

# focus BPCO

broncopneuropatia cronica ostruttiva

Notiziario dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

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

Numero Verde  
**800 961 922**

Da Lunedì a Venerdì  
ore 10.00 - 13.00



**MARK YOUR CALENDAR - HOLD THE DATE!**  
**June 14, 2009**

The ICC-International COPD Coalition and the EFA-European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Association invite you to join the

**First World COPD Patients Conference**

Join COPD Patients Organizations, health ministries and the general public at a unique gathering to chart the course to improve COPD patients' quality of life and care worldwide.

The conference is being organized by ICC and EFA, in collaboration with the Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus, the Australian Lung Foundation, the Asian Pacific Society of Respiratory and in conjunction with the Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD) annual meeting.

Registration information will be available soon at [www.pazientibpc.it](http://www.pazientibpc.it) - [www.internationalcopd.org](http://www.internationalcopd.org) - [www.efanet.org](http://www.efanet.org)  
For more information contact [info@pacientibpc.it](mailto:info@pacientibpc.it)



## Dedichiamo il 2009 al respiro

### Assemblea Annuale 2009

L'Assemblea Annuale si terrà a Napoli, il 4 marzo 2009.

La Convocazione e i documenti relativi saranno inviati ai Soci in tempo utile.

### Come aderire all'Associazione

Ricordiamo che possono aderire le persone affette da BPCO, i loro familiari ed amici, e anche tutti coloro che operano nel settore sanitario per il miglioramento delle loro condizioni di salute.

La quota associativa minima annuale è di € 6,00 da versare sul conto corrente postale 19848407. Come sempre ci aspettiamo l'impegno di tutti a sostenere l'Associazione, promuovendo la conoscenza delle attività svolte, in particolare delle iniziative mirate a migliorare la tutela del paziente e a sostenere la ricerca scientifica.

Il 2008 è stato un anno particolarmente difficile per i pazienti con BPCO, infatti la mancanza di una decisione ministeriale concernente i LEA-Livelli Essenziali di Assistenza ha ritardato il provvedimento che abbiamo tanto auspicato di vedere la BPCO inserita tra le malattie croniche e invalidanti.

Siamo ancora in attesa che il Ministero del Welfare completi tale procedimento, cosa che potrebbe colmare una lacuna veramente inaccettabile, consentendo finalmente anche al paziente BPCO la gratuità di talune prestazioni essenziali per il controllo della malattia.

Il riconoscimento epidemiologico e sociale della BPCO in ambito nazionale e regionale resta la priorità della nostra Associazione.

Prevediamo un intenso programma di

lavoro, anche perché riteniamo che ad ogni livello si possa fare di più sia attraverso campagne di prevenzione e di sensibilizzazione di portata generale, sia attraverso programmi di informazione (educativi) per rendere consapevoli i pazienti dei possibili obiettivi da raggiungere grazie ai progressi scientifici odierni.

Il principale appuntamento è la **Prima Conferenza Mondiale dei Pazienti con BPCO**, che si terrà il 14 giugno 2009 a Roma, con la partecipazione di rappresentanti di più di 80 organizzazioni.

La riunione è organizzata dall'ICC-International COPD Coalition e dall'EFA-European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations ed ha il patrocinio della GARD-Global Alliance on Chronic Respiratory Diseases, presieduta dal Prof. Jean Bousquet.

### L'Associazione presente su Facebook

Creata su facebook.com il Gruppo Associazione dei Pazienti BPCO Onlus. Tanti sono i giovani che si sono registrati e seguono con interesse le notizie, soprattutto per conoscere meglio questa malattia che colpisce i loro familiari.

## VII Giornata Mondiale contro la BPCO 19 novembre 2008

Il 19 novembre 2008 si è tenuta in tutto il mondo la VII Giornata Mondiale contro la BPCO, un evento di sensibilizzazione dell'opinione pubblica su questa malattia ancora troppo sottovalutata. Questa Giornata rappresenta un'occasione importante per tutti, medici e pazienti, ed ha lo scopo di richiamare l'attenzione su una patologia che è ormai diventata una delle principali cause di invalidità e mortalità in Italia e nel mondo.

In questa occasione, il 17 novembre 2008, il Policlinico di Modena ha ospitato un convegno multimediale su questa malattia. L'evento - che si è svolto presso il Centro Servizi Didattici della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia - ha visto la partecipazione dei più importanti esperti nel campo.

Alla luce degli ultimi dati, c'è molto da riflettere. Sono circa ottantamila le persone che muoiono nel nostro Paese per cause legate al fumo di sigaretta. Sono dati allarmanti, ma ancora troppo sottovalutati. Occorre far capire ai più giovani quali siano i rischi reali che si incontrano nel cominciare a fumare.

Anche se si registra un progressivo aumento delle persone che smettono di fumare, il dato più preoccupante concerne i giovanissimi, che iniziano a fumare già a 12 anni, e molti ragazzini finiscono per diventare dipendenti.

Nel corso del Convegno, il Prof. Fabbri ha tracciato l'identikit di chi riesce a smettere di fumare: uomini sposati che convivono con non fumatori, poco dipendenti dalla nicotina, che hanno iniziato tardi a fumare e hanno già provato a smettere per periodi abbastanza lunghi.

«Prendere in considerazione questi elementi - ha detto il Prof. Fabbri - serve a capire chi ha più difficoltà a farcela e aiuta a intervenire in maniera più incisiva, quando necessario».

«Inoltre, a parte la prevenzione, occorre che i medici si occupino dei fumatori che hanno sviluppato la BPCO - ha aggiunto il Prof. Corbetta - La cessazione dell'abitudine tabagica è, infatti, la singola misura più efficace per rallentare la progressione».

### Fumatori nel mondo

**1,2 miliardi** di fumatori

**15 miliardi** di sigarette fumate ogni giorno

### Fumatori nei paesi industrializzati

Il **35%** degli uomini

Il **22%** delle donne

### Fumatori nei paesi in via di sviluppo

Il **50%** degli uomini

Il **9%** delle donne

### Fumatori in Italia

Il **27,5%** degli uomini

Il **16,3%** delle donne

## VII Giornata Mondiale contro la BPCO 2008

Promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità

Conferenza Stampa Multimediale promossa da

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Università degli Studi di Firenze

**GOLD** (Global Initiative on Obstructive Lung Disease)

**LIBRA** (Linee Guida Italiane per BPCO Rinite e Asma)

Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

Moderatori

Leonardo M. Fabbri

Lorenzo Corbetta



### Programma

- n **Saluto del Preside della Facoltà di Medicina**  
Prof.ssa Gabriella Aggazzotti
- n **Presentazione dell'evento**  
Prof. Leonardo M. Fabbri
- n **La Giornata Mondiale contro la BPCO**  
Prof. Lorenzo Corbetta
- n **Burden of COPD and Chronic Diseases**  
Roberto Rodriguez Roisin, *Chairman, GOLD*
- n **Prevention of Chronic Respiratory Diseases**  
Jean Bousquet, *Chair, Global Initiative on Chronic Diseases, WHO*
- n **New Treatment Options for COPD**  
Peter Calverley, *Chair, Scientific Committee, GOLD*
- n **Nuovi trattamenti per smettere di fumare**  
Riccardo Polosa, *Professore Ordinario di Medicina Interna, Università di Catania*
- n **Costituzione del Centro Antifumo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria**  
Gianluigi Trianni, *Staff Direzione Generale, AOU Policlinico di Modena*
- n **La malattia cronica complessa: l'epidemia del XXI secolo**  
Gianfranco Gensini, *Professore Ordinario di Medicina Interna, Preside della Facoltà di Medicina, Firenze*
- n **Richieste e aspettative dei pazienti affetti da BPCO e co-morbidità croniche**  
Mariadelaide Franchi, *Presidente Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus*
- n **La visione della BPCO nella Medicina Generale**  
Germano Bettoncelli, *Responsabile Area Pneumologica Società Italiana Medicina*
- n **Fumo e malattie respiratorie**  
Laura Carrozzi, *UO di Pneumologia 1 Univ, Dip. Cardio Toracico, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana*
- n **Tavola rotonda: Discussione e risposte alle domande dei Giornalisti**  
Leonardo M. Fabbri, Laura Carrozzi, Lorenzo Corbetta

Le relazioni sono disponibili sul sito: [www.goldcopd.it/wcd08/](http://www.goldcopd.it/wcd08/)

## Senza fiato... ma non soli

“Senza fiato... ma non soli” è il messaggio della VII Giornata Mondiale di sensibilizzazione contro la BPCO, che la nostra Associazione promuove con l’iniziativa “Non lasciare solo chi ha problemi respiratori, ma regalagli un po’ del tuo tempo”, attraverso un poster distribuito in numerosi centri pneumologici in tutto il paese. La Giornata è un momento particolare, in cui tutti possono manifestare la propria solidarietà ad un familiare o ad un amico che soffre di BPCO, offrendogli la propria compagnia con una visita a casa, una passeggiata, anche solo una telefonata. Un gesto concreto di affetto e di vicinanza, semplicemente il piacere di essere presenti. Un atto di amicizia, che non costa nulla se non un poco del proprio tempo e che ci auguriamo spinga tante persone a rispondere positivamente a questa raccomandazione, non solo durante la Giornata, ma anche poi per un aiuto concreto a chi spesso resta confinato al proprio domicilio a causa della malattia.



## Il dizionario del respiro

Sono 180 le parole che possono aiutare anche all'estero i malati respiratori. Il dizionario Italiano-Inglese/Inglese-Italiano, realizzato dall'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus, per quanti si recano in altri paesi e hanno necessità di parlare a un medico o a un farmacista, è stato presentato in occasione della VII Giornata Mondiale BPCO.



L'Associazione ha pensato di offrire uno strumento utile per i malati che viaggiano all'estero e così è nata l'idea del dizionario, che contiene termini semplici e altri più complessi.

Le traduzioni in altre lingue sono in corso, con la collaborazione dell'ICC-International COPD Coalition e dell'EFA, la Federazione europea delle Associazioni di malati allergici e respiratori.

Il Dizionario è pubblicato nel sito: [www.pazientibpco.it](http://www.pazientibpco.it)

## La BPCO: una malattia cronica grave, complicata dalle comorbidity

In Italia i pazienti con BPCO sono 2,6 milioni e il 21% dichiara di essere disabile

La prevalenza delle patologie croniche costituisce un'emergenza socio-sanitaria nel nostro Paese, soprattutto a causa dell'elevato tasso di invecchiamento della popolazione.

Molte di queste malattie, come la BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva), non consentono la guarigione e condizionano in modo permanente la qualità della vita di coloro che ne sono affetti, compromettendo il loro livello di autonomia e accrescendo la necessità di assistenza socio-sanitaria. Inoltre, la multicronicità si associa a condizioni di salute difficili e limitanti e ad un peggioramento della qualità della vita.

Secondo i risultati dell'indagine ISTAT "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari", nel 2005 il 13,1% delle persone dichiara di soffrire di almeno una malattia 'grave' (diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus, emorragia cerebrale; bronchite cronica, enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno, inclusi linfoma/leucemia; parkinsonismo; Alzheimer, demenze senili) e il 13,3% di tre o più patologie croniche. Le donne presentano, per tutte le classi di età, tassi di multicronicità significativamente più alti (16,7% contro 9,8% per gli uomini) ma nell'età anziana sono meno colpite degli uomini da patologie croniche gravi (38,9% contro 45,5%).

Sempre in base ai dati ISTAT, tra le persone con disabilità, la quota di coloro che sono affetti da malattie croniche gravi (59,4%) o sono multicronici (60,8%) è sensibilmente superiore rispetto a quanto si osserva tra la popolazione non disabile (rispettivamente 11,6% e 11,8%).

I pazienti con BPCO sono quasi 2,6 milioni di persone, cioè il 4,5% della popolazione totale, con una prevalenza maggiore per gli uomini (4,8%) rispetto alle donne (4,2%) e nelle età anziane: nella classe di età 65-69 anni ne soffrono l'11,8% contro l'8,6% tra le donne e la differenza aumenta tra gli ultraottantenni.

Il 57% dei pazienti BPCO coabita con il coniuge, ma si può stimare che una parte importante del restante 43% viva da solo (vedovi, celibi/nubili, separati o divorziati, non coabitanti con il coniuge).

Inoltre, il 48% risulta pensionato, il 18% casalinga, il 22% occupato, disoccupato o in cerca di lavoro, ed il 5% inabile al lavoro.

**Le condizioni di salute delle persone dallo status sociale basso sono peggiori.** Prendendo come indicatore il titolo di studio, il 58% ha la licenza scuola elementare o nessun titolo, il 26% ha la licenza della scuola media inferiore e il 16% ha la Laurea o un Diploma di scuola media superiore.

Infine, la cronicità e la gravità della malattia si associano a disabilità, secondo l'indagine ISTAT è disabile il 21% delle persone con BPCO.

Le comorbidity sono frequenti e contribuiscono ad aumentare la severità delle manifestazioni cliniche del malato, ma complicano anche la terapia, di conseguenza è fondamentale riconoscerle e trattarle in maniera efficace. L'insufficienza cardiaca cronica e la BPCO possono essere associate a disordini metabolici, come diabete e osteoporosi, e ad altre condizioni croniche, quali anemia, scompenso renale, artrite reumatoide, infezione da Helicobacter pylori e disfunzione erettile.



## Uno studio sulla terapia della BPCO

Di recente sono stati presentati in Italia i risultati dello studio denominato UPLIFT (*Understanding the Potential Long-term Impact on Function with Tiotropium*), che ha coinvolto 5.993 pazienti BPCO in 37 paesi del mondo (1).

Abbiamo chiesto al Professor Pierluigi Paggiaro, Professore Ordinario di Malattie dell'Apparato Respiratorio dell'Università di Pisa, coordinatore dei 30 centri italiani che hanno partecipato alla sperimentazione di studio, di metterci al corrente delle principali conclusioni inerenti all'influenza della terapia sul decorso clinico della BPCO.

"Dallo studio è emerso che tiotropio, un broncodilatatore a lunga durata d'azione, può garantire benefici ai pazienti quali: miglioramento della funzionalità respiratoria, della qualità della vita correlata allo stato di salute nel tempo, sino a 4 anni, e riduzione del numero di riacutizzazioni annue e del rischio di ricoveri a causa di esse.

Rispetto a quanto già noto, questo studio sottolinea come questi effetti positivi si mantengano a lungo nel tempo, ed i pazienti continuano anche dopo 4 anni di trattamento a presentare gli stessi effetti positivi che percepiscono nei primi mesi dall'inizio della terapia con questo broncodilatatore.

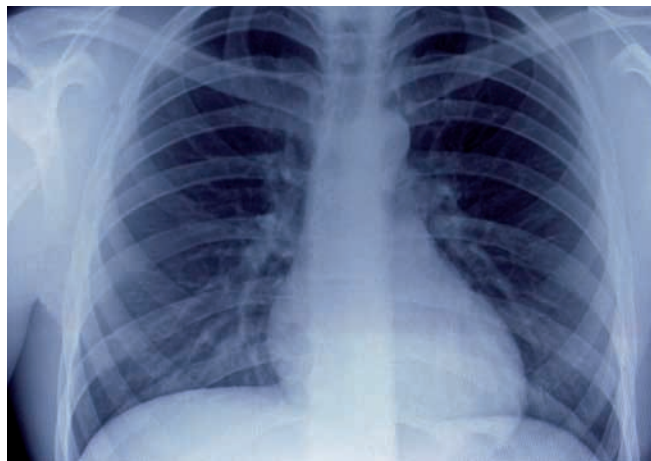
Lo studio però era stato progettato con l'obiettivo di verificare se un trattamento prolungato con tiotropio potesse rallentare l'evoluzione nel tempo della malattia, come espresso dal lento ma progressivo declino della funzione polmonare.

Purtroppo, questo obiettivo non è stato raggiunto nell'intero campione di soggetti, ma solo nei soggetti che presentavano una BPCO di grado moderato, cioè quelli con una malattia ancora in fase relativamente precoce.

Questa informazione è comunque importante perché sottolinea come un intervento precoce nelle prime fasi di sviluppo di questa patologia, quando i sintomi sono ancora modesti, permetta di modificarne la storia naturale.

La terapia farmacologica regolare e la cessazione del fumo sono, quindi, interventi particolarmente importanti specie nelle fasi iniziali della malattia, perché riescono in questi pazienti a rallentare il declino progressivo della funzione polmonare che porterebbe il paziente a gradi di invalidità più rilevanti.

Un'altra informazione interessante derivata dallo studio Uplift, e che



conferma risultati di altri studi precedenti (in particolare lo studio TORCH) (2), è la riduzione della mortalità per qualsiasi causa (in particolare quelle respiratorie e cardiovascolari) nei pazienti trattati con tiotropio rispetto ai soggetti di controllo.

Con i limiti legati alla metodologia dello studio, è importante, tuttavia, sottolineare che questa informazione dà valore alla necessità di trattare farmacologicamente in maniera continuativa e regolare questi pazienti, poiché ciò può tradursi in una riduzione di mortalità.

Il meccanismo per cui curare la malattia polmonare ha effetti positivi anche sulla mortalità per cause non polmonari è argomento di intenso dibattito, ma in ogni modo sottolinea le strette interazioni tra malattie polmonari e cardiocircolatorie, ed il peso rilevante della pluri-patologia nel determinare la sopravvivenza.

In sintesi, questo ultimo recentissimo studio rafforza le nostre convinzioni sulle possibilità di poter intervenire in maniera positiva sul decorso della BPCO, e contribuisce a mantenere una visione più ottimistica su questo campo della patologia respiratoria".

(1) Tashkin D.P. et al, *New England Journal of Medicine* October 9, 2008 vol. 359 no. 15

(2) Calverley P.M. et al, *European Respiratory Journal* 2003; 22: 912-919

## Indagine sulla percezione della malattia da parte dei pazienti

L'indagine sulla percezione e il vissuto dei pazienti BPCO è stata svolta per conto della nostra Associazione dalla Società Abacam, in partnership con GlaxoSmithKline.

I dati sono stati raccolti tra il 14 e il 16 novembre 2007 attraverso 326 interviste personali a pazienti affetti da BPCO presso 30 farmacie in diverse città italiane su tutto il territorio nazionale.

Sono state privilegiate farmacie di "quartiere", vicine a studi medici e con pazienti spesso conosciuti dal farmacista.

Il campione è formato da pazienti che, nella grande maggioranza dei casi, sono affetti da BPCO moderata o grave.

Lo si evince dal numero medio di riacutizzazioni piuttosto elevato, dall'età media, dai farmaci assunti e dalla sintomatologia riferita.

Con questa ricerca si è inteso verificare:

- n Il vissuto del paziente BPCO sulla patologia e sulle cure effettuate.
- n I comportamenti messi concretamente in atto dai pazienti.
- n La percezione dei pazienti sulle informazioni in loro possesso circa la patologia.
- n Le reazioni dei pazienti di fronte a informazioni-base ma esaustive sulla patologia.

n La capacità di tali informazioni di indurre un cambiamento negli atteggiamenti e nei comportamenti dei pazienti.

I risultati indicano che:

n I pazienti incontrano difficoltà a causa della **terminologia** medica utilizzata.

Sappiamo tutti quanto sia difficile l'espressione broncopneumopatia cronica ostruttiva.

L'indagine ha, inoltre, messo in evidenza che il 15% degli intervistati non conosce il termine "riacutizzazione".

Il primo scoglio è, quindi, quello della comprensione del linguaggio medico, troppo spesso arduo, che richiede, quindi, accurate spiegazioni.

n La **conoscenza della propria patologia risulta essere abbastanza parziale e superficiale**. A questo proposito, è significativo che il 49% degli intervistati non sapesse che tosse e catarro rappresentano i primi sintomi manifesti della BPCO e che il 37% ignorasse che l'insufficienza respiratoria può essere una complicanza della malattia.

Quello che molti pazienti conoscono spesso sembra essere la conseguenza di quanto è stato da loro direttamente vissuto e non frutto di una informazione assunta prima. Infatti, solo coloro che sono in ossigenoterapia hanno consapevolezza di tale possibile complicanza della BPCO, perché hanno sperimentato questo evento.

n Con una conoscenza più approfondita della BPCO, il 38% dei pazienti avrebbe dato più importanza ai sintomi, il 36% si sarebbe sottoposto più volte alla spirometria, il 32% avrebbe avuto più attenzione allo stile di vita, nonché continuato a fare attività fisica e preso con regolarità i farmaci e un buon 20% avrebbe probabilmente smesso di fumare.

n Oltre che su conseguenze e sintomi della BPCO, **gli intervistati risultano spesso poco informati anche sulla possibilità di rallentare il decorso**, seguendo attentamente le terapie e le raccomandazioni del medico curante e effettuando controlli periodici (40%), smettendo di fumare il prima possibile (24%).

n L'inconsapevolezza di molti pazienti su sintomi, importanza degli stili di vita, possibilità di rallentare la patologia si traduce spesso in un atteggiamento talvolta rassegnato alla propria condizione: **un paziente su tre ritiene di essersi arreso alla malattia un po' troppo precocemente**.

Questo scenario sconcertante deve fare riflettere sull'importanza di una corretta e completa informazione da parte del medico di fami-



glia e dello specialista pneumologo, che sono i principali interlocutori dei pazienti.

I vantaggi di una regolare ed esaustiva informazione risiedono, da un lato, nella possibilità di rendere il lavoro di prevenzione e di cura più semplice ed efficace da parte del medico e, dall'altro, nell'aiutare i pazienti con BPCO ad individuare un percorso che permetta loro di ambire ad una migliore qualità della vita.

Ecco perché il dialogo con i pazienti, in particolare con coloro che hanno ricevuto di recente una diagnosi di BPCO, resta un punto fondamentale su cui anche l'Associazione deve concentrare il suo impegno.

Il principale merito di questa indagine è che ci aiuta ad avere una maggiore consapevolezza su quanto sia necessario indurre cambiamenti nella gestione della malattia da parte dei pazienti BPCO. E' veramente triste pensare che i pazienti si arrendano alla malattia o che rinuncino alla possibilità di stare un po' meglio, solo perché non hanno ricevuto le giuste informazioni sui possibili obiettivi da raggiungere grazie ai progressi scientifici odierni.

Il nostro compito è quello di eliminare queste barriere, per rendere il paziente con BPCO maggiormente consapevole e attivamente partecipe di un miglioramento delle sue condizioni di salute.

## Come spiegare al paziente il termine "riacutizzazione" della BPCO?

Risponde il Prof. Claudio M. Sanguinetti, Direttore dell'Unità Complessa di Pneumologia dell'Azienda C.O. San Filippo Neri, Roma

Non esiste una definizione "scientifica" di riacutizzazione, ma si è raggiunto un accordo internazionale su questa espressione. La BPCO è una malattia caratterizzata cronicamente da espettorazione specie mattutina e affanno dapprima solo per sforzi pesanti poi anche per sforzi leggeri e a riposo.

Questa sintomatologia varia leggermente di intensità nell'ambito della giornata e da un giorno o da una settimana all'altra.

Per riacutizzazione si intende un peggioramento dei suddetti sintomi (aumento del catarro, che diviene giallastro, aumento della dispnea, anche senza comparsa di febbre) con una variazione degli stessi sintomi che è ben diversa e superiore di intensità alla variabilità temporale lieve sopra descritta. Cioè in poche parole la riacutizzazione è un aggravamento significativo dei sintomi respiratori, che può anche costringere il paziente al ricovero in ospedale se molto grave e specie se egli è affetto anche da altre comorbidità (cardiovascolari, diabete, ecc.). La causa principale sono le infezioni acute respiratorie.

## Donne con BPCO e fumo

Pubbllichiamo l'intervento dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus alla Tavola Rotonda: "Fumo di tabacco e donna: Cosa fare?", che si è tenuta il 2 dicembre 2008 a Roma, nell'ambito del Convegno "Fumo di tabacco e salute respiratoria nella donna - Un problema emergente" organizzato da AIPO-Gruppo di studio Prevenzione, fumo di tabacco e ambiente e dall'Istituto Superiore di Sanità.



L'indagine dell'ISTAT "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", anno di riferimento 2005, (1) ha messo in evidenza che il 6,7% delle persone di 14 anni e più riferisce di stare "male" o "molto male", a fronte del 61,3% che dichiara di stare "bene" o "molto bene", e che le donne si sentono peggio (8,3%) rispetto agli uomini (5,1%). Lo svantaggio femminile, inoltre, si accentua fra le anziane, anche a causa della maggiore diffusione di patologie croniche.

Sempre in base ai dati ISTAT, le donne che sono affette da "bronchite cronica o enfisema" sono 1.241.000, pari al 4,2% della popolazione femminile e al 48% di tutte le persone con BPCO, con una prevalenza crescente in funzione dell'età.

Le comorbidità sono frequenti e importanti: contribuiscono ad aumentare la severità delle manifestazioni cliniche del malato e si associano a condizioni di salute difficili e limitanti, condizionando in modo permanente la qualità della vita di coloro che ne sono affetti, compromettendo il loro livello di autonomia e accrescendo la necessità di assistenza socio-sanitaria.

Inoltre, le condizioni di salute delle persone di status sociale basso sono peggiori e molti sono gli anziani con BPCO confinati al domicilio.

Infine, la cronicità e la gravità della malattia si associano a disabilità, secondo l'indagine ISTAT nel complesso, le persone con disabilità sono 2 milioni 600 mila e tale condizione è più diffusa tra le donne (6,1% contro 3,3% degli uomini). E' disabile il 21% delle persone con BPCO.

La prevalenza della BPCO nelle donne è in crescita, sia a causa dell'elevato tasso di invecchiamento, sia per il persistere dell'abitudine al fumo da parte della popolazione femminile.

Le evidenze scientifiche più recenti sottolineano che (2):

- n Il principale fattore di rischio per sviluppare la BPCO è il fumo di sigaretta. Altri fattori sono: inquinamento ambientale, esposizione professionale o fattori genetici (deficit di alfa1antitripsina). Non dobbiamo, inoltre, sottovalutare la crescente diffusione del fumo di cannabis.
- n La cessazione dell'abitudine tabagica è la singola misura più efficace ed economicamente vantaggiosa per ridurre il rischio di sviluppare BPCO e per rallentarne la progressione.
- n Studi condotti in paesi sviluppati mostrano che la prevalenza della malattia, oggi, è quasi uguale negli uomini e nelle donne, cosa che probabilmente riflette i cambiamenti nell'abitudine al fumo di tabacco. Alcuni studi suggeriscono che le donne siano più suscettibili rispetto agli uomini di sviluppare una malattia respiratoria ostruttiva.

Le tavole del rischio di sviluppare BPCO (3) indicano che una donna fumatrice di 45 anni, con esposizione ambientale e lavorativa, nei prossimi 10 anni ha una probabilità del 20-39% di ammalarsi di BPCO rispetto alle non fumatrici non esposte.

### Cosa possiamo fare?

L'Associazione focalizza due grandi momenti:

#### A. Prevenzione, Informazione, Educazione

- n Promuovere una regolare ed esaustiva informazione (educazione) sui rischi di sviluppare una grave cronicità e disabilità dovuti al fumo di sigaretta, oltre a quello di sviluppare tumori.
- n Focalizzare l'informazione su specifici gruppi, quali le bambine, le adolescenti, ecc. e attraverso media specificamente rivolti alle donne.
- n Accrescere la consapevolezza dei danni dovuti al fumo, che richiedono molti anni prima di manifestarsi e che sono sistemici e irreversibili.

#### B. Trattare il tabagismo, nel caso di BPCO in atto

Non abbiamo dati epidemiologici sul numero delle persone che continuano a fumare, dopo una diagnosi di BPCO.

Lo studio UPLIFT - "Investigators in the Understanding Potential Long-Term Impacts on Function with Tiotropium" (4) fornisce una stima pari al 30%. Una ricognizione effettuata dall'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus presso pazienti con BPCO moderata o grave in cura presso Centri specialistici ha rilevato una percentuale molto più bassa (7%).

Si dovrebbe quindi ritenere che il numero delle persone che continuano a fumare dopo una diagnosi di BPCO sia decrescente, soprattutto in funzione della gravità. Resta comunque una proporzione di "irriducibili", che non riescono a smettere nemmeno quando sono in ossigenoterapia.

- n Il ruolo del medico di famiglia e dello specialista pneumologo nei confronti dei pazienti, in particolare di coloro che hanno ricevuto di recente una diagnosi di BPCO, resta il punto fondamentale del trattamento del tabagismo.
- n Ottenere servizi e prestazioni socio-sanitarie, rispondenti ai bisogni reali dei pazienti che devono essere aiutati a smettere, quali i Centri antifumo.

Il compito delle Istituzioni, delle Società Scientifiche, delle Associazioni e delle Organizzazioni impegnate nella lotta contro il tabagismo è quello di rendere il paziente con BPCO attivamente partecipe di un miglioramento delle sue condizioni di salute e maggiormente consapevole della necessità di smettere di fumare a qualsiasi livello di gravità della malattia.

La nostra Associazione ritiene indispensabile sostenere una più intensa azione sinergica finalizzata alla prevenzione e al trattamento del tabagismo con la SITAB, che da tempo ha sviluppato progetti di sensibilizzazione, formazione e ricerca al servizio dei pazienti BPCO.

**In un momento di crisi, in cui è difficile ottenere maggiori investimenti per i programmi di controllo del tabacco, è assolutamente indispensabile non abbassare la guardia. Il costo del non fare nulla è troppo elevato in termini di disabilità e di mortalità.**

(1) ISTAT, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, Anno di riferimento 2005.

(2) Linee guida GOLD-Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, aggiornamento 2008.

(3) Istituto Superiore di Sanità, Fumo e patologie respiratorie - Le carte del rischio per Broncopneumopatia cronica ostruttiva e Tumore al polmone.

(4) Tashkin D.P. et al. The New England Journal of Medicine, 9 October 2008, vol. 359 no. 15.



## I giovani e il fumo

Con il convegno "I Giovani e il fumo" la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori ha voluto sollecitare l'attenzione di operatori e promotori della salute, sia nel campo della ricerca che in quello operativo istituzionale (centri tabagismo, dipartimenti di prevenzione, scuole), al problema del consumo giovanile.

Il consumo di tabacco rappresenta un problema socio-sanitario di magnitudo impressionante per mortalità e invalidità, al punto che l'OMS definisce il tabagismo come prima causa di morte evitabile al mondo.

L'art. 51 della legge n. 3/2003, entrata in vigore il 10 gennaio 2005, ha portato benefici la cui evidenza è provata.

Essa difende il non fumatore e propone una peggiore immagine sociale del tabacco e del suo prodotto di maggiore consumo, le sigarette.

Tuttavia tende a scoraggiare gli adulti fumatori, ma non i giovani. Circa l'80% dei giovani sperimentano l'uso voluttuario del



tabacco sotto pressioni familiari, pubblicitarie, sociali e dei pari di fronte ad un contesto scolastico e sociale ancora indulgente verso il fumo.

Di questi, uno su quattro diventa dipendente dal tabacco e fidelizzato ad una marca di sigarette, spesso per tutta una vita. Il problema del fumo giovanile si pone dunque in tutta la sua drammaticità sia per i danni in sé che provoca ai giovani accorciando la loro vita in media di 10 anni, ed alterandone la qualità, sia perché è dimostrata la correlazione tra fumo di sigaretta e consumo di alcol ed altre droghe.

Questo è anche il motivo principale per cui l'OMS ha dedicato la Giornata mondiale senza Tabacco alla prevenzione del fumo tra i giovani.

Fare prevenzione del tabagismo significa dunque intervenire ed essere capaci di incidere nel sistema complesso della prevenzione di altre forme di dipendenza, nonché promuovere stili di vita positivi.

## THE LANCET Oncology

### Provata l'efficacia delle politiche di controllo del fumo passivo

Publicati sulla prestigiosa rivista i risultati di una ricerca effettuata da un panel di scienziati internazionali

Un "panel" internazionale di scienziati ha sancito ufficialmente e in modo molto netto l'utilità delle politiche di protezione dal fumo passivo e la necessità di svilupparle come prescritto dalla convenzione internazionale sul controllo del tabacco dell'OMS (Framework Convention on Tobacco Control), sottolineando altresì l'impegno di sostenere queste politiche anche nei paesi più deboli (rispetto alle multinazionali del tabacco e al loro tentativo di bloccare le leggi antifumo) come gli stati a basso e a medio reddito.

L'Italia ha, peraltro, ratificato la convenzione quest'anno.

Nel panel di scienziati anche un italiano, Giovanni Invernizzi, membro della Tobacco Control Unit della Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori (INT) di Milano e della Società Italiana di Medicina Generale. Il dottor Invernizzi è stato chiamato a far parte del gruppo di esperti internazionali, a cui l'Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro (IARC) di Lione ha chiesto di redigere una serie di *Special Reports*, pubblicati in esclusiva online e presentati nel numero di luglio di *Lancet Oncology*, dedicato al tumore del polmone, che è stato presentato all'International Lung Cancer Conference di Liverpool.

L'INT da tempo è impegnato nella ricerca sull'inquinamento indoor e outdoor da fumo di sigaretta, impegno testimoniato da diverse

importanti ricerche, che hanno dimostrato la necessità di proteggere la popolazione dall'esposizione a questo inquinante nelle diverse situazioni (ristoranti, treni, ambienti confinati, "canyon" urbani come le aree pedonali dei centri storici) e la collaborazione di Giovanni Invernizzi con lo IARC rappresenta un importante riconoscimento alla qualità della ricerca italiana.

"Le leggi che tutelano la popolazione dall'esposizione al fumo passivo - ha commentato il dottor Invernizzi - si sono dimostrate in grado di ridurre le malattie cardiache dovute al fumo passivo, di diminuire la prevalenza del fumo tra gli adulti, e di abbassare notevolmente l'esposizione di adulti e bambini al fumo passivo.

Inoltre tali politiche non hanno influenzato negativamente le attività commerciali di bar e ristoranti.

Grazie alle leggi sul fumo passivo, ci si attende anche una riduzione del numero dei casi di tumore del polmone, sebbene dati più solidi al riguardo saranno disponibili solo tra qualche anno".

Per informazioni:

Dr. Giovanni Invernizzi, Tobacco Control Unit, Istituto Nazionale dei Tumori di Milano-SIMG Società Italiana di Medicina Generale, e-mail: [ginverni@clavis.it](mailto:ginverni@clavis.it)

## Fumo al volante: quando la messa al bando anche in Italia?

Secondo uno studio di Mangiaracina e Coll. (\*), pubblicato su **Annali di Igiene e Medicina Preventiva**, fumare le sigarette mentre si guida un'automobile sarebbe più pericoloso che parlare al telefono cellulare, tanto che la Gran Bretagna ha introdotto il divieto già da due anni. Secondo la ricerca, per rispondere ad una chiamata al cellulare ci si distrae per 2,1 secondi, mentre per fumare ne servono 2,9 solo per prendere sigarette e accendino e altri 2 per accendere. Mentre la somma dei "tempi distrattivi" per fumare una sigaretta risulta di 11,5 secondi contro i 10,6 di una telefonata media al cellulare.

Il nuovo codice della strada della Repubblica di San Marino ha introdotto il divieto di fumo alla guida dell'automobile. Pena il pagamento di una multa di cento euro. Le sigarette saranno, invece, consentite ai passeggeri: il loro vizio o piacere non potrebbe, infatti, in alcun modo provocare incidenti o distrazioni. Sempre che ci sia il permesso del conducente. Di fatto, la nuova normativa, seppure permissiva per i passeggeri, ha come obiettivo la tutela della salute pubblica. Ma servirà di certo a fronteggiare un altro problema. La decisione di San Marino ha entusiasmato

anche le associazioni dei consumatori italiane, che chiedono che il provvedimento venga introdotto anche nel nostro Paese. Il Codacons, in particolare, rinnova la sua richiesta al governo di introdurre la disposizione anche in Italia, e anche l'Adiconsum si dice d'accordo a questa misura. Anche per la nostra Associazione si tratta di una importante misura nell'ambito della protezione e della sicurezza. Al fumo in automobile sono legati anche rischi sanitari. Secondo l'Istituto dei Tumori di Milano, infatti una sigaretta fumata in macchina per circa 8 minuti con i finestrini chiusi e l'impianto di condizionamento in funzione, provoca nell'abitacolo concentrazioni di polveri sottili oltre 10 volte superiori ai limiti di legge. Secondo uno studio australiano, infine, i bambini esposti al fumo in automobile hanno una possibilità doppia di ammalarsi di asma.

(\*) Mangiaracina G, Palumbo L. *Le implicazioni sulla sicurezza stradale del fumare durante la guida (Smoking while driving and its consequences on the road safety)*. *Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità*. rif. N° 2095, fasc. 3, vol. 19, 2007.

## Deficit di alfa1 antitripsina: importanza della diagnosi precoce

Intervento della Presidente dell'Associazione Nazionale Alfa1-At, Nuccia Gatta, in occasione del Congresso dell'Unione Italiana per la Pneumologia (Genova, 10-13 settembre 2008)



La diagnosi precoce è un tema per noi di fondamentale importanza, caposaldo della medicina, ma quando si tratta di malattia rara è addirittura una **sfida**.

Il deficit di alfa1 antitripsina è una condizione genetica rara, con predisposizione allo sviluppo di enfisema polmonare anche in età giovanile, epatopatia, vasculiti, panniculiti, ecc.

Le parole "condizione predisponente" indicano quanto la diagnosi precoce sia fondamentale per contenere i danni da patologie correlate al deficit stesso, quali enfisema polmonare giovanile, BPCO, asma, insufficienza respiratoria fino al trapianto polmonare, e persino ad evitarli. Credo sia doveroso focalizzare l'attenzione su alcuni aspetti.

Da alcuni studi condotti negli Stati Uniti si evidenzia come purtroppo la media del ritardo di diagnosi per i soggetti con deficit alfa 1 antitripsina è di circa 7 anni, spesso dopo interminabili peregrinazioni da specialisti vari.

La diagnosi è molto semplice, dato che consiste in un semplice prelievo per la determinazione del livello circolante e, successivamente o in concomitanza se il dubbio è decisamente circostanziato, la caratterizzazione genetica fenotipizzazione o genotipizzazione. Il nocciolo della questione è dunque "pensarci", soprattutto tenendo presente la "trasversalità" del deficit di alfa1 antitripsina in molte malattie respiratorie.

Quanti soggetti con BPCO, enfisema, insufficienza respiratoria, ecc. hanno come fattore predisponente il deficit di alfa1 antitripsina?

na? A quanti soggetti con tali diagnosi è stato eseguito un test per la ricerca del deficit stesso?

Assieme alla fibrosi cistica, i cui pazienti però sono prevalentemente seguiti da pediatri almeno nel nostro Paese, il deficit di alfa-1 antitripsina è sostanzialmente la **Malattia Genetica Pneumologica**.

Per questa ragione, tra le principali finalità statutarie della nostra Associazione figurano:

- n sensibilizzazione dell'opinione pubblica, mirata ad accrescere la conoscenza delle problematiche relative al deficit di alfa1-AT;
- n incoraggiamento dei medici di medicina generale, specialisti, universitari, altri operatori, enti pubblici e privati, ecc. attraverso l'organizzazione di congressi, giornate di studio, pubblicazione di opere a carattere divulgativo, ecc.;
- n promozione di rapporti con organizzazioni scientifiche nazionali ed internazionali e con altre associazioni di pazienti,
- n formazione ed aggiornamento degli operatori sanitari e amministratori, ai quali competono lo sviluppo di programmi di screening per la diagnosi precoce della malattia rara o di misure per facilitarne e renderne più rapido e razionale l'iter clinico.
- n sostegno alla ricerca scientifica.

Nell'ambito del sostegno alla ricerca scientifica, ma soprattutto della diagnosi precoce, si iscrive il Progetto di screening genetico di popolazione "Deficit di alfa1 antitripsina: ricerca delle mutazioni con rilevanza in patologia nelle popolazioni della Valtrompia".



## E' utile lo screening di popolazione per il deficit di alfa-1?

L'OMS in un documento del 1997 raccomanda particolarmente la ricerca dei casi clinici tra i pazienti con asma o BPCO o con epatopatia. Le Linee Guida ATS/ERS affrontano il problema dello screening di popolazione e lo raccomandano solo a patto che siano presenti tre condizioni:

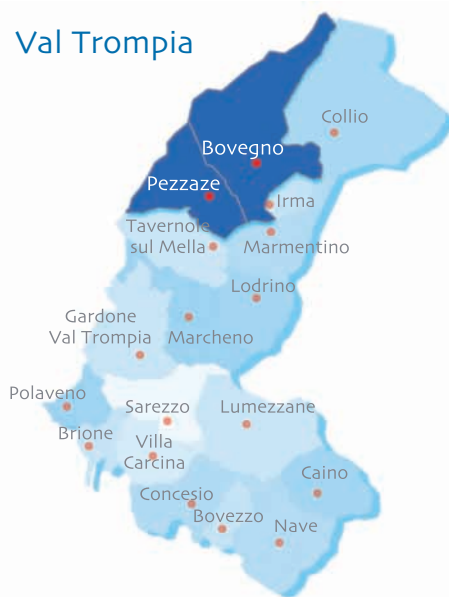
1. l'area (o la popolazione) sia da considerarsi ad alto rischio per il deficit, cioè esistano alte probabilità di identificare un numero di soggetti con deficit maggiore rispetto a quello della popolazione generale di riferimento;
2. che vi siano diffusi fattori di rischio (per esempio: alta prevalenza del fumo di sigaretta);
3. sia disponibile per i soggetti, individuati dallo screening, un adeguato counselling medico, genetico e psicologico.

Nel territorio della Val Trompia (Brescia) era ipotizzabile che la prevalenza del deficit fosse piuttosto alta, partendo da alcuni dati del Centro di Riferimento Regionale degli Spedali Civili di Brescia e cioè dal riscontro di un elevato numero di casi di omo ed eterozigoti provenienti od originari dalla Val Trompia. Inoltre nella stessa zona vi è una alta prevalenza del consumo di alcol e tabacco. E' stato quindi progettato uno screening di popolazione in questa zona, accompagnato da adeguato counselling medico e psicologico.

Sono stati individuati due comuni campione Pezzate e Bovegno, dove è stato eseguito lo screening rispettivamente nel 2005 e nel 2007. Lo screening è stato approvato dal Comitato Etico dell'ASL e da una campagna di informazione attraverso una lettera inviata ad ogni cittadino ed una riunione pubblica sull'argomento.

Più di ottocento cittadini maggiorenni di Pezzate (60,4% della popolazione totale) si sono volontariamente sottoposti ad un prelievo del sangue per la valutazione delle transaminasi, del dosaggio della proteina, della determinazione genetica ed hanno risposto ad un questionario sulle loro condizioni respiratorie.

## Val Trompia



I campioni di sangue sono stati inviati ai laboratori e i risultati sono stati valutati dai responsabili scientifici del progetto, Dr. L. Corda (Centro di riferimento per il Deficit Spedali Civili di Brescia) e Dr B. Balbi (Fondazione Maugeri IRCCS Veruno NO - Centro di riferimento per il Deficit- Presidente del Comitato Scientifico dell'Associazione) e successivamente sono stati trasmessi ai singoli partecipanti.

I soggetti con deficit sono stati indirizzati ai centri di riferimento degli Spedali Civili di Brescia e della Fondazione Maugeri IRCCS di Lumezzane (BS), dove hanno continuato il percorso diagnostico terapeutico. I risultati dello screening di Pezzate hanno evidenziato un'elevata prevalenza del deficit, al di là di ogni aspettativa.

Infatti, il 14,6% della popolazione è risultata portatrice di almeno 1 allele deficitario e, ancor più sorprendente, è stata la percentuale di varianti genetiche rare come la

Brescia, la Wurzburg, la I, la Lowell, ecc.

Nell'aprile 2007 è stato effettuato, con le stesse modalità di esecuzione, lo screening nel comune limitrofo di Bovegno (BS), al quale hanno partecipato ben 1.092 cittadini. I dati definitivi, presentati alla cittadinanza l'ottobre scorso, hanno evidenziato quanto la situazione del comune di Bovegno sia sovrapponibile al quella del comune di Pezzate. La realizzazione di questo progetto è stata possibile grazie al lavoro di volontari in maniera assolutamente gratuita: più di 90 persone tra medici, infermieri professionali, assistenti amministrativi, vivandieri e collaboratori occasionali, oltre che ovviamente i membri del direttivo dell'Associazione.

La valutazione dei dati presentati mette chiaramente in evidenza quanto questa malattia sia sottodiagnosticata e quanto sia necessaria una maggiore attenzione al suo riconoscimento.

**L'Associazione si è fatta promotrice dello screening, sia perché convinta della necessità di operare per una migliore diagnosi della patologia, sia per mettere in atto nuovi modi di collaborazione medico-paziente, dove i pazienti sono co-attori, non più passivi ma attivi e responsabili.**

## Conoscere l'aria che si respira per vivere meglio

L'OMS stima che in media ogni cittadino europeo perde un anno di vita a causa della scarsa qualità dell'aria

Le persone con problemi respiratori, in particolare con BPCO, soffrono molto di più quando i livelli d'inquinamento sono alti.

L'European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA) e la Health and Environment Alliance (HEAL) hanno aperto il sito [www.knowyourairforhealth.eu](http://www.knowyourairforhealth.eu), che offre un punto di riferimento per le previsioni degli inquinamenti in Europa e di informazioni per aiutare i cittadini a proteggere la propria salute e a conoscere i propri diritti per un'aria più sana.

Più di una persona adulta su 10 è affetta da BPCO e molti di essi restano chiusi in casa nei giorni di alto inquinamento atmosferico, perché ne temono i rischi per la propria salute.

L'Unione Europea ha definito una strategia tematica sulla qualità dell'aria, la nuova Direttiva in questo campo (208/50/EC) deve



essere resa operativa se si vogliono effettivamente raggiungere risultati positivi per le persone con malattie respiratorie.

L'EFA e la HEAL, attraverso il sito per la Previsione dell'inquinamento dell'aria, auspicano la riduzione di sofferenze inutili, malattie, riacutizzazioni e ricoveri ospedalieri legati all'inquinamento atmosferico.

## Il trasporto su strada è la fonte principale di inquinanti nocivi per la salute

*Un recente rapporto dell'Agenzia Europea dell'Ambiente indica che il trasporto su strada resta la prima fonte di emissioni di ossidi di nitrogeno (NOx), monossido di carbonio (CO) e composti organici volatili senza metano (NMVOCs), e la seconda più importante fonte di particolati (PM10 and PM2.5) in tutti i paesi Europei.*

Ogni anno, l'Agenzia Europea per l'Ambiente assiste la Commissione Europea nella preparazione del rapporto dettagliato della Comunità Europea presentato alla Convenzione del Long-Range Transboundary Air Pollution (LRTAP).

Il rapporto mostra una panoramica sui dati delle emissioni inquinanti nell'aria riportati dagli Stati membri dell'Unione Europea tra il 1990 e il 2006.

Il rapporto evidenzia che la principale causa dell'inquinamento è il trasporto su strada. Questo settore è la principale fonte di emissioni di NOx, CO e NMVOCs e la seconda importante fonte di emissione di particolato (PM10 e PM2.5).

Dal 1990 negli Stati membri sono state registrate significative riduzioni di emissioni di diversi inquinanti dell'aria: le emissioni di ossidi di azoto nel 2006 sono diminuite di oltre il 35% e il diossido di zolfo di quasi il 70%. L'esposizione agli inquinanti dell'aria può danneggiare la salute nel breve e lungo termine, colpire gli ecosistemi naturali e corrodere edifici e materiali.

I particolati, prodotti da fonti come i tubi di scappamento dei veicoli



e riscaldamento residenziale, possono colpire i polmoni e provocare danni a persone di ogni età, ma è risaputo che il rischio diviene particolarmente serio in persone con malattie cardiache e respiratorie.

*Rapporto tecnico: Annual European Community LRTAP Convention Emission Inventory report 1990-2006, del 28 luglio 2008.*

## Notizie da SITAB - Società Italiana di Tabaccologia

Il più grande evento scientifico su nicotina e tabacco che l'Italia abbia mai ospitato si è svolto a Roma dal 23 al 26 settembre 2008: la 10th Annual Conference of the Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT).

Alla conferenza si sono registrati 510 partecipanti provenienti da 29 paesi, in rappresentanza dei maggiori Istituti di ricerca mondiali. Un vero successo che ha reso fieri i responsabili della Società Italiana di Tabaccologia (SITAB) per la felice collaborazione con la Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT).

"Questo è un vero momento di crescita per la nostra società scientifica" - ha commentato il Presidente uscente, Prof. G. Mangiaracina - "Da anni auspicavamo un rinnovamento, e questo Congresso ha permesso di dare nuovo vigore e slancio alla SITAB, che il Dottor Tinghino saprà condurre con competenza ed esperienza".

La nostra Associazione nel presentare gli auguri al nuovo Consiglio direttivo nazionale della SITAB per un proficuo e fruttuoso lavoro, auspica una più intensa azione sinergica finalizzata alla prevenzione e al trattamento del tabagismo con la SITAB, che da tempo ha progetti di sensibilizzazione, formazione e ricerca al servizio dei pazienti BPCO.



Nel contesto dei lavori congressuali la SITAB ha temuto la sua assemblea triennale, in occasione della quale è stato eletto il nuovo Consiglio direttivo nazionale, così composto:



**Presidente**  
Dott. Biagio Tinghino  
**Vice Presidente**  
Dott. Mario Del Donno  
**Tesoriere**  
Dott. Vincenzo Zagà  
**Segretaria**  
Dott.ssa Nolita Pulerà  
**Consiglieri**  
Dott. Massimo Baraldo  
Dott. Fabio Beatrice  
Prof. Christian Chiamulera  
Prof. Domenico Enea  
Prof. Giacomo Mangiaracina

*Vignetta del cartoonist Roberto Mangosi, che ha riscosso grande successo al meeting satellite SITAB-SRNT.*

## Publicata la Seconda Edizione delle Poesie del Respiro



La seconda edizione delle "Poesie del Respiro" si presenta più completa della prima poiché, con il passare del tempo, si sono aggiunte parecchie pagine a quelle iniziali, in quanto sempre più autori hanno voluto contribuire a questa bella raccolta.

Questo progetto ha avuto tanto successo sia nell'ambiente al quale si rivolgeva, quello delle persone che soffrono dello stato precario di salute definito con la sigla BPCO (malattia del Bronchi e dei Polmoni Cronica Ostruttiva), sia nell'ambiente degli "amici della poesia" che fanno capo a quella che è oggi una delle maggiori associazioni del campo, ovvero all'Accademia della Fonte Meravigliosa.

L'alleanza tra i due movimenti, quello dei malati e quello dei poeti,

ha portato questi ultimi a entrare in ricettiva empatia con chi soffre (in molti casi i due ruoli si identificavano nella stessa persona) e da ciò sono nate le "Poesie del respiro". Queste hanno il pregio luminoso di essere spontaneamente vicine a chi soffre e hanno il valore della testimonianza di un volontario dono ed omaggio a chi sta nella pena di non poter respirare più a pieni polmoni.

Il 31 ottobre 2008, nella saletta di fine ottocento all'Antico Caffè della Pace a Roma, si sono riuniti gli amici dell'una e dell'altra Associazione per festeggiarne il successo.

Ha fatto gli onori di casa il Presidente dell'Accademia della Fonte Meravigliosa, Ottavio Di Peco.

Le finalità e le attività dell'Associazione dei Pazienti BPCO, i congressi, le pubblicazioni, in favore di una legislazione adeguata alle necessità degli ammalati sono stati presentati dalla Dott.ssa Annamaria Lombardi.

L'artista Francesca Rea ha suonato per noi con maestria vari pezzi al sassofono (proprio uno strumento... a fiato poteva simboleggiare la mancanza in molti di noi).

Molti tra i poeti che hanno collaborato a questa iniziativa erano in sala e, poeti e non, tutti abbiamo potuto ascoltare le poesie dalla voce di attori professionali.

Il Presidente Di Peco ha consegnato a nome dell'Accademia un riconoscimento per l'opera svolta dalla Presidente Mariadelaide Franchi, impossibilitata a partecipare per ragioni di salute ed un ricordo alla brava sassofonista.

Non c'è dubbio che la collaborazione tra le due Associazioni continuerà proficuamente.



## Il tabagismo costa oltre 6 miliardi di euro al Servizio Sanitario Nazionale

La spesa del Servizio Sanitario Nazionale per curare le malattie correlate al tabagismo ammonterebbe ad oltre 6 miliardi di euro, pari al 6,7% della spesa sanitaria nazionale.

Questo il dato presentato dal Prof. Amerigo Cicchetti della Facoltà

di Economia dell'Università del Sacro Cuore di Roma, in occasione del Convegno "Fumo, Salute e Sanità", che è stato organizzato a Roma dall'Osservatorio Sanità e Salute il 26 novembre 2008.

Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie **AIMAR**

Naples, Italy March 4-7 2009 **Pulmonary Advances**

6<sup>th</sup> International Conference on **Management & Rehabilitation of Chronic Respiratory Failure**  
2<sup>o</sup> Convegno Nazionale **Approccio Multidisciplinare alla Medicina Respiratoria**

L'Associazione Italiana per lo Studio delle Malattie Respiratorie - AIMAR-organizza la 6th International Conference on Manage-

ment & Rehabilitation of Chronic Respiratory Failure ed il 2<sup>o</sup> Convegno Nazionale sul tema: "Approccio Multidisciplinare alla Medicina Respiratoria".

Segreteria organizzativa: Effetti srl

Via Gallarate 106, 20151 Milano

Tel. 02 3343281 - Fax 02 38006761

e-mail: [naplesconference2009@effetti.it](mailto:naplesconference2009@effetti.it)

[www.naplesconference2009.makeevent.it](http://www.naplesconference2009.makeevent.it)



## I lettori scrivono e... ci commuovono

Ho trovato interessante scambiare le varie storie di ognuno di noi, perché penso che ciò ci può aiutare anche a sdrammatizzare la malattia stessa.

Condivido la storia di Roberto nella necessità di fare viaggi, possibilmente organizzati dagli Enti pubblici.

Ad esempio si potrebbe fare richiesta al proprio Comune, tramite l'Associazione, perché so che ne organizzano per quelli che sono inseriti in apposite liste.

Inoltre, si potrebbe organizzare per andare ad ascoltare qualche concerto, ma credo anche che non sarebbe male promuovere incontri, almeno per quanti vivono a Roma.

Comunque, volevo anche parlarvi di me, malata dal 1994 (prima crisi respiratoria), in ossigenoterapia 24 ore al giorno e in ventilazione assistita dal 2001.

Nonostante la malattia mi abbia stravolto l'esistenza, non voglio che mi privi anche di quello che ancora ho voglia di fare.

Ho fatto due crociere, sono stata a Ischia e all'Elba, e appena posso vado all'Auditorium ad ascoltare la musica.

Quello comunque che ho constatato è che con l'ossigeno ci sono solo io. Mi chiedo dove sono gli altri? Perché si nascondono?

Eppure i malati ci sono, ma si vergognano di farsi vedere e stanno chiusi in casa.

Uno pneumologo mi ha detto che sono una delle poche che, avendo "accettato la malattia", la voglio "ignorare".

*Lettera firmata*

*Ringrazio moltissimo l'Associazione per l'invio di tutto il materiale informativo, che mi ha permesso anche di conoscere meglio le attività svolte.*

## Accade...

Accade che un sentiero divenga più in salita...  
La vita...

Ci si chiede perché la sofferenza...  
In ogni senza un grano di pura libertà!

Poi l'emozione occhieggia  
balugina, traspare  
là, nell'ombra profonda  
del vuoto dei silenzi...

E risale, argentino,  
quel minuscolo riso silenzioso  
dal profondo del petto,  
arriccia labbra in dondoli di luna  
e in iridi s'accendono pepite.

Tu, cercatore d'oro  
riprendi nelle mani  
la speranza del sogno del tesoro.

*Gabriella Montano*

*Da: "Percorso", Accademia della Fonte Meravigliosa, 2008*

## Recenti pubblicazioni dell'Associazione Pazienti BPCO

Informazioni su  
Broncopneumopatia  
Cronica Ostruttiva  
e Insufficienza  
Respiratoria Cronica



La terapia inalatoria  
per il trattamento  
farmacologico delle  
malattie respiratorie



BPCO: un libro  
per respirare meglio



Le persone interessate a ricevere queste pubblicazioni possono richiederle contattando il Numero Verde 800 961 922.



**Sede Legale**  
Unità Operativa Complessa  
di Pneumologia  
Azienda Complesso Ospedaliero  
S. Filippo Neri - Roma

**Segreteria**  
**Effetti Srl**  
Via Gallarate, 106 - 20151 Milano  
Tel. 023343281  
Fax 0238002105

**Sede operativa**  
Via Cassia, 605 - 00189 Roma  
Tel. 0633253020 - Fax 0633259798  
e-mail: franchima@tin.it  
[www.pazientibpco.it](http://www.pazientibpco.it)

**Comitato Medico-Scientifico:** Germano Bettoncelli, *SIMG-Società Italiana Medicina Generale*; Lorenzo Corbetta, *Delegato Nazionale GOLD*; Giuseppe Di Maria, *SIMeR-Società Italiana di Medicina Respiratoria*; Vincenzo Fogliani, *Presidio Ospedaliero "Giuseppe Fogliani", Milazzo*; Giacomo Mangiaracina, *SITAB-Società Italiana di Tabaccologia*; Margherita Neri, *AIPO-Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri*; Claudio M. Sanguinetti, *AIMAR- Associazione Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie*

L'Associazione Italiana Pazienti BPCO aderisce a:

- Cittadinanzattiva e Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC)
- Coordinamento nazionale delle Associazioni di malati RESpiratori (CARE)
- European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA)
- International COPD Coalition (ICC)



Da Lunedì a Venerdì  
ore 10.00 - 13.00