuoi diritti

Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus  
Codice Fiscale 03202030965

### Aderite e fate aderire

Aderire all'Associazione significa accrescere la propria conoscenza della malattia e della sua gestione e unire la propria voce a quella di milioni di altri malati, che chiedono una migliore tutela dei loro diritti. Possono aderire tutti coloro che sono affetti da BPCO e i loro familiari, e anche coloro che per ragioni mediche, sanitarie e sociali possono contribuire a migliorarne le condizioni di salute e la qualità della vita. La quota sociale annuale minima è di Euro 10,00, da versare sul conto corrente postale n. 19848407, intestato all'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus. Si comunica, inoltre, che la deducibilità (o detraibilità) fiscale è ammessa per le somme che eccedono l'importo della quota associativa (> € 10,00).

## Convegni e Congressi



### Roma, 11 novembre 2011 Ospedale San Pietro Fatebenefratelli

Convegno dell'A.NM.I.R.S (Associazione Nazionale Medici Istituti Religiosi Spedalieri) "Preso in cura, assistenza domiciliare e accompagnamento del

Paziente con malattia tumorale: prevenzione, integrazione e multidisciplinarietà".

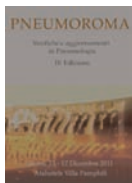
L'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus ha partecipato al Convegno, invitata dal Prof. **Pietro Alimonti**, presentando la Mission e le esigenze dei pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva e focalizzando l'attenzione sui rischi dannosi del fumo sulla salute.



**Roma, 3 dicembre 2011**  
**Ministero della Salute**  
*Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009/2010*  
 L'Associazione Italiana Pazienti BPCO è stata invitata alla presentazione della relazione

da parte del Ministro della Salute, Prof. **Renato Balduzzi**. Erano presenti esponenti delle Istituzioni tra i quali il Dott. **Palumbo** ed il Dott. **Oleari**, il Senatore **Tommasini**, la Presidente **Polverini**, il Senatore **Guzzanti**, il Dott. **Garaci** ed il Dott. **Podeschi**.

Per ulteriori informazioni clicca su:  
<http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=327>



**Roma, 15/17 dicembre 2011**  
**PNEUMOROMA. IV Edizione**  
*Verifiche e aggiornamenti in Pneumologia*  
 Il Convegno, presieduto dal Prof. **Giovanni Puglisi**, tra i vari argomenti di attualità nella diagnostica e nella patologia respiratoria, ha

trattato le sindromi ostruttive e approfondito lo stadio più avanzato di queste patologie: l'insufficienza respiratoria. La nostra Associazione, rappresentata da **Fausta Franchi**, ha partecipato alla Tavola Rotonda "Opinioni a confronto - La continuità assistenziale tra ospedale e territorio al paziente con BPCO" moderata dal Prof. **Pietro Alimonti**.



**Roma, 19 gennaio 2012**  
**Palazzo Marini**  
*"Le donne ed il potere - problematiche e riflessioni sulle carriere al femminile nelle posizioni di governance, dalla politica ai con-*

*sigli di amministrazione"*.  
 L'Associazione rappresentata da **Fausta Franchi** e **Margrit Mau** ha partecipato al convegno organizzato dalla Federazione Italiana Donne Arti Professione e Affari (Fidapa) e dall'International Federation of Business and Professional Women (BPW).



**Roma, 18/20 gennaio 2012**  
**AIMAR / Progetto Task Force**  
*Meeting generale*  
 L'Associazione è stata invitata a partecipare ai gruppi di lavoro "Sperimentazione del modello GARD di diagnosi precoce di malattia cronica ostruttiva mediante prove di funzionalità respiratoria nel contesto delle cure primarie" e "Percorso formativo a

*favore della medicina generale su appropriatezza terapeutica, aderenza e outcome in tema di BPCO"*, particolarmente significativi per i malati respiratori.  
 Alla conclusione dei lavori la Dott.ssa **Paola Pisanti** e la Dott.ssa **Margherita Neri** hanno espresso l'opportunità di inserire nei gruppi riguardanti la BPCO l'Associazione dei Pazienti, al fine di poter esprimere le loro esigenze e, quindi, per gestire al meglio la propria condizione. Inoltre, è stato messo a disposizione dell'Associazione un desk per poter distribuire ai partecipanti il materiale informativo.



**Roma, 24 gennaio 2012**  
**Incontro con le Aziende Farmaceutiche**

È stato organizzato un incontro con le Aziende Farmaceutiche per presentare le attività e i programmi che vedranno impegnata nel corso del 2012 la nostra Associazione.



Fondazione Smith Kline

**Roma, 8 febbraio 2012**  
**Istituto Superiore di Sanità**

*Rapporto di Prevenzione 2011: Le attività di prevenzione.*  
 L'Associazione è stata invitata alla presentazione del Rapporto a cura della Fondazione Smith Kline.



**Modena**  
**28 febbraio/2 marzo 2012**  
**Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia**  
*International Meeting on Asthma COPD and concomitant disorders*

In occasione del Meeting, è stato presentato il Progetto GOLD (BPCO), dal Prof. **Lorenzo Corbetta**, nella traduzione in italiano. Il Presidente **Francesco Tempesta** e la Vicepresidente **Fausta Franchi** hanno partecipato al gruppo di lavoro sulla Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva, coordinato dai Professori **L. Corbetta** e **Leonardo M. Fabbri**.  
 Per maggiori informazioni: [www.goldcopd.it](http://www.goldcopd.it) - [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)

## Prossimi appuntamenti

■ Bruxelles, 19-21 marzo 2012	EFA COPD Working Group
■ Torino, 18-21 aprile 2012	AIMAR 7ª Conferenza Internazionale sul Trattamento e la Riabilitazione delle malattie croniche respiratorie
■ Scanno (AQ), 26-29 aprile 2012	Incontri Pneumologici 13ª edizione
■ Dublino, 11-12 maggio 2012	EFA AGM and Network Meeting
■ 27 giugno 2012	World Spirometry Day
■ Vienna, 2-5 settembre 2012	ERS Annual Congress
■ Roma, 21 novembre 2012	XI Giornata Mondiale BPCO-VII Conferenza Nazionale BPCO



PROGRAMMA PROVVISORIO

Una malattia dei Bronchi e dei Polmoni Cronica e Ostruttiva-Scuola BPCO  
A.C.O. San Filippo Neri, Roma - ore 15.30 - 17.00

- **Giovedì 3/05/2012** *Salute delle Autorità* – Direttore Generale, Direttore Sanitario  
**Dott. Francesco Tempesta**, Presidente Ass. It. Paz. BPCO: *Ruolo dell'Associazione Pazienti*  
**Dott. Giuseppe Reale**, Dirigente U.O.C. Pneumologia San Filippo Neri: *Profilazione sulla BPCO*  
**Dott.ssa Laura Guidi**, Pneumologo San Filippo Neri: *Come sappiamo di avere la BPCO?*  
**Signora Vanda Martini**, Tecnico Fisiopatologia Respiratoria San Filippo Neri: *Esercitazione pratica*  
*Questionario*
- **Giovedì 10/05/2012**  
**Dott.ssa Teresa Pompili**, Pneumologo San Filippo Neri, **Dott.ssa Iole Simeoni**, Pneumologo San Filippo Neri:  
*Vivere con la BPCO "Alimentazione, sonno, fumo"*  
*Questionario*
- **Giovedì 17/05/2012**  
**Dott. Albino Sini**, Pneumologo, **Dott. Salvatore D'Antonio**, Pneumologo Forlanini-S. Camillo: *Solo i farmaci per curare la BPCO?*  
**Dott. Giuseppe Oliva**, Cardiologo: *E il cuore?*  
**Signora Enza Italia** Infermiera professionale Pneumologia San Filippo Neri: *Esercitazione pratica sui vari tipi di erogatori*  
*Questionario*
- **Giovedì 24/05/2012**  
**Dott. Giuseppe Culla**, Pneumologo Salus Infirorum, **Dott.ssa Carmela Maiolo**, Pneumologo Salus Infirorum:  
*La Riabilitazione respiratoria "Quando? Dove? Come?"*  
**Signora Antonella Broccoli**, **Teresa Fonti**, **Barbara Lanna**, Terapiste Salus Infirorum  
**Signora Elisabetta Papini**, Infermiera professionale Salus Infirorum  
*Questionario*
- **Giovedì 31/05/2012**  
**Dott. Giovanni Peliti**, Medico di Medicina Generale, *La terapia domiciliare della BPCO: il medico di famiglia*  
**Dott.ssa Donatella Biliotti**, Direttore sostituto U.O.C. Percorsi C.A. RME: *L'assistenza domiciliare della BPCO a Roma e in particolare nella ASL RME*  
**Prof. Claudio Maria Sanguinetti**, *Letture magistrali: La Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva: una "nuova" vecchia malattia*  
**Dott. Giuseppe Reale**, Dirigente U.O.C. Pneumologia San Filippo Neri, **Dott. Albino Sini**, Pneumologo: *Conclusioni e valutazione dei questionari*

Gli incontri organizzati dal Dott. G. Reale, Direttore ff dell'U.O.C. Pneumologia, A.C.O. San Filippo Neri e dal Dott. A. Sini, Pneumologo, intendono affrontare gli aspetti teorici e i problemi pratici della BPCO coinvolgendo sia le varie figure professionali (medici, infermieri, terapisti e tecnici) che i pazienti medesimi e i loro familiari in lezioni teorico/pratiche con l'obiettivo di aumentare la conoscenza e la consapevolezza della malattia, migliorarne la gestione e di conseguenza la qualità di vita. Gli intervenuti potranno partecipare con un dibattito con gli specialisti e ricevere materiale informativo da parte dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus. **La partecipazione è libera.**

L'Associazione è presente su [Facebook](#): diventa membro del gruppo ASSOCIAZIONE ITALIANA PAZIENTI BPCO (COPD)



Consiglio Direttivo

Presidente: **Francesco Tempesta**  
Vicepresidente: **Fausta Franchi**  
Tesoriere: **Vittorio Cidone**  
Consiglieri: **Francesco Attolico**,  
**Annarosa Nigrelli**, **Paolo Pasini**

Sezione di Asti

Coordinamento: **Livia Maria Ceste**

Sezione di Milano

Coordinamento: **Annamaria Tammore**

Sezione di Parma

Coordinamento: **Paolo Pasini**

Sezione di Cecina

Coordinamento: **Luciano Guerrieri**

Sezione di Firenze

Coordinamento: **Lucia Berni**

Sportello BPCO di Lecce

Referente: **Iole Romano**

Garante del Codice Etico e di Condotta

Dott.ssa **Giovanna Strollo**

Comitato Medico Scientifico

**Roberto Bernabei**

Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG)

**Germano Bettoncelli**

Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

**Vincenzo Cilenti**

Direttore Servizio Fisiopatologia Respiratoria presso IFO e  
Presidente AIPO Regionale Lazio

**Lorenzo Corbetta**

Delegato Nazionale GOLD

**Salvatore D'Antonio**

Dirigente Medico Ospedale San Camillo-Forlanini (Roma)

**Giuseppe Di Maria**

Società Italiana di Medicina Respiratoria (SIMeR)

**Vincenzo Fogliani**

Associazione Pneumologia Interattiva

**Giacomo Mangiaracina**

Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)

**Margherita Neri**

Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO)

**Giuseppe Reale**

Direttore ff UOC Pneumologia ACO  
San Filippo Neri (Roma)

**Claudio M. Sanguinetti**

Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle  
Malattie Respiratorie (AIMAR)

**Albino Sini**

Pneumologo

Sede operativa

Via Cassia, 605 - 00189 Roma  
Tel. 06 33251581 - Fax 06 33259798  
E-mail: [franchima@tin.it](mailto:franchima@tin.it)

Sede Legale

U.O.C. Pneumologia, A.C.O. San Filippo Neri,  
Via G. Martinotti, 20 - 00135 Roma

Segreteria

**c/o Effetti Srl** - Via Gallarate, 106 - 20151 Milano  
Tel. 02 3343281 - Fax 02 38002105

Conto Corrente Bancario

Banca Popolare Commercio e Industria  
IBAN: IT90 M 05048 03208 000000010033

Codice Fiscale

03202030965

[www.pazientibpcO.it](http://www.pazientibpcO.it)



Da Lunedì a Venerdì  
ore 10.00 - 13.00

L'Associazione Italiana Pazienti BPCO aderisce a: - Cittadinanzattiva e Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (ChAMC)  
- European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA)

- Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases (GARD)  
- International COPD Coalition (ICC)