ISSN 1970-4925

PNEUMORAMA

3 | 2011

Rivista Italiana
di Medicina
Respiratoria
Anno XVII
Numero 64

MIDIA
EDIZIONI

Tra Italia ed ERS, settembre 2011

Periodico trimestrale Sped. in A.P. 45% - art. 2 comma 20/B - legge 662/96 - Filiale di Milano - Aut. trib. Monza n. 1116 del 2/10/95

www.midiaonline.it

Depositato presso l'AIFA in data 27/5/2011

gsk GlaxoSmithKline

ISSN 1970-4925

PNEUMORAMA

3 | 2011

www.midiaonline.it

Rivista Italiana di Medicina Respiratoria
Anno XVII Numero 64

Periodico Trimestrale, Reg. Tribunale di Monza
n. 1116 del 2 Ottobre 1995, Spedizione in A.P. 45%
art. 2 c. 20/B, L. 662/96 - Filiale di Milano

Pubblicazione di MIDIA srl
Via Cesare Beccaria, 3 - 34133 Trieste
Tel. 040 3720456 Fax 040 3721012
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

Direttore Responsabile | **Antonio Schiavulli**

Direttore Scientifico | **Alfredo Potena**

Coordinatore Editoriale | **Enrico Clini**

Board Editoriale | **Stefano Aiolfi, Sandro Amaducci, Camillo Barbisan, Franco Berti, Germano Bettoncelli, Alberto Braghiroli, Vito Brusasco, Salvatore Cazzato, Marco Confalonieri, Gianpaolo Cordioli, Francesco de Blasio, Maria Pia Foschino, Ahmad Kantar, Giuseppe Insalaco, Stefania La Grutta, Enzo Madonini, Lucio Michieletto, Gianna Moscato, Riccardo Pellegrino, Carlo Sturani, Michele Vitacca**

Redazione e Relazioni esterne | Mauro Cassano

Progetto grafico | Maurizio Milani

Grafica, impaginazione, stampa | Artestampa, Galliate L. (VA)

Pubblicità | MIDIA

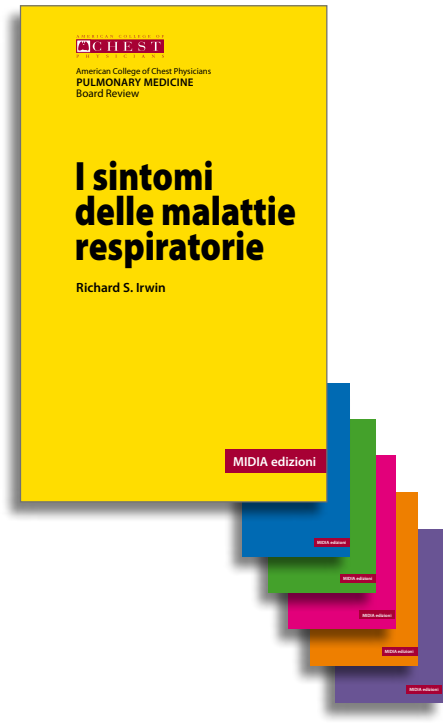
L'inserimento di collaborazioni esterne è soggetto all'accettazione della Direzione Scientifica.
Gli Autori autorizzano PNEUMORAMA a utilizzare il loro nome per pubblicizzare il loro lavoro nel contesto della pubblicazione della rivista. PNEUMORAMA non è in nessun caso responsabile delle informazioni fornitele dai relatori, ciascuno certificando la veridicità e l'esattezza dei contenuti dei loro articoli.

Copyright © 2011 Midia srl
Tutti i diritti riservati. È vietata la riproduzione di testi e immagini senza il permesso scritto dell'editore.

Prezzo per copia € 9,00. Abbonamento annuale (quattro numeri) € 36,00 da versare sul C/C postale n. 34827204 intestato a MIDIA srl, Via Cesare Beccaria 3, 34133 TRIESTE.

PNEUMORAMA è spedita in abbonamento postale. L'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato per l'invio di questa e di altre pubblicazioni. Ai sensi e in conformità con l'art. 10 L. 31/12/96, n. 675, MIDIA informa che i dati inseriti nell'indirizzario di PNEUMORAMA e quelli ricevuti via fax o lettera di aggiornamento verranno archiviati nel pieno rispetto delle normative vigenti e saranno utilizzati a fini scientifici. È nel diritto del ricevente richiedere la cessazione dell'invio della rivista e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso.

I TASCABILI DI CHEST



MIDIA EDIZIONI
www.midiaonline.it
Tel. +39 040 3720456
midia@midiaonline.it

UNIKO TPEP® E

L'INNOVATIVO dispositivo per la rimozione non invasiva delle secrezioni, la ginnastica respiratoria e l'aerosol terapia

UNIKO® è un dispositivo multifunzione efficace per la riabilitazione dei pazienti con problemi respiratori

- **Modalità TPEP®**
- **Modalità Aerosol-terapia**

Immagini scintigrafiche del polmone registrate prima (fig.1) e dopo l'impiego di **UNIKO®** (fig.2) in un paziente ipersecretivo. Le immagini mostrano un significativo aumento delle superfici polmonari ventilate.

DISPLAY CHIARO E DI FACILE COMPRENSIONE.
Sia il paziente che l'operatore hanno un immediato feedback circa l'esito positivo dell'atto respiratorio.

fig. 1

fig. 2

BENEFITS

- Drenaggio delle secrezioni
- Riduzione dell'air-trapping
- Miglior distribuzione dei medicinali
- Ginnastica specifica per le vie aeree

TARGET

- BPCO
- Fibrosi cistica
- Bronchiectasia
- Asma Bronchiale
- Pre e Post Intervento di chirurgia toraco-addominale

CE 0051

MPR® Medical Products Research

VIVISOL® Home Care Services

www.vivisol.com

© Vaida Petreikiene | Dreamstime.com

PNEUMORAMA
3 | 2011

Rivista Italiana
di Medicina
Respiratoria
Anno XVII
Numero 64

INDICE

L'EDITORIALE	Professor Fazio, si dimetta. E ci aiuti a respirare meglio *A. Schiavulli*	5
IL DIRETTORE	Amsterdam ERS 2011. Awards and Credits. Taking Home (Italy) Messages *A. Potena*	6
IL DIBATTITO	Ottimizzazione del management della BPCO *M.P. Foschino Barbaro, A. Koutelou*	9
GLI ARTICOLI	Io, giovane medico, e le mie aspettative sui Congressi *M.E. Di Cicco*	12
	Vicino a West, contro negligenza e imperizia *G. Mangiaracina*	14
	Il Segretariato Italiano Giovani Medici *M.E. Di Cicco*	16
I SIMPOSI	Si respira aria nuova dopo l'ERS di Amsterdam *A. Mattei* *ERS 2011, Amsterdam, Netherlands*	18
EVENTI	Metti una sera a cena con Vivisol *ERS 2011, Amsterdam, Netherlands*	20
SALA STAMPA	PENTAX lancia il primo Videobroncoscopio ad alta definizione del mondo *ERS 2011, Amsterdam, Netherlands*	22
LA SELEZIONE	Commenti della letteratura internazionale *a cura di E. Clini* Commentano: *M. Caminati, G. Moscato, E. Crisafulli, M. Vitacca, S. Aiolfi*	31
LA BUSSOLA Note di bioetica	Decisioni "sul" morire: come, dove, quando... *C. Barbisan*	45
CHEST PHYSICIAN *News from the College*	Rischio più alto di infezioni secondarie nella BPCO *Susan London*	49
	Attenzione all'arresto cardiaco dopo un ricovero per polmonite *Naseem S. Miller*	51
	VATS e lobectomia aperta simili nel tumore polmonare in fase precoce *Mitchel L. Zoler*	52
RESPIRANDO	Nuova Ecologia *G. Maldini*	54
AIAnewsletter		55
IL FORUM DEI PAZIENTI	Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus	58
	Associazione Ipertensione Polmonare It. Onlus	60
SOCIETÀ e ASSOCIAZIONI		62
LE AZIENDE		72
I PRODOTTI		73
IL CALENDARIO	Corsi & Congressi	74
LA SARABANDA	Il sangue di Nelson *F. Iodice*	77
LA POESIA	Compagni di viaggio	80
COME ERAVAMO	Come sorprendere il Mondo	81
LA BACHECA		94
GLI INSERZIONISTI		95
GLI AUTORI		95
A PRESCINDERE	In bocca al lupo! *F. de Blasio*	96

Nell'asma persistente lieve e moderato

ONCE-DAILY Alvesco® 160 µg
ciclesonide

Efficacia in monosomministrazione giornaliera

CLASSE A

POSOLOGIA

160 µg
in unica somministrazione giornaliera

Depositato presso AIFA in data 05/04/2011

NYCOMED

Professor Fazio, si dimetta. E ci aiuti a respirare meglio

Antonio Schiavulli

Caro Ministro Fazio, mi rivolgo a Lei sia in veste di Ministro che di Pneumologo, perché qui è di aria che respiriamo che si parla.
È il 28 settembre e sono in aereo sulla rotta Amsterdam-Roma, sto rientrando dal Congresso della European Respiratory Society, e sento la necessità di scriverLe.
Durante il mio soggiorno in Olanda ho appreso dalla stampa italiana che, parlando in nome della Chiesa italiana, il cardinale Bagnasco ha usato parole molto chiare il 26 settembre davanti al Consiglio permanente dei vescovi. *"La questione morale non è una invenzione mediatica. Ci sono compartimenti licenziosi che ammorbano l'aria. Serve purificare l'aria". "Mortifica soprattutto dover prendere atto di comportamenti non solo contrari al pubblico decoro ma intrinsecamente tristi e vacui". "Si rincorrono racconti che, se comprovati, rilevano stili di vita difficilmente compatibili con la dignità delle persone e il decoro delle istituzioni". "La collettività guarda con sgomento agli attori della scena pubblica e l'immagine del Paese all'esterno ne viene pericolosamente fiaccata. Ognuno è chiamato a comportamenti responsabili e nobili. La storia ne darà atto".*
Al mio arrivo ad Amsterdam, il 24 settembre, ho incontrato due miei vecchi amici, un dirigente d'azienda americano ed uno pneumologo canadese (di Hamilton) con tanti colleghi amici in Italia. Seduti al tavolo del ristorante per fare colazione, nella prima mezz'ora sono stato bombardato da una serie di domande. Riguardavano i comportamenti del premier italiano, Ruby e il Parlamento italiano che aveva certificato la signorina essere nipote di Mubarak. Per concludere con la domanda: "Ma come fate voi italiani a sopportare?".
Se vuole, Le fornisco gli indirizzi e la risposta gliela potrebbe dare Lei. Io non ce la faccio più, ma Lei come fa a sopportare questa complicità su una simile vergogna nazionale? Io da normale cittadino posso solo indignarmi e sperare che questa storia finisca al più presto o anche scrivere come faccio in questo momento, mettendoci la faccia, ma Lei perché non reagisce e non dice basta? Non dovrebbe pensare alla salute dei cittadini di questo Paese? Non c'è solo l'influenza suina o stagionale che mette a rischio la salute dei cittadini.
Ebbi modo di incontrarLa al Ministero della Salute il 27 maggio dello scorso anno (la foto l'ho fatta io quel giorno), in occasione della presentazione della Giornata Nazionale del Respiro. La giornata era piena di speranze, Lei si impegnava a sostenere in futuro la prevenzione delle malattie respiratorie in collaborazione con Medici e Pazienti. Le strinsi la mano e gliela vorrei stringere ancora, nel caso mi capitasse di incontrarLa in futuro. Lo potrei fare ad una sola condizione, che Lei si dimettesse e abbandonasse un incarico che non Le fa onore (al di là del Suo impegno nella funzione), vista la compagnia.
Un Suo gesto forte potrebbe essere forse decisivo per mandare a casa un esecutivo in totale accanimento terapeutico, con la possibilità di farci respirare meglio. Non c'è solo asma, BPCO e allergie a creare problemi respiratori, ma ci sono anche i comportamenti dei nostri governanti che possono influire sullo stare bene o male dei cittadini.
Il Ministero della Salute, nell'ambito delle sue funzioni, si prefigge di suggerire corretti stili di vita. Ci si riferisce solo a fumo, alcol e alimentazione o a qualcosa di più? È Suo dovere da Ministro della Salute impegnarsi a farci stare meglio e a preoccuparsi anche della nostra salute morale e psicologica.
A questo appello vorrei che si associassero tutte le Società Scientifiche e le Associazioni dei Pazienti dell'area respiratoria (unite come nella GARD).
Spero in una Sua risposta positiva. Se nulla accadrà, vorrà dire che Ruby è veramente la nipote di Mubarak (e anche i miei amici oltreoceano se ne convinceranno).

La Costituzione recita all'articolo 54:
"I cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore".

Amsterdam ERS 2011. Awards and Credits. Taking Home (Italy) Messages

Alfredo Potena

Marc Decramer ha appena dichiarato conclusi i lavori del 21 Congresso ERS e prima di riscrivere l'agenda dei lavori da presentare l'anno prossimo, Vienna 1-5 settembre 2012, può essere utile ipotizzare quali sono i messaggi scientifici più interessanti che i numerosi ricercatori italiani presenti potrebbero aver portato a casa.
Ad una prima valutazione, superficiale, il Congresso si è mostrato ridimensionato rispetto alle edizioni precedenti, ma solo perché la sede si è presentata meno faraonica rispetto alle edizioni precedenti anche se era più a misura dello pneumologo che avesse voluto ottimizzare i tempi, correndo da una presentazione all'altra senza tralasciare la discussione sui poster (ancora oggi tra le sessioni vincenti), la sessione del Clinical Year in Review o quella dei Grand Round.
I contenuti scientifici sono stati invece, ancora una volta, eccezionali e molti di questi portati dalle Scuole Italiane, a testimonianza della qualità che esse sanno esprimere anche in un momento in cui il Paese appare in difficoltà ed il finanziamento della ricerca è stato ridotto ai minimi termini. Ed il lavoro e la qualità dei ricercatori italiani è stato certificato anche dalla consegna dei riconoscimenti più prestigiosi che la European Respiratory Society di anno in anno è solita assegnare.
A Marina Saetta è stato attribuito l'ERS Presidential Award che le ha riconosciuto non soltanto la continuità e l'eccellenza del proprio lavoro, ma anche e soprattutto l'importanza ed i ruolo che i suoi studi, dalla morfometria correlata alla funzione all'immunopatologia, hanno assunto nella pneumologia moderna.

Dario Olivieri è il vincitore del 2011 ERS Annual Educational Award, che testimonia e formalmente certifica il valore didattico, oltre quello di ricercatore d'eccellenza, dei tanti anni accademici trascorsi. Per chi ha avuto l'opportunità di seguire i suoi insegnamenti o di ascoltare alcune delle sue letture magistrali sulle interstiziopatie o sulla evoluzione delle conoscenze nella tubercolosi questo premio non è altro che un atto dovuto.
I riconoscimenti assegnati dall'ERS a Marina Saetta e Dario Olivieri rappresentano un premio alla cultura medica e alla ricerca pneumologica italiana, dimostrando che le nel nostro paese alcune Scuole possono disporre di un "tesoretto" di conoscenze che rappresenta il miglior investimento per la crescita degli specialisti in pneumologia delle prossime decadi. Nell'attesa che i finanziamenti alla ricerca tornino ad essere almeno sufficienti questa è la base dello sviluppo su cui la Pneumologia italiana può fare leva.
Peccato che, a differenza dei riconoscimenti scientifici, i crediti formativi europei ottenuti nella sede congressuale ERS non siano validi in Italia. Non è chiaro se ciò sia dovuto ad una mancata richiesta di accreditamento o ciò sia dovuto all'AGENAS che non accetta questo tipo di formazione. Eppure all'estero è così facile conseguire crediti ed essi sono legati a quanto di più interessante uno specialista può trovare in una sede congressuale prestigiosa. Eppure Italia ed Europa dovrebbero essere una cosa sola... (o no???).
Sarà utile che Pneumorama approfondisca nei prossimi numeri questo aspetto per far sì che crediti formativi conseguiti in congressi internazionali, importanti ed al tempo

stesso prestigiosi, abbiano un loro valore nel curriculum di medici italiani.
Molte aziende italiane, del settore farmaceutico e tecnologico, hanno partecipato al Congresso supportando la partecipazione dei ricercatori (soprattutto quelli più giovani) e la presentazione dei loro studi.
Nuovi farmaci stanno per uscire dall'ambito della ricerca ed entrare nella disponibilità terapeutica per le malattie respiratorie e ciò offrirà risultati terapeutici migliori ai pazienti affetti da Asma, Bpco, Fibrosi cistica e non solo. Insieme alla Rassegna, sintesi delle migliori evidenze scientifiche pubblicate di recente e curata da Enrico Clini, Pneumorama offrirà ai suoi lettori, di volta in volta sotto forma di allegato, alcuni contributi informativi derivati dalle presentazioni scientifiche più innovative del Congresso ERS.

Un ricordo

Il Prof. Paul Sadoul è venuto a mancare lo scorso 3 settembre 2011. Per me e molti altri pneumologi italiani che hanno avuto la fortuna di frequentare la U14 INSERM unit di Nancy, Egli è stato un punto di riferimento e di stimolo alla crescita delle conoscenze di pneumologia e di fisiopatologia respiratoria ed anche un modello, professionale ed umano. Pioniere dello studio e della cura dell'Insufficienza Respiratoria, Paul Sadoul aveva saputo coniugare il rigore nello studio con simpatia dei rapporti, specialmente con i giovani e lo stimolo ad acquisire conoscenze. Uno dei suoi messaggi era che la Pneumologia non può fare a meno della Fisiopatologia Respiratoria e che la Fisiopatologia sta alla base della medicina clinica. Il suo ricordo resterà indelebile in quanti hanno frequentato, nell'Abbaye de Prémontrés a Pont a Mousson in Lorena, les "Entretiens de Physiopathologie Respiratoire" dove gli interventi informali dei ricercatori d'eccellenza di tutto il mondo si intrecciavano con interminabili discussioni, anche notturne, che andavano dalla clinica alla fisiopatologia passando per le tecniche di calibrazione del pletismografo corporeo prima di affrontare la misurazione dei volumi polmonari.

I suoi collaboratori più stretti René Peslin, mancato appena un anno fa, Edith Puchelle, Manuel Gimenez, Dan Teculescu, Abraham Bohadana hanno rappresentato, per me giovane pneumologo, uno dei più coesi ed organizzati gruppi di lavoro mai conosciuti. Il resto… lo completava Mademoiselle Deloison, infaticabile ed impareggiabile regista della segreteria, capace di rintracciarti nel mondo quando internet ed i cellulari erano ancora di là da venire.

Ricordo che in quella sede, tra il 1980 ed il 1985, ho incontrato Giorgio Scano, Nico Ambrosino, Alberto Cavalli, Michele Melloni, Stefano Aiolfi, Mimmo Del Bufalo, Sandro Di Stefano, Rossella Carnimeo e tanti altri italiani. Con tutti Paul Sadoul ha mantenuto contatti e ad ogni incontro voleva conoscere in modo dettagliato l'andamento della carriera e degli studi. Concludendo in modo carismatico con la fatidica domanda "et la phisiopatologie respiratoire?". Oh tres bien Professeur… Un caro saluto da tutti noi!

Alfredo Potena

MIR
MEDICAL INTERNATIONAL RESEARCH

Creatività e competenza in spirometria ossimetria e telemedicina

Spirodoc

4 in 1:
- spirometro
- ossimetro
- accelerometro 3D
- questionario

Software winspiroPRO in dotazione con ogni spirometro MIR

Spirobank G

Spirometro portatile con collegamento al PC

FlowMIR

Turbina usa e getta con boccaglio integrato

Minispir

Spirometro USB con opzione ossimetria

Spirolab III

Spirometro diagnostico con opzione ossimetria

MIR - via del Maggiolino, 125 - 00155 Roma - Tel: 0622754777 - Fax: 0622754785

www.spirometry.com **www.oximetry.com**

Ottimizzazione del management della BPCO

Maria Pia Foschino Barbaro
Anna Koutelou

L'istituzione nel marzo del 2006 della Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases (GARD) [1] costituisce il paradigma circa la crescente attenzione a livello mondiale nei confronti delle patologie respiratorie croniche ed in particolare della BPCO a causa della sua incidenza, del suo carattere invalidante e del suo enorme impegno economico e sociale.
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) costituisce attualmente il problema di salute pubblica più importante nei soggetti over 40 e rimane la sfida del futuro [2].
Infatti la BPCO viene riconosciuta come la causa più importante di morbilità cronica e mortalità a livello internazionale ed è destinata a diventare la terza causa di morte entro il 2030 [3].
Il fumo di sigaretta rappresenta sicuramente il principale fattore di rischio per lo sviluppo della malattia, anche se altri fattori come gli agenti inalati in ambiente lavorativo e nei paesi in via di sviluppo, l'inquinamento derivante dalla combustione di legno e di altre biomasse giocano un ruolo rilevante.
La BPCO, è ormai definita come un'entità nosologica, caratterizzata dalla limitazione, persistente ed evolutiva, del flusso aereo.
È nota già da tempo l'ipotesi patogenetica che si trova alla base di questa alterazione funzionale, che viene rappresentata, nell'ospite suscettibile, da una abnorme risposta infiammatoria locale agli insulti ambientali, tra cui soprattutto il fumo di sigaretta, che alla fine porta al rimodellamento delle piccole vie aeree ed alla distruzione parenchimale.
Clinicamente tale patologia si manifesta principalmente con tosse cronica ed ipersecrezione di muco, espressione della flogosi locale e dispnea, risultato del declino funzionale progressivo, che compare gradualmente nell'arco degli anni.
La BPCO si associa spesso a manifestazioni extra-polmonari sia come complicanze della malattia di base sia come comorbidità che contribuiscono alla morbilità ed al peggioramento della qualità della vita del paziente.
La diagnosi di BPCO si basa sull'anamnesi di presenza di fattori di rischio, e sulla documentazione di una persistente riduzione del flusso aereo, in presenza o meno di sintomi, dopo aver escluso altre cause di bronco-ostruzione cronica. La spirometria rappresenta il gold standard per la diagnosi e la classificazione di gravità della malattia attraverso la misurazione, dopo somministrazione di salbutamolo, del Volume Espirato Massimo in un Secondo (VEMS) e la Capacita Vitale Forzata (CVF) e dell'indice di Tiffeneau, che deve risultare inferiore al 70% [4].
Diversi studi hanno altresì dimostrato l'importanza dell'identificazione di sottogruppi di pazienti (fenotipi) per un approccio terapeutico ottimale (pazienti con prevalenza di bronchite cronica, enfisema e frequenti esacerbazioni). Recentemente Han e collaboratori [5] hanno evidenziato ulteriormente la necessità di riconoscere i fenotipi potenziali della BPCO sulla base della presentazione clinica, della fisiologia, dell'imaging, della risposta alla terapia, del declino funzionale e della sopravvivenza.
Dal momento che solo il 25% dei pazienti viene diagnosticato e spesso con grave ritardo, risulta di fondamentale importanza riconoscere i soggetti con BPCO misconosciuta per poter iniziare precocemente il percorso diagnostico-terapeutico e rallentare l'evoluzione della malattia.

L'obiettivo principale del follow-up dei pazienti con BPCO consiste nel distinguere un deterioramento della malattia dovuto alla sua storia naturale da un episodio di riacutizzazione, re-impostare il trattamento in base alla nuova diagnosi e verificare l'efficacia dell'intervento di disassuefazione tabagica.
L'intervento terapeutico più importante risulta sicuramente la cessazione dell'abitudine tabagica che è in grado di influenzare la storia naturale della malattia.
Una volta stabilita la gravità della malattia si procede all'impostazione di un piano terapeutico adeguato. Le linee guida GOLD propongono il progressivo aumento della terapia in rapporto alla gravità [4].
Il trattamento farmacologico della BPCO stabile [4] agisce da un lato sulla malattia in atto migliorando i sintomi e la qualità della vita, aumentando la tolleranza allo sforzo e riducendo le alterazioni funzionali, e dall'altro lato incide sulla sua storia naturale riducendo le riacutizzazioni e la mortalità.
Si inizia così con i ß2-agonisti a breve durata d'azione (SABA) nello stadio iniziale quale salbutamolo, per aggiungere, in caso di patologia conclamata, ß2-agonisti a lunga durata d'azione (LABA) quali formoterolo, salmeterolo ed indacaterolo o anticolinergici a lunga durata d'azione (LAMA) come tiotropio o combinazione LABA-corticosteroide inalatorio (ICS).
Negli ultimi anni sono stati conclusi due grandi trials clinici internazionali, quali TORCH (Toward a Revolution in COPD Health) [6] e UPLIFT (Understanding Potential Long-term Impacts on Function with Tiotropium) [7], che hanno fornito elementi importanti sulla terapia a lungo termine della BPCO, dimostrando una riduzione statisticamente significativa del numero delle riacutizzazioni ed un miglioramento della qualità della vita.
Nel dicembre 2009 è stato approvato dalla Unione Europea, sulla base dei risultati di due studi di fase III, l'uso dell'indacaterolo come terapia di mantenimento della BPCO. Questi due studi hanno evidenziato l'efficacia del trattamento con indacaterolo tramite miglioramento della funzione respiratoria, della dispnea, della qualità della vita e riduzione dell'uso del farmaco al bisogno.
Per quanto riguarda gli inibitori delle fosfodiesterasi, il roflumilast ancora in fase di approvazione, è stato proposto come terapia target nei pazienti con fenotipo prevalentemente bronchitico e con frequenti riacutizzazioni.
Recentemente le autorità regolatorie Europea (EMEA) ed italiana (AIFA) hanno approvato l'uso della combinazione salmeterolo/fluticasone in pazienti sintomatici con VEMS pre-broncodilatatore < 60%, così come raccomandato dalle linee guida GOLD. Infatti il gruppo di studio di Celli [8] in una analisi post-hoc dello studio TORCH ha dimostrato che la terapia con salmeterolo più fluticasone, o con i singoli componenti, riduce il tasso di declino del VEMS nei pazienti con BPCO moderata o grave, rallentando così la progressione della malattia. Successivamente Jenkins [9] e collaboratori, hanno suggerito con una ulteriore analisi dei dati ottenuti dallo studio TORCH che l'uso della combinazione salmeterolo/fluticasone potrebbe migliorare la qualità della vita e ridurre la mortalità dei pazienti affetti da BPCO di stadio moderato.
Vestbo et al. [10], utilizzando i dati ottenuti dallo studio TORCH hanno ipotizzato che l'aderenza alla terapia inalatoria avrebbe potuto avere un impatto favorevole sulla mortalità e la morbilità nella BPCO. Gli Autori evidenziavano una forte associazione tra adesione al trattamento, la sopravvivenza e la riduzione del rischio di ricoveri ospedalieri per esacerbazioni nei pazienti con BPCO medio-grave; l'associazione tra aumentata adesione e miglioramento della sopravvivenza era statisticamente significativa e indipendente dal tipo di trattamento effettuato.
L'aspetto educazionale del paziente non può prescindere dalla istruzione circa le modalità di utilizzo corretto della terapia inalatoria con i device attualmente in commercio.
Dato l'impatto socio-sanitario della BPCO, appare importante l'ottimizzazione della terapia, che risulterebbe possibile raggiungere attraverso un corretto inquadramento del paziente, l'identificazione del fenotipo, l'impostazione del trattamento farmacologico adeguato e l'educazione del paziente per migliorarne l'aderenza.

Bibliografia

[1] Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases (GARD). General Meeting Report. World Health Organization(WHO). Beijing, People's Republic of China, 28-29 March 2006.

[2] Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO Workshop Report. Update 2005. National Institutes of Health, National Heart, Lung and Blood Institute, 2005.

[3] Mathers C, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Medicine, 2006, e442.

[4] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Linee Guida Italiane, Modena 2011.

[5] Han MK, Agusti A, Calverley PM, Celli BR, Criner G, Curtis JL, Fabbri LM, Goldin JG, Jones PW, Macnee W, Make BJ, Rabe KF, Rennard SI, Sciurba FC, Silverman EK, Vestbo J, Washko GR, Wouters EF, Martinez FJ. Chronic obstructive pulmonary disease phenotypes: the future of COPD. Am J Respir Crit Care Med. 2010 Sep 1; 182(5):598-604. Epub 2010 Jun 3.

[6] Calverley PM, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, Jones PW, Yates JC, Vestbo J. TORCH investigators. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2007 Feb 22; 356(8): 775-89.

[7] Tashkin DP, Celli B, Senn S, Burkhart D, Kesten S, Menjoge S, Decramer M; UPLIFT Study Investigators. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2008 Oct 9; 359(15):1543-54. Epub 2008 Oct 5.

[8] Celli BR, Thomas NE, Anderson JA, Ferguson GT, Jenkins CR, Jones PW, Vestbo J, Knobil K, Yates JC, Calverley PM. Effect of pharmacotherapy on rate of decline of lung function in chronic obstructive pulmonary disease: results from the TORCH study. Am J Respir Crit Care Med. 2008 Aug 15; 178(4):332-8. Epub 2008 May 29.

[9] Jenkins CR, Jones PW, Calverley PM, Celli B, Anderson JA, Ferguson GT, Yates JC, Willits LR, Vestbo J. Efficacy of salmeterol/fluticasone propionate by GOLD stage of chronic obstructive pulmonary disease: analysis from the randomised, placebo-controlled TORCH study. Respir Res. 2009 Jun 30; 10:59.

[10] Vestbo J, Anderson JA, Calverley PM, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, Knobil K, Willits LR, Yates JC, Jones PW. Adherence to inhaled therapy, mortality and hospital admission in COPD. Thorax. 2009 Nov; 64(11):939-43. Epub 2009 Aug 23.

Io, giovane medico, e le mie aspettative sui Congressi

Maria Elisa Di Cicco

Sulla via del ritorno dopo un bel Congresso di ambito pediatrico, mi sono trovata a chiacchierare delle aspettative dei giovani medici relativamente ai Congressi scientifici. Per i giovani medici, in particolare per i medici specializzandi, ogni Congresso rappresenta un evento importante, un'occasione per aggiornarsi, incontrarsi e confrontarsi, ma anche per cominciare a muovere i primi passi nella Ricerca. Eppure, nonostante questo, è fatto noto che sempre meno giovani partecipano ai Convegni delle Società scientifiche.
Per i giovani medici il principale deterrente è costituito dal *fattore economico* (costi elevati per iscrizione, viaggio, vitto e alloggio), sebbene già da tempo le Società stiano cercando di venire loro incontro proponendo costi di iscrizione ridotti. Per fare un esempio, la Società Italiana di Medicina Perinatale, in occasione del suo XIV Congresso nazionale (Firenze 2011), ha addirittura pensato ad un *"Pacchetto Low Cost"* dedicato a specializzandi, studenti e dottorandi: il pacchetto comprendeva l'iscrizione e il soggiorno di due notti presso un hotel 3 stelle, al costo di € 200. Inoltre, il *call for posters* ha fatto leva su dei premi: in particolare, ai migliori abstracts sono stati assegnati 3 iPad e la pubblicazione sulla rivista *"Journal of Maternal Fetal and Neonatal Medicine"*. Tale iniziativa è stata pubblicizzata anche tramite il Segretariato Italiano Giovani Medici (SIGM), associazione nazionale che riunisce sotto la sua ala i medici under 35 (www.giovanemedico.it): il coinvolgimento del SIGM da parte della SIMP mostra un rinnovato interesse da parte dei "grandi" nei confronti di noi "giovani".

Un esempio, quello della SIMP, che le altre Società dovrebbero quindi senz'altro imitare. In merito ai Congressi, le considerazioni sono sostanzialmente le stesse per tutti i convegni a cui ho partecipato fino ad ora, a partire dal fatto che ai giovani medici vengono riservati solitamente solo la sessione poster e le comunicazioni orali relative ai lavori più interessanti. Attività, queste, che costituiscono per il giovane medico uno stimolo per imparare da un lato la progettazione e lo svolgimento di una ricerca scientifica, dall'altro la presentazione dei dati ottenuti, sotto forma di poster o di presentazione orale. Si tratta quindi di elementi irrinunciabili, ma di recente ho notato che essi attirano un sempre minore interesse, con *sessioni poster* spesso deserte (di uditori e, talora, persino di presentatori o moderatori!) oppure organizzate contemporaneamente ai pranzi di lavoro. Persino lo spazio per l'affissione dei poster viene a volte ricavato in angoli poco visitati della sede congressuale.

Un po' meglio va per le *comunicazioni orali*, che sono molto più seguite in termini di uditori (anche se in maniera nettamente inferiore rispetto al resto del Congresso), nonostante l'apposita sessione venga, anche in questo caso, talora inserita al termine dei lavori ufficiali o a ridosso delle pause.
A questo proposito, ciò che andrebbe aumentato è senz'altro lo spazio da dedicare alla *discussione*, e ciò, a dire il vero, vale per tutto il Congresso: i relatori molto spesso sforano i tempi previsti, con il risultato che, per riuscire a far parlare tutti, si finisce per sacrificare la discussione, che invece dovrebbe costituire parte integrante del Congresso, visto l'alto contenuto scientifico e didattico che ogni domanda e ogni risposta possono offrire agli uditori.
Ma i miei sogni vanno ancora più in là: sarebbe bello, infatti, poter leggere nuovi nomi tra quelli dei relatori delle *sessioni principali*, oppure nell'ambito di *sessioni e workshop dedicati ai giovani*, non tanto per togliere spazio a chi c'era prima, quanto per mettere in luce (e quindi anche incentivare) il contributo scientifico dei giovani medici. Tutto ciò potrebbe favorirne l'avvicinamento alle Società scientifiche, laddove invece la semplice partecipazione in qualità di uditori o di presentatori di poster o comunicazioni rischia di ridursi ad una semplice *una tantum*.
Il mio volo pindarico finisce qui. Qualche spunto di riflessione è venuto fuori, e, in attesa di qualche novità, il messaggio finale vuole essere il seguente: *viva i Congressi*, perché se è vero che *sui libri è scritto tutto* (quante volte ce l'avranno detto?) è anche vero ciò che diceva Mark Twain... *"Attento a leggere libri di medicina... potresti morire per un errore di stampa!"*.

Piacenza, 20-22 ottobre 2011

CONVEGNO INTERANNUALE AAITO

L'allergologia in real-life

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

AIM Group International
Sede di Firenze
Viale G. Mazzini, 70
50132 Firenze (Italia)
Tel +39 055 233881
Fax +39 055 3906908
aaito2011@aimgroup.eu

Vicino a West, contro negligenza e imperizia

Giacomo Mangiaracina

"Una dipendenza che affligge pesantemente oltre 11 milioni di italiani e che produce più costi sanitari di qualsiasi altro fattore di rischio prevenibile in Occidente, va affrontato con gli strumenti giusti". Ha ragione il presidente della Società Italiana di Tabaccologia, **Biagio Tinghino**, a mettere il dito sulla piaga e a parlare di strumenti appropriati. Il tabagismo va trattato come una qualsiasi malattia, non c'è ormai alcun dubbio, ma il rischio è quello di non "accordare gli strumenti" a discapito della buona musica. Come un sillogismo aristotelico, **se fumare è malattia, gli operatori che sbagliano possono incorrere nella negligenza e nell'imperizia. Insomma, essere superficiali crea danni al paziente e alla società. Chi paga i danni?** Tinghino non ha dubbi in proposito: *"Gli operatori sanitari hanno bisogno di formazione e di supporto continuo, e offrire supporto è uno dei compiti istituzionali di una società scientifica"*. Difatti, per offrire sostegno a medici e operatori sanitari, il 7° congresso nazionale SITAB si tiene quest'anno a **Milano, dal 17 al 18 ottobre**, all'Hotel Hilton di via Galvani. Esperti dei centri clinici e delle università italiane si danno appuntamento per portare le loro esperienze e fare il punto della situazione sull'epidemia da tabacco che ancora oggi in Italia miete 80.000 vittime l'anno. Tra i relatori anche studiosi di grosso calibro come **Robert West** (nella foto), professore di Psicologia della salute e direttore del Centro studi sul tabacco all'University college di Londra, editore della rivista "Addiction", con 250 ricerche all'attivo, sin dal 1982, coautore fra l'altro delle Linee guida nazionali per la cura del tabagismo in Inghilterra e Scozia. Importanti i suoi studi clinici sugli effetti acuti dell'astinenza da nicotina e sui tratti peculiari della dipendenza tabagica nella popolazione. *"Investiamo su esperienze virtuose realizzate a livello internazionale – prosegue Tinghino – per offrire modelli avanzati di trattamento ai professionisti dei Centri antifumo e per i formatori in ambito universitario, e c'è spazio per la ricerca italiana e per i progetti più innovativi"*. Sessioni specifiche sono infatti dedicate alle tecniche di counselling, alle cure farmacologici, alle esperienze specialistiche, alle strategie di Tobacco Control e alla prevenzione. L'ufficio progetti SITAB presenta per l'occasione i materiali divulgativi della campagna "Scacco al Fumo", partita il 31 maggio scorso (Giornata mondiale senza tabacco), che saranno a disposizione di medici e operatori.

Informazioni e iscrizioni:
ufficioprogetti.sitab@gmail.com

A Global Focus at CHEST 2011

Choose from over 300 general sessions, beginning Sunday, October 23. A global emphasis will occur throughout the week. Sessions will include:

- Sarcoidosis Around the World
- Biomass Smoke and Global Burden of Lung Disease
- The Global Burden of COPD
- Pleural Diseases: A Global Perspective
- More

International Opening Session
Sunday, October 23

Pulmonary Medicine in Today's China
Hear how government policies are made regarding population health, disease prevention, allocation of medical resources, and health insurance coverage. Speakers will include prominent medical leaders from China.

Keynote Address
Sherwin Nuland, MD
Monday, October 24

Hear physician, surgeon, teacher, historian, and best-selling author Sherwin Nuland, MD, present the history and future of the practice of medicine.

Global Case Report Presentations
Tuesday, October 25

NEW! This Year

Don't miss the new global case report poster presentations, highlighting interesting or unusual cases from around the world. Cases from more than 30 countries will be displayed.

Special Event
OneBreath™ Luau
Sunday, October 23
Join your colleagues at a traditional Hawaiian luau, sponsored by The CHEST Foundation, to raise funds to support the OneBreath campaign.

Learn More

www.accpmeeting.org.

AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS®

THE CHEST FOUNDATION®

Il Segretariato Italiano Giovani Medici

Maria Elisa Di Cicco

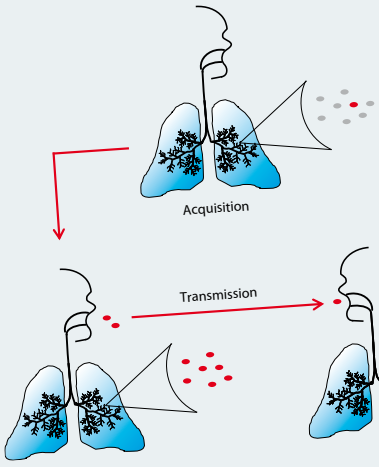
Correva il mese di dicembre dell'anno 2008 quando per la prima volta mi sono trovata ad interfacciarmi attivamente con il Segretariato Italiano Giovani Medici (SIGM): conoscevo già da tempo l'Associazione e il suo utilissimo forum (www.giovanimedici.com/forum), ma in quel periodo mi sono trovata a chiedere aiuto per l'ennesimo ritardo per la pubblicazione dei bandi per i concorsi per l'accesso alle Scuole di Specializzazione. E così è iniziata un'avventura che continua ancora oggi: durante le iniziative di protesta di quei giorni ho avuto la possibilità di conoscere i colleghi che avevano pensato e creato il SIGM, lasciandomi conquistare dalla loro *passione per la professione* e dalla loro voglia di *cambiare il mondo*, dedicando tempo, energie e anche denaro alle attività del gruppo. Per me è stato naturale entrare a far parte di questa famiglia, ed è bellissimo assistere alla sua crescita, vedendo quotidianamente premiati tutti i nostri sforzi.
Ma cos'è esattamente il SIGM? Si tratta di una associazione no profit, aconfessionale ed apartitica, che si propone all'attenzione della comunità medica Italiana in qualità di realtà associazionistica che si prefigge di portare a sintesi le *istanze di tutti i Giovani Medici Chirurghi Italiani* (in formazione specialistica, specifica di medicina di base, specialisti, ricercatori, borsisti, assegnisti, dottorandi, libero professionisti, dipendenti SSN). Il Segretariato *persegue il fine di dare un contributo qualificante alla formazione dei giovani medici, ai profili etici e sociali della professione medica, alla crescita intellettuale, professionale, deontologica delle nuove classi mediche; il tutto promuovendo relazioni operose fra le professionalità mediche Italiane e di ogni nazionalità, fra i medici e la società civile; svolge inoltre attività nei settori dell'istruzione medica generale e specifica, della formazione sociale e medica, della ricerca scientifica di particolare interesse* (Art. 2 Statuto SIGM). In altre parole, l'Associazione vuole rappresentare un movimento di pensiero, che rinnovi nello spirito la medicina Italiana: in tale ottica il SIGM, oltre ad intervenire attivamente e criticamente sulle Politiche sanitarie, professionali e previdenziali, offre gratuitamente ai propri iscritti servizi in termini di formazione, di accesso alla ricerca scientifica, di occasioni di lavoro e perfezionamento in Italia ed all'Estero, e molto altro. Il SIGM ha anche realizzato il *Portale Italiano dei Giovani Medici* (www.giovanemedico.it), che si articola in numerose sezioni e prevede una registrazione gratuita, offrendo, tra le altre cose, un servizio di Newsletter, oltre che le proprie produzioni, quali il *"Manuale del Giovane Medico"* (guida pratica con tutte le informazioni per quanti si affacciano alla professione medica), la rivista scientifica *"Capsula Eburnea"* (strumento di formazione per giovani ricercatori che pubblica articoli scientifici originali) e la rivista *"Giovani Medici"* (organo ufficiale dell'Associazione, a diffusione nazionale in cartaceo e sul web). Il Segretariato è articolato in Dipartimenti autonomi (Dip. GM Specializzandi; Dip. GM in formazione specifica di medicina generale; Dip. GM Specialisti; Dip. GM Ricercatori); inoltre, il SIGM designa propri delegati in seno all'Osservatorio Nazionale della Formazione Medico Specialistica presso il MIUR, ed esprime l'unico rappresentante dei medici in formazione eleggibile in seno al Consiglio Nazionale Studentesco Universitario (CNSU) ed al Consiglio Universitario Nazionale (CUN).
Il SIGM, che ha individuato la FNOMCeO e gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri quali riferimenti Istituzionali e modelli organizzativi ai quali ispirarsi, annovera più di 2500 soci iscritti ed è attivo sul territorio nazionale in ben 27 Sedi Locali e Provinciali.

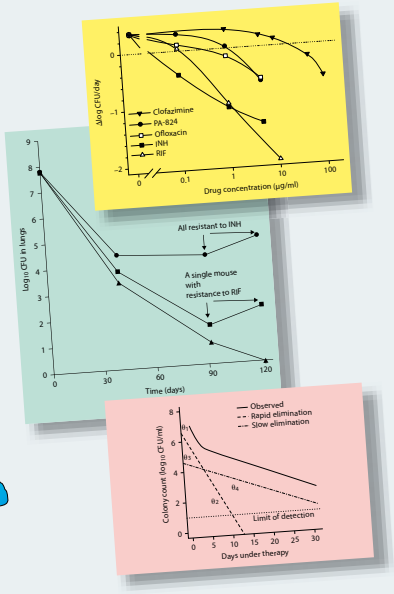
The latest research by well-known experts

Progress in
Respiratory Research
Editor: C.T. Bolliger
Vol. 40

Antituberculosis Chemotherapy

Editors
Peter R. Donald
Paul D. van Helden





KARGER

KARGER

Si respira aria nuova dopo l'ERS di Amsterdam

ERS 2011, Amsterdam, Netherlands

Alessio Mattei

Nell'ambito della ventilazione invasiva sono stati presentati molti studi di grande interesse e si sono viste molte innovazioni tecnologiche presentate dalle varie case costruttrici.
Un problema aperto risulta essere il "setting" del ventilatore nel controllo dell'ipoventilazione notturna che si verifica inevitabilmente in patologie come BPCO, sindrome obesità-ipoventilazione, malattie della gabbia toracica e patologie neuromuscolari; per questo motivo nel tempo si sono proposti vari sistemi "ibridi" di controllo di volume in corso di ventilazione non invasiva in modalità pressometrica.
Nell'affollato "Practical Workshop" organizzato da ResMed importanti oratori come Jean Luis Pepin e Michael Dreher hanno cercato di dare delle nuove risposte alla eterna domanda: come correggere in modo ottimale in corso di ventilazione non invasiva l'ipoventilazione durante il sonno nelle varie patologie? Le risposte proposte riguardano un nuovo e atipico setting utilizzato nella BPCO basato sull'utilizzo di alti supporti (High-Intensity non invasive ventilation HI-NPPV) e un nuovo sistema "ibrido" di NIV chiamato iVAPS (iNTELLIGENT VOLUME-ASSURED PRESSURE SUPPORT).
La High-Intensity non-invasive ventilation (HI-NPPV) proposta dalla scuola tedesca, rappresentata in sede di workshop da M. Dreher, è stata utilizzata con successo per migliorare il controllo della $PaCO_2$ notturna nel paziente affetto da BPCO grave; è stato infatti dimostrato con tale nuovo setting (modalità AssPCV; parametri medi IPAP 28,6 + 1,9 cmH_2O, EPAP 4,5 + 0,7 cmH_2O, Frequenza 17,5 + 2,1 min) un netto miglioramento della $PaCO_2$ e una buona qualità del sonno rispetto al tradizionale setting della Low-Intensity non-invasive ventilation (LI-NPPV) (modalità PSV, parametri medi IPAP 14,6 + 0,8 cmH_2O, EPAP 4,0 + 0 cmH_2O, Frequenza 8 + 0 min); un recente lavoro che ha valutato le variazioni fisiologiche in corso di HI-NPPV e LI-NPPV nei pazienti BPCO ipercapnici dimostra che in corso di HI-NPPV si osserva una marcata riduzione dell'attività diaframmatica (PTPdi) senza particolari conseguenze sull'iperinflazione ma con conseguenze emodinamiche (riduzione dell'indice cardiaco e della portata cardiaca).
A fronte di un utilizzo specifico di tale setting unicamente per la BPCO il nuovo sistema iVAPS (Intelligent Volume-Assured Pressure Support) presentato da ResMed sul ventilatore STELLAR 150 si propone di correggere l'ipoventilazione su tutta la gamma delle patologie: BPCO, Sindrome Obesità-Ipoventilazione , Malattie Neuromuscolari e Malattie della Gabbia Toracica; iVAPS utilizza come "target volume" il Volume Alveolare: ciò risulta essere una vera rivoluzione nell'ambito delle modalità ibride basate sino ad ora su volume corrente o volume minuto; il target di ventilazione alveolare viene mantenuto automaticamente con adeguate variazioni della pressione di supporto tenendo conto dello spazio morto influenzato dalla frequenza respiratoria del paziente, ottenendo così una ventilazione più efficace e personalizzata; iVAPS risulta essere un sistema "persona-

lizzato" in grado di riconoscere in base ad altezza, peso ideale e frequenza respiratoria il corretto volume alveolare ed in grado di riconoscere in base alla frequenza respiratoria spontanea la corretta "intelligent" frequenza di back up (iBR). Il controllo del volume alveolare nelle varie fasi del sonno viene mantenuto con rapidi aggiustamenti della pressione sia in incremento che in decremento senza peraltro determinare eventuali frammentazioni del sonno.
Dreher ha confrontato nei pazienti BPCO i due nuovi modi di ventilare (HI-NPPV vs iVAPS) evidenziando risultati sovrapponibili in termini di efficacia, mentre un altro lavoro eseguito su pazienti neuromuscolari dimostra che il confronto tra iVAPS e ventilazione non invasiva standard risulta essere significatamente a favore di iVAPS.

Dal congresso di Amsterdam si torna a casa con nuove proposte concrete per migliorare la vita dei nostri pazienti, sta a noi ora metterle in pratica.

Università degli Studi di Firenze

SOD di Broncologia Diagnostico Interventistica
Dipartimento di Medicina Interna - AOU Careggi
(Dir. G. Laffi)

SEMINARI DI
PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA

Attività Integrata al 2° Master di II° livello in Pneumologia Interventistica Firenze
Gennaio - Ottobre 2011 - Direttore: Prof. Lorenzo Corbetta

Gentilissimi Colleghi,

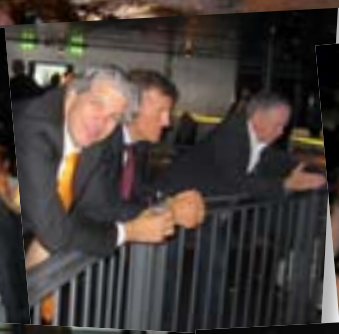
sono lieto di invitarvi al prossimo Seminario di Pneumologia Interventistica dal titolo "Broncoscopia operativa nelle stenosi tracheobronchiali e nel trapianto polmonare: indicazioni e standard operativi", che si terrà il 28 ottobre 2011 dalle 10.30 alle 17.00, presso l'aula magna della presidenza della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Largo Brambilla 3, Careggi – Firenze.
Il seminario sulle stenosi tracheobronchiali e sul trapianto affronta un argomento di grande complessità con l'obiettivo di fornire allo pneumologo clinico e agli altri specialisti aggiornamenti e informazioni pratiche. Verranno presentati indicazioni e aspetti diagnostici e terapeutici con l'obiettivo di far conoscere le metodiche e creare un network collaborativo di professionisti per affrontare un paziente spesso critico.

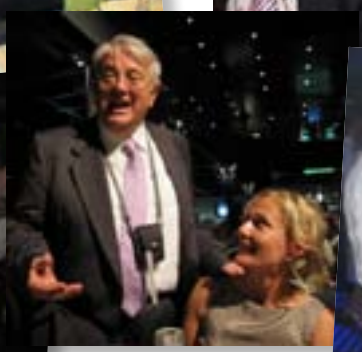
Ulteriori informazioni sul sito **http://master.pneumologia-interventistica.it**
oppure scrivere a: **info.master@pneumologia-interventistica.it**.

Un caro saluto,
Lorenzo Corbetta, Coordinatore Master

Metti una sera a cena con Vivisol

ERS 2011, Amsterdam, Netherlands





TRIO

idee in salute

PENTAX lancia il primo Videobroncoscopio ad alta definizione del mondo

Amsterdam, 24 settembre 2011

PENTAX LIFE CARE, Divisione di HOYA Corporation, ha lanciato il primo Videobroncoscopio HD del mondo al Congresso annuale ERS (European Respiratory Society) tenutosi ad Amsterdam. Il nuovo Broncoscopio, l'EB-1990i, stabilisce un nuovo standard per quanto riguarda lo stato dell'arte della broncoscopia.
PENTAX è considerata un'Azienda leader nell'endoscopia ad alta definizione e il nuovo EB-1990i è il primo Videobroncoscopio HD, dotato di un CCD megapixel, in grado di garantire immagini ad alta definizione nitide e con un'accurata riproduzione cromatica.
Il Videobroncoscopio HD EB-1990i è il più recente nella linea di endoscopi ad alta definizione di PENTAX LIFE CARE.
Questo apparecchio offre agli utilizzatori un'eccellente qualità delle immagini ed un'ergonomia all'avanguardia. Realizzato in base ai criteri innovativi dei processori HD di Pentax, l'EB-1990i aiuta l'endoscopista a visualizzare chiaramente le vie aeree inferiori e a formulare una diagnosi più affidabile.
Il Dr. Foccoli, Direttore dell'Unità Operativa di Endoscopia e Laserterapia dell'Apparato Respiratorio degli Spedali Civili di Brescia, ha dichiarato: "Il Broncoscopio PENTAX EB-1990i evidenzia un notevole miglioramento della definizione rispetto ai sistemi standard, con una netta esaltazione dei dettagli anatomici delle vie aeree inferiori, quali le bande elastiche longitudinali, le ghiandole mucose e la vascolarizzazione".
"Infondere una maggiore sicurezza clinica fornendo alte prestazioni, affidabilità e valore ai nostri clienti è il nucleo su cui si basa tutta la nostra attività" ha dichiarato Chris Japp, Presidente di PENTAX LIFE CARE.
"La Broncoscopia ha dimostrato di essere

uno strumento importante e indispensabile in Pneumologia e PENTAX ha compiuto passi da gigante per offrire i progressi tecnologici ottenuti in questo campo ai propri clienti ed ai pazienti di cui essi si prendono cura".

Chi siamo

PENTAX è una Divisione di Hoya Corporation, la cui "mission" è quella di migliorare gli standard nella cura dei pazienti e la qualità delle prestazioni sanitarie, focalizzandosi a tale scopo sulla qualità, le innovazioni di rilevanza clinica e la semplicità.
Attraverso Ricerca, Sviluppo e Produzione all'avanguardia PENTAX fornisce apparecchiature e soluzioni di imaging alla comunità medica globale. Con sede centrale in Giappone, PENTAX è presente con Ricerca e Sviluppo, Sedi Commerciali, Servizi Assistenza e Strutture Locali in tutto il mondo. I dipendenti PENTAX rappresentano i diversi Paesi nei quali siamo presenti, consentendoci di offrire soluzioni innovative specificamente studiate per soddisfare le esigenze locali.

VISTI AD AMSTERDAM

VISTI AD AMSTERDAM

TRIO

idee in salute

VISTI AD AMSTERDAM

trio

idee in salute

VISTI AD AMSTERDAM

VISTI AD AMSTERDAM
SPIRIVA
1 UNIQUE MOLECULE,
2 TYPES OF INHALERS

RESMED

Sistema S9
con umidificatore integrato

Il futuro nel trattamento delle apnee ostruttive del sonno

ResMed EPN Italy
Via Soldani 10 - 21021 Angera (Va)
Tel. +39 0331 169 46 95 - Fax +39 0331 169 46 90
infoitaly@resmed.com

S9™ Series
More. Comfort.

COMMENTI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE

ASMA, ALLERGOPATIE E RINITE

Tosse cronica e laringe irritabile
Chronic cough and irritable larynx
Journal of allergy and Clinical Immunology 2011;127(2):412-419
Commento di Marco Caminati, Gianna Moscato

PATOLOGIE RESPIRATORIE DEL SONNO

Effetto dell'ossigeno supplementare sull'ipercapnia in soggetti con ipoventilazione associate all'obesità. Studio clinico, randomizzato *cross-over*
The effect of supplemental oxygen on hypercapnia in subjects with obesity-associated hypoventilation. A randomized, crossover*, clinical study*
Chest 2011;139:1018-1024
Commento di Ernesto Crisafulli

TERAPIA INTENSIVA RESPIRATORIA

Disabilità funzionale 5 anni dopo un episodio di distress respiratorio acuto
Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome
N Engl J Med 2011;364:1293-1304
Commento di Michele Vitacca

IPERTENSIONE POLMONARE

L'indice di shock e il PESI semplificato per l'identificazione di pazienti con embolia polmonare acuta a basso rischio
The shock index and the simplified PESI for identification of low-risk patients with acute pulmonary embolism
Eur Respir J 2011;37:762-766
Commento di Stefano Aiolfi

Asma, allergopatie e rinite

Tosse cronica e laringe irritabile

Chronic cough and irritable larynx

Caterina B. Bucca; Massimiliano Bugiani; Beatrice Culla; Giuseppe Guida; Enrico Heffler; Sabrina Mietta; Antonella Moretto; Giovanni Rolla; Luisa Brussino

Journal of allergy and Clinical Immunology 2011;127(2):412-9

L'Abstract originale

Background

Perennial rhinitis (PR), chronic rhinosinusitis (CRS), or both, asthma, and gastroesophageal reflux disease (GERD) are the most frequent triggers of chronic cough (CC). Extrathoracic airway receptors might be involved in all 3 conditions because asthma is often associated with PR/CRS and gastroesophageal refluxate might reach the upper airway. We previously found that most patients with rhinosinusitis, postnasal drip, and pharyngolaryngitis show laryngeal hyperresponsiveness (LHR; ie, vocal cord adduction on histamine challenge) that is consistent with an irritable larynx.

Objective

We sought to evaluate the role of LHR in patients with CC.

Methods

LHR and bronchial hyperresponsiveness (BHR) to histamine were assessed in 372 patients with CC and in 52 asthmatic control subjects without cough (asthma/CC2). In 172 patients the challenge was repeated after treatment for the underlying cause of cough.

Results

The primary trigger of CC was PR/CRS in 208 (56%) patients, asthma in 41 (11%) patients (asthma/CC1), GERD in 62 (17%) patients, and unexplained chronic cough (UNEX) in 61 (16%) patients. LHR prevalence was 76% in patients with PR/CRS, 77% in patients with GERD, 66% in patients with UNEX, 93% in asthma/CC1 patients, and 11% in asthma/CC2 patients. Upper airway disease was found in most (95%) asthma/CC1 patients and in 6% of asthma/CC2 patients. BHR discriminated asthmatic patients and atopy discriminated patients with PR/CRS from patients with GERD and UNEX. Absence of LHR discriminated asthmatic patients without cough. After treatment, LHR resolved in 63% of the patients and improved in 11%, and BHR resolved in 57% and improved in 18%.

Conclusions

An irritable larynx is common in patients with CC and indicates upper airway involvement, whether from rhinitis/sinusitis, gastric reflux, or idiopathic sensory neuropathy.

L'Abstract tradotto

Razionale

Rinite perenne (PR), rinosinusite cronica (CRS), eventualmente in concomitanza, asma e malattia da reflusso gastroesofageo (GERD) sono i fattori più spesso alla base della insorgenza di tosse cronica (CC). I recettori delle vie aeree extra-toraciche possono essere coinvolti in tutte le condizioni sopra elencate, poiché l'asma è spesso associato a PR/RCS e il reflusso gastroesofageo può raggiungere le vie aeree superiori. È stato precedentemente dimostrato che la maggior parte dei pazienti con rinosinusite, post nasal drip e faringolaringite mostrano una iperreattività laringea (LHR; adduzione delle corde vocali in corso di test di stimolazione con istamina), compatibile con una laringe irritabile.

Obiettivo

Valutare il ruolo della LHR nei pazienti con CC.

Metodi

LHR e iperreattività bronchiale (BHR) all'istamina sono state studiate in 372 pazienti con CC e in 52 pazienti di controllo, asmatici ma senza tosse (asma/CC-). In 172 pazienti il test di stimolazione è stato ripetuto dopo un periodo di trattamento mirato alla causa individuata della tosse.

Risultati

La condizioni più frequentemente rilevate alla base della CC sono state la PR/CRS in 208 pazienti (56%), l'asma variante con tosse (asma/CC+) in 41 pazienti (11%) e la GERD in 62 pazienti (17%); in 61 pazienti (16%) la tosse cronica è rimasta inspiegata (UNEX). La prevalenza di LHR era del 76% nei pazienti con PR/CRS, del 77% nei pazienti con GERD, del 66% nei pazienti con UNEX, del 93% nei pazienti con asma/CC+ e dell'11% nei pazienti con asma/CC-. La BHR e il riscontro di atopia ha permesso di discriminare i pazienti rispettivamente con asma e PR/CRS, dai pazienti con GERD e UNEX. La LHR ha permesso di individuare i pazienti con asma variante senza tosse. Dopo la terapia, la LHR si è risolta nel 63% dei pazienti e si è mitigata nell'11% dei casi; la BHR è scomparsa nel 57% dei pazienti e si è ridotta nel 18% dei casi.

Conclusioni

La laringe irritabile è una condizione comune nei pazienti affetti da tosse cronica ed è suggestiva di un coinvolgimento delle vie aeree superiori, si tratti di rinite/sinusite, reflusso gastrico o neuropatia sensoriale idiopatica.

Il commento editoriale

di Marco Caminati e Gianna Moscato

Secondo le più recenti linee guida le condizioni più spesso legate alla insorgenza della tosse cronica sono asma, malattia da reflusso gastro-esofageo, patologie delle vie aeree superiori. Esistono inoltre forme di tosse cronica apparentemente senza causa, che gli autori dello studio preso in esame definiscono *Unexplained Chronic Cough* (UNEX). In questi casi si ipotizza una neuropatia sensoriale che coinvolge il nervo laringeo superiore o il ricorrente.
Nel contesto delle patologie delle vie aeree superiori si presume invece che la tosse origini da una sollecitazione dei recettori faringo-laringei; tali recettori sono finalisticamente deputati a mediare un riflesso difensivo nei confronti di stimoli ambientali nocivi, quali patogeni e agenti irritanti, che si esplica con la tosse e la costrizione delle vie aeree.
Nei pazienti affetti da GERD, il reflusso o una componente gassosa acida può raggiungere la laringe e il rinofaringe, sollecitando gli stessi recettori. Anche nei pazienti asmatici è verosimile un coinvolgimento diretto dei recettori faringo-laringei, oltre che di quelli intratoracici, data l'assenza di una correlazione lineare tra tosse e iperreattività bronchiale, e la persistenza di tosse in alcuni casi in cui la malattia è apparentemente ben controllata mediante terapia steroidea inalatoria.
Peraltro, l'asma coesiste molto spesso con patologie delle vie aeree superiori.
Lo studio qui riportato dimostra come la laringe irritabile sia una condizione trasversale, molto comune tra i pazienti che accusano tosse cronica, compresa la forma UNEX, indipendentemente dalla sua origine.
Tale condizione può essere individuata mediante test di broncostimolazione con istamina, metodica che secondo gli autori è da preferire al test con metacolina nell'inquadramento della tosse cronica, poiché sollecita specificamente i recettori nocicettivi coinvolti nella genesi della tosse.
Individuare una condizione di laringe irritabile, e quindi del coinvolgimento dei recettori delle alte vie aeree, può essere importante per un corretto inquadramento diagnostico e, di conseguenza, per la definizione di un appropriato piano terapeutico. Ciò diventa essenziale quando la causa della tosse non sia immediatamente evidente o quando il problema sia refrattario al primo approccio terapeutico. Nei pazienti con GERD, ad esempio, la LHR suggerisce la presenza di una laringite verosimilmente legata a reflusso laringo-faringeo. Nei pazienti asmatici la LHR, non risolta dalla terapia inalatoria steroidea, suggerisce una concomitante rinite/rinosinusite da trattare in modo mirato. Inoltre, una condizione di laringe irritabile può determinare broncospasmo in pazienti con rinite e rinosinusite; in questi pazienti la broncoreattività regredisce semplicemente trattando la rinite/sinusite, senza la necessità di una terapia steroidea inalatoria.

Il messaggio clinico

I pazienti con tosse cronica hanno spesso una laringe irritabile, diagnosticabile mediante un test di provocazione con istamina che evochi

un'adduzione paradossa delle corde vocali e conseguente riduzione del flusso inspiratorio. L'iperreattività laringea così determinata può essere dunque considerata un marker clinico di laringe irritabile, condizione comune a diverse condizioni che provocano tosse cronica quali rinite/sinusite, malattia da reflusso gastroesofageo, neuropatia sensoriale laringea. La LHR può quindi orientare la terapia della tosse cronica, in particolare nelle forme che rimangono di difficile inquadramento o parzialmente refrattarie al trattamento terapeutico di prima scelta.

marco.caminati@fsm.it
gmoscato@fsm.it

CORSO E.C.M. DI AREA CRITICA RESPIRATORIA
Insufficienza Respiratoria Acuta e Cronica Aspetti Teorico-Pratici
Coordinatore: Dott. Corrado Mollica

Il Corso si rivolge prevalentemente a medici specialisti in Pneumologia, Anestesia – Rianimazione e Medicina d'Urgenza, desiderosi di approfondire la conoscenza dell'Insufficienza Respiratoria acuta (ALI/ARDS) e cronica riacutizzata, sotto i diversi aspetti, fisiopatologici, clinici e terapeutici, anche a grazie a sessioni pratiche di apprendimento effettuate in Terapia Intensiva.
Particolare attenzione sarà dedicata alle manovre non invasive, quali l'ecografia a letto del malato e la ventilazione meccanica non-invasiva. Sono previste sessioni monotematiche di approfondimento sull' equilibrio acido-base, le infezioni in T.I., l'assistenza al paziente neuro-muscolare, l'assistenza domiciliare integrata del paziente con Insufficienza Respiratoria cronica.
Il Corso si articolerà su 6 "blocchi" di lezioni (venerdì pomeriggio/sabato mattina, dal 04/11/11 al 17/12/11) con verifica finale di apprendimento. Sarà rilasciata idonea certificazione di frequenza giornaliera, valevole come aggiornamento professionale medico facoltativo (art. 77/270), ed una Certificazione a fine Corso, inerente il superamento dello stesso. **Il Corso, a numero chiuso, è limitato a n° 20 iscritti. Al Corso sono stati assegnati 50 crediti ECM.**

ARGOMENTI

- 1° Gruppo
  L'insufficienza Respiratoria cronica ed acuta su cronica
- 2° Gruppo
  Ventilazione meccanica invasiva e non-invasiva (con accesso in T.I.)
- 3° Gruppo
  La diagnostica per immagini e di laboratorio in TI. Le infezioni in T.I.
- 4° Gruppo
  L'insufficienza respiratoria acuta (ALI/ARDS) e l'Edema Polmonare acuto cardiogeno (EPA) (con accesso in T.I.)
- 5° Gruppo
  Il settaggio del ventilatore e il pattern ventilatorio in funzione della patologia respiratoria: aspetti pratici nel paziente con I.R. acuta e cronica
- 6° Gruppo
  Il "nursing" del paziente in ventilazione artificiale

Per informazioni: SCUOLA MEDICA OSPEDALIERA – SMORRL | Borgo S. Spirito, 3 – 00193 Roma
Tel. 06.68.80.26.26 - 06.68.35.24.11 | Fax 06.68.80.67.12 – PI 02137951006

Patologie respiratorie del sonno

Effetto dell'ossigeno supplementare sull'ipercapnia in soggetti con ipoventilazione associate all'obesità. Studio clinico, randomizzato *cross-over*

The effect of supplemental oxygen on hypercapnia in subjects with obesity-associated hypoventilation. A randomized, crossover*, clinical study*

Wijesinghe M; Williams M; Perrin K; Weatherall M; Beasley R

Chest 2011;139:1018-1024

L'Abstract originale

Background

It is unknown whether oxygen therapy causes worsening hypercapnia in patients with obesity-associated hypoventilation (OAH), similar to the response observed in COPD. The objectives of this study were to investigate whether breathing 100% oxygen results in an increase in hypercapnia in patients with OAH and the mechanisms of any effect.

Methods

In this double-blind, randomized, controlled, crossover trial, 24 outpatients with newly diagnosed OAH inhaled 100% oxygen or room air for 20 min on 2 separate days. Transcutaneous CO_2 tension ($PtCO_2$), minute ventilation, and volume of dead space to tidal volume ratio were measured at baseline and at 20 min. A mixed linear model was used to determine differences between the two treatments.

Results

The study was terminated in three subjects breathing 100% oxygen due to a $PtCO_2$ increase ≥ 10 mm Hg, which occurred after 10:35, 13:20, and 15:51 min. $PtCO_2$ increased by 5.0 mm Hg (95% CI, 3.1-6.8; p < 0.001) with oxygen compared with room air. Minute ventilation decreased by 1.4 L/min (95% CI, 0.11-2.6 L/min; p = 0.03), and volume of dead space to tidal volume ratio increased by 0.067 (95% CI, 0.035-0.10; p < 0.001) with oxygen compared with room air.

Conclusions

Breathing 100% oxygen causes worsening hypercapnia in stable patients with OAH.

L'Abstract tradotto

Background

Ancora non è dato sapere se l'ossigenoterapia causi un peggioramento dell'ipercapnia in pazienti con Ipoventilazione associata all'Obesità (OAH), al pari della risposta osservata in pazienti con BPCO. Obiettivi di questo studio erano quelli di valutare se respirare una miscela di ossigeno puro (100%) provochi un peggioramento dell'ipercapnia in pazienti con OAH e indagare i meccanismi di ogni effetto.

Metodi

In questo studio doppio cieco, randomizzato, controllato e cross-over 24 pazienti ambulatoriali con diagnosi recente di OAH respiravano in una miscela di ossigeno 100% o aria ambiente per 20 minuti in 2 giorni separati. La pressione transcutanea della CO_2 ($PtCO_2$), la ventilazione minuto ed il rapporto tra volume di spazio morto e volume corrente erano misurati al tempo basale e dopo 20 minuti. Un modello lineare misto è stato utilizzato per determinare le differenze statistiche tra i due trattamenti.

Risultati

Lo studio è stato interrotto in 3 soggetti che respiravano ossigeno 100% a causa di un incremento della $PtCO_2$ ≥ 10 mm Hg, raggiunto dopo 10:35, 13:20, e 15:51 minuti. La $PtCO_2$ aumentava di 5,0 mmHg (95% CI; 3,1-6,8; p < 0,001) con ossigeno rispetto all'aria ambiente. La ventilazione minuto si riduceva di 1,4 L/min (95% CI; 0,11-2,6 L/min; p = 0,03) ed il rapporto tra il volume dello spazio morto ed il volume corrente incrementava di 0,067 (95% CI; 0,035-0,10; p < 0,001) con l'uso di ossigeno rispetto all'aria ambiente.

Conclusioni

Il respiro con ossigeno 100% determina un peggioramento dell'ipercapnia in pazienti stabili con OAH.

Il commento editoriale
di Ernesto Crisafulli

In pazienti affetti da patologie respiratorie croniche quali la BPCO è già stato documentato da studi fisiologici che la somministrazione di ossigeno a flussi crescenti (Frazione Inspirata-FiO_2 da 28 al 100%) può causare un aumento della concentrazione arteriosa di anidride carbonica (CO_2) con peggioramento dello stato di ipercapnia basale, riduzione (20%) della ventilazione polmonare ed incremento (24%) del rapporto tra spazio morto respiratorio e volume corrente (*Robinson et al. Am J Respir Crit Care Med 2000*). Ciò si verifica, in particolare, nel corso di eventi acuti intercorrenti (riacutizzazioni) allorquando la condizione di ipossiemia rende necessaria una terapia con flussi di ossigeno supplementari.

Partendo da queste evidenze, un gruppo di ricercatori neozelandesi ha preso in esame 24 pazienti ambulatoriali affetti da Ipoventilazione connessa ad Obesità (OAH). Questa condizione patologica, sempre più prevalente tra gli obesi di grado severo (e con stima intorno al 30% in quelli ospedalizzati), è definita dalla contemporanea presenza di obesità patologica (BMI > 30 kg/m²) e disturbi respiratori sonno-correlati che portano a ipercapnia diurna a riposo ($CO_2 \geq 45$ mmHg), una volta escluse altre potenziali cause che possono generare ipoventilazione (ad esempio BPCO e/o enfisema).
In questo studio metodologicamente ben disegnato e condotto i pazienti erano invitati, alternativamente in 2 giorni separati e per un tempo limitato ai 20 minuti, a respirare in una maschera contenente una miscela di aria arricchita con ossigeno portato ad una frazione inspirata (FiO_2) massima pari a 100% o a 21% (l'equivalente dell'aria ambientale). Sulla base di criteri clinico-funzionali (anamnesi, esame clinico, spirometria) venivano esclusi dall'arruolamento pazienti nei quali, oltre l'obesità, coesisteva la BPCO.

medicasa

VitalAire

VitalAire e Medicasa offrono i più completi servizi nelle Cure a Domicilio

- Assistenza Respiratoria Domiciliare
- Ossigenoterapia Domiciliare
- Ventiloterapia Domiciliare
- Diagnosi e Trattamento dei Disturbi del Sonno
- Nutrizione Artificiale a Domicilio
- Assistenza Domiciliare Integrata
- Ospedalizzazione Domiciliare
- Telemedicina

Assistere e curare i pazienti a domicilio con professionalità, etica e dedizione è la nostra missione.

Numero Verde 800-863062

VITALAIRE ITALIA S.p.A. - MEDICASA ITALIA S.p.A.
Via Ciardi, 9 - 20148 Milano - Tel. 02 4021.1 - Fax 02 4021379
www.vitalaire.it - www.medicasaitalia.it

Società soggetta alla direzione e coordinamento di Air Liquide Santé International.

AIR LIQUIDE

Nel confronto dei risultati ottenuti tra le due condizioni sperimentali (FiO_2 100% o 21%) lo studio dimostra che l'incremento della CO_2 transcutanea-$PtCO_2$ (+4 mmHg, differenza vs gruppo FiO_2 21% +5 mmHg) con la contemporanea riduzione di ventilazione minuto e aumento del rapporto tra volume dello spazio morto e volume corrente si realizzava esclusivamente nei pazienti ai quali veniva somministrato ossigeno puro. Sebbene 3 soggetti (pari al 12% del campione) hanno dovuto interrompere il trattamento con ossigeno per il manifestarsi precoce (entro 15 minuti dall'inizio del test) di un incremento di $PtCO_2$ superiore al limite definito da protocollo (+10 mmHg), non in tutti i pazienti arruolati si osservava in pieno il fenomeno clinico-fisiologico di cui sopra. In 5 di loro (pari al 21%), infatti, non si assisteva a nessuna modifica della concentrazione arteriosa della anidride carbonica, fenomeno verosimilmente da imputarsi a meccanismi individuali di controllo ventilatorio in risposta all'iperossia.
Di particolare rilevanza risulta inoltre l'esistenza – al pari di quanto già osservato nei pazienti BPCO – di una discreta correlazione ($r^2 = 0{,}25$) tra la saturazione ossiemoglobinica ($SatO_2$) che precedeva la somministrazione di ossigeno e il livello di ipercapnia indotta. L'incremento delle concentrazioni di $PtCO_2$ era pari a 0,50 mmHg per ogni 1% di decremento dalla saturazione ossiemica basale. Dunque, se la $SatO_2$ basale era 90% rispetto a 96% ottenuta con la miscela di ossigeno puro (6% di differenza) il valore atteso di $PtCO_2$ era di circa 3 mmHg. Nonostante l'utilizzo di ossigeno puro sia piuttosto infrequente nella pratica clinica, il risvolto logico è la chiara raccomandazione agli operatori sanitari circa un utilizzo cauto e ragionato della ossigeno-terapia in pazienti con OHA, specie se già noti per questo fenomeno. Anche al di fuori degli eventi acuti non è infatti raro osservare in questi pazienti, a causa della ipoventilazione cronica indotta dai disturbi nel sonno, uno stato di ipossia e/o ipercapnia perdurante e che necessita di interventi quali la ventilazione meccanica non invasiva di supporto.
Manca in questo lavoro, ma sarebbe stato interessante osservare la risposta ipercapnica per flussi (e concentrazioni) crescenti di ossigeno inspirato o per esposizioni di durata superiore ai 20 minuti, aspetti che meritano certamente di essere ulteriormente meglio definiti e indagati.

Il messaggio clinico

Nei pazienti affetti da ipoventilazione correlata alla obesità patologica esiste un significativo rischio di peggioramento della condizione di ipercapnia arteriosa causata dalla somministrazione di ossigeno ad elevata concentrazione inspiratoria.
Tale effetto è tanto più evidente nei pazienti con peggiore livello basale della ossiemia arteriosa.

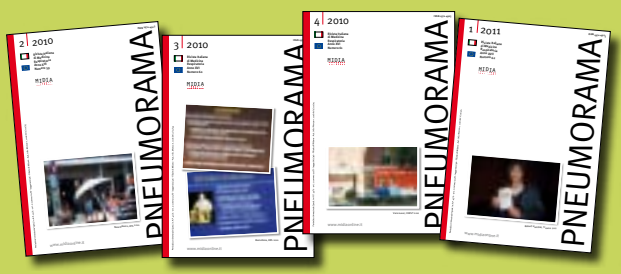
crisafulli.ernesto@villapineta.it

ABBONARSI PER NON PERDERE UN NUMERO

COME ABBONARSI:
Versamento su c/c postale n. 34827204
intestato a MIDIA srl - Via Cesare Beccaria 3
34133 TRIESTE

Acquisto online sul sito www.midiaonline.it

* L'abbonamento a 4 numeri ha inizio con il primo numero in uscita dopo l'effettuazione del pagamento



4 numeri € 36,00*

MIDIA EDIZIONI
MIDIA srl
Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

Terapia intensiva

Disabilità funzionale 5 anni dopo un episodio di distress respiratorio acuto

Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome

Margaret S. Herridge; Catherine M. Tansey; Andrea Matté; George Tomlinson; Natalia Diaz-Granados; Andrew Cooper; Cameron B. Guest; C. David Mazer; Sangeeta Mehta; Thomas E. Stewart; Paul Kudlow; Deborah Cook; Arthur S. Slutsky; Angela M. Cheung; for the Canadian Critical Care Trials Group

N Engl J Med 2011;364:1293-1304

L'Abstract originale

Background

There have been few detailed, in-person interviews and examinations to obtain follow-up data on 5-year outcomes among survivors of the acute respiratory di stress syndrome (ARDS).

Methods

We evaluated 109 survivors of ARDS at 3, 6, and 12 months and at 2, 3, 4, and 5 years after discharge from the intensive care unit. At each visit, patients were interviewed and examined; underwent pulmonary-function tests, the 6-minute walk test, resting and exercise oximetry, chest imaging, and a quality-of-life evaluation; and reported their use of health care services.

Results

At 5 years, the median 6-minute walk distance was 436 m (76% of predicted distance) and the Physical Component Score on the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey was 41 (mean norm score matched for age and sex, 50). With respect to this score, younger patients had a greater rate of recovery than older patients, but neither group returned to normal predicted levels of physical function at 5 years. Pulmonary function was normal to near-normal. A constellation of other physical and psychological problems developed or persisted in patients and family caregivers for up to 5 years. Patients with more coexisting illnesses incurred greater 5-year costs.

Conclusions

Exercise limitation, physical and psychological sequelae, decreased physical quality of life, and increased costs and use of health care services are important legacies of severe lung injury.

L'Abstract tradotto

Introduzione

Pochi sono i dati disponibili, otteuti tramite interviste e test clinici sull'esito di follow-up a 5 anni tra i pazienti sopravvissuti a un episodio di sindrome da stress respiratorio acuto (ARDS).

Metodi

Abbiamo valutato 109 pazienti sopravvissuti a episodio di ARDS a distanza 3, 6 e 12 mesi e dopo 2, 3, 4 e 5 anni dalla dimissione dal reparto di terapia intensiva. Ad ogni visita, i pazienti sono stati intervistati ed esaminati; sono stati sottoposti a test di funzione polmonare, test del cammino dei 6 minuti, ossimetria a riposo e sotto esercizio, imaging del torace, valutazione della qualità della vita, ed è stato segnalato l'utilizzo dei servizi di assistenza sanitaria.

Risultati

A 5 anni, la distanza media percorsa al test dei 6 minuti è stata di 436 m (76% del predetto) e il punteggio della componente fisica del questionario MRF 36-Item Short-Form Health Survey è stato di 41 (punteggio medio normale in soggetti paragonabili per età e sesso = 50). Rispetto a questo score, i pazienti più giovani presentavano un migliore tasso di recupero rispetto ai pazienti

più anziani, ma nessuno dei due gruppi tornava ai livelli normali di funzionalità fisica previsti a distanza del tempo considerato. La funzione polmonare era pressoché normale. Un insieme di altri problemi fisici e psicologici si erano tuttavia manifestati e mantenuti sia per i pazienti che per i caregiver fino al limite dei 5 anni. I pazienti con malattie coesistenti e concomitanti presentavano costi maggiori al termine dei 5 anni.

Conclusioni

Limitazione all'esercizio, sequele fisiche e psicologiche, riduzione della qualità della attività fisica e della vita, aumento dei costi e utilizzo dei servizi sanitari sono importanti conseguenze di un grave danno polmonare quale quello da ARDS.

Il commento editoriale
di Michele Vitacca

Lo studio di Herridge e collaboratori ha analizzato l'esito clinico a lunga distanza in 109 pazienti sopravvissuti a un episodio di ARDS trattato in una terapia intensiva canadese. Il dato principale dello studio è la evidenza che un alto carico assistenziale e psicologico su pazienti e sui loro *caregiver* persiste anche molto tempo dopo la dimissione dalla terapia intensiva: tale carico assistenziale, benchè tenda a diminuire nell'arco dei 5 anni in cui i pazienti sono stati seguiti, può essere paragonato a quello che deriva dalla presenza di patologie croniche.
Il problema clinico che investe pazienti giovani e in piena attività lavorativa che incappino in un ricovero in terapia intensiva per varia causa (polmoniti gravi, quadri settici sistemici, traumi o ustioni a rischio di sviluppare ARDS) è rappresentato dal rischio di sviluppare un danno residuo funzionale e psicologico, con segni di disabilità nelle attività della vita quotidiana.
Tali danni sono principalmente ascrivibili alla cosiddetta "debolezza" acquisita in area critica ed è peggiorata da altri deficit cognitivo-mentali che spesso si accompagnano al quadro iniziale.
I soggetti studiati hanno subito una tracheostomia nella metà dei casi, e hanno utilizzato il ventilatore meccanico per più di 20 giorni, con una degenza media in terapia intensiva superiore a 25 giorni e in ospedale superiore a 40 giorni. A fronte di questo iter clinico non stupisce completamente la enorme varietà di danni residui mostrati dai pazienti (stenosi tracheale, danni ortopedici, disfunzioni alle corde vocali, ipereattività bronchiale, uso di protesi invasive, isolamento sociale, disfunzioni sessuali, danni da farmacotossicità, psicosi), nel 51% dei quali, peraltro, si sviluppavano tratti di ansia e depressione nel periodo dei 5 anni post-dimissione.
Gli autori hanno dimostrato che, pur in un lungo arco di tempo (appunto 5 anni), si osserva il mantenimento della riduzione nella abilità ad eseguire esercizio fisico e che tale riduzione è correlata alla qualità della vita dei pazienti. È inoltre interessante aggiungere che tanto più veloce è il tempo di risoluzione del danno polmonare e/o la riduzione della disfunzione multi-organica in terapia intensiva tanto maggiore e precoce è il recupero nella capacità di tollerare lo sforzo fisico. È anche interessante notare come sia stato più agevole il recupero della funzione squisitamente polmonare piuttosto che quello di tipo motorio.
Solo il 77% dei pazienti era poi tornato alle proprie mansioni lavorative 5 anni dopo l'evento acuto, e spesso i pazienti sono stati reinseriti al lavoro gradualmente e con rimodulazione dei propri compiti.
I costi per l'assistenza di ogni paziente, pur riducendosi nel tempo, tendevano a stabilizzarsi (circa 6.000 dollari canadesi) intorno al 3° anno dalla dimissione per ARDS ed erano correlati alla presenza di co-morbilità e alla durata della degenza in terapia intensiva.
Benché in circa il 90% dei casi fosse presente e attivo un *caregiver* familiare che certamente può avere influenzato positivamente le probabilità di recupero dei pazienti, in oltre il 27% di questi familiari sono stati documentati problemi psicologici o mentali, e in alcuni casi perdita del proprio lavoro.

Il messaggio clinico

A nostro parere lo studio di Herridge stimola i lettori interessati e gli operatori politici della sanità a mettere a fuoco alcuni fondamentali aspetti clinici e i molteplici risvolti sociali che possono seguire eventi "catastrofici" di pazienti ammessi nelle aree intensive. Tra questi, in sintesi, ci sembra opportuno ricordarne alcuni che riteniamo importanti:

1. una ricerca più approfondita sulle cause di debolezza muscolare secondaria a cure critiche
2. la presa di coscienza che anche anni dopo l'evento acuto ARDS può persistere una complessa disfunzione fisica, psicologica, ed emozionale talora "irreversibile"
3. l'urgenza di una messa a tema di programmi di intervento riabilitativo precoce direttamente in terapia intensiva con valutazione del rapporto costo efficacia sia nell'immediato che nel tempo successivo al rientro a domicilio
4. la messa a disposizione di adeguate risorse di cui la politica sanitaria dovrà tener conto per questa popolazione di pazienti, specie in vista delle aspettative di recupero e reintegro sociale/lavorativo, e dei loro familiari caregiver, sottoposti a sequele altamente stressanti e coinvolgenti
5. la valorizzazione del ruolo degli interventi sanitari e sociali a domicilio del paziente per una efficace assistenza a lungo termine.

mvitacca@fsm.it

Vuoi avere copie di RESPIRO da offrire ai tuoi Pazienti?

Acquista online sul sito
www.midiaonline.it
oppure telefona al numero
040 3720456

Ipertensione polmonare

L'indice di shock e il PESI semplificato per l'identificazione di pazienti con embolia polmonare acuta a basso rischio

The shock index and the simplified PESI for identification of low-risk patients with acute pulmonary embolism

A. Sam; D. Sanchez; V. Gomez; C. Wagner; D. Kopecna; C. Zamarro; L. Moores; D. Aujesky; R. Yusen; D. Jimenez Castro

Eur Respir J 2011;37:762-766

L'Abstract originale

We compared the test characteristics of the shock index (SI) and the simplified pulmonary embolism severity index (sPESI) for predicting 30-day outcomes in a cohort of 1,206 patients with objectively confirmed pulmonary embolism (PE). The primary outcome of the study was all-cause mortality. The secondary outcome was nonfatal symptomatic recurrent venous thromboembolism (VTE) or nonfatal major bleeding.
Overall, 119 (9.9%) out of 1,206 patients died (95% CI 8.2–11.5%) during the first month of follow-up. The sPESI classified fewer patients as low-risk (369 (31%) out of 1,206 patients, 95% CI 28–33%) compared to the SI (1,024 (85%) out of 1,206 patients, 95% CI 83–87%) (p = 0.001). Lowrisk patients based on the sPESI had a lower 30-day mortality than those based on the SI (1.6% (95% CI 0.3–2.9%) versus 8.3% (95% CI 6.6–10.0%)), while the 30-day rate of nonfatal recurrent VTE or major bleeding was similar (2.2% (95% CI 0.7–3.6%) versus 3.3% (95% CI 2.2–4.4%)). The net reclassification improvement with the sPESI was 13.4% (p = 50.07). The integrated discrimination improvement was estimated as 1.8% (p = 0.001). The sPESI quantified the prognosis of patients with PE better than the SI.

L'Abstract tradotto

Abbiamo confrontato le caratteristiche di 2 test, cioè l'indice di shock (SI) e l'indice semplificato di gravità dell'embolia polmonare (sPESI), per predire gli outcome clinici a distanza di 30 giorni in una coorte di 1206 pazienti con embolia polmonare (PE) confermata oggettivamente.
L'outcome primario dello studio era la mortalità per tutte le cause, l'outcome secondario era un tromboembolismo venoso (VTE) sintomatico, ricorrente e non fatale oppure una emorragia maggiore non fatale.
Nel complesso, sono deceduti 119 pazienti (9,9%) sul totale di 1206 (95% CI 8,2–11,5%) durante il primo mese di follow-up. Lo sPESI ha classificato un numero inferiore di pazienti a basso rischio (369 (31%) su 1206, 95% CI 28–33%) rispetto al SI (1024 (85%) su 1206, 95% CI 83–87%) (p = 0,001). I pazienti a basso rischio sulla base dello sPESI hanno presentato una mortalità a 30 giorni inferiore a quella prevista dal SI (1,6% (95% CI 0,3–2,9%) vs 8,3% (95% CI 6,6–10,0%)), mentre il tasso di VTE ricorrente non fatale o di emorragia maggiore a 30 giorni era simile per i due test (2,2% (95%CI 0,7–3,6%) vs 3,3% (95% CI 2,2–4,4%)). Il miglioramento netto riclassificato con lo sPESI è stato pari a 13,4% (p = 50,07). Il miglioramento su base della discriminazione integrata è stato stimato in 1.8% (p = 0,001).
Lo sPESI ha quantificato la prognosi dei pazienti con PE in modo migliore rispetto al SI.

Il commento editoriale
di Stefano Aiolfi

Negli ultimi anni, grazie alla migliorata attenzione clinica e alla maggiore disponibilità di strumenti in grado di confermarne il sospetto, si assiste ad un netto incremento delle diagnosi di Tromboembolia Polmonare (TEP). Le linee guida attuali sottolineano l'importanza di una stratificazione precoce dei pazienti con TEP acuta al fine di impostare un trattamento efficace (*Torbicki A, 2008*).
Da tempo i clinici dispongono dell'indice di gravità dell'embolia polmonare (PESI) basato

su elementi clinici oggettivi e messo a punto per stimare la mortalità di questi pazienti a distanza di 30 giorni dall'evento acuto.
Di recente tale indice è stato proposto anche per l'identificazione dei pazienti con TEP acuta passibili di trattamento domiciliare (*Aujesky D, 2006; Donze J, 2008*), ma il suo utilizzo nelle aree di pronto soccorso ed emergenza viene per lo più inficiato dal numero elevato di variabili previste per il suo calcolo. Per questo motivo, l'indice è stato proposto nel 2010 in una sua variante semplificata (sPESI) basata sui seguenti parametri: età < 80 anni, frequenza cardiaca (Fc) ≥ 110/min, pressione arteriosa sistemica (PA_{sis}) < 100 mmHg, saturazione ossiemoglobinica (SaO_2) < 90%, anamnesi positiva per neoplasia e/o malattia cardiopolmonare. L'assenza di tutte queste variabili classifica il paziente come a basso rischio, mentre la presenza anche di una sola di esse lo fa considerare a rischio elevato.
Nei pazienti con TEP è molto utilizzato anche l'indice di shock (SI), misura che si ottiene dal rapporto di due parametri (Fc/PA_{sis}) che esprimono le conseguenze cardiorespiratorie della TEP. In uno studio recente (*Otero R, 2007*) il SI è apparso un valido predittore indipendente di mortalità a 30 giorni e un utile strumento per accelerare il triage in emergenza: se il suo valore era ≥ 1 in presenza di disfunzione del ventricolo cardiaco destro valutato mediante ecocardiografia, si poteva immediatamente procedere alla riperfusione evitando le lungaggini legate al responso dell'*imaging* toracico.
Lo studio in questione mette per la prima volta a confronto l'utilizzo dei due indici nell'area di emergenza/accettazione ospedaliera e dimostra che lo sPESI predice con successo la mortalità a 30 giorni nei pazienti con TEP acuta e sintomatica. Rispetto al SI, dimostra un'accuratezza prognostica migliore forse proprio perché considera al suo interno l'età del paziente e la presenza di comorbilità. Lo sPESI esprimeva infatti un tasso di mortalità minore e un valore predittivo negativo per morte più elevato (98%) nei pazienti a basso rischio rispetto a quanto emergeva con il SI, il che lo rende un indice clinico molto utile nell'identificare i pazienti candidati al trattamento ambulatoriale.
Dal punto di vista metodologico lo studio, pur rigoroso nell'analisi statistica di discriminazione tra gli indici, presenta alcune limitazioni riconosciute dagli stessi autori: anzitutto l'analisi dei dati, benché raccolti in maniera prospettica, è retrospettiva; la derivazione dello sPESI è stata ottenuta utilizzando la componente maggioritaria (82%), ma non totale, della coorte in studio, il che può avere favorito la supremazia di questo (e non dell'altro) test come modello prognostico; non è infine stato stimato l'impatto della successiva terapia sugli *outcome* dei pazienti.
Ulteriori studi si rendono quindi necessari per confermare questa preliminare osservazione clinica, soprattutto in relazione ai limiti chiaramente sottolineati dagli autori stessi.

Il messaggio clinico

La stratificazione dei pazienti con TEP permette di identificare coloro che sono a maggiore rischio di morte precoce, e che quindi possono trarre beneficio da una sorveglianza clinica più attenta e da una terapia più aggressiva, ma anche coloro che, a rischio minore di complicanze, possono essere avviati da subito a trattamento ambulatoriale. I dati dello studio mostrano che il *test* sPESI è superiore per l'identificazione del rischio precoce legato ad episodi di TEP.

s.aiolfi@hcrema.it

AIR LIQUIDE
MEDICAL SYSTEMS

Più efficacia nella terapia, più qualità nella vita

L'espace

- **Camera distanziatrice** studiata per garantire una **maggior disponibilità** del farmaco nebulizzato con un ridotto sforzo inspiratorio
- Prodotta in materiali pregiati **completamente sterilizzabili**, di lunga durata e resistenza
- **Compatibile con tutti gli inalatori** predosati (MDI)
- **Disponibile in quattro versioni:** con maschera neonatale, pediatrica, adulti oppure con boccaglio per bambini oltre i 6 anni ed adulti
- **Movimento della valvola** ben visibile che favorisce il controllo del **corretto funzionamento.**

Novità

donald & company - bs

Air Liquide Medical Systems S.p.A.
via dei Prati, 62 - 25073 Bovezzo (Bs) Italy - Tel. 03020159 11 - Fax 030 2000551
www.airliquidemedicalsystems.it

AIR LIQUIDE

MedicAir®

MedicAir opera da oltre 20 anni nel settore dell'assistenza sanitaria a domicilio, con una mission ben precisa: soddisfare il bisogno di salute di pazienti con patologie croniche invalidanti nel rispetto delle esigenze di ottimizzazione di costo e servizio espresse dalle strutture sanitarie. Il tutto partecipando attivamente a campagne di prevenzione e iniziative di sensibilizzazione.

Grazie alle **25 filiali presenti in Italia** oltre alle **4 sedi in Germania**, MedicAir garantisce una copertura capillare dell'intero territorio nazionale, rivolgendosi anche al contesto europeo.

Chi sceglie MedicAir può contare su di un partner ideale nella fornitura di servizi e assistenze domiciliari mirati al miglioramento della qualità della vita.

Sempre e ovunque vi sia la necessità, MedicAir risponde alle esigenze dei clienti offrendo una gamma ampia e specializzata di prodotti e servizi a domicilio:

- Ossigenoterapia
- Ventiloterapia
- Assistenza Protesica Maggiore
- Nutrizione Artificiale
- Assistenza Protesica Minore e Integrativa
- Apparecchiature per Diagnosi e cura Apnee del Sonno
- Dispositivi per il monitoraggio SIDS (Sindrome della morte improvvisa del lattante)
- Sistemi di Telemonitoraggio e teleassisitenza

Numero Verde
800-348139

MEDICAIR ITALIA s.r.l. Via E. Mattei, snc - 20010 Pogliano Milanese (Mi)
Tel. 02 93282391 - Fax 02 93282394
www.medicair.it - e-mail: info@medicair.it

Decisioni “sul” morire: come, dove, quando...

Camillo Barbisan

Accade frequentemente di leggere espressioni quali “medicalizzazione di ogni fase della vita”, “intrusione della medicina”, “potere inesauribile della medicina” riferite al rapporto tra malattia, corpo, persona, istituzioni sanitarie. Tutto ciò assume una connotazione negativa o quantomeno problematica in ordine alla percezione di “qualcosa che sfugge al controllo” e che ci gestisce indipendentemente dalla nostra volontà. La questione si fa ancor più intrigante quando riguardi le ultime fasi della vita, quando cioè ci si trova all’interno di uno scenario di malattia per la quale non esistono rimedi efficaci né per la guarigione né tanto meno per la sua accettabile cronicizzazione. È lo scenario che evoca il tema della dignità del morire rispetto al quale opera ancora una sorta di profondo disagio se non addirittura di sistematica rimozione quali sintomi di impreparazione o inadeguatezza ad accompagnare e gestire i nuovi “scenari di morte”. Va da sé che la faccenda non è di poco conto e soprattutto viene a toccare aspetti molto profondi delle nostre percezioni o dei nostri pensieri. Rispetto a questi disagi talvolta sono le storie dei nostri pazienti ad offrirci delle autentiche lezioni di vita che domandano solo di essere riconosciute ed accolte per ciò che ci offrono. Propongo al lettore della “Bussola” tre di queste storie che rappresentano altrettante vicende di “buona morte” e di “buon accompagnamento” dei curanti.

ANTONIO (i nomi sono tutti modificati) è una persona semplice, un pensionato settantenne che nella vita ha dovuto subire la perdita di tante persone care a causa del devastante terremoto del Friuli nel 1976. È un sopravvissuto a cui però la sorte riserva ora una brutta sorpresa: una SLA. Con la moglie ed il figlio elabora un suo progetto per il futuro e soprattutto un progetto relativo all’intensità delle cure. Rifiuta risolutamente “di finire attaccato ad una macchina per respirare”.

GIOVANNI è poco più che sessantenne. È un fisioterapista che inizia a godere la vita ore che è diventato nonno. Anche per lui la malattia è in agguato. Proprio quella malattia che lui, da professionista, aveva sempre temuto proprio perché vedeva gli effetti devastanti che produceva nelle persone che “trattava”. Giovanni si ammala proprio di SLA. Lui sa cosa vuole dire, quale sarà il suo futuro e perciò manifesta risolutamente il suo proposito di “non finire come una pianta in un vaso che deve essere continuamente annaffiata per farla vivere”.

Infine ARTURO, un imprenditore settantenne abituato a prendere decisioni, ad assumersi responsabilità. È contento della sua vita, e orgoglioso di avere un figlio medico... è anche un accanito fumatore ma soprattutto è segnato da una sempre più grave insufficienza respiratoria che oramai lo sta conducendo alla fine. Con piglio manageriale questa volta ha deciso per se, per la sua vita, per il suo corpo: vuole andarsene in pace senza ricorrere a cure estreme: “tutto quello che volevo realizzare l’ho fatto, tutto quello che volevo vedere l’ho veduto”.

Antonio, Giovanni ed Arturo non sono soli: sono accompagnati da tre famiglie che intensificano i loro legami per far fronte all’urto della malattia. Tre famiglie che accolgono e rispettano la volontà “astensionistica” dei loro congiunti non con modalità asettica, quasi notarile, ma con la percezione che certi “pesi” possono essere compresi e portati solo da chi se li

trova “sulle spalle”. Tre famiglie che continueranno ad essere presenti, vicine e solidali fino alla fine.
Ma ciò non basta. C’è stato anche l’accompagnamento del variegato gruppo dei curanti: ospedale-territorio; medici-infermieri; psicologi-fisioterapisti e... tanti altri ancora che hanno vissuto individualmente e comunitariamente il “peso” di questi pazienti e il “contrappeso” della reazione personale.
Antonio, Giovanni ed Arturo hanno voluto e potuto DECIDERE in ordine al proprio morire: il COME, il DOVE, il QUANDO.
Solo in questo modo hanno potuto percepire come dignitosa la loro purtroppo inevitabile uscita dalla vita.
Antonio, a fronte di un repentino aggravamento, è stato portato in Pronto Soccorso ma qui ha confermato il suo orientamento. Il personale è riuscito a creare le condizioni per un trapasso dignitoso in questo luogo che talvolta è un “campo di battaglia”.
Una piccola stanza, una presenza discreta, il rispetto dei segni religiosi quale unico “efficace” accompagnamento nel momento estremo per chi li desiderava. Le lacrime composte della moglie e dei figli ed un “grazie” sussurrato a medici ed infermieri a decesso avvenuto. Anche il Pronto Soccorso può essere luogo nel quale si può morire dignitosamente!
Giovanni ha trasformato la sua casa, la sua camera in una “piazza” dove convergono i suoi tanti amici. Ma anche i curanti del territorio che gli garantiscono presenza costante ma soprattutto promettono di farsi carico della sua sofferenza finale. E così accade e Giovanni può morire nel suo letto “senza essere diventato come una pianta in un vaso”. Entrerà nella morte “con gli occhi aperti” come scrive M. YOURCENAR nelle Memorie di Adriano: consapevole di quanto sta accedendo e lasciando una lettera di ringraziamento per tutte le persone care!
Infine Arturo che se ne va in Ospedale dopo aver tranquillizzato il figlio medico che non si rassegnava al fatto di non poter utilizzare la sua scienza per il proprio genitore. Arturo ha dovuto fare il papà sino alla fine per ricordare al figlio che in quella circostanza lui era solo figlio e null'altro. Anche in ospedale si può morire bene!
Queste poche righe non riescono ad esaurire la ricchezza di pensieri e di emozioni che le tre storie raccontate hanno prodotto nei curanti, nessuno dei quali si è mai percepito come inadeguato o colpevole di queste morti.
I medici in questione avevano ben chiaro che: “Il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall’ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici di cui non si possa fondatamente

AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS
CHEST Edizione Italiana

ABBONARSI PER NON PERDERE UN NUMERO

COME ABBONARSI:
Versamento su c/c postale n. 34827204
intestato a MIDIA srl - Via Cesare Beccaria 3
34133 TRIESTE

Acquisto online sul sito www.midiaonline.it

* L’abbonamento a 4 numeri ha inizio con il primo numero in uscita dopo l’effettuazione del pagamento

4 numeri € 48,00*

MIDIA EDIZIONI
MIDIA srl
Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita" (Codice Deontologico, art. 16) cui fa eco il recentissimo principio 9° della Carta Europea di Etica Medica: "L'esercizio della medicina implica il rispetto della vita, della autonomia morale e della libera scelta del paziente" (nostra traduzione dall'originale in francese, giugno 2011).
Anche per gli infermieri è stato un punto di riferimento il proprio Codice Deontologico (2009): "L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale" (art. 35) ma anche "L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita" (art. 36).

A quanti altri Antonio, Giovanni, Arturo non né permesso né concesso di vivere dignitosamente la propria morte in nome di... non si sa neppure che cosa perché i presunti riferimenti morali o giuridici che vengono invocati oramai non hanno più alcun significato o, ancor più radicalmente, alcuna dignità al cospetto di questi modi autentici di ... "entrare nella morte".

Direttamente a casa tua

Acquista online sul sito www.midiaonline.it

€ 65,00

Disponibile nelle migliori librerie scientifiche

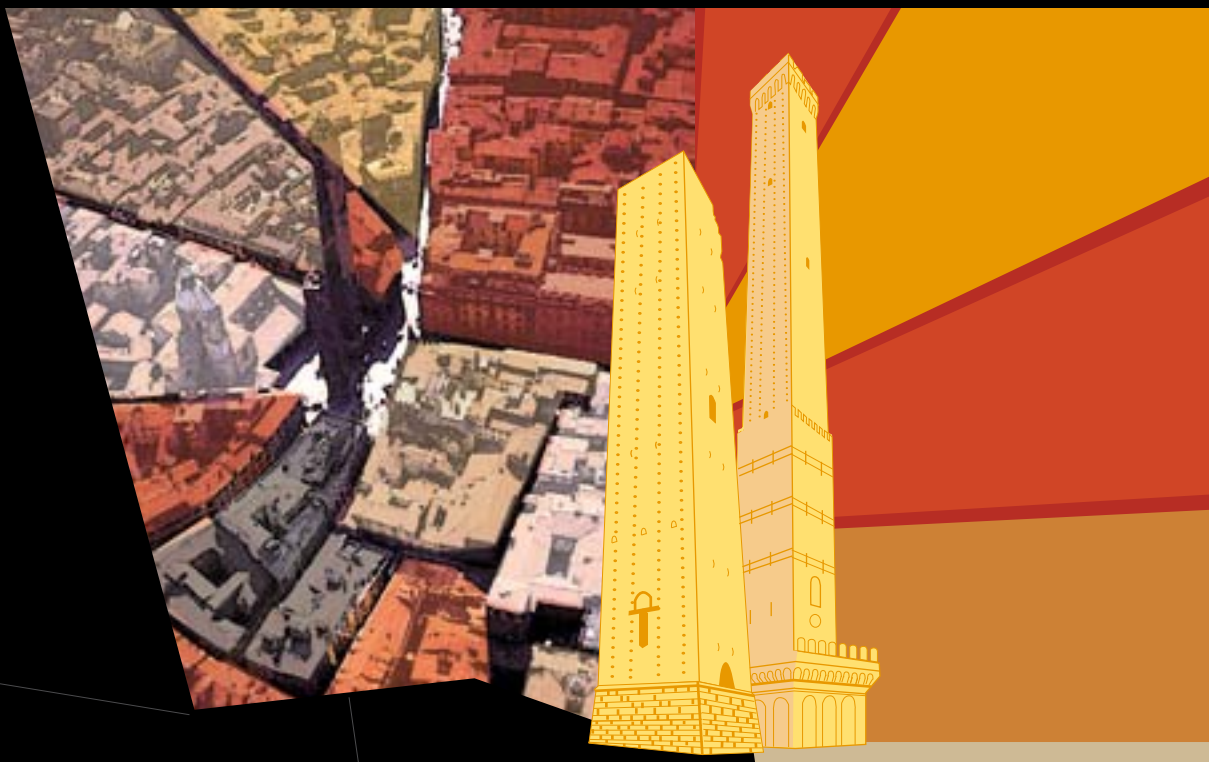
Midia srl - Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

XII UIP CONGRESSO NAZIONALE
UNIONE ITALIANA PER LA PNEUMOLOGIA

XLI AIPO CONGRESSO NAZIONALE
ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI

Bologna
Palazzo della Cultura e dei Congressi

30 Novembre 3 Dicembre 2011



Il Sistema delle cure Respiratorie: la rete pneumologica ed i percorsi assistenziali

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
AIPO RICERCHE
Via Antonio da Recanate, 2 - 20124 MILANO
Tel. +39 02 36590364 - Fax +39 02 36590368
www.aiporicerche.it

Per maggiori informazioni
www.uip2011.it
uip2011@aiporicerche.it

Edizione Italiana

CHEST Physician

THE NEWSPAPER OF THE AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS

Rischio più alto di infezioni secondarie nella BPCO

DENVER – La maggior parte dei pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva che contraggono un'infezione da rinovirus sviluppano poco dopo un'infezione batterica secondaria, e ciò suggerisce che la terapia antivirale precoce potrebbe svolgere una doppia azione.

In uno studio presentato al Congresso Internazionale dell'American Thoracic Society, il 60% dei pazienti con BPCO, che erano stati infettati sperimentalmente con rinovirus e che hanno prodotto campioni seriati dell'espettorato, hanno sviluppato anche un'infezione batterica, circa una settimana dopo. Questa percentuale era sei volte più alta rispetto a quella osservata nei fumatori con una normale funzione respiratoria e nei non fumatori. I pattern temporali delle cariche patogene e dei markers molecolari hanno suggerito che il virus può provocare infiammazione che, a sua volta, comporta la degradazione dei peptidi chiave di difesa nelle vie aeree, lasciando i pazienti vulnerabili ai batteri.

I risultati suggeriscono che probabilmente "la doppia infezione è più comune di quanto è stato riportato in [precedenti] studi", ha affermato il ricercatore principale Dott. Patrick Mallia, docente di Clinica Medica del National Institute for Health Research inglese presso l'Imperial College di Londra.

"In termini di terapia, ciò può indicare che i farmaci antivirali possono non solo essere efficaci contro le riacutizzazioni indotte da virus, ma anche potenzialmente prevenire o ridurre le infezioni batteriche secondarie", ha commentato.

Presso il suo Istituto, nei pazienti BPCO con una riacutizzazione non vengono ricercati di routine i virus. Ma ciò potrebbe cambiare, considerato l'avvento dei test rapidi PCR (polymerase chain reaction) per individuare i virus, e probabilmente, l'allargamento delle indicazioni dei farmaci antivirali. L'interesse sul ruolo dei virus e dell'infezione doppia virale-batterica nelle riacutizzazioni di BPCO si è recentemente intensificato, secondo il Dott. Mallia. Dato che entrambi i tipi di infezione sono comuni in questa popolazione, ci si potrebbe aspettare che l'infezione doppia sia anch'essa comune; ancora, in media, gli studi hanno trovato un'infezione doppia in solo il 13% delle riacutizzazioni.

"Ci sono numerose ragioni per cui questi studi possono aver sottostimato la percentuale di infezioni doppie", ha affermato, come la loro natura trasversale o retrospettiva, e l'aver testato solo una volta i patogeni.

"Gli studi che utilizzano un singolo momento temporale per il test durante la riacutizzazione probabilmente sottostimeranno la vera prevalenza della coinfezione, ed inoltre possono non dirci qual è la frequenza dell'infezione", ha spiegato.

Per aggirare questi problemi, i ricercatori dello studio hanno utilizzato un loro modello, recentemente sviluppato, di riacutizzazione sperimentale di BPCO indotta da rinovirus. "Questi pazienti prendono un raffreddore, sviluppano sintomi delle basse vie respiratorie ed una riacutizzazione con un aumento dell'ostruzione del flusso aereo e dell'infiammazione delle vie aeree", ha detto.

Lo studio ha incluso 30 pazienti con BPCO

stadio II GOLD che stavano usando solo broncodilatatori short-acting, 28 fumatori con normale funzione respiratoria e 18 non fumatori. Essi sono stati inoculati sperimentalmente con rinovirus, il virus più comunemente rilevato nelle riacutizzazioni di BPCO. Lo sputo indotto è stato raccolto prima dell'inoculazione e 5, 9, 12, 15, 21 e 32 giorni dopo.

Il carico di rinovirus nell'espettorato è stato valutato con l'indagine PCR. La carica di batteri che potevano essere classificati come microrganismi potenzialmente patogeni è stata valutata attraverso colture batteriche semiquantitative.

I risultati dello studio hanno dimostrato che 20 pazienti con BPCO, 21 fumatori, e 11 non fumatori hanno sviluppato un'infezione da rinovirus dopo l'inoculazione.

Il 60% dei pazienti BPCO infettati con rinovirus ha sviluppato infezioni batteriche secondarie (principalmente con *Haemophilusinfluenzae* e *Streptococcus pneumoniae*) rispetto a solo il 9,5% dei fumatori ed il 10% dei non fumatori (P minore di 0,001).

All'interno del gruppo BPCO, le infezioni batteriche erano significativamente più comuni fra i pazienti che avevano contratto infezione con rinovirus rispetto a chi non l'aveva contratta. "Questo suggerisce che le infezioni batteriche che stavamo rilevando erano una conseguenza delle infezioni da rinovirus", ha commentato il Dott. Mallia.

Sia la carica virale che batterica sono aumentate e ridiscese nel tempo, ma la prima infezione ha preceduto la seconda: Il carico virale ha avuto un picco il giorno 9, mentre la carica batterica ha avuto un picco circa una settimana dopo, al giorno 15. Questi sono "realmente i primi dati che [dimostrano] una sequenza temporale, in cui prima si contrae l'infezione da rinovirus, e dopo l'infezione batterica successiva", ha notato.

Inoltre, "si può osservare immediatamente che se si raccoglie un singolo campione e lo si fa precocemente, si può individuare un virus e chiamarla riacutizzazione virale, ma non individuare la seguente infezione batterica" ha aggiunto. "Mentre se il paziente si presenta più tardivamente, si può individuare l'infezione batterica ma non rilevare... l'infezione virale che in realtà l'ha originata".

Per valutare i potenziali meccanismi attraverso cui un rinovirus può indurre infezioni batteriche, i ricercatori hanno misurato i livelli nell'espettorato di due peptidi antimicrobici trovati nelle vie aeree che sono parte delle difese polmonari innate contro le infezioni: l'inibitore secretorio delle proteasi dei leucociti (SLPI) e l'elafina.

I livelli di entrambi i peptidi si sono ridotti nei pazienti BPCO infettati con i rinovirus che hanno sviluppato infezioni batteriche prima o al momento in cui la carica batterica ha avuto un picco. Al contrario, i livelli sono rimasti gli stessi o aumentati leggermente nei pazienti che non hanno sviluppato infezione batterica. Inoltre, più bassi livelli di peptidi erano correlati con più alte cariche batteriche. "Ciò suggerirebbe che l'infezione batterica sia una conseguenza dei bassi livelli di SLPI ed elafina nelle vie aeree", ha affermato il Dott. Mallia.

Infine, i livelli nell'espettorato di elastasi neutrofila (un enzima che può degradare i peptidi protettivi) sono aumentati nei pazienti BPCO infettati con rinovirus ma sono rimasti essenzialmente ai livelli basali nelle loro controparti che non lo erano stati.

"Noi ipotizziamo che probabilmente si abbia una sequenza di eventi – infezione virale, alti livelli di elestasi neutrofila e degradazione di SLPI ed elafina – che può progredire verso un'infezione batterica secondaria", ha detto.

Lo studio apre parecchi, potenziali, collegati percorsi di ricerca. "Certamente, una delle cose a cui siamo interessati è, Esistono markers che possono identificare le persone che svilupperanno infezioni batteriche?" ha affermato. E alcune evidenze suggeriscono che in aggiunta all'attività antibatterica, gli antibiotici macrolidi possono avere anche attività

anti-rinovirus, che i ricercatori pensano di verificare utilizzando il loro modello.

Il Dott. Mallia ha riferito di aver ricevuto in passato contributi di ricerca da Pfizer e GlaxoSmithKline, ed attualmente di aver ricevuto un contributo viaggio da Boehringer Ingelheim. Lo studio è stato finanziato in parte da Pfizer e da GlaxoSmithKline.

Susan London

Commento

Commenta il Dott. Marcos Restrepo, FCCP: Questo è uno studio molto ingegnoso con un'importante osservazione che può influire sul futuro di diagnosi, trattamento e prevenzione delle riacutizzazioni di BPCO. Gli autori dello studio hanno dimostrato che un numero significativo di pazienti BPCO infettati con rinovirus hanno sviluppato infezioni batteriche secondarie. Inoltre, hanno proposto un meccanismo, che prevede che l'infezione virale attivi la risposta innata dell'ospite mediata dai leucociti, facilitando in seguito l'invasione dei batteri patogeni. Queste osservazioni possono spiegare perché certi pazienti beneficino o meno dell'utilizzo di antibiotici (ad es. macrolidi), e l'impatto degli outcomes sui pazienti con riacutizzazioni di BPCO.

Attenzione all'arresto cardiaco dopo un ricovero per polmonite

DENVER – I pazienti con polmonite possono essere a rischio di collasso cardiovascolare improvviso entro le prime 72 ore dopo il ricovero in ospedale, in accordo con i risultati preliminari di un'ampia analisi retrospettiva.

Inoltre, i ricercatori hanno trovato che almeno uno su cinque di questi arresti cardiaci intraospedalieri (IHCA) si verificano al di fuori dell'ICU, e molti dei pazienti non avevano ricevuto manovre intensive prima dell'arresto cardiaco. Essi hanno affermato che i risultati "possono indicare che le attuali pratiche di triage o altri processi di cura non sono adeguati" (Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2011;183:A6339).

Lo studio è il primo del suo genere ad analizzare le caratteristiche dell'arresto cardiaco intraospedaliero nei pazienti con polmonite, ha affermato l'autore principale Dott. Gordon E. Carr ad un briefing di un convegno internazionale dell'American Thoracic Society.

Il Dott. Carr ha notato che i pazienti con polmonite sono a rischio di seguire un percorso progressivo di grave sepsi, shock settico ed insufficienza multiorgano prima di avere un arresto cardiaco. Tuttavia, alcuni pazienti procedono dallo sviluppo dell'infezione grave direttamente al collasso cardiopolmonare. Alcuni studi clinici ed epidemiologici hanno dimostrato che non tutti i pazienti con sepsi seguono la via tipica (Curr. Opin. Anaesthesiol. 2008;21:128-40).

Il Dott. Carr ed i suoi colleghi dell'Università di Chicago Medical Center hanno condotto un'analisi retrospettiva utilizzando il database dell'American Heart Association Get With The Guidelines-Resuscitation. I dati hanno riguardato 9 anni ed incluso circa 500 ospedali del Nord America.

Il team ha analizzato 166.919 eventi di arresto cardiopolmonare, 44.416 dei quali si sono verificati entro 72 ore dal ricovero. Essi si sono concentrati su 5.367 eventi in cui i pa-

zienti avevano polmonite come condizione preesistente al loro primo evento di assenza di polso dopo il ricovero in ospedale.
Il tempo medio dal ricovero all'IHCA era 20,7 ore. Solo il 14,7% dei pazienti con polmonite e IHCA è sopravvissuto fino alla dimissione. Ancora, il 19,3% degli eventi IHCA si sono verificati in un'area di degenza ordinaria, mentre il 77,2% si è verificato in terapia intensiva o in unità semi-intensiva.
L'analisi ha dimostrato che l'aritmia era la causa principale di IHCA (65%) in quel gruppo di pazienti, seguita dall'insufficienza respiratoria (53,9%), ed ipotensione/ipoperfusione (49,8%).
La maggior parte dei ritmi non erano "defibrillabili", ha affermato il Dott. Carr, come attività elettrica in assenza di polso (45,2%), asistolia (38,4%) e tachicardia (16,4%).
Le limitazioni dello studio erano l'utilizzo di un ampio database, e ha detto il Dott. Carr "qualunque imponente gruppo di dati ha un problema intrinseco in termini di bias". Inoltre, i ricercatori non hanno potuto correggere per la gravità della polmonite e non avevano informazioni sul processo di cura.
Il messaggio da portare a casa per i medici è "stare in allerta per la possibilità di un collasso improvviso nei pazienti con polmonite", e il Dott. Carr mette in guardia di monitorare con attenzione i pazienti con comorbilità.
Il Dott. Carr non ha conflitti da dichiarare.

Naseem S. Miller

Commento

Commenta il Dott. Marcos Restrepo, FCCP: È un'osservazione molto interessante che molti pazienti ricoverati per polmonite hanno sviluppato arresto cardiaco entro 72 ore dalla loro ospedalizzazione e hanno avuto una mortalità significativa (85% dei pazienti). Tuttavia, non è chiaro se questi eventi si sono verificati in pazienti gravemente ammalati che non sono stati identificati al momento del ricovero in base agli attuali punteggi di gravità della malattia e di conseguenza sono stati ricoverati in maniera inappropriata in unità di terapia non-intensiva. Un'altra possibilità è che alcuni pazienti possono essere peggiorati durante la loro fase iniziale di ospedalizzazione e questo peggioramento non è stato evidenziato fino all'insorgenza di complicazioni. Sono necessarie ulteriori ricerche per studiare l'impatto degli eventi cardiovascolari in pazienti con polmonite.

VATS e lobectomia aperta simili nel tumore polmonare in fase precoce

AMSTERDAM – La chirurgia toracoscopica video-assistita (VATS) nel tumore polmonare in fase precoce dà risultati simili alla lobectomia aperta sulla sopravvivenza a 5 anni, in base a quanto osservato in un'analisi secondaria di pazienti non randomizzati che si sono sottoposti ad intervento chirurgico come partecipanti di un trial multicentrico.
"Questi dati dimostrano che la VATS, quando correttamente effettuata, può comportare una sopravvivenza a lungo termine simile alla lobectomia aperta", ha affermato il Dott. Walter J. Scott, FCCP, alla Conferenza Mondiale sul Tumore Polmonare. Egli ha sottolineato che lo studio ha incluso soltanto pazienti con tumore polmonare in fase precoce

che avevano linfonodi negativi o una malattia non-ilare N1, e di conseguenza il risultato è specifico soltanto per questi pazienti. Fino ad ora, esistevano interrogativi sull'efficacia oncologica della VATS, ha notato il Dott. Scott, Direttore del Fox Chase Cancer Center di Philadelphia. Ma "la lobectomia in VATS fornisce risultati oncologici confrontabili" per questo gruppo di pazienti, ha affermato.

La sua analisi ha utilizzato dati raccolti nei 964 pazienti con tumore polmonare che hanno partecipato ad uno studio multicentrico durante il periodo 1999-2004, che ha confrontato due diverse strategie di valutazione dei linfonodi nel tumore polmonare in fase precoce (Ann. Thorac. Surg. 2006; 81:1013-20). Sebbene la maggior parte dei chirurghi non effettuino la VATS in questa fase, alcuni chirurghi lo hanno fatto, e sono disponibili i risultati degli outcomes a 5 anni per i 66 pazienti nello studio che sono stati sottoposti a VATS. Esistono dati a cinque anni anche per gli 898 pazienti che sono stati sottoposti a lobectomia aperta.

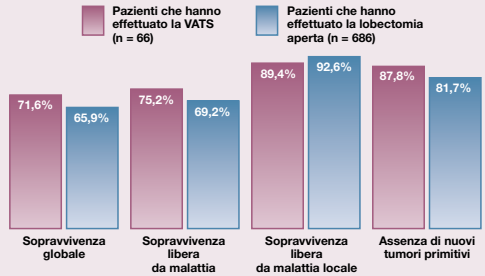
Allo scopo di correggere le differenze basali tra i pazienti, il Dott. Scott e i suoi associati hanno condotto un'analisi del punteggio di propensione che ha tenuto conto di età, sesso, performance status, tipo istologico del tumore, sede e dimensione del tumore ed invasione. L'analisi ha escluso circa un quinto dei pazienti con lobectomia aperta perché i loro punteggi di propensione ricadevano al di fuori del range dei pazienti con VATS, quindi il confronto finale della sopravvivenza ha riguardato 66 pazienti con VATS e 686 pazienti con lobectomia aperta.

Il Dott. Scott ha riferito all'incontro, sponsorizzato dall'Associazione Internazionale per lo Studio del Tumore Polmonare, che dopo la correzione del test di propensione, i risultati non hanno mostrato differenze significative tra i pazienti con VATS e lobectomia aperta sulle loro percentuali di sopravvivenza globale a 5 anni, sopravvivenza libera da malattia, sopravvivenza libera da malattia locale, o assenza di nuovi tumori primitivi (vedi tabella).

Il Dott. Scott ha dichiarato di possedere azioni di BiogenIdec, Celgene, e Johnson & Johnson.

Mitchel L. Zoler

Confronto VATS e Lobectomia Aperta (misure di rischio corretto a 5 anni)



Note: Tutti i pazienti sono stati operati in fase precoce, linfonodo-negativi, o con tumore polmonare non-ilare N1. HR = hazard ratio (VATS:lobectomia aperta).
Fonte: Dott. Scott

PNEUMORAMA offre ai suoi lettori *News from the college* tratto dal numero di luglio 2011 di **CHEST Physician**, pubblicazione mensile dell'American College of Chest Physicians.
Traduzione a cura di Stefano Picciolo

Nuova Ecologia

Giuliana Maldini

AIAnewsletter

& PNEUMORAMA

XIII Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di aerobiologia (AIA)

Padova 15-17 marzo 2012

Il XIII Congresso dell'Associazione Italiana di Aerobiologia si terrà a Padova dal 15 al 17 marzo 2012.

L'Associazione Italiana di Aerobiologia (AIA:www.ilpolline.it), nasce nel 1985 per iniziativa di ricercatori di diverse discipline, tra cui allergologi, botanici, biologi, ma anche fisici e climatologi, con l'obiettivo di promuovere a livello scientifico e applicativo iniziative nel campo delle particelle biologiche disperse in aria. L'Associazione accoglie quindi fin dall'inizio al suo interno competenze proprie del campo medico, biologico e della prevenzione ambientale. AIA conta attualmente circa 150 soci. L'aerobiologia è una disciplina che studia le sorgenti, la natura e la diffusione delle particelle aerodisperse di origine biologica sia negli ambienti outdoor che indoor ed il loro impatto sulla salute dell'uomo, sull'agricoltura e sugli allevamenti, nonché sugli effetti indotti da agenti biologici su sostanze e materiali, come ad esempio i beni culturali. AIA coltiva e promuove contatti con gruppi di ricerca nazionali e internazionali, collaborando in maniera organica con altre Società Scientifiche,in particolare con le Società di Allergologia federate nell'IFIACI.

AIA gestisce la Rete Italiana di Monitoraggio in Aerobiologia (RIMA®), costituita da Centri di Monitoraggio distribuiti su tutto il territorio nazionale. I Centri operano presso Università, Cliniche Universitarie, Aziende Sanitarie Locali, Ospedali, Istituti e Orti Botanici, Agenzie Regionali per la Prevenzione Ambientale (A.R.P.A.), effettuando il campionamento, l'analisi ed il conteggio delle particelle (dei pollini e delle spore fungine aerodispersi) e trasferendo settimanalmente i risultati alla banca dati centrale di RIMA®. I dati, elaborati attualmente per 10 macroaree che tengono conto delle particolarità del territorio nazionale, sono presenti sul sito AIA e vengono diffusamente pubblicizzati a livello nazionale e locale. Attraverso il sito AIA viene diffuso settimanalmente un bollettino giornaliero con le concentrazioni in aria di oltre 40 famiglie o generi di pollini e spore fungine insieme con l'indicazione della tendenza prevista per la settimana successiva.

Il XIII Congresso AIA

Il XIII Congresso AIA del 2012 ha come tema centrale "Ambiente – Aerobiologia – Allergia" e si propone di discutere argomenti di interesse medico e biologico nel corso di sessioni scientifiche e Letture Magistrali che affronteranno i diversi temi previsti dal programma. Saranno discussi alcuni temi "caldi" in ambito aerobiologico: in particolare la standardizzazione delle metodiche di campionamento e di lettura, il problema delle soglie di riferimento per l'interpretazione del dato, le nuove metodiche di campionamento basate sulla concentrazione di allergeni contenuti nei pollini e dispersi in aria. Si parlerà anche di inquinamento "tradizionale" dell'aria e suoi effetti sulle patologie allergiche. Una particolare attenzione è stata rivolta all'inquinamento indoor, sia sotto l'aspetto microbiologico che occupazionale. Non mancherà una sessione sugli effetti degli inquinanti aerodispersi sul patrimonio artistico, tema tradizionale dei Congressi AIA. Sul piano più strettamente medico alcune sessioni tratteranno recenti progressi in tema di asma bronchiale e di patologia delle alte vie respiratorie, di immunoterapia specifica, di diagnostica molecolare. Una specifica sessione verrà infine dedicata all'interpretazione del dato aerobiologico nella pratica allergologica, una cerniera indispensabile tra le due anime, biologia e medica dell'Associazione. Saranno richiesti gli ECM per Medici Chirurgi specialisti in Medicina interna, Allergologia, Malattie dell'Apparato Respiratorio, Medicina del Lavoro, Otorinolaringoiatria, Medici di Medicina Generale, per biologi, tecnici di laboratorio e tecnici della prevenzione.

Il Presidente AIA
Prof. Guido Marcer

AIAnewsletter

ASSOCIAZIONE ITALIANA DI AEROBIOLOGIA
Rete Italiana di Monitoraggio degli Aeroallergeni

& PNEUMORAMA

AI2 - Novi Ligure
AI3 - Acqui Terme
AI4 - Ovada
M.G. Mazzarello, L.G. Cremonte
ASL 22, Osp. di Ovada,
Osp. Civile Novi Ligure,
Via Ruffini 22 - 15076 Ovada (AL)

AI5 - Casale Monferrato
L.G. Cremonte, E. Piccolini, M.G. Mazzarello
ASL 21 Osp. S. Spirito
Via Giolitti 2 -15033 Casale Monferrato (AL)

Ao2 - Aosta, Saint-Christophe
Ao3 - Frazione Gimillan (Cogne)
R.Ferrari, P.Acconcia
A.R.P.A. Valle D'Aosta
Loc. Grande Charrière, 44
11020 Saint-Christophe (AO)

Ap1 - Ascoli Piceno
G. Nardi, C. Coccia
Osp. Prov. Mazzoni ASUR 13
Servizio di Allergologia
Via Degli Iris, 1 - 63100 Ascoli Piceno

Ap2 - S. Benedetto Del Tronto
E. Piunti, R. Alleva
ASL 12 - Ospedale S. Benedetto del Tronto
Servizio di Allergologia
Via Manara, 7
63039 S. Benedetto del Tronto (AP)

Aq1 - Coppito
L. Pace, A. Angelosante Bruno
Università degli Studi dell'Aquila
Dip. Scienze Ambientali
Via Vetoio - 67100 Coppito (AQ)

Av1 – Mercogliano
U. Viola, A. Polcari, M. Mottola
Casa di Cura "Montevergine" spa
Via M. Malzoni 4 - 83013 Mercogliano (AV)

Bo1 - Bologna
A.M. Casali, M. Felicori
A.R.P.A. - Sez. Prov. di Bologna
Via Triachini, 17 - 40137 Bologna

Bo3 - S. Giovanni in Persiceto
S. Marvelli, E. Rizzoli
Centro Agricoltura Ambiente srl
Via di Mezzo Levante, 2233
40014 Crevalcore (BO)

Bo5 - S. Pietro Capofiume
S. Marvelli, E. Rizzoli
Centro Agricoltura Ambiente srl
Via di Mezzo Levante, 2233
40014 Crevalcore (BO)

Bz2 - Bolzano
E. Bucher, V. Kofler, E. Zieger
Arpa Bolzano
Laboratorio Biologico Provinciale
Via Sottomonte, 2 - 39055 Laives (BZ)

Ca1 - Cagliari
G. Piu, P.U. Mulas, C. Caddeo
Ambulatorio di Allergologia
Via Zagabria, 51 - 09100 Cagliari

Cb1 – Campobasso
A. Lucci, V. Nardelli
ARPA Molise – Dip. Di Campobasso
Via U. Petrella, 5 - 86100 Campobasso

Is1 - Isernia
A.Lucci, A. Mollichelli, V. Nardelli
A.R.P.A. Molise, Dip. di Campobasso
Via Petrella, 1 - 86100 Campobasso

Cs1 - Cosenza
F. Romano, M.I. Scarlato
A. O. "Mariano Santo", di Cosenza
Via Benedetto Croce, 23 - 87036 Cosenza

Fe1 - Ferrara
G. Garasto, E. Manfredini
A.R.P.A. - Sez. Prov. di Ferrara
Corso Giovecca, 169 - 44100 Ferrara

Fg1 – Foggia
A. Graziani
Azienda Osp. Univ. OORR Foggia,
Struttura di Allergologia ed Immunol.
Clinica, Osp. Colonnello D'Avanzo
Viale degli Aviatori 1 - 71100 Foggia

Fi1 - Firenze Nw
M. Onorari, M.P. Domeneghetti
Arpat, Articolazione Funzionale
di Aerobiologia del Dip. di Pistoia
Via Baroni, 18 - 51100 Pistoia

Fi2 - Firenze Sw
M. Manfredi
U.O. Immunologia e Allergologia
Nuovo Osp. S. Giovanni di Dio
Via Torregalli, 3 - 50143 Firenze

Fo1 – Forlì
P. Veronesi
A.R.P.A - Sez. Prov. di Forlì/Cesena
Sede ARPA - Viale Salinatore, 20
47100 Forlì

Fo2 – Cesena
P. Veronesi
A.R.P.A - Sez. Prov. di Forlì/Cesena
Sede ARPA - Viale Salinatore, 20
47100 Forlì

Fo3 - Rimini
M.T. Biagini, P. Anelli
A.R.P.A. E.R. - Sez. Prov. di Rimini
Servizio Sistemi Ambientali
Via D. Alighieri, 80/A - 47900 Rimini

Ge1 - Genova
S. Voltolini, C. Montanari, A. Fichera,
S. Mezzetta
A. O. S. Martino e Cliniche
Universitarie Convenzionate
Università di Genova, Laboratorio
di Palinologia e Archeobotanica
Largo R. Benzi, 10 - 16132 Genova

Ge2 - Lavagna
G. Albalustri, M. Audisio, A.P. Greco
ASL 4 Chiavarese
Loc. S. Andrea di Rovereto
16043 Chiavari (GE)

Ge4 - Genova
M. Molina, S. Trichilo
A.R.P.A.L. - Dip. di Genova
Via Bombrini, 8 - 16149 Genova

NUOVO CONSIGLIO DIRETTIVO AIA 2009-2012

PRESIDENTE Guido Marcer - Padova
PAST PRESIDENT Mariangela Manfredi - Firenze
VICE PRESIDENTE Roberto Albertini - Parma
SEGRETARIO Maria Paola Domeneghetti - Pistoia
TESORIERE Maira Bonini - Parabiago, Milano

CONSIGLIERI Augusto Arsieni - Brindisi
Gianna Moscato - Pavia
Erminia Ridolo - Parma
Maria Cecilia Serra - Roma
Susanna Voltolini - Genova
Alessandro Travaglini - Roma

Im3 - Imperia
L. Occello, M. Ferri
A.R.P.A.L. Dip. di Imperia
Via Nizza, 6 - 18100 Imperia

Lc1 - Casatenovo
F. Della Torre, A. Molinari
I.N.R.C. - I.R.C.C.S., ASL Lecco
Via Monteregio, 13
23880 Casatenovo (LC)

Me5 - Messina Nord
R. Picone, S. Damino
Università di Messina
Dip. di Scienze Botaniche
Salita Sperone, 31
98166 Località S. Agata - Messina

Rc3 - Pellaro
R. Picone, S. Damino
Università di Messina
Dip. di Scienze Botaniche
Salita Sperone, 31
98166 Località S. Agata - Messina

Mi6 – Parabiago (MI)
M. Bonini, G. Cislaghi
ASL della Provincia di Milano1
U.O. di Igiene e Sanità Pubblica
Via Spagliardi, 19 - 20015 Parabiago (MI)

Mo1 - Modena
L. Venturi, C. Barbieri
Arpa - Sez. Prov. di Modena
Via Fontanelli, 23 - 41100 Modena

Mo2 - Vignola
A.M. Mercuri, P. Torri,
Edificio AUSL
Via Libertà, 799
41058 Vignola (MO)

Na2 - Napoli Nord
G. D'amato, M. Russo
A.O.R.N. "A. Cardarelli"
Centro Studi Aerobiologici
Via Rione Sirignano, 10
80121 Napoli

Pc1 - S. Lazzaro Alberoni
L. Contardi, G. Gallinari
A.R.P.A. Sez. Prov. di Piacenza
Settore Biotossicologico
Via XXI Aprile, 48
29100 Piacenza

Pd1 - Padova
G. Marcer, A. Bordin
Dip. di Medicina Ambientale e Sanità
Pubblica, Medicina del Lavoro
Università di Padova
Via Giustiniani, 2
35128 Padova

Pg1 - Perugia
E. Tedeschini
Università di Perugia
Dip. di Biologia vegetale e biotecnologie
agro-ambientali e zootecniche
Via Borgo XX Giugno, 74
06121 Perugia

Pr1 - Parma
P. Dall'aglio, R. Albertini, I. Usberti,
M. Ugolotti
Dip. di Clinica Medica, Nefrologia
e Scienze della prevenzione
Università degli Studi di Parma
Via Gramsci, 14 - 43100 Parma

Pr2 - Parma Ovest
F. Cassoni, G. Pinto, F. Fontana
A.R.P.A. E.R. - Sez. Prov. di Parma
Via Spalato, 4 - 43100 Parma

Pt1 – Pistoia
M. Onorari, V. Begliuomini
ARPAT, Articolazione Funzionale
di Aerobiologia distaccamento
territoriale di Pistoia
Via Baroni, 18 - 51100 Pistoia

Pt2 - Montecatini Terme
M. Onorari, T. Bianchi
ARPAT, Articolazione Funzionale
di Aerobiologia distaccamento
territoriale di Pistoia
Via Baroni, 18 - 51100 Pistoia

Lu1 - Lido di Camaiore
M. Onorari, V. Bigagli
ARPAT, Articolazione Funzionale
di Aerobiologia distaccamento
territoriale di Pistoia,
Via Baroni, 18 - 51100 Pistoia

Pu1 - Pesaro
S. Circolone, Cassiani
Provincia di Pesaro e Urbino
Via Gramsci, 7 - 61100 Pesaro

Pv1 - Montescano
C. Fracchia, S. Ricci
IRCCS Fondazione "S. Maugeri"
Via per Montescano
27040 Montescano (PV)

Pv2 - Pavia
C. Biale, P. Pignatti, G. Moscato
I.R.C.C.S. Fondazione "S. Maugeri"
Servizio Autonomo di Allergologia
e Immunologia Clinica
Via Salvatore Maugeri, 10
27100 Pavia

Ra3 - Ravenna
M. Pagnani
A.R.P.A. - Sez. Prov. di Ravenna
Via Alberoni, 17
48100 Ravenna

Re1 - Reggio Emilia
L. Camellini, M. Cavalchi, M. Ingrassia
A.R.P.A. - Sez. Prov. di Reggio Emilia
Via Amendola, 2
42100 Reggio Emilia

Rm5 - Roma Tor Vergata
A. Travaglini, D. Leonardi, S. Silvestri
Università di Roma Tor Vergata
Dip. di Biologia
Via Della Ricerca Scientifica, 1
00133 Roma

Rm6 - Roma Nw (Osp. S. Pietro)
A. Travaglini, S. Silvestri, D. Leonardi, F. Froio
Università di Roma Tor Vergata
Dip. di Biologia
Via Della Ricerca Scientifica, 1
00133 Roma

Rm8 - Roma Centro (Ucea)
M.C. Serra
CRA
Via Del Caravita, 7/A
00186 Roma

So2 - Sondrio
A. Pini
ASL Provincia di Sondrio,
Laboratorio di Sanità Pubblica
Via Stelvio, 35/A - 23100 Sondrio

Sp2 - La Spezia
C. Grillo, E. Rossi
A.R.P.A.L. - Dip. Prov. La Spezia
Via Fontevivo, 21 - 19125 La Spezia

Ss1 - Sassari
G. Vargiu, A. Vargiu
Studio Specialistico Allergologico
e Immunologico
Piazza Mons. Mazzotti, 6
07100 Sassari

Sv4 - Savona
D. Alleteo, F. Maida
A.R.P.A.L. - Dip. di Savona
Via Zunini, 1 - 17100 Savona

Tn2 - S. Michele all'Adige
E. Gottardini, F. Cristofolini
Istituto Agrario di S. Michele all'Adige
Via Mach, 2
38010 S. Michele all'Adige (TN)

To2 - Torino
R. Caramiello, L. Reale, F. Nebiolo
Università di Torino,
Dip. di Biologia Vegetale
Viale Mattioli, 25
10125 Torino

Va3 - Busto Arsizio
P. Zanon, E. Chiodini, P. Pozzi
A. O. "Ospedale di Busto Arsizio",
Serv. Allergologia
Piazzale Solano, 3
21052 Busto Arsizio (VA)

Br1 - Brindisi
A. Arsieni
AUSL, Osservatorio Aerobiologico
di Brindisi
Az. Ospedaliera "A Di Summa" Centro
di Allergologica e Immunologia Clinica,
Via Appia 164
72100 Brindisi

Kr2 – Krotone
S. Pugliese, F. Salvemini, G. Ierardi,
Vinciguerra
Polispecialistica B.I.O.S. s.r.l.
P.zza Umberto I, 41
88900 Krotone

X Giornata Mondiale della BPCO 16 novembre 2011

In occasione della X Giornata Mondiale della BPCO, l'Associazione Italiana Pazienti BPCO, presieduta da Francesco Tempesta, in collaborazione con le Società Scientifiche di riferimento, ha organizzato la VI Conferenza Nazionale BPCO "Quale futuro per i pazienti BPCO – Rapisci il tuo Respiro".
L'evento, che si avvale della presenza di importanti personalità della disciplina pneumologica e delle istituzioni sanitarie, si pone l'obiettivo di fornire un'overview sulla problematica clinica e proporre nuovi schemi e strategie di gestione della BPCO.

Il Convegno si svolgerà a Roma, mercoledì 16 novembre 2011, presso l'UNA Hotel, Via Giovanni Amendola 57, dalle ore 8.30 alle 14.40. Maggiori informazioni e tutta la documentazione relativa al Convegno è consultabile dal sito **www.pazientibpco.it.**
La partecipazione è gratuita e aperta a medici e cittadini. La coincidenza con il decennale della costituzione dell'Associazione, nata dalla volontà e dalla determinazione di Mariadelaide Franchi, è di grande soddisfazione per chi oggi, nello spirito del volontariato, porta avanti una causa a favore dei pazienti con grande tenacia e scarse risorse.
L'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus si rivolge ai pazienti e alle loro famiglie, chiedendo di apportare la propria esperienza al fine di realizzare una migliore tutela e assistenza sociale e sanitaria. L'Associazione si rivolge ai medici, agli operatori sociali e sanitari, affinché sostengano questa iniziativa e contribuiscano a migliorare l'informazione e la gestione della BPCO.

L'Associazione Pazienti BPCO all'ERS

La nostra Associazione rappresentata da Fausta Franchi (Vicepresidente) e Rosanna Franchi (Coordinatore per le relazioni estere) ha partecipato al Convegno annuale dell'ERS (European Respiratory Society), che si è svolto nei giorni 24/28 settembre 2011 ad Amsterdam.
Nella sessione Poster sono stati evidenziati di nostro particolare interesse gli argomenti COPD management, COPD exacerbation, COPD human studies, Broncodilatators in Asthma and COPD e Sleep Apnea.
Nella sessione COPD on Target, svolta nel pomeriggio del 25 settembre, gli interventi dei relatori sono state trattati gli argomenti sulla terapia per i pazienti BPCO, sia a livello farmacologico sia chirurgico e le nuove sfide per il futuro.
Dietro invito della Presidente dell'ELF (European Lung Fondation), Monica Fletcher, l'Associazione ha partecipato nella giornate di domenica 25 settembre al "First Patient Advisory Committee" (Primo incontro dei rappresentanti dei pazienti), a cui hanno preso parte 19 associazioni europee, che si occupano di asma, allergia, BPCO e apnea del sonno. L'obiettivo principale di questo incontro è stato quello di condividere i comuni obiettivi e interessi e di valutare il programma di educazione online promosso

Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus
Via Cassia, 605- 00189 Roma
Tel. 06 33251581 - Fax 06 33259798
franchima@tin.it - www.pazientibpco.it

Per destinare il 5 per mille dell'IRPEF, indicare: Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus codice fiscale 03202030965

dall'ELF, il cui contenuto ha lo scopo di rendere capaci il paziente, i suoi familiari e caregiver a sviluppare la conoscenza della malattia e a facilitare le interazioni tra i diversi professionisti del settore, politici e i media. I contenuti sono stati sviluppati dalla Presidente Monica Fletcher e discussi tra i partecipanti. È stato presentato il logo della prossima WORLD SPIROMETRY DAY, che si terrà il prossimo 27 giugno 2012.
Il giorno 26 settembre 2011 si è svolto l'"ELF Symposium: Patients as partners in research", in cui è stata focalizzata l'attenzione sulla necessità di una maggiore partecipazione dei pazienti nella ricerca e sono state sviluppate delle linee guida per come raggiungere un maggiore coinvolgimento del paziente in programmi di ricerca e identificare le sfide e le opportunità in Europa.
Nel pomeriggio del 26 settembre il Presidente dell'ERS Marc Decramer ha visitato gli stands delle associazioni invitate nella zona del "World Village – ELF Patient organization area" e ha dato loro il suo personale benvenuto. Di grande interesse è stata l'esposizione delle case farmaceutiche intervenute. La nostra Associazione ha condiviso nell'area a lei riservata lo stand con FEDERASMA Onlus.
Mercoledì 28 settembre 2011 si è svolto nella mattinata il primo "ERS Symposium". Il Congresso è stato di grande interesse ed ha permesso alla nostra Associazione di portare e condividere la sua esperienza a livello europeo.

Congresso AIST 2012

Bologna, 3-4 febbraio 2012

Cari Amici e Colleghi,
sono lieto di presentarVi il 9° Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per lo Studio della Tosse che avrà luogo a Bologna nel mese di febbraio 2012.
L'incontro si propone di dare continuità alla discussione multidisciplinare iniziata da AIST molti anni orsono e nel contempo di stimolare l'interesse del mondo scientifico, la ricerca sul tema della tosse e dei suoi molteplici aspetti.
La pubblicazione e la divulgazione di linee guida sulla tosse sono certamente un utile strumento per la gestione di questo sintomo e sintetizzano le nostre conoscenze odierne sull'argomento, presentano tuttavia lacune e punti ancora controversi. È necessario pertanto un continuo lavoro che permetta un costante aggiornamento per una loro periodica revisione.
L'incontro di quest'anno, come per le passate edizioni, riunisce e mette a confronto i massimi Esperti del settore sui temi più caldi, con lo scopo di fornire risposte di ordine pratico alla normale attività ambulatoriale e nel contempo di tracciare nuove direttive nella ricerca e nel trattamento della tosse.
Mi auguro che la partecipazione attiva ai lavori congressuali possa costituire una occasione di crescita culturale e un momento di valido aggiornamento con positive ricadute sulle capacità assistenziali.
Il congresso, come consuetudine, sarà preceduto da un corso teorico pratico (a numero chiuso), strutturato in maniera tale da fornire tutte le basi per un corretto approccio diagnostico-terapeutico al paziente con tosse.
Cordiali saluti.

Il Presidente
Alessandro Zanasi

Per informazioni:
alessandra.bolognini@iec-srl.it

Obiettivi dell'Associazione

L'Ipertensione Arteriosa Polmonare è una malattia molto rara della circolazione polmonare. Può comparire isolatamente (forma "idiopatica"), oppure può essere associata ad altre patologie: cardiopatie congenite, malattie del tessuto connettivo, ipertensione portale, HIV. I sintomi principali sono affanno di respiro, anche per sforzi lievi, stanchezza, svenimenti. Sino a pochi anni fa le risorse terapeutiche erano poche e nei casi più avanzati si ricorreva al trapianto di polmoni o cuore-polmoni.
Nuovi farmaci consentono oggi di limitare il ricorso alla chirurgia e migliorare la qualità della vita, ma i problemi per i pazienti sono ancora molti, dalla scarsità di conoscenze e di centri medici specializzati alle difficoltà per ottenere i farmaci e le lunghe liste di attesa per il trapianto.
Sul nostro sito (www.aipiitalia.it) potrete trovare informazioni sulle attività dell'AIPI, sulla malattia, sulle modalità di trattamento medico e chirurgico, sulla ricerca scientifica attualmente in corso, sui centri medici specializzati e sulla normativa vigente in materia di esenzione ticket, handicap e invalidità civile. Potrete inoltre scaricare il notiziario e altre pubblicazioni e ordinare gratuitamente i gadget.
Tramite il Forum potrete mettervi in contatto con altri pazienti per scambiare informazioni e condividere esperienze, e nel sito troverete anche utili links con altre associazioni e enti che si occupano di Ipertensione Arteriosa Polmonare e malattie rare in Italia e nel mondo.

Associazione Ipertensione Polmonare Italiana Onlus

Presidente
Sig.ra Pisana Ferrari
Via Giuseppe Vigoni, 13
20122 Milano
Tel. 02 58318547 - Fax 02 29512476
Cell.348.4023432
pisana.ferrari@alice.it

Marzia Predieri
Via Andrea Costa, 141
40134 Bologna
Cell. 347 7617728 ore pasti
marzia.predieri@yahoo.it

www.aipiitalia.it

Per destinare il 5 per mille dell'IRPEF, indicare: codice fiscale 91210830377

Attività dell'AIPI

L'AIPI ha attivato negli anni forme di supporto di tipo personale, organizzativo ed economico, tutte assolutamente gratuite per i pazienti. Tra queste citiamo:

- la linea telefonica attiva tutti i giorni, per informazioni e assistenza su questioni varie inerenti la malattia (Pisana Ferrari, cell. 348 4023432 e Marzia Predieri, cell. 347 7617728);
- la linea telefonica AIPI voce amica, animata da due volontarie, che può offrire conforto e solidarietà (Claudia Bertini, cell. 338 3021382 e Gabriella Di Vita, cell. 333 7949633);
- il manuale AIPI sull'Ipertensione Polmonare, con informazioni sulla malattia (diagnosi, terapie, soluzioni chirurgiche, futuri orientamenti della ricerca), testimonianze di pazienti e consigli pratici per la vita di tutti i giorni;
- il notiziario trimestrale AIPI news (registrato presso il Tribunale di Milano), che è diario dell'associazione (con la cronaca e calendario delle attività), filo diretto con i soci (attraverso biografie, lettere, disegni, poesie, racconti inviati dai soci), e fonte aggiornamento scientifico su nuovi farmaci e sviluppi della ricerca;
- il sito internet www.aipiitalia.it creato nel 2003, con informazioni sulla malattia e sulle attività dell'associazione (100.000 pagine "cliccate" di media all'anno);
- il web forum, luogo di incontro "virtuale" per i pazienti, con oltre 250 iscritti e una media di 100 messaggi e 2.000 visitatori al mese;
- l'Assemblea Annuale dei Soci, occasione di incontro e socializzazione e di aggiornamento sulla malattia e questioni connesse (oltre 140 persone presenti all'ultima edizione domenica 3 aprile 2011, durante la quale relatori qualificati hanno trattato temi di ordine medico-scientifico, problemi di applicazione delle leggi su invalidità e handicap, supporto psicologico e benessere psicofisico dei pazienti);
- i corsi di informazione/formazione sulla malattia destinati a pazienti e volontari

L'AIPI, con Marzia Predieri, presente all'ERS di Amsterdam. Nella foto insieme a Ferdinand Bolsius, Presidente dell'Associazione olandese.

che ne facciano richiesta, tenuti dal Prof. Nazzareno Galiè presso il Centro per l'Ipertensione Polmonare del S. Orsola-Malpighi;
- l'assistenza psicologica ai pazienti attraverso colloqui individuali a Bologna o telefonici per chi è impossibilitato a spostarsi (Dott. Marco La Rosa, psichiatra e psicoterapeuta di Bologna – per appuntamenti chiamare cell. 348 4023432);
- l'assistenza economica ai pazienti attraverso l'apposito Fondo, istituito nel 2005, per coprire le spese per le trasferte per visite specialistiche e altre spese inerenti alla malattia;

Da gennaio del 2008 l'AIPI ha attivato inoltre dei servizi specifici per i pazienti in cura presso il Centro per l'Ipertensione Polmonare del S. Orsola-Malpighi di Bologna.
Tra questi vi sono:
- la presenza di una volontaria AIPI in Ospedale: Marzia Predieri è disponibile per informazioni e assistenza in ambulatorio di Ipertensione Polmonare, Padiglione 14 del S. Orsola-Malpighi, tutti i lunedì pomeriggio e in reparto di Cardiologia, Padiglione 21, tutti mercoledì mattina;
- l'assistenza logistica ai pazienti per problemi di viaggio, soggiorno, pernottamento, parcheggio, ecc. a Bologna;
- convenzioni per i soci con parcheggio, sanitaria, farmacia, bar e ristorante nei pressi dell'ospedale.

Tra i programmi previsti per l'anno 2011:
- un opuscolo sulla Legge 104/92 – handicap, in collaborazione con AMRER, Associaiozne Malattie Reumatiche ER;
- una raccolta di storie dei pazienti;
- una guida agli aspetti psicologici della malattia.

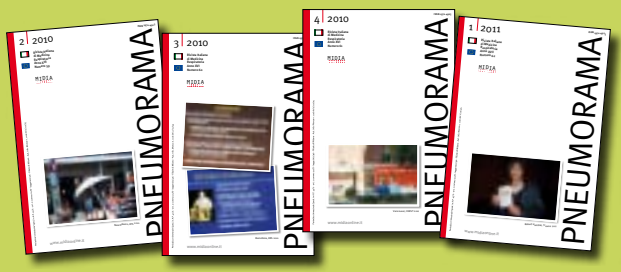
Per richiedere gratuitamente il giornalino AIPI news, il manuale AIPI sull'Ipertensione Polmonare e altro materiale divulgativo e per avere ulteriori dettagli sulle attività dell'AIPI vi invitiamo a telefonare al cell. 348 4023432 (Pisana Ferrari) o cell. 347 7617728 (Marzia Predieri).

ABBONARSI PER NON PERDERE UN NUMERO

COME ABBONARSI:
Versamento su c/c postale n. 34827204
intestato a MIDIA srl - Via Cesare Beccaria 3
34133 TRIESTE

Acquisto online sul sito www.midiaonline.it

* L'abbonamento a 4 numeri ha inizio con il primo numero in uscita dopo l'effettuazione del pagamento



4 numeri € 36,00*

MIDIA EDIZIONI

MIDIA srl
Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

AAPC
Associazione Aretina di Pneumologia Clinica

Soci: I. Archinucci, G. Coniglio, M. Naldi, R. Scala
Sede: U.O. Broncopneumologia ASL 8 AR
Ospedale San Donato
Via Pietro Nenni, 20 - 52100 Arezzo
Tel. centr. 0575 2551 - rep. 0575 254541
Fax 0575 254545
m.naldi@usl8.toscana.it

ACCP
American College of Chest Physicians Capitolo Italiano

Regent: D. Olivieri (PR)
Governors: V. Bellia (PA), M. Cazzola (RM), C.F. Donner (Borgomanero, NO), M. Dottorini (PG), M.P. Foschino Barbaro (FG), C. Micheletto (Bussolengo, VR), C. Lequaglie (AQ), R. Maselli (CZ), A. Potena (FE), A. Sanduzzi Zamparelli (NA)
Coordinatore editoriale: F. de Blasio (NA)
Segreteria Nazionale: Stefano Picciolo
Clinica Malattie Respiratorie
Policlinico Universitario "G. Martino"
Via Consolare Valeria, 1 - 98125 Messina
Tel. 090 2212003 - Fax 090 8967896
stepic@gmail.com - www.chest.it

AIA
Associazione Italiana di Aerobiologia

Presidente: Guido Marcer (PD)
Vice Presidente: Roberto Albertini (PV)
Past President: Mariangela Manfredi (FI)
Segretario: Maria Paola Domeneghetti (PT)
Tesoriere: Maira Bonini (Parabiago, MI)
Consiglieri: A. Arsieni (BR), Elena Gottardini (San Michele all'Adige, TR), G. Moscato (PV), E. Ridolo (PR), S. Voltolini (GE), A. Travaglini (Roma)
Sede: Via delle Fonti, 10/7 - 50018 Scandicci (FI)
Tel. 3346385437 - Fax verde 800910315
info@ilpolline.it - www.ilpolline.it

A.A.I.T.O.
Associazione Allergologi e Immunologi Territoriali e Ospedalieri

Presidente: C. Troise
Past-president: F. Bonifazi
Vice Presidenti: G. Senna, R. Asero
Segretario: F. Pezzuto
Tesoriere: O. Quercia
Consiglio direttivo: R. Ariano, B. Bilò, R. Longo, F. Murzilli, A. Perino
Revisori dei conti: E. Ferrarini, G. Manfredi, A. Pio
Probiviri: S. Amoroso, D. Gargano, G. Zanierato
Responsabile Sezione Aerobiologia: V. Feliziani
Responsabile Politiche Regionali: M. Galimberti
Responsabile Junior Member: M. Bresciani
Responsabile Editoriale: C. Lombardi
Responsabile Sezioni Regionali: A. Musarra
Segreteria:
c/o AIM Group - AIM Congress S.r.l.
Viale G. Mazzini, 70 - 50132 Firenze
Tel. +39 055 233881 - Fax +39 055 2480246
aaito@aimgroup.it - www.aaito.it
Coordinatori Regionali:
- Abruzzo: Marco Cervone
- Calabria: Giacomo Greco
- Campania: Catello Romano
- Emilia Romagna: Michele Giovannini
- Friuli Venezia Giulia: Michele Schiappoli
- Lazio: Domenico Schiavino
- Liguria: Susanna Voltolini
- Lombardia: Marina Braga
- Marche: Domenico Schiavino
- Molise: Marco Cervone
- Piemonte: M. Adele Moschella
- Puglia: Fulvio Mastrandrea
- Sardegna: Sergio Cabras
- Sicilia: Marcello Zambito
- Trentino Alto Adige: Michele Schiappoli
- Umbria: Domenico Schiavino
- Valle d'Aosta: M. Adele Moschella
- Veneto: Michele Schiappoli

AIMAR
Associazione Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie

Presidenti Onorari: C. Grassi (MI), B. Leoncini (PI)
Presidente: C.F. Donner (Borgomanero, NO)
Vice Presidenti: F. De Benedetto (Chieti), C.M. Sanguinetti (Roma)
Segretario Generale/Tesoriere: S. Nardini (Vittorio Veneto, TV)
Coordinatore Sezioni Regionali: M. Polverino (Cava de' Tirreni, SA)
Componenti: Pistolesi (FI), R. Pela (AP), A. Sanduzzi Zamparelli (NA)
Coordinatore Aree Scientifiche e di Ricerca: L. Casali (TR)
Coordinatore E.C.M.: G. Walter Canonica (GE)
Coordinatore Comitato Scientifico: L. Allegra (MI)
- Ambiente e Allergologia: G. D'Amato (NA)
- Anestesiologia e Rianimazione: M. Ranieri (TO)
- Cardiochirurgia: M. Viganò (PV)
- Cardiologia: N. Galié (BO), A. Palmarini (MI)
- Chirurgia Toracica: F. Sartori (PD)
- Diagnostica per Immagini: A. Carriero (NO), F. Schiavon (BL)
- Endocrinologia: A. Pinchera (PI)
- Epidemiologia: F. Romano (CH)
- Farmacologia: I. Viano (NO)
- Formazione e Qualità: M. Capelli (BO), P. Poletti (PD)

- Gastroenterologia: G. Bianchi Porro (MI), L. Capurso (Roma)
- Geriatria: E. Tupputi (BA), S.M. Zuccaro (Roma)
- Immunologia: G. Montrucchio (TO)
- Infettivologia: E. Concia (VR)
- Medicina Generale: C. Cricelli (FI)
- Medicina Interna: R. Corinaldesi (BO)
- Medicina del Lavoro: P. Carta (CA), G. Muzi (PG)
- Microbiologia: G.C. Schito (GE)
- Neurologia: L. Ferini Strambi (MI)
- Oncologia: F. De Marinis (Roma), C. Gridelli (AV)
- Otorinolaringoiatria: M. De Benedetto (LE), D. Passali (SI)
- Pediatria: A. Barbato (PD), F.M De Benedictis (AN)
- Pneumologia: F. Blasi (MI), L. Casali (TR), A. Cavalli (FC), M. Cazzola (Roma), G.U. Di Maria (CT), G. Girbino (ME), C. Grassi (MI), D. Olivieri (PR), P.L. Paggiaro (PI), P. Palange (Roma), R. Pela (AP)
- Rapporti con i Pazienti: M. Franchi (Roma)

Presidenti Sezioni Regionali:
- Piemonte e Valle D'Aosta: C. Gulotta (TO)
- Liguria: F. Fabiano (SP)
- Lombardia: R. Corsico (PV)
- Trentino Alto Adige: S. Bassetti (Arco di Trento, TN)
- Nord Est: R.W. Dal Negro (VR)
- Emilia Romagna: E. Marangio (PR)
- Toscana: G. Scano (FI)
- Umbria: O. Penza (PG)
- Marche: P. Isidori (Fano, PU)
- Abruzzo e Molise: C. De Iuliis (TE)
- Lazio: S. Carlone (Roma)
- Puglia: U. Vincenzi (FG)
- Campania: G. Balzano (Telese Terme, NA)
- Basilicata: M.C. Martini (Villa d'Agri, PZ)
- Calabria: A. Gallelli (CZ)
- Sicilia: S. Privitera (CT)
- Sardegna: G. Ligia (CA)

Collegio dei Probiviri:
C. Grassi (MI, Presidente), A. Di Gregorio (Arco di Trento, TN), F. Iodice (NA)

Collegio dei Revisori dei Conti:
C. Manni (VB, Presidente), P. Alimonti (Roma), P. Isidori (Fano, PU), P. Zamparelli (Sorrento, NA)

Sede Legale:
Viale Marazza, 30 - 28021 Borgomanero (Novara)

Segreteria e Sede Operativa:
Via Monsignor Cavigioli, 10 - 28021 Borgomanero (NO)
Tel. 0322 846549 - Fax 0322 869737
segreteria@aimarnet.it

Ufficio Stampa:
Bruno Volterra
Via San Calocero, 12 - 20123 Milano
Tel. 02 8358694 - Fax 02 8375741
volterra@mi.flashnet.it

Sito Internet:
www.aimarnet.it
Editor del Sito: Stefano Nardini

AIMEF
Associazione Italiana Medici di Famiglia

Consiglio Direttivo
Presidente: T. Orlando
Vice Presidente: C. Marzo
Segretario: R. Donnaloia
Tesoriere: G. Filocamo
Consiglieri: M. Bisconcin, P. D'Aprile, G. Di Dio, N. Dilillo, P. Giarretta, W. Ingarozza, G. Tritto
Sede legale: P.zza Duca d'Aosta, 12 - 20124 Milano
Tel. 02 67490005 - Fax 02 67385689
mail@aimef.org - www.aimef.org

A.I.M.I.P. Onlus
Associazione Italiana Malattie Interstiziali o rare del polmone

Consiglio Direttivo
Presidente: F. Di Meo
Vice Presidente: E. Paone
Segretario: A. Laganga
Sede legale: Via Etruria, 14 - 00183 Roma
Cell. 338 7822986 - Tel. 06 62205681
info@aimip.org - www.aimip.org

AIMS
Associazione Italiana di Medicina del Sonno

Presidente Onorario: E. Lugaresi
Past President: L. Ferini-Strambi
Consiglio Direttivo
Presidente: F. Ferrillo
Centro di Medicina del Sonno, U.O. Fisiopatologia del Sonno, Dipartimento di Scienze Motorie
Università di Genova, Ospedale S. Martino
Piazza R. Benzi, 10 - 12126 Genova
Tel. 010 3537460 - Fax 010 3537699
franco.ferrillo@unige.it
Vice Presidente: G.L. Gigli
Centro di Medicina del Sonno, Dipartimento di Neuroscienze, A.O. Santa Maria della Misericordia
33100 Udine - Tel. 0432 552720 - Fax 0432 552719
Segretario: L. Parrino
Centro di Medicina del Sonno, Clinica Neurologia
Università di Parma - Ospedale
Via Gramsci, 1 - 43100 Parma
Tel. 0521 702693 - Fax 0521 704107
liborio.parrino@unipr.it
Tesoriere: A. Braghiroli
Centro di Medicina del Sonno a indirizzo Cardio-respiratorio, Fondazione "Salvatore Maugeri"
IRCCS Divisione di Pneumologia
Centro Medico di Riabilitazione
28010 Veruno
Tel. 0322 884711 - Fax 0322 830294
abraghiroli@fsm.it

Consiglieri: R. Ferri, M. Savarese, C. Vicini, M. Zucconi
Segreteria: Avenue Media
Via Riva Reno, 61 - 40122 Bologna
Tel. 051 6564311 - Fax 051 6564350

A.I.P.A.S. Onlus
Associazione Italiana Pazienti con Apnee del Sonno

Presidente: E. Brunello
Vice Presidente: M. Chiavegato
Consigliere: F. Sbaragli, M. Fiori-Mattiolo
Referenti regionali: R. Bigi (AN), M. Fiori-Mattiolo (RM), F. Sbaragli (FI)
Sede centrale:
20157 Milano, Via Vittani 5
Tel./Fax 023551727 - Cell. 3343361267
info@sleepapnea-online.it
aipasonlus@fastwebnet.it
www.sleepapnea-online.it
Come diventare soci
Richiedere il modulo d'iscrizione, telefonando alla Sede dell'A.I.P.A.S., restituirlo in busta chiusa, compilato e accompagnato dalla fotocopia del bonifico su CC intestato a:
A.I.P.A.S. onlus
Banca Intesa-San Paolo, IBAN IT 73 B030 6909 5466 2501 3059 655.
La Segreteria provvederà a spedire al più presto la tessera d'iscrizione

AIPI Onlus
Associazione Ipertensione Polmonare Italiana

Presidente: P. Ferrari
Sede amministrativa:
c/o Pisana Ferrari
Via Vigoni, 13 - 20122 Milano - cell. 348 4023432
pisana.ferrari@alice.it - www.aipiitalia.org
Marzia Predieri
Via A. Costa, 141 - 40134 Bologna - cell. 347 7617728
marzia.predieri@yahoo.it - www.aipiitalia.org
Eventuali contributi possono essere versati tramite:
c/c bancario presso: Cassa di Risparmio in Bologna, ag. di Via Zucchi 2A
IBAN: IT98 A063 8502 4141 0000 0003 637
BIC: IBSPIT2B intestato ad A.I.P.I.
c/c postale n. 25948522 intestato ad A.I.P.I.
per il 5‰ CF 91210830377

AIPO
Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri

Consiglio Direttivo
Comitato Esecutivo
Presidente: F. Falcone
Past President: A. Corrado
Presidente eletto: A. Rossi
Segretario generale - tesoriere: F. Pasqua
Componenti: F. de Michele, S. Gasparini
Direttore Responsabile "Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio": A. Rossi
Direttore Emerito "Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio": M. De Palma
Direttore Generale: C. Zerbino

Consiglieri Nazionali
Presidente Sez. Reg. Piemonte-Valle d'Aosta: S. Baldi
Presidente Sez. Reg. Campania- Basilicata: B. del Prato
Presidente Sez. Reg. Puglia: P. Barone
Presidente Sez. Reg. Umbria: R. Tazza
Presidente Sez. Reg. Abruzzo e Molise: L. di Re
Presidente Sez. Reg. Sardegna: in attesa di elezione
Presidente Sez. Reg. Lombardia: A. Vaghi
Presidente Sez. Reg. Friuli Venezia Giulia: P. Melchiorre
Presidente Sez. Reg. Liguria: C. Mereu
Presidente Sez. Reg. Lazio: V. Cilenti
Presidente Sez. Reg. Veneto: G. Idotta
Presidente Sez. Reg. Toscana: S. Nutini
Presidente Sez. Reg. Calabria: A. Scaramozzino
Presidente Sez. Reg. Sicilia: S. Sanci
Presidente Sez. Reg. Trentino Alto Adige: G. Donazzan
Presidente Sez. Reg. Emilia Romagna: M. Giovannini
Presidente Sez. Reg. Marche: S. Subiaco
Responsabile Area Educazionale e Preventiva: C. Cinti
Responsabile Area Interventistica: M. Patelli
Responsabile Area Critica e Riabilitativa: M. Confalonieri
Responsabile Area Fisiopatologica: G. Insalaco
Responsabile Area Clinica: C. Sturani
Socio Affiliato: L. Iannacito
Revisori dei Conti: A. Tolisano, R. Le Donne, A. Vianello
Revisore esterne: F. Postacchini
Collegio dei Garanti: A. Cinquegrana, G.A. Foddai, F. Salvati
Sede Legale e Uffici:
Via A. da Recanate, 2 - 20124 Milano
Tel. 02 36590350 - Fax 02 36590360
aiposegreteria@aiporicerche.it
www.aiponet.it

AISAI
Associazione Italiana Specialisti Allergologi Immunologici - Clinici Onlus

Presidente: V. Di Rienzo
Vice-presidente: A. Ferrara, M. Minelli
Segreteria: C. Ciampi

Consiglieri: G. Iadarola, A. Berra, F. Orlando, R. Sambugaro, M.P. Forciniti, D. De Brasi, E. Nucera, C. Palombo, V. Sabato
Sede: P.zza Paolo VI, 1 - 04100 Latina
Tel. 0773695117
mcciampi@libero.it

AIST
Associazione Italiana per lo Studio della Tosse

Presidente: A. Zanasi (BO)
Vice-Presidente: A. Potena (FE)
Presidente Onorario: J. Widdicombe, London, UK
Segretario: F. Baldi (BO)
Segreteria Scientifica: G. Fontana (FI)
Consiglieri: G. Bruni, U. Caliceti, L. Carrozzi, F. Dal Masso, P. Geppetti, A.H. Morice, T. Pantaleo, C. Sturani, F. Tursi, P. Visaggi
Sede: Via Mazzini, 12 - 40138 Bologna
Tel. 051 307307 - Fax 051 302933
info@assotosse.com - www.assotosse.com

Alfa1-AT
Associazione Nazionale Alfa1-Antitripsina

Presidente: N. Gatta
Vice-presidente: R. Bontacchio
Segretario: A. Capretti
Tesoriere: E. Bonera
Consiglieri: E. Bertella, M.V. Bertussi, L. Corda, Angela Mordenti, Anna Mordenti, G. Mordenti, C. Paterlini, V. Pinelli
Comitato Scientifico
Presidente: B. Balbi
Sede: Via Galilei, 24 - Sarezzo (BS)
Tel. 335 7867955 - Fax 030 8907455
nucciagatta@libero.it
info@alfa1at.org - www.alfa1at.org

ALIR
Associazione per la Lotta contro l'Insufficienza Respiratoria

Segretario Generale: Alda Bernardi Pesce
Via Pozzetto, 49/1 - 35017 Piombino Dese (PD)
Vicesegretario Vicario: Giuseppe Ferrandes
Via Luino, 1 - 61100 Pesaro
Consigliere: Giuseppe Nello Bassi
Via Marconi, 11 - 45024 Fiesso Umbertiano (RO)
Vicesegretario Addetto ai problemi sanitari:
Carlo Sturani
Divisione di Pneumologia, Ospedale "C. Poma"
Via Lago Paiolo, 1 - 46100 Mantova
Vicesegretario addetto ai Problemi Sociali e Pubbliche Relazioni: Valeriano Squasi
Centro di Fisiopatologia Respiratoria,
Ospedale Civile
Via Dei Lotti - 36061 Bassano Del Grappa (VI)
Consiglieri:
Anna Gasparotto
c/o Biblioteca U.O.A. di Pneumologia
Ospedale Civile
Via Riva Dell'ospedale - 35013 Cittadella (PD)
Renzo Grison
Direttore Servizio Pneumologico Territoriale
Via Contrada S. Lucia - Vivenza
Beniamino Praticò
Direttore Dipartimento di Emergenza - Cesena
Elio Casadei
Via Decio Raggi, 24 - 47020 Longiano (FC)
Maria Sebastiana Lizzio (Sicheri)
Via R. Da S. Severino, 39/2 - 38100 Trento
Tel. 0461 981065
Vice Segretario Tesoriere: Viviana Ballan
Via De' Rossignoli, 48 - 35012 Camposampiero (PD)
Sede: Via S. Marco, 127 - 35129 Padova
Tel. 049 8936716
segreteria@alir.it - www.alir.it
Segreteria:
Dott.ssa Erika Molena
Via San Marco, 127 - 35129 Padova
segreteria@alir.it
www.alir.it
Elenco dei comitati regionali:
Abruzzo: V. Colorizio
c/o Centro Prevenzione Malattie Respiratorie "S. Maria di Collemaggio"
Viale Nizza, 15 - 67100 L'Aquila
Tel. 0862 778930 - 778933
Alto Adige: A. Faggionato
c/o Home Center
Via Galilei, 4 - 39100 Bolzano
Tel. 0471 933227
Lombardia: C. Sturani
c/o Divisione Pneumologica
Ospedale Carlo Poma
Via Lago Paiolo, 1 - 46100 Mantova
Marche: G. Ferrandes
Piazzale Lazzarini, 3 - 61100 Pesaro
Tel. 0721 31085
Puglia: R. Lorenzo
c/o Divisione 3 di Pneumologia
Ospedale A. Galateo
Via Abruzzi, 2 - 73016 S. Cesario (LE)
Sardegna: M. Coghe
c/o Div. Pneumologia
Ospedale "I.N.R.C.A."
Via delle Cicale, 11 - 09134 Cagliari
Tel. 070 522660
Sicilia: G. Di Maria
Istituto Malattie Apparato Respiratorio
Via Passo Gravina, 187 - 95125 Catania
Tel. 095 254532

Umbria: P. Passerini
c/o Centro Gracco
Via della Pallotta, 2
06129 Ponte S. Giovanni - Perugia
passerottone@gmail.com
Veneto: R. Grison
Div. di Pneumologia Osp. Civile "S. Bortolo"
Contrà Mure S. Lucia, 34 - 36100 Vicenza
Tel. 0424 227397
Trentino: R. Sichieri
Casella postale 255 - 38100 Trento
Tel. 0461 981065

A.L.O.R
Associazione Lodigiana di Ossigenoterapia Riabilitativa

Presidente: F. Tursi
Vice Presidente: L. Negri
Consiglieri: M. Scozzafava, M. Tomasello, V. Marchesi, D. Bescapè, M. Grossi, E. Macchi
Revisore dei Conti: F. Dedè
Segretaria: S. Bruno
Sede: Ospedale Maggiore di Lodi
Piazza Ospitale, 10 - 26900 Lodi
Tel./Fax 0371 5872421
alor.lodi@ao.lodi.it

AMIP Onlus
Associazione Malati di Ipertensione Polmonare

Presidente: L. Bonelli
Vice Presidente: F. Fedele
Sede: Via Bagnoregio, 51 - 00189 Roma
Tel. 06 33250970/338 2806430
mpproia@tiscalinet.it
www.assoamip.net
Conto corrente bancario intestato a:
Ass. Malati di Ipertensione Polmonare.
Numero 27181/69 - Banca Intesa - Ag. 2759
ABI 03069 - CAB 05055 - CIN A
codice fiscale: 97188810580

AMOR
Associazione Malati in Ossigeno-ventiloterapia e Riabilitazione

Presidente: D. Chiumello
Vice Presidente: C. Caminaghi
Tesoriere: E. Vezza
Consiglieri: P. Berardinelli, A. Pessina, L. Gavazzi, A. Marchesi, F. Degli Antoni, M. Ricco
Revisore dei conti: M. Giambra
Delegazione di Gaiato: A. De Biase
Presidente onorario: I. Brambilla
Segretaria: A. Pollastri
Sede: Ospedale Maggiore Niguarda Ca' Granda
P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
Tel./Fax 02 66104061
amor.associazione@libero.it - www.associamor.org
Delegazione di Gaiato: Villa Pineta
Via Gaiato, 127 - 41020 Gaiato
Tel. 0536 42039 - Fax 0536 42190

A.M.P.
Associazione Mediterranea Pneumologi

Presidente: P. Pipitone (PA)
Past president: S. Privitera (Giarre-CT)
Presidente collegio garanti: F. Relo (ME)
Vice presidente Resp. Scientifico: S. Bellofiore (CT)
Vice presidente Resp. Attività editoriali: R. Contiguglia (ME)
Segretario generale, tesoriere: M. Schisano (SR)
Coordinatore generale: G. Insalaco (PA)
Responsabile organizzativo: A. Pennini (CT)
Consiglio Direttivo: A. Avellino (ME), S. Bellofiore (CT), G. Cabibbo (RG), R. Contiguglia (ME), G. Insalaco (PA), M. La Porta (EN), S. Marchese (PA), S. Mirabella (CT), A. Pennisi (CT), P. Pipitone (PA), S. Privitera (CT), F. Relo (ME), T. Scaglione (EN), M. Schisano (SR), G. Simon (PA)
Sede Legale: Via G. Simili, 14 - 95129 Catania
Tel. 095 7463445 - Fax 095 7462609
info@ampneumologi.it - www.ampneumologi.it

ARIR
Associazione Riabilitatori dell'Insufficienza Respiratoria

Presidente: M. Lazzeri
Vice presidente: G. Oliva
Segretario: A. Brivio
Tesoriere: A. Colombo
Consiglieri: G. Piaggi, E. Privitera, E. Repossini, A. Sanniti, M. Sommariva, S. Zuffo
Consiglieri Onorari: R. Adone, M. Bassi, A. Bellone, I. Brambilla
Sede: A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda
c/o Unità Spinale
Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
Segreteria: c/o Anna Brivio
Via Abetone, 14 - Milano
Cell. 347 8044525 - Fax 02 700557594
segreteria@arirassociazione.org

A.R.S.P.I. Onlus
Associazione di Riferimento e Sostegno per le Pneumopatie Infantili

Presidente: U. Masini
Past president: G. Rosmino
Vice presidente: G. Marmo
Segretario e consulente medico: D. Castello
Tesoriere: M.C. Volante Gaggero

Consiglieri: R. Giardullo, M. Migotto
Socio onorario: E. Bignamini
Sede: c/o Divisione di Pneumologia
Osp. Inf. R. Margherita
P. Polonia, 94 - 10126 Torino
Tel. 011 841107
domenicocastello@libero.it

AsIMOV
Associazione Medici ed Odontoiatri Velisti

Direzione Scientifica: R. De Tullio
Via Q. Sella 78 - 70122 Bari
Cell. 347 3314461 - Tel./Fax 080 5275484
asimov@asimov.it - www.asimov.it
Per informazioni: Direzione Organizzativa
E. Belli - Via Valesio 1 - 00179 Roma
Tel. 335 6651680 - Fax 0678 349 130

Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

Consiglio Direttivo
Presidente: F. Tempesta
Vicepresidente: F. Franchi
Segretario: A. Lombardi
Tesoriere: V. Cidone
Consiglieri: F. Attolico, A. Nigrelli, P. Pasini
Sede operativa:
Via Cassia, 605 - 00189 Roma
Tel. 06 33253020 - Fax 06 33259798
franchima@tin.it
Numero Verde 800 961922
lun.-ven. ore 10.00-13.00
Sede legale: U.O.C. Pneumologia,
A.C.O. San Filippo Neri, Roma
Segreteria: c/o Effetti Srl
Via Gallarate, 106 - 20151 Milano
Tel. 02 3343281 - Fax 02 33002105
www.pazientibpco.it

Associazione SANTORIO per la Pneumologia

Presidente Onorario: C. Serra (GO)
Presidente: R. Ukmar (TS)
Vice Presidente: F. Crismancich (TS)
Segretario: V. Masci (TS)
Consiglieri: A. Muzzi (TS), R. Stokely (TS),
M. Tommasi (TS), S. Borut (TS)
Sede legale: c/o V. Masci
Via A. Oriani, 4 - 34129 Trieste
Tel. 040 369543 - masci.vincenzo@virgilio.it

Assogastecnici - Gruppo Gas Medicinali (Federchimica)

Associazione Nazionale Aziende produttrici
gas tecnici, speciali e medicinali.
Sede: Via Giovanni da Procida, 11 - 20149 Milano
Tel. 02 34565234 - Fax 02 34565311
ggm@federchimica.it
www.assogastecnici.federchimica.it/ggm

FEDERASMA Onlus
Federazione Italiana delle Associazioni di sostegno ai Malati Asmatici e Allergici

Comitato Direttivo
Presidente: S. Frateiacci (RM)
sandrafra@tiscalinet.it
Vice-Presidente: S. Gobbo (PD)
Tesoriere: L. Scaranello (RO)
Segretario: G. Salerni (GE)
Consiglieri: C. Bruscoli, V. Busata
Delegato ai rapporti con il Comitato Medico-Scientifico: G. Perugini (TR)
Presidente Onorario: M. Franchi
Sede legale:
Via Ser Lapo Mazzei, 33 - 59100 Prato
Tel. 0574 1821033 - Fax 0574 607953
Numero Verde 800 123 213
Skype: federasma_segreteria
segreteria@federasma.org - www.federasma.org
Segretariato Amministrativo:
Via Ser Lapo Mazzei, 33 - 59100 Prato
Tel. e Fax 0574 607953
segreteria@federasma.org - www.federasma.org
Associazioni aderenti a FEDERASMA

A.AG.AS.A. - Associazione Agrigentina Asma, Agrigento
A.GE.B.A. Ricerca - Associazione Genitori di Bambini Allergici Ricerca, Bologna
A.I.S.A. - Associazione Italiana Studi Asmatici - ONLUS, Bari
A.L.A. - Associazione Ligure Allergici, Genova
ALAMA - Associazione Laziale Asma e Malattie Allergiche, Roma
A.M.A. - Regione Umbria - Associazione dei Malati Allergici della Regione Umbria, Perugia
A.N.G.E.A. - Associazione Nazionale Genitori Eczema Atopico ONLUS, Torino
A.P.A. - Associazione Pazienti Allergici, Firenze
A.P.A.A.C. - Associazione Pazienti Allergici Calabria, Crotone
A.P.A.R. - Associazione Piacentina per l'Assistenza Respiratoria, Piacenza
A.R.G.A.B. - Associazione Regionale Genitori Bambini Asmatici, Padova
A.R.I. - AAA3 ONLUS Associazione per la ricerca nell'infanzia in materia di Asma Allergia Ambiente, Palermo
A.S.M.A.A. - Associazione di Sostegno ai Malati di Asma, Concordia Sagittaria
Associazione Allergici al Lattice, Brescia
As.p.As. - Associazione Pro Asmatici, Rovigo
A.T.A. Lapo Tesi Associazione Toscana Asmatici ed Allergici ONLUS, Prato
Associazione ASMA Sardegna - ONLUS, Cagliari
Famiglia Bambini Asmatici, Misurina (BL)
Il Pungiglione (Associazione Allergici Imenotteri) Onlus, Verona
Io e l'Asma - ONLUS, Pachino (SR)
L.I.A.M.A.R. - Lega Italiana per la lotta contro l'Asma bronchiale e le Malattie Respiratorie, Milano

FIMMG
Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

Segretario Gen. Naz.: G. Milillo
Presidente: M. Stella
Vice Segretario Gen. Naz. Vicario: C. Scavone
Vice Segretario Gen. Naz.: M. Ucci
Segretario Organizzativo: A. Castaldo
Vice Segretario Gen. Naz.: S. La Bruzzo
Segretario Amministrativo: G. Greco
Sede FIMMG:
Grattacielo Italia - Piazza Marconi, 25 - 00144 Roma
Tel. 06 54896625 - Fax 06 54896645
www.fimmg.org - fimmg@fimmg.org

F.I.M.P.S.T.
Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi

Presidente: F. Falcone
Vice Presidente: S. Centanni
Past-President: A. Mangiacavallo
Consiglieri: A. Corrado, F. Pasqua, A. Rossi, G. Di Maria, V. Brusasco, G. Girbino
Sede legale: Via Giovanni da Procida, 7d 00162 Roma
Sede operativa: AIM Group
Via Ripamonti, 129 - Milano
Tel. 02 56601373 - Fax 02 56609049
m.beretta@aimgroup.it

FISAR
Fondazione Italiana Salute Ambiente e Respiro ONLUS Impresa Sociale

Amministratore Unico: C. F. Donner
Direttore Scientifico: F. De Benedetto
Sede Operativa: Via Monsignor Cavigioli, 10 28021 Borgomanero (NO)
Tel. +39 0322 84 65 49 - Fax +39 0322 86 97 37
Sede legale: Via Vernia, 20 - 66100 Chieti (CH)
www.fisaronlus.org

FONICAP
Forza Operativa Nazionale Interdisciplinare contro il Cancro del Polmone

Presidenti Onorari: C. Ricci (RM), F. Salvati (RM)
Presidente: M. Mezzetti (MI)
Past *President:* L. Portalone (RM)
Vicepresidente: S. Barbera (CS)
Segretario-Tesoriere: G. Cardillo (RM)
Consiglieri: O. Alabiso (NO), L. Frigeri (PG), G. Genovese (PA), M. Loizzi (BA), P. Macrì (CZ), U. Morandi (MO), A. Mussi (PI), G. Silvano (TA), G. Sunseri (PA)
Presidenza: UOC Chirurgia Toracica
Ospedale San Paolo
20123 Milano
Tel. 02 48007611 - Fax 02 4390910
maurizio.mezzetti@unimi.it
Segreteria: UOC Chirurgia Toracica
Ospedale C. Forlanini
Via Portuense, 332 - 00143 Roma
Tel. 06 58702681 - Fax 06 6638734
gcardillo@scamilloforlanini.rm.it
www.fonicap.it

INOC
Italian Nitric Oxide Club

Presidenti: G. Canonica e F. Zacchello
Vice-Presidenti: E. Baraldi e M. Vignola
Membri onorari: S. Kharitonov, IC de Jongste, PJ Sterk
Segreteria Scientifica: M. Bernareggi (micaela.bern@qubisoft.it)
G. Cremona (cremona.george@hsr.it)
Sede: Istituto Scientifico San Raffaele,
Via Olgettina 60 - Milano
Tel. 02 26437348 - Fax 02 26437147
www.inoc.it

LAM Italia Onlus
Associazione Italiana Linfangioleiomiomatosi

LAM Italia si prefigge di promuovere con urgenza la ricerca di un trattamento efficace e di una cura della linfangioleiomiomatosi (LAM, patologia rara che insorge esclusivamente nel sesso femminile caratterizzata da una progressiva distruzione dei tessuti sani del polmone a causa della formazione di cisti e di un'anomala proliferazione di cellule muscolari lisce che generalmente non si trovano nei polmoni).
Presidente: I. Bassi
Sede:
Via Udine 33/4 - 33050 Pavia di Udine (UD)
Tel. 335 5380863
info@lam-italia.org - www.lam-italia.org

Lega Italiana delle Associazioni per la Lotta contro la Fibrosi Cistica

Presidente: Franco Berti
Tel. 055 2652401 - franco.berti@azimut.it
Vicepresidente Vicario:
Silvana Colombi
Tel. 0774 381216 - info@fibrosicisticalazio.it
Tesoriere:
Gianna Puppo Fornaro
Tel. 347 2353870 - giannapuppo@virgilio.it
Segretario:
Claudio Natalizi
Tel. 329 6312466 - claudio.natalizi@alice.it

Sede legale: Viale Regina Margherita, 306
00198 Roma
Tel./Fax 06 44254836 - 06 44209167
segreteria@fibrosicistica.it - info@fibrosicistica.it
www.fibrosicistica.it

METIS
Società Scientifica dei Medici di Medicina Generale

Presidente: M. Mediati
Vice Presidente: L. Sparano
Sede METIS: Grattacielo Italia
Piazza Marconi, 25 - 00144 Roma
Tel. 06 54896627 - Fax 06 54896647
metis@fimmg.org

RIMAR
Associazione Riabilitazione Malattie Respiratorie

Presidente: G.G. Riario Sforza
Consiglieri: F. Olivieri di San Salvatore,
E. Iseppi, C. Incorvaia
Sede:
Struttura semplice di Pneumologia Riabilitativa
Istituti Clinici di Perfezionamento
Via Bignami, 1 - 20126 Milano
Tel. 02 57993289-02 57993417 - Fax 02 57993315
griariosforza@icp.mi.it

SIAIC
Società Italiana di Allergologia ed Immunologia Clinica

Presidente: A. Passaleva
Past President: G. Tonietti
Segretario-Tesoriere: A. Cirillo
Consiglio Direttivo: A. Arsieni, G. Bruno,
G. Di Lorenzo, L. Fontana, F. Indiveri, M. Ispano,
D. Macchia, G. Moscato, R. Paganelli,
G. Passalacqua, S. Pucci, G. Rolla, M. Triggiani
Collegio Probiviri: E. Errigo, A. Tursi, A. Vacca
Collegio dei Revisori dei Conti: C. Astarita,
P.P. Dall'Aglio, C. Masala
Collegio per i problemi legislativi:
N. Crimi, R. D'Amelio, A. de Paulis
Segreteria: A.O. Allergologia e Immunologia Clinica
Via Tescione - 81100 Caserta
Tel. 0823 232436 - Fax 0823 232425
siaic@siaic.com - www.siaic.com

SIAIP
Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica

Presidente: A. Ugazio
Vice Presidente: G. Cavagni
Consiglio Direttivo: M. Calvani, A. Muraro,
F. Paravati, G. Pingitore, P. Tovo
Segretario Generale: A. Soresina
Tesoriere: F. Paravati
Revisori dei conti: P. Meglio, G.L. Marseglia
Coordinatore Rivista RIAIP: S. Miceli Sopo
Coordinatore sito web: S. Tripodi
Segreteria: ugazio@opbg.net - www.siaip.it
Responsabile del Sito web
Gianluigi Marseglia
gl.marseglia@smatteo.pv.it

SIFC
Società Italiana per lo studio della Fibrosi Cistica

Presidente: C. Colombo
Vice Presidente: G. Magazzù
Segretario del Consiglio Direttivo: V. Lucidi
Consiglio Direttivo: S. Ballarin, V. Casavola,
A. Cosimi, T. Repetto, S. Zuffo
Commissioni permanenti:
- Commissione per i trapianti
- Commissione per gli adulti
- Commissione permanente per la ricerca e lo sviluppo
- Commissione permanente per la formazione e l'aggioranamento
- Commissione permanente per le relazioni esterne
- Commissione per gli standard of care
- Commissione permanente per l'attività editoriale ed il sitoweb
- Commissione terapia antibiotica domiciliare

Gruppi professionali: Fisioterapisti, Dietisti,
Infermieri, Microbiologi, Psicologi, Assistenti sociali, Genetisti, Medici
Sede: c/o eacsrl - Via Sannio, 4 - 20137 Milano
Tel. 0259902320 - Fax 0259900758 - eacsrl@tin.it
Segreteria: c/o Segreteria SIFC,
Via Sannio 4 - 20137 Milano
Tel. 0259902320 - Fax 0259900758
segreteriasifc@eac.it

SIMeM
Società Italiana di Medicina di Montagna

Presidente: O. Pecchio - oriana.pecchio@tin.it
Vice Presidente: G.C. Agazzi - gege@orobianet.it
Segretario: Guido Giardini - giardini.guido@
uslaosta.com
Consiglio Direttivo: C.G. Agazzi, A. Cogo,
G. Giardini, G. Occhi, A. Ponchia, M.L. Tenderini
Revisori dei Conti: C. Angelini, F. Campigotto,
G. Fiorenzano
Presidente Onorario: P. Cerretelli
Per informazioni ed iscrizioni:
Key Congress - Via dei Tadi 21 - 35139 Padova
Tel. 049 8729511 - Fax 049 8729512
info@keycongress.com - www.keycongress.com

SIMeR
Società Italiana di Medicina Respiratoria

Presidente: S. Centanni (MI)
Presidente eletto: G.U. Di Maria (CT)
Past President: L. Brusasco (RM)
Presidenti Onorari: L. Allegra (MI), G.W. Canonica (GE), C. Grassi (MI), E. Pozzi (PV)
Vice Presidenti: G.U. Di Maria (CT), G. Viegi (PI)
Segretario Generale: L. Richeldi (MO)
Tesoriere: C. Mereu (Pietra Ligure, GE)
Consiglieri: L. Carratù (NA), N. Crimi (CT), E.E. Guffanti (Casatenovo, LC), R. Pellegrino (CN), G. Viegi (PI)
Presidenti dei Gruppi di Studio
Allergologia ed Immunologia: G. Liccardi (NA)
Biologia Cellulare e Malattie Rare: P. Rottoli (SI)
Pneumologia Interventistica e Chirurgia Toracica: P. Foccoli (BS)
Clinica: A. Palla (PI)
Epidemiologia: L. Carrozzi (PI)
Fisiopatologia Respiratoria: S. Valente (RM)
Infezioni e Tubercolosi: M.L. Bocchino (NA)
Medicina Respiratoria del Sonno: O. Resta (BA)
Miglioramento della Qualità in Pneumologia: R. Dal Negro (VR)
Patologia Respiratoria in età avanzata: N. Scichilone (PA)
Oncologia: M. Caputi (NA)
Pneumologia Territoriale: F. Blasi (MI)
Componenti Aggiunti per incarichi speciali
F. Braido (GE), G.W. Canonica (GE), M. Cazzola (NA), G. Girbino (ME), A. Sanduzzi Zamparelli (NA)
Collegio dei Probiviri: C. Saltini (RM); S.A. Marsico (NA); R. Corsico (PV)
Revisori dei Conti: C. Romagnoli (PV), M.P. Foschino (FG)
Segreteria Organizzativa SIMeR:
Via A. Righi - 50019 Sesto Fiorentino (FI)
Tel. 055 3361.1
Segreteria Amministrativa SIMeR:
Via A. Antonelli, 3 - 20139 Milano

SIMG
Società Italiana di Medicina Generale

Presidente: C. Cricelli
Vicepresidente: O. Brignoli
Segretario Nazionale: R. Micheli
Tesoriere: G. Piccinocchi
Segretario organizzazione nazionale: L. Galvano
Segretario scientifico: A. Filippi
Segretario alla Presidenza: A. Rossi
Sede nazionale: Via Del Pignoncino, 9 - 50142 Firenze
Tel. 055 700027 - Fax 055 7130315
simg@dada.it - www.simg.it

SIMREG
Società Italiana di Medicina Respiratoria in Età Geriatrica

Consiglio Direttivo
Presidente: V. Bellia (PA)
Segretario: R. Antonelli Incalzi (RM)
Tesoriere: V. Grassi (BS)
Consiglieri: C. Giuntini (PI), G. Masotti (FI) R. Pistelli (RM), F. Rengo (NA), P. Zanon (Busto Arsizio-VA)
Sede: Dipartimento di Medicina, Pneumologia, Fisiologia e Nutrizione Umana, Università degli Studi di Palermo, A.O. "V. Cervello"
Via Trabucco, 180 - 90146 Palermo
Tel. 091 6802652 - Fax 091 6891857
simrego3@virgilio.it

SIMRI
Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili

Presidente: G.A. Rossi (GE)
giovannirossi@ospedale-gaslini.ge.it
Segretario: V. Sorci (GE)
valentinasorci@ospedale.gaslini.ge.it
Past-President: F.M. de Benedictis (AN)
Consiglio Direttivo: F. Bernardi (BO), R. Cutrera (RM), D. Peroni (VR), F. Rusconi (FI), F. Santamaria (NA), S. Tripodi (RM)
Tesoriere: A. Capristo (NA)
Revisori dei Conti: M. Canciani (UD), F. Marcucci (PG), F. Pisetta (PD)
Direttore Scientifico: "Pneumologia Pediatrica" E. Baraldi (PD)
Responsabile Scientifico Sito web: S. Tripodi (RM)
salvatore.tripodi@fastwebnet.it
www.simri.it

S.I.P. SPORT
Società Italiana di Pneumologia dello Sport

Presidente: A. Cogo
Presidente Onorario: A. Todaro
Vice-Presidente: Alb. Rossi
Segretario: G. Fiorenzano
Tesoriere: A. Turchetta
Consiglieri: M. Faina, G. Pinchi, A. Satta, M. Schiavon, C. Schiraldi
Cooptati: L. Flacco, G. Aliprandi
Sede Presidenza: c/o Prof.ssa A. Cogo
Centro Studi Biomedici applicati allo Sport
Università di Ferrara
Via Gramicia, 35 - 44100 Ferrara
Tel. 0532 210420 - Fax 0532 210297
annalisa.cogo@unife.it
Sede Segreteria: c/o Dott. G. Fiorenzano
Via M. Della Corte 5 - 84013 Cava de' Tirreni (SA)
Tel. 089 344334 - Fax 089 462252
gxfiore@tiscali.it

Le domande di iscrizione vanno indirizzate alla Segreteria. www.sipsport.org. La quota di iscrizione è di € 26,00, da versare presso il c/c bancario intestato a Società Italiana di Pneumologia dello Sport - Unicredit Banca di Roma spa, Codice IBAN IT 72 I 03002 03361 000400210405

SITAB
Società Italiana di Tabaccologia

Presidente: B. Tinghino (Monza)
Vice-Presidente: M. Del Donno (BV)
Tesoriere: V. Zagà (BO)
Segretario: N. Pulerà (LI)
Consiglieri: M. Baraldo (UD), F. Beatrice (TO), C. Chiamulera (VR), D. Enea (RM), G. Mangiaracina (RM)
Sede Legale: c/o GEA Progetto Salute - onlus
Via Giorgio Scalia, 39 - 00136 Roma
Tel. 039 2384744/11 - TiscaliFax 178 2215662
presidenza@tabaccologia.it
Segreteria Generale:
N. Pulerà - Centro Antifumo Livorno
Tel. 0586 223453 - Fax 0586 223006
segreteria@tabaccologia.it
Tesoreria: V. Zagà
Presidio di Pneumotisiologia-AUSL di Bologna
Tel. 051 706290 - sitab.bologna@tiscali.it
Redazione Rivista "Tabaccologia":
Direttore Responsabile: G. Mangiaracina (RM)
Caporedattore: V. Zagà (BO)
redazione@tabaccologia.it
Sito Internet della Società Scientifica:
www.tabaccologia.org
e-Newsletter: "Studi e Ricerche SITAB", "Tabagismo & PFC" (GEA-News)
Editor: G. Mangiaracina (RM),
geanews@tabagismo.it

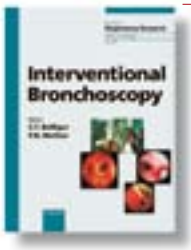
SOCIETÀ ITALIANA PER GLI AEROSOL IN MEDICINA

Presidente: L. Allegra
Segretario Generale: C. Terzano
Sede: c/o iDea Congress
Via della Farnesina, 224 - 00194 Roma
Tel. 06 36381573

UIP
Unione Italiana per la Pneumologia

Presidente: F. Falcone
Presidente Vicario: S. Centanni
Comitato Esecutivo AIPO: A. Corrado, F. De Michele, M. De Palma, F. Falcone, S. Gasparini F. Pasqua, A. Rossi
Comitato Esecutivo SIMeR: V. Brusasco, G.W. Canonica, S. Centanni, G. Di Maria, G. Girbino, C. Mereu, L. Richeldi
Sede legale: Via G. Da Procida 7D - Roma
Segreteria presso: AIM Group
Via G. Ripamonti 129 - 20141 Milano
Tel. 02 56601373 - Fax 02 56609049
m.beretta@aimgroup.it

Buy it from MIDIA



Vol. 30
Interventional Bronchoscopy
Editors: Bolliger, C.T. (Cape Town); Mathur, P.N. (Indianapolis, Ind.)
X + 298 p., 171 fig., 60 in color, 80 tab., hard cover, 2000
EUR 141.50
ISBN 3-8055-6851-7

'There is no doubt that the editors (Bolliger and Mathur) of *Interventional Bronchoscopy* did a wonderful job with this new addition to the *Progress in Respiratory Research* series published by Karger.

... a very helpful addition to any bronchologist's textbook library.' Journal of Bronchology

Vol. 32
Clinical Exercise Testing
Editors: Weisman, I.M.; Zeballos, R.J. (El Paso, Tex.)
X + 330 p., 83 fig., 10 in color, 97 tab., hard cover, 2002
EUR 158.–
ISBN 3-8055-7298-0

'... In summary, *Clinical Exercise Testing* is a beautifully presented, eminently readable, and authoritative state-of-the-art text suited to be used both as a learning tool and as a reference resource.' CHEST

Vol. 33
Paediatric Pulmonary Function Testing
Editors: Hammer, J. (Basel); Eber, E. (Graz)
X + 288 p., 80 fig., 27 in color, 41 tab., hard cover, 2005
EUR 120.–
ISBN 3-8055-7753-2

Vol. 35
Sleep Apnea Current Diagnosis and Treatment
Editors: Randerath W.J. (Solingen); Sanner, B.M. (Wuppertal); Somers, V.K. (Rochester, Minn.)
XII + 244 p., 74 fig., 14 in color, 19 tab., hard cover, 2006
EUR 134.50
ISBN-10: 3-8055-8049-5
ISBN-13: 978-3-8055-8049-6
Prices subject to change

Direttamente a casa tua.

Acquista online sul sito www.midiaonline.it

MIDIA srl
Tel. 040 3720456
Fax 040 3721012
midia@midiaonline.it
www.midiaonline.it

KARGER

Life Cure è la società del Gruppo Sapio che dal 2004 offre servizi integrati e integrabili a supporto della continuità delle cure al domicilio del paziente. L'obiettivo di Life Cure non è solo la fornitura delle prestazioni, ma la presa in carico del paziente nella globalità dei suoi bisogni.
La filosofia di Life Cure è infatti orientata ad una forte personalizzazione dell'assistenza che risponda in modo efficace alle specifiche esigenze individuali. Ciò nella logica del dialogo, del coordinamento tra i diversi professionisti sanitari e del coinvolgimento quanto più possibile delle famiglie e del paziente stesso nell'assistenza e nelle decisioni socio-sanitarie che lo riguardano.
La Persona è al centro delle cure e Life Cure le ruota attorno, con figure sanitarie specialistiche integrate, ausili e presidi terapeutici, nutrizione artificiale, tecnologie a supporto del paziente, strumenti a supporto della comunicazione.
Alta professionalità, aggiornamento costante del personale e flessibilità organizzativa sono le caratteristiche del servizio offerto da Life Cure su tutto il territorio nazionale. Le centrali operative di Monza, Busto Arsizio, Belluno, Roma, Benevento, Brindisi e Agrigento raccolgono dalle Asl gli ordini per l'attivazione dei servizi e avviano la procedura per la pianificazione, il coordinamento e l'erogazione del servizio con copertura fino a 24 ore.
Per Life Cure operano medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, operatori socio sanitari, tutte figure che seguono costantemente programmi di aggiornamento professionale pianificati secondo procedure interne.
I pazienti che ricevono i servizi di Life Cure sono persone in stato post-traumatico (stati comatosi, tetraplegie, etc.), oppure affette da malattie neuromuscolari (SMA, SLA, miopatie, distrofie, etc.), da malattie respiratorie (gravi insufficienze respiratorie primitive e secondarie, sindrome di Ondine, etc.) o da gravi insufficienze cardiache post infartuali, miocardiopatie dilatative, etc.
Life Cure garantisce servizi di Assistenza Domiciliare Respiratoria, Assistenza Domiciliare Nutrizionale, Cure Palliative, Assistenza Domiciliare ad Alta Intensità (ospedalizzazione domiciliare) riservata a pazienti complessi che hanno bisogno di assistenza specialistica intensiva a domicilio.
Life Cure garantisce Assistenza Domiciliare Integrata anche a persone in condizioni non critiche né particolarmente complesse, ma impossibilitate a spostarsi agevolmente per i controlli e le terapie di cui necessitano.
Life Cure pianifica, coordina e fornisce gli interventi domiciliari del personale sanitario secondo il piano proposto dal medico di famiglia e approvato dalla Asl.
Il pacchetto di servizi offerti da Life Cure si è recentemente arricchito del nuovo service di Polisonnografia Domiciliare dedicato alla diagnosi dei problemi respiratori durante il sonno.
Rivolto al paziente adulto e pediatrico, il servizio viene effettuato da personale altamente qualificato e refertato da medici specializzati.
Personale sanitario abilitato si occupa, direttamente al domicilio, del corretto posizionamento dei sensori sul paziente.
A registrazione avvenuta, il tracciato contenente i dati acquisiti durante la notte viene controllato da un tecnico di neurofisiopatologia ed inviato al medico specialista per la refertazione. Tracciato, report e refertazione vengono poi consegnati al domicilio del paziente.

LIFE CURE Srl
Via S. Pellico, 48 - 20900 Monza
Tel. +39 039 83981 - Fax +39 039 2026143
www.grupposapio.it

Maschera nasale pediatrica RESMED PIXI™ ventilata

La maschera PIXI™ è una maschera nasale pediatrica per ventilazione artificiale con fori per l'esalazione della CO_2 incorporati (non necessita perciò di valvole espiratorie aggiuntive).
Utilizzabile con tutti i tipi di ventilatori pressometrci che richiedono una maschera con valvola. La maschera PIXI™ è composta da una particolare cuffia in Breathoprene™ progettata in modo da renderla facilmente adattabile alle esigenze del bambino (tre punti di regolazione, perfetta conformazione sul viso, campo visivo libero). Dotata di Spring-flex un mount girevole particolarmente elastico e mobile che segue tutti i movimenti del bambino, Spring-flex può essere collegato ad ambedue i lati della maschera.
PIXI™ ha una conchiglia in policarbonato su cui è montato un cuscinetto a singola parete in puro silicone che attenua la pressione sul viso.
La maschera non contiene latex, PVC o DEHP in nessuno dei componenti.

ResMed EPN Italy
Via Soldani, 10 - 21021 Angera (VA)
Tel. 0331 169 46 95 - Fax 0331 169 46 90
Cell. 348 319 97 63
infoitaly@resmed.com - www.resmed.com

Maschera oronasale RESMED MIRAGE QUATTRO FX non ventilata

Utlizzabile con tutti i tipi di ventilatori presso-volumetrici che richiedono l'utilizzo di una maschera non ventilata.
La maschera Mirage Quattro FX NV è una maschera oronasale per la ventilazione non invasiva (NIV) senza fori per l'esalazione della CO_2. Può essere utilizzata con il doppio circuito o con un circuito singolo con valvola. Comodità e libertà per una maschera facciale che si posiziona dalla metà del ponte nasale lasciando libero il campo visivo.
La nuova tecnologia del cuscinetto Spring Air e del telaio Spring offre la stessa stabilità ed un aggiustamento angolare di un supporto frontale convenzionale. Quattro FX NV fornisce tutti gli strumenti per il miglior adattamento al viso del paziente senza l'appoggio frontale. Attraverso il sistema Swing Seal riusciamo a semplificare il posizionamento e l'aderenza della maschera. La membrana del cuscinetto sagomato si appoggia delicatamente sul ponte nasale riducendo la pressione su quest'area particolarmente sensibile. Il reggimaschera è progettato per ridurre la tensione e si posiziona in modo da evitare la zona sensibile intorno alla parte posteriore del collo.
La maschera non contiene latex, PVC o DEHP in nessuno dei componenti.

ResMed EPN Italy
Via Soldani, 10 - 21021 Angera (VA)
Tel. 0331 169 46 95 - Fax 0331 169 46 90
Cell. 348 319 97 63
infoitaly@resmed.com - www.resmed.com

2011

20-22 ottobre **Piacenza**
Convegno Interannuale AAITO
AIM Group, Firenze
Tel. 055 233881 - Fax 055 2480246
www.aimgroup.eu

22 ottobre **Catania**
Opzioni terapeutiche nella gestione del trattamento dell'asma: modello d'analisi per l'appropriatezza prescrittiva
AIPO Ricerche, Milano
Tel. 02 36590350 - Fax 02 36590360
segreteria@aiporicerche.it - www.aiporicerche.it

22 ottobre **Bolzano**
Congresso sezione regionale AIPO Trentino Alto Adige
AIPO Ricerche, Milano
Tel. 02 36590350 - Fax 02 36590360
segreteria@aiporicerche.it - www.aiporicerche.it

22 ottobre **Cortile Carrara (LU)**
Congresso sezione regionale AIPO Toscana
AIPO Ricerche, Milano
Tel. 02 36590350 - Fax 02 36590360
segreteria@aiporicerche.it - www.aiporicerche.it

22-26 ottobre **Honolulu, Hawaii (USA)**
CHEST 2011 Annual Congress
American College of CHEST Physicians
Tel. 800 3432227 - Fax 847 4981400
www.chestnet.org

28 ottobre **Gorizia**
Congresso sezione regionale AIPO Friuli Venezia Giulia
AIPO Ricerche, Milano
Tel. 02 36590350 - Fax 02 36590360
segreteria@aiporicerche.it - www.aiporicerche.it

29 ottobre **Roma**
Opzioni terapeutiche nella gestione del trattamento dell'asma: modello d'analisi per l'appropriatezza prescrittiva
AIPO Ricerche, Milano
Tel. 02 36590350 - Fax 02 36590360
segreteria@aiporicerche.it - www.aiporicerche.it

4-6 novembre **Torino**
IV Convegno Internazionale Interazioni Cuore e Polmone. La Dispnea
Symposium, Ciriè, Torino
Tel. 011 9211467 - Fax 011 922 49 92
info@symposium.it - www.symposium.it

4-9 novembre **Boston, Massachusetts (USA)**
2011 ACAAI Annual Meeting
American College of Allergy Asthma and Immunology
Tel. 001 (0)847 427 1200 - Fax 001 (0)847 427 1294
mail@acaai.org

5 novembre **Roma**
Congresso sezione regionale AIPO Lazio
AIPO Ricerche, Milano
Tel. 02 36590350 - Fax 02 36590360
segreteria@aiporicerche.it - www.aiporicerche.it

8-10 novembre **Fordongianus (OR))**
Congresso sezione regionale AIPO Sardegna
AIPO Ricerche, Milano
Tel. 02 36590350 - Fax 02 36590360
segreteria@aiporicerche.it - www.aiporicerche.it

17-19 novembre **Genova**
Highlights in Allergy and Respiratory Diseases
iDea Congress, Roma
Tel. 06 36381573 - Fax 06 36307682
info@ideacpa.com - www.ideacpa.com

18 novembre **Mestre**
Il nodulo polmonare solitario. Strategie e decisioni
AIPO Ricerche, Milano
Tel. 02 36590350 - Fax 02 36590360
segreteria@aiporicerche.it - www.aiporicerche.it

18-19 novembre **Bologna**
Asma e BPCO tra real life ed EBM
AIPO Ricerche, Milano
Tel. 02 36590350 - Fax 02 36590360
segreteria@aiporicerche.it - www.aiporicerche.it

19 novembre **Carpi**
Convegno regionale AIPO-AIOM "Gestione multidicliplinare del percorso diagnostico terapeutico per i tumori polmonari"
AIPO Ricerche, Milano
Tel. 02 36590350 - Fax 02 36590360
segreteria@aiporicerche.it - www.aiporicerche.it

28-29 novembre **Benevento**
XX corso sull'equilibrio acido base e idro-elettrolitico
Tel. 0824 771344/771329/0824.771111 (centralino)
Fax 0824 47935
sgambatof@gmail.com - lucamilano@infinito.it
www.incontrifatebenefratelli.it

30 novembre-3 dicembre **Bologna**
XII Congresso Nazionale UIP
XLI Congresso Nazionale AIPO
Il Sistema delle Cure Respiratorie:
la rete pneumologica ed i percorsi assistenziali
AIPO Ricerche, Milano
Tel. 02 36590364 - Fax 02 36590368
uip2011@aiporicerche.it - www.aiporicerche.it

1-3 dicembre **Roma**
La Ventilazione Non Invasiva (NIV) in Pediatria
Center Congressi, Napoli
Tel. 081 19578490 - Fax 081 19578071
info@centercongressi.com - www.centercongressi.com

4-8 dicembre **Cancún, México (USA)**
XXII World Allergy Congress
WAO, Milwaukee, WI, USA
Tel. +1 414 276 1791 - Fax +1 414 276 3349
info@worldallergy.org - www.worldallergy.org

2012

3-4 febbraio **Bologna**
9° Congresso Nazionale AIST
I&C srl, Bologna
Tel. 051 6144004 int. 24 - Fax 051 6142772
alessandra.bolognini@iec-srl.it

15-17 marzo **Barcellona (Spagna)**
1st Joint International Meeting
13th International Conference
JIVD/ERCA, Francia on Home Mechanical Ventilation
4th European Respiratory Care Association Congress
Tel. +33 4 78390843/+33 4 72071762
Fax +33 4 78649216/+33 4 72071774
www.jivd-france.com

26-28 marzo **Trieste**
PneumoTrieste 2012
Centro Italiano Congressi, Roma
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412687
segreteria@pneumotrieste.org

18-21 aprile **Torino**
3° Congresso Nazionale AIMAR
7th International Conference
dynamicom srl, Milano
Tel. 02 89693784 - Fax 02 201176
pneumologia@dynamicommunications.it

Direttamente a casa tua

Acquista online sul sito
www.midiaonline.it

Midia Edizioni, 2010
64 pagine
€ 24,00

Disponibile nelle migliori librerie scientifiche

Midia srl - Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

Direttamente a casa tua

Acquista online sul sito
www.midiaonline.it

Midia Edizioni, 2007
48 pagine
€ 25,00

Disponibile nelle migliori librerie scientifiche

Midia srl - Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

Pulmonary Advances

SAVE THE DATE

3° CONGRESSO NAZIONALE AIMAR
Approccio Multidisciplinare
alla **Medicina Respiratoria**

7th INTERNATIONAL CONFERENCE
on **Management**
& **Rehabilitation**
of **Chronic**
Respiratory Failure

Turin, *Italy*
April 18-21, 2012
Centro Congressi
LINGOTTO

Segreteria Scientifica e Provider

AIMAR
Via Monsignor Cavigioli, 10
28021 Borgomanero (NO)
Tel (+39) 0322 846549
Fax (+39) 0322 869737
segreteriascientificatorino2012@aimarnet.it

Segreteria Organizzativa

dynamicom srl
Via San Gregorio, 12
20124 Milano
Tel (+39) 02 89693784
Fax (+39) 02 201176
pneumologia@dynamicommunications.it

Il sangue di Nelson

Francesco Iodice

"Not in the sea, Hardy, non a mare, Hardy". Nelson al vice, riferendosi al proprio cadavere.

"The Italy is a country (paese) *of fiddlers* (violinisti) *and poets* (poeti); *whores* (puttane) *and scoundrels* (farabutti)". Horatio Nelson, Ammiraglio in Capo della flotta britannica.

Stavolta parleremo di Horatio Nelson, comandante in capo della flotta d'Inghilterra, ma visto dalla parte britannica. L'ammiraglio che divenne una leggenda per il suo popolo nacque il 29 settembre 1758 e nulla, agli albori della sua anonima carriera, lasciava presagire che avrebbe fermato Napoleone e che sarebbe entrato molto precocemente nell'olimpo degli uomini-cult inglesi. I suoi anni di apprendistato in marina, infatti, furono piuttosto grigi e neppure una spedizione nell'Artico o la partecipazione alla guerra contro le province ribelli dell'America del Nord apportarono al nostro fama particolare. In sostanza egli divise la medesima sorte del suo grande avversario francese che nei medesimi anni si barcamenava fra sogni di gloria e faticosi passaggi di carriera. I due si incontrarono – o meglio avrebbero dovuto incontrarsi – lungo le coste egiziane, ma l'inglese non riuscì a intercettare i francesi che, superati dai nemici, riuscirono a sbarcare in Egitto. Poco male perché la rivincita fu a portata di mano: Horatio ad Abukir distrusse in un geniale combattimento navale la flotta francese, premonizione di quel che sarebbe avvenuto a Trafalgar, vicino Cadice in Andalusia. La resa dei conti infatti avvenne a Trafalgar dove Nelson – agendo con estrema decisione, come testimoniato dal famoso messaggio che fece issare sulla sommità dell'albero maestro della Victory: *England expects that every man will do his duty*, l'Inghilterra aspetta che ognuno faccia il suo dovere – salvò le sorti della sua nazione messe a rischio negli ultimi 15 anni dalle irrequietezze dei cugini d'oltre manica che – tra rivoluzioni, Repubbliche e Imperi sembravano aver conservato un unico, coerente obiettivo: ridurre nei confini della sua isola un popolo troppo smanioso di espandersi nel mondo intero. "Austerlitz, ma Trafalgar" si intitola opportunamente un capitolo della biografia napoleonica scritta da Jacques Bainville, uno straordinario scrittore che con due parole sintetizzò il paradosso della più splendida, ma anche della più inutile vittoria di Napoleone. Infatti, Austerlitz salutò l'astro imperiale al suo apogeo, ma non lo potè risarcire della disfatta che poco più tardi di un mese prima aveva subito la sua flotta al largo delle coste di Cadice, cioè a Capo Trafalgar. Una disfatta che impediva per sempre ogni progetto di contrastare l'Inghilterra nel controllo dei mari e che porterà alla vittoria definita del *sea-power* britannico contro Napoleone che, come un leone in gabbia, proverà, nei 10 anni successivi a Trafalgar, a sottomettere tutto il continente europeo. A Trafalgar il 21 ottobre 1805 avvenne un tragico contrasto: vittoria inglese e morte del suo ammiraglio Nelson. La sua scomparsa fu l'equivalente di un suicidio: vanitoso e esibizionista, l'ex amante napoletano di Emma Hamilton, cercò di attirare l'attenzione con atteggiamenti plateali e ostentò davanti a tutti la sua divisa luccicante e le colorate decorazioni che attirarono l'attenzione del cecchino. Morì infatti per un colpo di moschetto , sparato da un franco tiratore su una nave francese. Si scoprirà poi che la palla di piombo aveva attraversato la colonna vertebrale, trasportando i frammenti del gallone dorato della spallina e della stoffa

della giacca. Nelson sapeva che una morte eroica avrebbe creato un'atmosfera ricca di splendore visivo, regalando agli inglesi quell'"éclat", quella luminosità che costituisce un attributo essenziale della regalità. E fu così che l'ammiraglio, con il sacrifico estremo nella battaglia, strappò la gloria a Napoleone. Il dipinto che Benjamin West, illustre presidente della Royal Academy di Londra, offrì al re nel 1809, non avrebbe potuto essere più eloquente: Nettuno, fiero, offre il corpo di Nelson avvolto in un sudario ad una Britannia estremamente dolente, ma sollecita. Infatti, l'Inghilterra non avrebbe potuto accogliere con minor sollievo, il sacrificio di chi aveva salvato le sorti della Nazione nella giornata drammatica di Trafalgar, messe a rischio negli ultimi anni dall'irrequietezza dei cugini francesi. Questa fu la straordinaria eredità che Nelson lasciò, morendo, al suo Paese, venendone ricambiato con una fama e una venerazione che superò largamente quella che pure avrebbe meritato il duca di Wellington, che mise fine (anche lui!) a Waterloo, alle ambizioni, ma continentali, di Napoleone.
La vita di Nelson fu tra le più avventurose e tra le più terribili che un essere umano abbia vissuto. Infatti, nel collezionare micidiali lesioni nel duello con Bonaparte non fu secondo a nessuno, Wellington compreso.

Egli stesso in un diario fece un minuzioso elenco delle sue ferite: l'occhio in Corsica, la pancia al largo di Capo S. Vincenzo, il braccio a Tenerife, la testa in Egitto. E commentò: "Passabile per una guerra"! Confessò ad un dottore, mostrando di avere un sense of humor particolarmente spiccato, che la sua malandata carcassa era la peggiore della flotta e, dopo la battaglia del Nilo, si fece preparare una bara, costruita con l'albero maestro dell'"Orient", che si portò sempre con sé.
Il suo cadavere, secondo la volontà dell'interessato, non finì mai in mare. Sulla "Victory", il dottor William Beatty operò per garantire la conservazione delle spoglie e dovette inventare uno stratagemma perchè fossero ben conservate nel lungo viaggio di ritorno in patria: si fece portare un barile di circa 820 litri, colmo di brandy – per la cronaca era francese, quindi cognac – e vi calò dentro il visconte del Nilo. Contrariamente a quel che si pensava, non era rum britannico, come sempre sostenne la Royal Navy, e i marinai non si dissetarono con quel prezioso contenuto. La leggenda però nacque lo stesso e ancora oggi il rum è chiamato il "sangue di Nelson".
Dopo aver dato a Nelson quello che era di Nelson, dobbiamo però dire che per lui non fu tutto oro quello che luccicava: la rivoluzione napoletana del 1799 segnò le pagine più cupe della sua vita. Storici e memorialisti del nostro Risorgimento sono concordi nell'imputare a Nelson il sacrificio dei patrioti napoletani, dopo aver stracciato gli accordi fra i rivoltosi ed il cardinale Ruffo e – onta ancora maggiore – l'impiccagione dell'ammiraglio Caracciolo, in violazione di ogni codice di onore. L'aver perduto la testa per una "signora" così così, come lady Emma Hamilton e l'aver pedissequamente eseguito i voleri di un'altra "signora", simile alla prima, quale la regina Maria Carolina, moglie di quell'analfabeta ed eccentrico di Ferdinando IV di Borbone (entrambe innamorate dell'affascinante Francesco Caracciolo, ma entrambe rifiutate!), fecero scrivere a Nelson le pagine più nere della rivoluzione, condannandolo ad una *"damnatio memoriae"* che né i begli occhi di Emma, né qualche tardiva rivalutazione, quasi sempre di parte inglese, né duecentocinquanta anni, sono riusciti a cancellare.

ATS•2012

San Francisco, California

INTERNATIONAL CONFERENCE

MAY 18-23

Where today's science meets tomorrow's care

CALL for SCIENTIFIC ABSTRACTS and CASE REPORTS

The ATS welcomes submission of scientific abstracts and case reports for ATS 2012 • San Francisco

The ATS International Conference represents an opportunity to present original research and unique case reports, as well as quality improvement (QI) projects.

The ATS will be accepting original research, case reports and QI projects, which will be presented through oral and poster discussions.

- **Scientific Abstracts**: Research on all aspects of respiratory disease, critical care and sleep medicine, including basic, translational and clinical science, epidemiology and social, biobehavioral, psychosocial and educational, and quality improvement projects; and
- **Case Reports**: Unique and interesting reports describing a single clinical case.

DEADLINE

Wednesday, November 2, 2011 (11:59 pm Eastern Time)

For more information and online submission of abstracts, please visit www.thoracic.org/go/call-for-abstracts.

"The ATS International Conference is the first place in the world for research—the place where you learn about data before it has been published."

"Within the ATS, there is strong support for researchers at the beginning of their careers, and the International Conference is a great opportunity for them."

We help the world breathe

PULMONARY • CRITICAL CARE • SLEEP

TELEPHONE: 212/315-8652, FAX: 212/315-8653

E-mail: conference@thoracic.org

Compagni di viaggio

Ludovico Trianni

Musica e solitudine,
compagni di viaggio e tu,
mia unica nostalgia,
su un ponte a passare,
o in una piazza, invasa dal sole,
o in un piccolo cortile vuoto,
quando la sera allunga le ombre
ad oscurarne i cortili e gli angoli bui.
Mi siedo, per non essere visto,
e a te penso, a quello che sei,
a quello che non sei stata mai,
schiuma di corrente che ci allontana,
vortice dopo vortice,
poi ci avvicina e ci allontana,
poi risucchia e, ancora, ci lascia andare,
mentre il mio cuore batte,
sempre più debole, alla deriva.
Musica e solitudine, compagni di viaggio,
ma tu non lascerai
che il mio piede affondi
in qualche buco nero,
quando il cammino perde di senso,
come schiuma nel frangere dell'onda.

agosto 2011

Ludovico Trianni, pneumologo
Casa di cura Villa Pineta, Gaiato
Pavullo nel Frignano (MO)

*Lo spazio "la poesia" è aperto
a tutti i lettori di Pneumorama,
medici e non, purché "poeti".*

Come sorprendere il Mondo

La Tisi può essere Guarita

Lo Specialista Dott. Dork P. Yonkerman, la cui scoperta della Cura per la Tisi ha sorpreso il Mondo.

ASSOLUTAMENTE GRATIS

ULTIMI VOLUMI
DELLA
BIBLIOTECA AMENA
a Una Lira il volume

De Marchi
Demetrio Pianelli. (2 vol.).
Beltramelli
Gli Uomini Rossi.
Saint-Maurice
Gli ultimi giorni di Saint-Pierre.
Balzac
Giovanna la pallida.
Balzac
L'ultima incarnazione di Vautrin.
Viebig
L'esercito carmenta.
Oppenheim
Il mistero di Bernard Brown
Marguerite
Amor nel tramonto
Caccianiga
Il Convento.
Oppenheim
La spia misteriosa.
Zuccoli
Il designato.
Nievo
Angelo di bontà.
Fergus Hume
La dama errante.
Matera
Adolescenti.
Ugarte
Racconti della Pampa.
Curti
Sua Maestà l'Orgello.
Stone
L'ultimo sogno.
Haggard
La Fanciulla delle Perle.
De Nios
Giovanna e Giovanni.
Anastasi
Eldorado.
Miss Braddon
Fra due cognate.
Björnson
Mary.
Ricci
Rimorsi.
Boborykin
Battaglie intime.

Da “Il secolo XX” S.A. Fratelli Treves Editori Milano, Anno X n. 8, agosto 1911

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE
Alvesco 80 mcg soluzione pressurizzata per inalazione

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA
1 erogazione (dose rilasciata dal boccaglio) contiene 80 microgrammi di ciclesonide. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA
Soluzione pressurizzata per inalazione. Limpida ed incolore.

4. INFORMAZIONI CLINICHE
4.1 Indicazioni terapeutiche. Trattamento per controllare l'asma persistente negli adulti e negli adolescenti (12 anni ed oltre). **4.2 Posologia e modo di somministrazione.** Il medicinale è solo per uso inalatorio. *Raccomandazioni sulle dosi per adulti e adolescenti:* La dose raccomandata di Alvesco è 160 microgrammi in unica somministrazione giornaliera, sufficiente per il raggiungimento del controllo dell'asma nella maggioranza dei pazienti. Tuttavia nei pazienti con asma grave, uno studio di 12 settimane ha evidenziato che una dose di 640 microgrammi/die (somministrata come 320 microgrammi due volte al giorno) ha dimostrato una riduzione della frequenza delle riacutizzazioni ma senza un miglioramento della funzione polmonare (vedere paragrafo 5.1). La riduzione della dose a 80 microgrammi in unica somministrazione giornaliera può risultare una dose efficace di mantenimento per alcuni pazienti. Alvesco deve essere di preferenza somministrato alla sera sebbene anche una somministrazione mattutina di Alvesco si sia dimostrata efficace. La decisione finale se somministrare il farmaco alla sera o al mattino deve essere lasciata alla discrezione del medico. I sintomi iniziano a migliorare entro 24 ore dall'inizio del trattamento con Alvesco. Una volta ottenuto il controllo, la dose deve essere personalizzata e ridotta alla dose minima necessaria per mantenere un buon controllo dell'asma. I pazienti con asma grave sono a rischio di attacchi acuti e devono avere regolari controlli del loro stato asmatico comprendenti test della funzionalità polmonare. L'aumento dell'utilizzo di broncodilatatori ad azione rapida per alleviare i sintomi dell'asma è indicativo di un peggioramento del controllo dell'asma. Se i pazienti notano che il trattamento con i broncodilatatori ad azione rapida diventa meno efficace, o se essi necessitano di un numero di inalazioni maggiore del solito, si deve consultare il medico. In questa situazione, si dovrà rivalutare lo stato dei pazienti e prendere in considerazione la necessità di aumentare la terapia anti-infiammatoria (ad esempio una dose maggiore di Alvesco per un breve periodo (vedere paragrafo 5.1) o un ciclo di terapia con corticosteroidi per via orale). Le gravi riacutizzazioni asmatiche devono essere trattate secondo le procedure standard. Per rispondere alle specifiche esigenze dei pazienti, quali per esempio la difficoltà di premere l'inalatore e inspirare allo stesso tempo, Alvesco è utilizzabile anche con il dispositivo distanziatore AeroChamber Plus. ***Particolari gruppi di pazienti:*** Non è necessario un aggiustamento della posologia nei pazienti anziani o nei pazienti con compromissione delle funzioni epatiche o renali. Ad oggi si dispone di dati insufficienti relativamente al trattamento con ciclesonide dei bambini al di sotto di 12 anni di età. ***Istruzioni per l'uso/manipolazione:*** Il paziente deve essere istruito su come utilizzare correttamente l'inalatore. Se l'inalatore è nuovo o se non è stato usato da una settimana o oltre, si devono effettuare prima tre spruzzi a vuoto. Non occorre agitare trattandosi di soluzione aerosol. Durante l'inalazione, il paziente dovrà essere preferibilmente seduto o in piedi, e l'inalatore dovrà essere tenuto diritto con il pollice sulla base, sotto il boccaglio. Il paziente dovrà essere istruito a togliere il coperchio del boccaglio, mettere l'inalatore in bocca, serrare le labbra attorno al boccaglio, e inspirare lentamente e profondamente. Durante l'inspirazione con la bocca, si dovrà premere il lato superiore dell'inalatore. Quindi, i pazienti dovranno togliere l'inalatore dalla bocca, e trattenere il respiro per circa 10 secondi, o più a lungo possibile. Il paziente non dovrà espirare nell'inalatore. Infine, i pazienti dovranno espirare lentamente e rimettere il coperchio del boccaglio. Il boccaglio deve essere pulito settimanalmente con un panno o un fazzoletto di carta asciutti. L'inalatore non deve essere lavato né immerso in acqua. Per istruzioni dettagliate vedere il foglio illustrativo. **4.3 Controindicazioni.** Ipersensibilità alla ciclesonide o ad uno qualsiasi degli eccipienti. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego.** Come tutti i corticosteroidi inalatori, Alvesco deve essere somministrato con cautela nei pazienti con tubercolosi polmonare attiva o quiescente, infezioni micotiche, virali o batteriche e solo se questi pazienti sono adeguatamente trattati. Come tutti i corticosteroidi inalatori, Alvesco non è indicato per il trattamento dello stato asmatico o di altri episodi acuti d'asma che richiedano l'adozione di misure intensive. Come tutti i corticosteroidi inalatori, Alvesco non è indicato per alleviare la sintomatologia asmatica acuta che invece richiede la somministrazione di un broncodilatatore ad azione rapida per via inalatoria. I pazienti devono essere avvisati di tenere a disposizione questo farmaco d'emergenza. Possono verificarsi effetti sistemici dovuti alla somministrazione di corticosteroidi inalatori, specialmente a dosi elevate prescritte per periodi di tempo prolungati. Questi effetti si verificano con frequenza notevolmente ridotta rispetto all'uso di corticosteroidi orali. Possibili effetti sistemici includono soppressione surrenalica, ritardo della crescita in bambini e adolescenti, riduzione della densità minerale ossea, cataratta e glaucoma. Perciò è importante che la dose di corticosteroide inalatorio sia ridotta alla dose efficace più bassa per il controllo dell'asma. Si raccomanda che l'altezza dei bambini ed adolescenti che ricevono un trattamento prolungato con corticosteroidi inalatori sia regolarmente monitorata. Se la crescita è rallentata, la terapia deve essere rivista allo scopo di ridurre la dose di corticosteroide inalatorio, se possibile alla dose più bassa alla quale si mantenga un efficace controllo dell'asma. In aggiunta, deve essere valutata la necessità di rimandare il paziente da un pneumologo esperto in pediatria. Non ci sono dati disponibili in pazienti con compromissione epatica grave. Un aumento dell'esposizione nei pazienti con compromissione epatica grave è atteso e quindi questi pazienti devono essere monitorati per il rischio di potenziali effetti sistemici. I benefici della ciclesonide per via inalatoria dovrebbero rendere minima la necessità di assunzione di steroidi orali. Tuttavia, i pazienti precedentemente trattati con steroidi orali permangono a rischio di insufficienza surrenalica per un lasso di tempo considerevole dopo essere passati al trattamento con ciclesonide per via inalatoria. La possibilità dei relativi sintomi può persistere per un certo periodo di tempo. Per questi pazienti può essere opportuna una consulenza specialistica per determinare l'entità dell'insufficienza surrenalica prima di procedere con procedure elettive. In situazioni d'emergenza (medica o chirurgica) e in situazioni elettive è consigliabile tenere sempre in considerazione la possibilità di un'insufficienza surrenale residua suscettibile di produrre stress e considerare un appropriato trattamento con corticosteroidi. Per il trasferimento terapeutico di pazienti trattati con corticosteroidi orali: Il trasferimento dei pazienti steroide-dipendenti alla ciclesonide per inalazione, e la loro successiva gestione clinica, richiedono particolari attenzioni in quanto il recupero della ridotta funzione corticosurrenalica, causata dalla prolungata terapia con steroidi sistemici, può richiedere un considerevole periodo di tempo. I pazienti trattati con steroidi sistemici per lungo tempo, o a dosi elevate, possono presentare una soppressione corticosurrenalica. Con questi pazienti è consigliabile monitorare regolarmente le funzioni corticosurrenaliche e ridurre con cautela le dosi di steroidi sistemici. Dopo circa una settimana, va iniziata la graduale sospensione degli steroidi sistemici con una riduzione settimanale pari a 1 mg di prednisolone, o suo equivalente, della dose giornaliera. Per dosi di mantenimento di prednisolone superiori ai 10 mg/die, potrebbero essere appropriate con opportuna cautela riduzioni più consistenti della dose ad intervalli di una settimana. Alcuni pazienti accusano malesseri aspecifici durante la fase di riduzione nonostante venga mantenuta o addirittura migliorata la funzionalità respiratoria. È consigliabile incoraggiarli a perseverare nell'uso di ciclesonide per inalazione e a proseguire la riduzione degli steroidi sistemici, a meno che non ci siano segni obiettivi di insufficienza surrenalica. I pazienti trattati in precedenza con steroidi orali e le cui funzioni corticosurrenaliche siano ancora ridotte devono portare con sé una tessera di riconoscimento che specifichi la necessità di somministrazione supplementare di steroidi sistemici durante periodi di stress, ad esempio in caso di peggioramento degli attacchi d'asma, infezioni toraciche, patologie gravi intercorrenti, interventi chirurgici, traumi, ecc. La sostituzione della cura steroidea sistemica con la terapia per inalazione può talvolta evidenziare stati allergici come riniti allergiche o eczemi in precedenza controllati dai medicinali sistemici. Dopo la somministrazione può verificarsi un broncospasmo paradosso con un immediato peggioramento del respiro affannoso o altri sintomi di broncocostrizione, che deve essere trattato con un broncodilatatore inalatorio ad azione rapida, che solitamente procura pronto miglioramento. Il paziente deve essere sottoposto a valutazione medica e il trattamento con Alvesco proseguito solamente se, dopo attenta valutazione, i benefici attesi risultassero maggiori dei possibili rischi. La correlazione tra la gravità dell'asma e la generica suscettibilità per reazioni bronchiali acute deve essere tenuta presente (vedere paragrafo 4.8). La tecnica d'inalazione dei pazienti dovrebbe essere controllata regolarmente per verificare che la messa in funzione dell'inalatore sia sincronizzata con l'inspirazione in modo da garantire l'erogazione ottimale a livello polmonare. Il trattamento concomitante con ketoconazolo o altri potenti inibitori del CYP3A4 deve essere evitato a meno che il beneficio superi l'aumentato rischio di effetti indesiderati sistemici dei corticosteroidi (vedere paragrafo 4.5). **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** I dati *in vitro* mostrano che il CYP3A4 è il maggiore enzima coinvolto nel metabolismo del metabolita attivo della ciclesonide M1 nell'uomo. In uno studio di interazione farmaco-farmaco allo stato stazionario con ciclesonide e ketoconazolo quale potente inibitore del CYP3A4, l'esposizione al metabolita attivo M1 è aumentata di circa 3,5 volte, mentre la concentrazione di ciclesonide non è risultata modificata. Pertanto la somministrazione concomitante di potenti inibitori del CYP3A4 (es. ketoconazolo, itraconazolo e ritonavir o nelfinavir) deve essere evitata a meno che il beneficio superi l'aumentato rischio di effetti indesiderati sistemici dei corticosteroidi. **4.6 Gravidanza e allattamento.** Non vi sono studi adeguati e controllati in donne in gravidanza. In studi nell'animale i glucocorticoidi hanno evidenziato di indurre malformazioni (vedere paragrafo 5.3). Questo non è probabilmente rilevante nel genere umano alle dosi raccomandate per via inalatoria. Come per altri glucocorticoidi, la ciclesonide dovrà essere utilizzata durante la gravidanza solo se il beneficio potenziale per la madre giustifichi il possibile rischio per il feto. Dovrà essere utilizzata la dose minima efficace per mantenere un adeguato controllo dell'asma. I bambini nati da madri sottoposte a terapia corticosteroidea durante la gravidanza devono essere monitorati attentamente per un eventuale iposurrenalismo. Non è noto se la ciclesonide assunta per inalazione passi nel latte materno umano. La somministrazione di ciclesonide a donne che stanno allattando al seno dovrà essere presa in considerazione solo se il beneficio atteso per la madre sia maggiore del possibile rischio per il bambino. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** La ciclesonide per via inalatoria non altera o altera in modo trascurabile la capacità di guidare veicoli o di usare macchinari. **4.8 Effetti indesiderati.** Circa il 5% dei pazienti ha riportato effetti indesiderati in studi clinici con Alvesco somministrato a dosi tra 40 e 1280 microgrammi al giorno. Nella maggioranza dei casi, questi effetti indesiderati sono risultati di lieve entità e non hanno richiesto la sospensione del trattamento con Alvesco. Il broncospasmo paradosso può verificarsi immediatamente dopo la somministrazione ed è una reazione acuta aspecifica a qualsiasi tipo di medicinale inalato, che può essere correlata al principio attivo, all'eccipiente, o al raffreddamento da evaporazione nel caso di inalatori a dose predeterminata. In casi gravi, l'interruzione del trattamento con Alvesco dovrà essere presa in considerazione. I corticosteroidi inalatori possono anche provocare effetti sistemici, in particolare a dosi elevate prescritte per periodi di tempo prolungati. I possibili effetti sistemici includono la sindrome di Cushing, caratteristiche cushingoidi, soppressione surrenalica, ritardo della crescita in bambini ed adolescenti, diminuzione della densità minerale ossea, cataratta, glaucoma (vedere anche paragrafo 4.4). **4.9 Sovradosaggio.** *Acuto:* L'inalazione in volontari sani di una singola dose di 2880 microgrammi di ciclesonide è stata ben tollerata. I potenziali rischi di effetti tossici acuti a seguito di sovradosaggio di ciclesonide per via inalatoria sono bassi. In seguito a sovradosaggio acuto, non è necessario alcun trattamento specifico. *Cronico:* Dopo somministrazione prolungata di 1280 microgrammi di ciclesonide, non sono stati osservati segni clinici di soppressione surrenalica. Tuttavia, se si continuassero a somministrare dosi superiori a quelle raccomandate per periodi di tempo prolungati, non si può escludere un certo grado di soppressione surrenalica. Può rendersi necessario il monitoraggio della riserva surrenalica.

Frequenza / Classificazione per sistemi e organi	Non comune (≥1/1.000, <1/100)	Raro (≥1/10.000, <1/1.000)
Patologie cardiache		Palpitazioni**
Patologie gastrointestinali	Nausea, vomito* Sapore sgradevole	Dolore addominale* Dispepsia*
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione	Reazioni in sede di applicazione Secchezza in sede di applicazione	
Disturbi del sistema immunitario		Angioedema Reazioni di ipersensibilità
Infezioni ed infestazioni	Infezioni fungine orali*	
Patologie del sistema nervoso	Cefalea*	
Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche	Disfonia Tosse dopo l'inalazione* Broncospasmo paradosso*	
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	Eczema ed eruzione cutanea	
Patologie vascolari		Ipertensione

** Incidenza analoga o inferiore rispetto al placebo*

*** Negli studi clinici sono state osservate palpitazioni in casi per la maggior parte confondibili con gli effetti cardiaci noti del trattamento concomitante (es. teofillina o salbutamolo)*

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche. *Categoria farmacoterapeutica:* Altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie per aerosol, Glucocorticoidi, Codice ATC: R03B A08. La ciclesonide evidenzia bassa affinità di legame col recettore per i glucocorticoidi. Dopo inalazione orale, la ciclesonide viene convertita enzimaticamente a livello polmonare nel metabolita principale (C21-des-metilpropionil-ciclesonide) che ha una pronunciata attività antiinfiammatoria ed è pertanto considerato il metabolita attivo. In quattro studi clinici, la ciclesonide ha dimostrato di ridurre la reattività delle vie aeree all'adenosin monofosfato in pazienti iperreattivi con un massimo effetto osservato alla dose di 640 microgrammi. In un altro studio, il pretrattamento con ciclesonide per sette giorni ha significativamente attenuato le reazioni di fase precoce e tardiva conseguenti all'inalazione di allergeni. Il trattamento mediante ciclesonide per uso inalatorio ha inoltre dimostrato la capacità di contenere l'aumento di cellule infiammatorie (eosinofili totali) e di mediatori infiammatori nell'espettorato indotto. Uno studio controllato ha confrontato l'AUC delle 24 ore del cortisolo plasmatico in 26 pazienti asmatici adulti sottoposti a un trattamento di 7 giorni. Rispetto al placebo, il trattamento con ciclesonide 320, 640, e 1280 microgrammi/die non ha abbassato in maniera statisticamente significativa le medie del cortisolo nel plasma nelle 24 ore (AUC_{0-24}/24 ore) né è stato visto un effetto dose-dipendente. In uno studio clinico relativo a 164 pazienti asmatici adulti maschi e femmine, la ciclesonide è stata somministrata a dosi di 320 o 640 microgrammi/die per 12 settimane. Dopo stimolazione con 1 e con 250 microgrammi di ormone adrenocorticotropico sintetico, non sono state osservate variazioni significative del livello di cortisolo nel plasma rispetto al placebo. Studi clinici controllati in doppio cieco verso placebo della durata di 12 settimane in adulti e in adolescenti hanno dimostrato che il trattamento con ciclesonide ha migliorato la funzione polmonare in termini di FEV_1 e picco di flusso espiratorio, ha migliorato il controllo della sintomatologia asmatica, e ha ridotto la necessità di ricorrere ad inalazione di $beta_2$ agonisti. In uno studio di 12 settimane su 680 pazienti con asma grave, precedentemente trattati con 500-1000 microgrammi di fluticasone propionato o equivalente al giorno, l'87,3% e il 93,3% dei pazienti non ha presentato esacerbazione durante il trattamento con 160 o 640 microgrammi di ciclesonide, rispettivamente. Al termine del periodo delle 12 settimane di studio, i risultati hanno mostrato una differenza statisticamente significativa tra le dosi da 160 microgrammi e 640 microgrammi/die di ciclesonide relativamente al manifestarsi di una esacerbazione dopo il primo giorno dello studio: 43 pazienti/339 (= 12,7%) nel gruppo 160 microgrammi/die e 23 pazienti/341 (6,7%) nel gruppo 640 microgrammi/die (Rapporto di rischio=0,526; p=0,0134). Entrambe le dosi di ciclesonide hanno dato luogo a valori di FEV_1 comparabili a 12 settimane. Eventi avversi correlabili al trattamento sono stati osservati nel 3,8% e nel 5% dei pazienti trattati con 160 o 640 microgrammi al giorno di ciclesonide, rispettivamente. Non sono stati condotti studi per comparare una dose giornaliera di 160 microgrammi, 320 microgrammi e 640 microgrammi in pazienti con asma grave. **5.2 Proprietà farmacocinetiche.** La ciclesonide è disponibile in soluzione aerosol, con propellente HFA 134a ed etanolo, che dimostra una correlazione lineare tra le diverse dosi, la dose dello spruzzo e la concentrazione sistemica. ***Assorbimento:*** Studi con somministrazione orale ed endovenosa di ciclesonide radiomarcata hanno dimostrato un incompleto assorbimento orale (24,5%). La biodisponibilità orale sia di ciclesonide sia del metabolita attivo è trascurabile (<0,5% per la ciclesonide, <1% per il metabolita). In base a un esperimento γ-scintigrafico, la deposizione polmonare in soggetti sani è del 52%. In linea con questo dato, la biodisponibilità sistemica del metabolita attivo è >50% usando l'inalatore a dose predeterminata di ciclesonide. Essendo la biodisponibilità orale per il metabolita attivo <1%, la porzione deglutita della ciclesonide inalata non è rilevante per l'assorbimento sistemico. ***Distribuzione:*** In seguito a somministrazione per via endovenosa in soggetti sani, la fase iniziale di distribuzione per la ciclesonide è stata rapida e conforme alla sua elevata lipofilia. Il volume di distribuzione è risultato in media di 2,9 l/kg. La clearance sierica totale per la ciclesonide è elevata (in media 2,0 l/h/kg), il che indica un grado elevato di estrazione epatica. La percentuale di ciclesonide legata alle proteine plasmatiche è risultata in media del 99% e quella del metabolita attivo del 98 99%, il che indica un legame quasi completo di ciclesonide/metabolita attivo alle proteine plasmatiche. ***Metabolismo:*** La ciclesonide è idrolizzata principalmente da esterasi nel suo metabolita biologicamente attivo a livello polmonare. Indagini enzimologiche sul successivo metabolismo a livello dei microsomi epatici umani hanno dimostrato che questo composto viene principalmente metabolizzato in metaboliti inattivi idrossilati tramite catalisi mediata dal CYP3A4. Inoltre, composti reversibili lipofili esteri del metabolita attivo con acidi grassi sono stati individuati nei polmoni. ***Escrezione:*** La ciclesonide viene escreta principalmente per via fecale (67%), dopo somministrazione orale e per via endovenosa, dimostrando in tal modo che la via principale di eliminazione è l'escrezione biliare. ***Caratteristiche farmacocinetiche in particolari categorie:*** *Pazienti asmatici.* La ciclesonide non ha evidenziato variazioni farmacocinetiche nei pazienti affetti da asma lieve rispetto ai soggetti sani. *Insufficienza renale o epatica, anziani.* Secondo studi di farmacocinetica di popolazione, l'età non ha azione sull'esposizione sistemica al metabolita attivo. La ridotta funzionalità epatica può influire sull'eliminazione dei corticosteroidi. In uno studio comprendente pazienti con danno epatico da cirrosi epatica, è stata osservata una maggiore concentrazione sistemica del metabolita attivo. A causa della assenza di escrezione renale del metabolita attivo, non sono stati condotti studi su pazienti con compromissione della funzione renale. **5.3 Dati preclinici di sicurezza.** I dati preclinici con ciclesonide non rivelano rischi particolari per l'uomo sulla base di studi convenzionali di *safety pharmacology*, tossicità a dosi ripetute, genotossicità, o potenziale cancerogeno. Negli studi di tossicità riproduttiva su animali, si è riscontrato che i glucocorticoidi inducono malformazioni (palatoschisi, malformazioni scheletriche). Tuttavia, questi dati osservati su animali non sembrano avere rilevanza clinica sull'uomo alle dosi raccomandate. Un effetto sulle ovaie (si trattava di atrofia) correlato al trattamento è stato osservato alla massima dose in due studi a 12 mesi nei cani. Questo effetto si è verificato ad esposizioni sistemiche di 5,27-8,34 volte superiori a quelle osservate alla dose giornaliera di 160 microgrammi. Non è nota la rilevanza di ciò sull'uomo. Studi nell'animale con altri glucocorticoidi mostrano che la somministrazione di dosi farmacologiche di glucocorticoidi durante la gravidanza può aumentare il rischio di un ritardo della crescita intrauterina, e nell'adulto di malattie cardiovascolari e/o metaboliche e/o di modifiche permanenti della densità dei recettori dei glucocorticoidi, del ricambio e della azione dei neurotrasmettitori. Non è nota la rilevanza di questi dati nell'uomo dopo somministrazione di ciclesonide per inalazione.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti. Norflurano (HFA-134a). Etanolo, anidro. **6.2 Incompatibilità.** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità.** Erogatori 30 dosi - 1 anno. Erogatori 60 e 120 dosi - 3 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione.** Questo medicinale non richiede speciali condizioni di conservazione. L'erogatore contiene una soluzione pressurizzata. Non esporre a temperature superiori a 50°C. Il contenitore non deve essere forato, rotto o bruciato anche se sembra vuoto. **6.5 Natura e contenuto del contenitore.** L'inalatore comprende un contenitore sotto pressione in alluminio ed è sigillato con una valvola dosatrice, boccaglio, e coperchio. Erogatore da 30 dosi. Erogatore da 60 dosi. Erogatore da 120 dosi. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione.** Il paziente dovrà essere opportunamente istruito sull'uso corretto dell'inalatore (vedere il foglio illustrativo). Come per molti medicinali per inalazione in contenitori sotto pressione, l'effetto terapeutico può diminuire quando il contenitore è freddo. Tuttavia, Alvesco eroga una dose adeguata da - 10°C a 40°C.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Nycomed GmbH. Byk-Gulden-Strasse 2. 78467 Konstanz, Germania

8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

038873105/M - "80 mcg soluzione pressurizzata per inalazione"
1 contenitore sotto pressione di Al da 30 erogazioni.
038873030/M - "80 mcg soluzione pressurizzata per inalazione"
1 contenitore sotto pressione di Al da 60 erogazioni.
038873042/M - "80 mcg soluzione pressurizzata per inalazione"
1 contenitore sotto pressione di Al da 120 erogazioni.

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Prima autorizzazione: 16 Luglio 2009.

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Luglio 2009.

80 mcg 60 puff, prezzo al pubblico
€ 30,95 - Classe A
Medicinale soggetto a prescrizione medica

NYCOMED

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE
Alvesco 160 mcg soluzione pressurizzata per inalazione.

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA
1 erogazione (dose rilasciata dal boccaglio) contiene 160 microgrammi di ciclesonide. Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA
Soluzione pressurizzata per inalazione. Limpida ed incolore.

4. INFORMAZIONI CLINICHE
4.1 Indicazioni terapeutiche. Trattamento per controllare l'asma persistente negli adulti e negli adolescenti (12 anni ed oltre). **4.2 Posologia e modo di somministrazione.** Il medicinale è solo per uso inalatorio. *Raccomandazioni sulle dosi per adulti e adolescenti:* La dose raccomandata di Alvesco è 160 microgrammi in unica somministrazione giornaliera, sufficiente per il raggiungimento del controllo dell'asma nella maggioranza dei pazienti. Tuttavia nei pazienti con asma grave, uno studio di 12 settimane ha evidenziato che una dose di 640 microgrammi/die (somministrata come 320 microgrammi due volte al giorno) ha dimostrato una riduzione della frequenza delle riacutizzazioni ma senza un miglioramento della funzione polmonare (vedere paragrafo 5.1). La riduzione della dose a 80 microgrammi in unica somministrazione giornaliera può risultare una dose efficace di mantenimento per alcuni pazienti. Alvesco deve essere di preferenza somministrato alla sera sebbene anche una somministrazione mattutina di Alvesco si sia dimostrata efficace. La decisione finale se somministrare il farmaco alla sera o al mattino deve essere lasciata alla discrezione del medico. I sintomi iniziano a migliorare entro 24 ore dall'inizio del trattamento con Alvesco. Una volta ottenuto il controllo, la dose deve essere personalizzata e ridotta alla dose minima necessaria per mantenere un buon controllo dell'asma. I pazienti con asma grave sono a rischio di attacchi acuti e devono avere regolari controlli del loro stato asmatico comprendenti test della funzionalità polmonare. L'aumento dell'utilizzo di broncodilatatori ad azione rapida per alleviare i sintomi dell'asma è indicativo di un peggioramento del controllo dell'asma. Se i pazienti notano che il trattamento con i broncodilatatori ad azione rapida diventa meno efficace, o se essi necessitano di un numero di inalazioni maggiore del solito, si deve consultare il medico. In questa situazione, si dovrà rivalutare lo stato dei pazienti e prendere in considerazione la necessità di aumentare la terapia antiinfiammatoria (ad esempio una dose maggiore di Alvesco per un breve periodo [vedere paragrafo 5.1] o un ciclo di terapia con corticosteroidi per via orale). Le gravi riacutizzazioni asmatiche devono essere trattate secondo le procedure standard. Per rispondere alle specifiche esigenze dei pazienti, quali per esempio la difficoltà di premere l'inalatore e inspirare allo stesso tempo, Alvesco è utilizzabile anche con il dispositivo distanziatore AeroChamber Plus. ***Particolari gruppi di pazienti:*** Non è necessario un aggiustamento della posologia nei pazienti anziani o nei pazienti con compromissione delle funzioni epatiche o renali. Ad oggi si dispone di dati insufficienti relativamente al trattamento con ciclesonide dei bambini al di sotto di 12 anni di età. ***Istruzioni per l'uso/manipolazione:*** Il paziente deve essere istruito su come utilizzare correttamente l'inalatore. Se l'inalatore è nuovo o se non è stato usato da una settimana o oltre, si devono effettuare prima tre spruzzi a vuoto. Non occorre agitare trattandosi di soluzione aerosol. Durante l'inalazione, il paziente dovrà essere preferibilmente seduto o in piedi, e l'inalatore dovrà essere tenuto diritto con il pollice sulla base, sotto il boccaglio. Il paziente dovrà essere istruito a togliere il coperchio del boccaglio, mettere l'inalatore in bocca, serrare le labbra attorno al boccaglio, e inspirare lentamente e profondamente. Durante l'inspirazione con la bocca, si dovrà premere il lato superiore dell'inalatore. Quindi, i pazienti dovranno togliere l'inalatore dalla bocca, e trattenere il respiro per circa 10 secondi, o più a lungo possibile. Il paziente non dovrà espirare nell'inalatore. Infine, i pazienti dovranno espirare lentamente e rimettere il coperchio del boccaglio. Il boccaglio deve essere pulito settimanalmente con un panno o un fazzoletto di carta asciutti. L'inalatore non deve essere lavato né immerso in acqua. Per istruzioni dettagliate vedere il foglio illustrativo. **4.3 Controindicazioni.** Ipersensibilità alla ciclesonide o ad uno qualsiasi degli eccipienti. **4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego.** Come tutti i corticosteroidi inalatori, Alvesco deve essere somministrato con cautela nei pazienti con tubercolosi polmonare attiva o quiescente, infezioni micotiche, virali o batteriche e solo se questi pazienti sono adeguatamente trattati. Come tutti i corticosteroidi inalatori, Alvesco non è indicato per il trattamento dello stato asmatico o di altri episodi acuti d'asma che richiedano l'adozione di misure intensive. Come tutti i corticosteroidi inalatori, Alvesco non è indicato per alleviare la sintomatologia asmatica acuta che invece richiede la somministrazione di un broncodilatatore ad azione rapida per via inalatoria. I pazienti devono essere avvisati di tenere a disposizione questo farmaco d'emergenza. Possono verificarsi effetti sistemici dovuti alla somministrazione di corticosteroidi inalatori, specialmente a dosi elevate prescritte per periodi di tempo prolungati. Questi effetti si verificano con frequenza notevolmente ridotta rispetto all'uso di corticosteroidi orali. Possibili effetti sistemici includono soppressione surrenalica, ritardo della crescita in bambini e adolescenti, riduzione della densità minerale ossea, cataratta e glaucoma. Perciò è importante che la dose di corticosteroide inalatorio sia ridotta alla dose efficace più bassa per il controllo dell'asma. Si raccomanda che l'altezza dei bambini ed adolescenti che ricevono un trattamento prolungato con corticosteroidi inalatori sia regolarmente monitorata. Se la crescita è rallentata, la terapia deve essere rivista allo scopo di ridurre la dose di corticosteroide inalatorio, se possibile alla dose più bassa alla quale si mantenga un efficace controllo dell'asma. In aggiunta, deve essere valutata la necessità di rimandare il paziente da un pneumologo esperto in pediatria. Non ci sono dati disponibili in pazienti con compromissione epatica grave. Un aumento dell'esposizione nei pazienti con compromissione epatica grave è atteso e quindi questi pazienti devono essere monitorati per il rischio di potenziali effetti sistemici. I benefici della ciclesonide per via inalatoria dovrebbero rendere minima la necessità di assunzione di steroidi orali. Tuttavia, i pazienti precedentemente trattati con steroidi orali permangono a rischio di insufficienza surrenalica per un lasso di tempo considerevole dopo essere passati al trattamento con ciclesonide per via inalatoria. La possibilità dei relativi sintomi può persistere per un certo periodo di tempo. Per questi pazienti può essere opportuna una consulenza specialistica per determinare l'entità dell'insufficienza surrenalica prima di procedere con procedure elettive. In situazioni d'emergenza (medica o chirurgica) e in situazioni elettive è consigliabile tenere sempre in considerazione la possibilità di un'insufficienza surrenale residua suscettibile di produrre stress e considerare un appropriato trattamento con corticosteroidi. Per il trasferimento terapeutico di pazienti trattati con corticosteroidi orali: Il trasferimento dei pazienti steroide-dipendenti alla ciclesonide per inalazione, e la loro successiva gestione clinica, richiedono particolari attenzioni in quanto il recupero della ridotta funzione corticosurrenalica, causata dalla prolungata terapia con steroidi sistemici, può richiedere un considerevole periodo di tempo. I pazienti trattati con steroidi sistemici per lungo tempo, o a dosi elevate, possono presentare una soppressione corticosurrenalica. Con questi pazienti è consigliabile monitorare regolarmente le funzioni corticosurrenaliche e ridurre con cautela le dosi di steroidi sistemici. Dopo circa una settimana, va iniziata la graduale sospensione degli steroidi sistemici con una riduzione settimanale pari a 1 mg di prednisolone, o suo equivalente, della dose giornaliera. Per dosi di mantenimento di prednisolone superiori ai 10 mg/die, potrebbero essere appropriate con opportuna cautela riduzioni più consistenti della dose ad intervalli di una settimana. Alcuni pazienti accusano malesseri aspecifici durante la fase di riduzione nonostante venga mantenuta o addirittura migliorata la funzionalità respiratoria. È consigliabile incoraggiarli a perseverare nell'uso di ciclesonide per inalazione e a proseguire la riduzione degli steroidi sistemici, a meno che non ci siano segni obiettivi di insufficienza surrenalica. I pazienti trattati in precedenza con steroidi orali e le cui funzioni corticosurrenaliche siano ancora ridotte devono portare con sé una tessera di riconoscimento che specifichi la necessità di somministrazione supplementare di steroidi sistemici durante periodi di stress, ad esempio in caso di peggioramento degli attacchi d'asma, infezioni toraciche, patologie gravi intercorrenti, interventi chirurgici, traumi, ecc. La sostituzione della cura steroidea sistemica con la terapia per inalazione può talvolta evidenziare stati allergici come riniti allergiche o eczemi in precedenza controllati dai medicinali sistemici. Dopo la somministrazione può verificarsi un broncospasmo paradosso con un immediato peggioramento del respiro affannoso o altri sintomi di broncocostrizione, che deve essere trattato con un broncodilatatore inalatorio ad azione rapida, che solitamente procura pronto miglioramento. Il paziente deve essere sottoposto a valutazione medica e il trattamento con Alvesco proseguito solamente se, dopo attenta valutazione, i benefici attesi risultassero maggiori dei possibili rischi. La correlazione tra la gravità dell'asma e la generica suscettibilità per reazioni bronchiali acute deve essere tenuta presente (vedere paragrafo 4.8). La tecnica d'inalazione dei pazienti dovrebbe essere controllata regolarmente per verificare che la messa in funzione dell'inalatore sia sincronizzata con l'inspirazione in modo da garantire l'erogazione ottimale a livello polmonare. Il trattamento concomitante con ketoconazolo o altri potenti inibitori del CYP3A4 deve essere evitato a meno che il beneficio superi l'aumentato rischio di effetti indesiderati sistemici dei corticosteroidi (vedere paragrafo 4.5). **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** I dati *in vitro* mostrano che il CYP3A4 è il maggiore enzima coinvolto nel metabolismo del metabolita attivo della ciclesonide M1 nell'uomo. In uno studio di interazione farmaco-farmaco allo stato stazionario con ciclesonide e ketoconazolo quale potente inibitore del CYP3A4, l'esposizione al metabolita attivo M1 è aumentata di circa 3,5 volte, mentre la concentrazione di ciclesonide non è risultata modificata. Pertanto la somministrazione concomitante di potenti inibitori del CYP3A4 (es. ketoconazolo, itraconazolo e ritonavir o nelfinavir) deve essere evitata a meno che il beneficio superi l'aumentato rischio di effetti indesiderati sistemici dei corticosteroidi. **4.6 Gravidanza e allattamento.** Non vi sono studi adeguati e controllati in donne in gravidanza. In studi nell'animale i glucocorticoidi hanno evidenziato di indurre malformazioni (vedere paragrafo 5.3). Questo non è probabilmente rilevante nel genere umano alle dosi raccomandate per via inalatoria. Come per altri glucocorticoidi, la ciclesonide dovrà essere utilizzata durante la gravidanza solo se il beneficio potenziale per la madre giustifichi il possibile rischio per il feto. Dovrà essere utilizzata la dose minima efficace per mantenere un adeguato controllo dell'asma. I bambini nati da madri sottoposte a terapia corticosteroidea durante la gravidanza devono essere monitorati attentamente per un eventuale iposurrenalismo. Non è noto se la ciclesonide assunta per inalazione passi nel latte materno umano. La somministrazione di ciclesonide a donne che stanno allattando al seno dovrà essere presa in considerazione solo se il beneficio atteso per la madre sia maggiore del possibile rischio per il bambino. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** La ciclesonide per via inalatoria non altera o altera in modo trascurabile la capacità di guidare veicoli o di usare macchinari. **4.8 Effetti indesiderati.** Circa il 5% dei pazienti ha riportato effetti indesiderati in studi clinici con Alvesco somministrato a dosi tra 40 e 1280 microgrammi al giorno. Nella maggioranza dei casi, questi effetti indesiderati sono risultati di lieve entità e non hanno richiesto la sospensione del trattamento con Alvesco. I broncospasmo paradosso può verificarsi immediatamente dopo la somministrazione ed è una reazione acuta aspecifica a qualsiasi tipo di medicinale inalato, che può essere correlata al principio attivo, all'eccipiente, o al raffreddamento da evaporazione nel caso di inalatori a dose predeterminata. In casi gravi, l'interruzione del trattamento con Alvesco dovrà essere presa in considerazione. I corticosteroidi inalatori possono anche provocare effetti sistemici, in particolare a dosi elevate prescritte per periodi di tempo prolungati. I possibili effetti sistemici includono la sindrome di Cushing, caratteristiche cushingoidi, soppressione surrenalica, ritardo della crescita in bambini ed adolescenti, diminuzione della densità minerale ossea, cataratta, glaucoma (vedere anche paragrafo 4.4). **4.9 Sovradosaggio.** *Acuto:* L'inalazione in volontari sani di una singola dose di 2880 microgrammi di ciclesonide è stata ben tollerata. I potenziali rischi di effetti tossici acuti a seguito di sovradosaggio di ciclesonide per via inalatoria sono bassi. In seguito a sovradosaggio acuto, non è necessario alcun trattamento specifico. ***Cronico:*** Dopo somministrazione prolungata di 1280 microgrammi di ciclesonide, non sono stati osservati segni clinici di soppressione surrenalica. Tuttavia, se si continuano a somministrare dosi superiori a

quelle raccomandate per periodi di tempo prolungati, non si può escludere un certo grado di soppressione surrenalica. Può rendersi necessario il monitoraggio della riserva surrenalica.

Frequenza / Classificazione per sistemi e organi	Non comune (≥1/1.000, <1/100)	Raro (≥1/10.000, <1/1.000)
Patologie cardiache		Palpitazioni**
Patologie gastrointestinali	Nausea, vomito* Sapore sgradevole	Dolore addominale* Dispepsia*
Patologie sistemiche e condizioni relative alla sede di somministrazione	Reazioni in sede di applicazione Secchezza in sede di applicazione	
Disturbi del sistema immunitario		Angioedema Reazioni di ipersensibilità
Infezioni ed infestazioni	Infezioni fungine orali*	
Patologie del sistema nervoso	Cefalea*	
Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche	Disfonia Tosse dopo l'inalazione* Broncospasmo paradosso*	
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo	Eczema ed eruzione cutanea	
Patologie vascolari		Ipertensione

** Incidenza analoga o inferiore rispetto al placebo*
*** Negli studi clinici sono state osservate palpitazioni in casi per la maggior parte confondibili con gli effetti cardiaci noti del trattamento concomitante (es. teofillina o salbutamolo)*

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche. *Categoria farmacoterapeutica:* Altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie per aerosol, Glucocorticoidi, Codice ATC: R03B A08. La ciclesonide evidenzia bassa affinità di legame col recettore per i glucocorticoidi. Dopo inalazione orale, la ciclesonide viene convertita enzimaticamente a livello polmonare nel metabolita principale (C21-des-metilpropionil-ciclesonide) che ha una pronunciata attività antiinfiammatoria ed è pertanto considerato il metabolita attivo. In quattro studi clinici, la ciclesonide ha dimostrato di ridurre la reattività delle vie aeree all'adenosin monofosfato in pazienti iperreattivi con un massimo effetto osservato alla dose di 640 microgrammi. In un altro studio, il pretrattamento con ciclesonide per sette giorni ha significativamente attenuato le reazioni di fase precoce e tardiva conseguenti all'inalazione di allergeni. Il trattamento mediante ciclesonide per uso inalatorio ha inoltre dimostrato la capacità di contenere l'aumento di cellule infiammatorie (eosinofili totali) e di mediatori infiammatori nell'espettorato indotto. Uno studio controllato ha confrontato l'AUC delle 24 ore del cortisolo plasmatico in 26 pazienti asmatici adulti sottoposti ad un trattamento di 7 giorni. Rispetto al placebo, il trattamento con ciclesonide 320, 640, e 1280 microgrammi/die non ha abbassato in maniera statisticamente significativa le medie del cortisolo nel plasma nelle 24 ore (AUC_{0-24}/24 ore) né è stato visto un effetto dose-dipendente. In uno studio clinico relativo a 164 pazienti asmatici adulti maschi e femmine, la ciclesonide è stata somministrata a dosi di 320 o 640 microgrammi/die per 12 settimane. Dopo stimolazione con 1 e con 250 microgrammi di ormone adrenocorticotropico sintetico, non sono state osservate variazioni significative del livello di cortisolo nel plasma rispetto al placebo. Studi clinici controllati in doppio cieco verso placebo della durata di 12 settimane in adulti e in adolescenti hanno dimostrato che il trattamento con ciclesonide ha migliorato la funzione polmonare in termini di FEV_1 e picco di flusso espiratorio, ha migliorato il controllo della sintomatologia asmatica, e ha ridotto la necessità di ricorrere ad inalazione di beta2 agonisti. In uno studio di 12 settimane su 680 pazienti con asma grave, prcedentemente trattati con 500-1000 microgrammi di fluticasone propionato o equivalente al giorno, l'87,3% e il 93,3% dei pazienti non ha presentato esacerbazione durante il trattamento con 160 o 640 microgrammi di ciclesonide, rispettivamente. Al termine del periodo delle 12 settimane di studio, i risultati hanno mostrato una differenza statisticamente significativa tra le dosi da 160 microgrammi e 640 microgrammi/die di ciclesonide relativamente al manifestarsi di una esacerbazione dopo il primo giorno dello studio: 43 pazienti/339 (= 12,7%) nel gruppo 160 microgrammi/die e 23 pazienti/341 (6,7%) nel gruppo 640 microgrammi/die (Rapporto di rischio=0,526; p=0,0134). Entrambe le dosi di ciclesonide hanno dato luogo a valori di FEV_1 comparabili a 12 settimane. Eventi avversi correlabili al trattamento sono stati osservati nel 3,8% e nel 5% dei pazienti trattati con 160 o 640 microgrammi al giorno di ciclesonide, rispettivamente. Non sono stati condotti studi per comparare una dose giornaliera di 160 microgrammi, 320 microgrammi e 640 microgrammi in pazienti con asma grave. **5.2 Proprietà farmacocinetiche.** La ciclesonide è disponibile in soluzione aerosol, con propellente HFA 134a ed etanolo, che dimostra una correlazione lineare tra le diverse dosi, la dose dello spruzzo e la concentrazione sistemica. ***Assorbimento:*** Studi con somministrazione orale ed endovenosa di ciclesonide radiomarcata hanno dimostrato un incompleto assorbimento orale (24,5%). La biodisponibilità orale sia di ciclesonide sia del metabolita attivo è trascurabile (<0,5% per la ciclesonide, <1% per il metabolita). In base ad un esperimento γ-scintigrafico, la deposizione polmonare in soggetti sani è del 52%. In linea con questo dato, la biodisponibilità sistemica del metabolita attivo è >50% usando l'inalatore a dose predeterminata di ciclesonide. Essendo la biodisponibilità orale per il metabolita attivo <1%, la porzione deglutita della ciclesonide inalata non è rilevante per l'assorbimento sistemico. ***Distribuzione:*** In seguito a somministrazione per via endovenosa in soggetti sani, la fase iniziale di distribuzione per la ciclesonide è stata rapida e conforme alla sua elevata lipofilia. Il volume di distribuzione è risultato in media di 2,9 l/kg. La clearance sierica totale per la ciclesonide è elevata (in media 2,0 l/h/kg), il che indica un grado elevato di estrazione epatica. La percentuale di ciclesonide legata alle proteine plasmatiche è risultata in media del 99% e quella del metabolita attivo del 98 99%, il che indica un legame quasi completo di ciclesonide/metabolita attivo alle proteine plasmatiche. ***Metabolismo:*** La ciclesonide è idrolizzata principalmente da esterasi nel suo metabolita biologicamente attivo a livello polmonare. Indagini enzimologiche sul successivo metabolismo a livello dei microsomi epatici umani hanno dimostrato che questo composto viene principalmente metabolizzato in metaboliti inattivi idrossilati tramite catalisi mediata dal CYP3A4. Inoltre, composti reversibili lipofili esteri del metabolita attivo con acidi grassi sono stati individuati nei polmoni. ***Escrezione:*** La ciclesonide viene escreta principalmente per via fecale (67%), dopo somministrazione orale e per via endovenosa, dimostrando in tal modo che la via principale di eliminazione è l'escrezione biliare. ***Caratteristiche farmacocinetiche in particolari categorie:*** *Pazienti asmatici.* La ciclesonide non ha evidenziato variazioni farmacocinetiche nei pazienti affetti da asma lieve rispetto ai soggetti sani. *Insufficienza renale o epatica, anziani.* Secondo studi di farmacocinetica di popolazione, l'età non ha azione sull'esposizione sistemica al metabolita attivo. La ridotta funzionalità epatica può influire sull'eliminazione dei corticosteroidi. In uno studio comprendente pazienti con danno epatico da cirrosi epatica, è stata osservata una maggiore concentrazione sistemica del metabolita attivo. A causa della assenza di escrezione renale del metabolita attivo, non sono stati condotti studi su pazienti con compromissione della funzione renale. **5.3 Dati preclinici di sicurezza.** I dati preclinici con ciclesonide non rivelano rischi particolari per l'uomo sulla base di studi convenzionali di *safety pharmacology*, tossicità a dosi ripetute, genotossicità, o potenziale cancerogeno. Negli studi di tossicità riproduttiva su animali, si è riscontrato che i glucocorticoidi inducono malformazioni (palatoschisi, malformazioni scheletriche). Tuttavia, questi dati osservati su animali non sembrano avere rilevanza clinica sull'uomo alle dosi raccomandate. Un effetto sulle ovaie (si trattava di atrofia) correlato al trattamento è stato osservato alla massima dose in due studi a 12 mesi nei cani. Questo effetto si è verificato ad esposizioni sistemiche di 5,27-8,34 volte superiori a quelle osservate alla dose giornaliera di 160 microgrammi. Non è nota la rilevanza di ciò sull'uomo. Studi nell'animale con altri glucocorticoidi mostrano che la somministrazione di dosi farmacologiche di glucocorticoidi durante la gravidanza può aumentare il rischio di un ritardo della crescita intrauterina, e nell'adulto di malattie cardiovascolari e/o metaboliche e/o di modifiche permanenti della densità dei recettori dei glucocorticoidi, del ricambio e della azione dei neurotrasmettitori. Non è nota la rilevanza di questi dati nell'uomo dopo somministrazione di ciclesonide per inalazione.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti. Norflurano (HFA-134a). Etanolo, anidro. **6.2 Incompatibilità.** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità.** Erogatori 30 dosi - 1 anno. Erogatori 60 e 120 dosi - 3 anni. **6.4 Precauzioni particolari per la conservazione.** Questo medicinale non richiede speciali condizioni di conservazione. L'erogatore contiene una soluzione pressurizzata. Non esporre a temperature superiori a 50°C. Il contenitore non deve essere forato, rotto o bruciato anche se sembra vuoto. **6.5 Natura e contenuto del contenitore.** L'inalatore comprende un contenitore sotto pressione in alluminio ed è sigillato con una valvola dosatrice, boccaglio, e coperchio. Erogatore da 30 dosi. Erogatore da 60 dosi. Erogatore da 120 dosi. *Confezioni ospedaliere:* 10 erogatori da 30 dosi. 10 erogatori da 60 dosi. 10 erogatori da 120 dosi. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. **6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento e la manipolazione.** Il paziente dovrà essere opportunamente istruito sull'uso corretto dell'inalatore (vedere il foglio illustrativo). Come per molti medicinali per inalazione in contenitori sotto pressione, l'effetto terapeutico può diminuire quando il contenitore è freddo. Tuttavia, Alvesco eroga una dose adeguata da - 10°C a 40°C.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Nycomed GmbH. Byk-Gulden-Strasse 2. 78467 Konstanz, Germania

8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

038873117/M - "160 mcg soluzione pressurizzata per inalazione"
1 contenitore sotto pressione di Al da 30 erogazioni.
038873055/M - "160 mcg soluzione pressurizzata per inalazione"
1 contenitore sotto pressione di Al da 60 erogazioni.
038873067/M - "160 mcg soluzione pressurizzata per inalazione"
1 contenitore sotto pressione di Al da 120 erogazioni.
038873129/M - "160 mcg soluzione pressurizzata per inalazione"
10 contenitori sotto pressione di Al da 30 erogazioni (Conf. Ospedaliera).
038873079/M - "160 mcg soluzione pressurizzata per inalazione"
10 contenitori sotto pressione di Al da 60 erogazioni (Conf. Ospedaliera).
038873081/M - "160 mcg soluzione pressurizzata per inalazione"
10 contenitori sotto pressione di Al da 120 erogazioni (Conf. Ospedaliera).

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Prima autorizzazione: 16 Luglio 2009.

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

Luglio 2009.

160 mcg 60 puff, prezzo al pubblico
€ 35,65 - Classe A
Medicinale soggetto a prescrizione medica

NYCOMED

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

SPIRIVA® (tiotropium)

Life. To be continued.

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE
SPIRIVA 18 microgrammi, polvere per inalazione, capsula rigida.

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA
Ogni capsula contiene 22,5 microgrammi di tiotropio bromuro monoidrato equivalenti a 18 microgrammi di tiotropio. La dose rilasciata (dose che viene rilasciata dal boccaglio del dispositivo HandiHaler) è di 10 microgrammi di tiotropio. Eccipienti: Lattosio monoidrato. Per gli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA
Polvere per inalazione, capsula rigida. Capsule rigide di colore verde chiaro, con il codice di prodotto TI 01 ed il logo aziendale sovraimpresso sulla capsula.

4. INFORMAZIONI CLINICHE
4.1 Indicazioni terapeutiche. Tiotropio è indicato per la terapia broncodilatatoria di mantenimento nel sollievo dei sintomi di pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).
4.2 Posologia e modo di somministrazione. Il dosaggio raccomandato di tiotropio bromuro è l'inalazione del contenuto di una capsula una volta al giorno, allo stesso orario, effettuata con il dispositivo HandiHaler. La dose raccomandata non deve essere superata. Le capsule di tiotropio bromuro non devono essere ingerite. Tiotropio bromuro deve essere inalato solo con il dispositivo HandiHaler.

Istruzioni per la manipolazione e l'uso

Si ricordi di seguire attentamente le istruzioni fornite dal suo medico per l'utilizzo di Spiriva. Il dispositivo HandiHaler è stato messo a punto appositamente per Spiriva. Non deve utilizzarlo per l'assunzione di altri farmaci. Può utilizzare il dispositivo HandiHaler per un anno per assumere il farmaco.

Descrizione di HandiHaler
1 Cappuccio di chiusura antipolvere
2 Boccaglio
3 Base
4 Pulsante di foratura
5 Camera centrale

1. Per sbloccare il cappuccio di chiusura antipolvere premere il pulsante di foratura completamente e poi lasciarlo andare.

2. Aprire completamente il cappuccio di chiusura antipolvere sollevandolo verso l'alto.
Quindi aprire il boccaglio spingendolo verso l'alto.

3. Estrarre una capsula di Spiriva dal blister (solo immediatamente prima dell'uso) e inserirla nella camera centrale (5), come illustrato. Non importa in quale modo sia orientata la capsula nella camera.

4. Chiudere bene il boccaglio fino a quando si sente un click, lasciando aperto il cappuccio di chiusura antipolvere.

5. Tenere il dispositivo HandiHaler con il boccaglio rivolto verso l'alto e premere a fondo una volta sola il pulsante di foratura e rilasciare. Questa azione crea fori nella capsula che permette al farmaco di essere rilasciato durante l'inspirazione.

6. Espirare completamente. Importante: evitare sempre di respirare nel boccaglio.

7. Portare il dispositivo Handihaler alla bocca e chiudere le labbra fermamente intorno al boccaglio. Tenere la testa ritta e inspirare lentamente e profondamente ma ad una velocità sufficiente a udire o sentire vibrare la capsula. Inspirare fino a quando i polmoni non siano pieni; poi trattenere il respiro fino a quando possibile e nello stesso tempo sfilare il dispositivo HandiHaler dalla bocca. Riprendere a respirare normalmente. Ripetere i punti 6 e 7 una volta al fine di svuotare completamente la capsula.

8. Aprire ancora il boccaglio. Rovesciare la capsula utilizzata e gettarla. Chiudere il boccaglio e il cappuccio di chiusura antipolvere per conservare il dispositivo HandiHaler.

Pulizia del dispositivo HandiHaler

Pulire il dispositivo HandiHaler una volta al mese. Aprire il cappuccio di chiusura antipolvere e il boccaglio. Quindi aprire la base sollevando il pulsante di foratura. Risciacquare tutto l'inalatore con acqua calda per rimuovere la polvere. Asciugare il dispositivo HandiHaler accuratamente rovesciando l'eccesso di acqua su una salvietta di carta e lasciandolo all'aria, mantenendo il cappuccio di chiusura antipolvere, il boccaglio e la base aperti. Poiché occorrono 24 ore per l'asciugatura all'aria, il dispositivo deve essere pulito subito dopo l'utilizzo affinché sia pronto per l'inalazione successiva. Se necessario, la parte esterna del boccaglio può essere pulita con un panno umido ma non bagnato.

Utilizzo del blister strip

A. Dividere a metà il blister strip tirando lungo la linea perforata.

B. Sollevare il foglio posto sulla faccia posteriore utilizzando la linguetta fino a che una capsula non sia completamente visibile (solo immediatamente prima dell'uso). Nel caso una seconda capsula sia inavvertitamente esposta all'aria, deve essere eliminata.

C. Estrarre la capsula.

Le capsule di Spiriva contengono solo una piccola quantità di polvere, quindi la capsula è riempita solo in parte.
Popolazioni speciali: I pazienti anziani possono utilizzare tiotropio bromuro alla dose raccomandata. I pazienti con insufficienza renale possono utilizzare tiotropio bromuro alla dose raccomandata. Per pazienti con insufficienza renale da moderata a grave (clearance della creatinina ≤ 50 ml/min) vedere paragrafo 4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego e paragrafo 5.2 Proprietà farmacocinetiche. I pazienti con insufficienza epatica possono utilizzare tiotropio bromuro alla posologia raccomandata (vedere paragrafo 5.2 Proprietà farmacocinetiche). Pazienti in età pediatrica: non sono state stabilite la sicurezza e l'efficacia di tiotropio bromuro polvere per inalazione nei pazienti in età pediatrica e pertanto il prodotto non deve essere utilizzato in pazienti di età inferiore ai 18 anni.

4.3 Controindicazioni. Tiotropio bromuro polvere per inalazione è controindicato nei pazienti con una ipersensibilità a tiotropio bromuro, atropina o suoi derivati, per esempio ipratropio o ossitropio o all'eccipiente lattosio monoidrato che contiene proteine del latte.

4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni di impiego. Tiotropio bromuro, broncodilatatore di mantenimento, da assumere una volta al giorno, non deve essere utilizzato nel trattamento iniziale di episodi acuti di broncospasmo, quale terapia di emergenza. Possono verificarsi reazioni di ipersensibilità immediata dopo la somministrazione di tiotropio bromuro polvere per inalazione. In linea con la sua attività anticolinergica, tiotropio bromuro deve essere utilizzato con cautela nei pazienti con glaucoma ad angolo chiuso, iperplasia prostatica od ostruzione del collo della vescica (vedere paragrafo 4.8 Effetti indesiderati). I farmaci somministrati per via inalatoria possono causare broncospasmo indotto dall'inalazione. Poiché la concentrazione plasmatica del farmaco aumenta al diminuire della funzionalità renale, nei pazienti con insufficienza renale da moderata a grave (clearance della creatinina ≤ 50 ml/min), tiotropio bromuro deve essere utilizzato solo se i benefici attesi superano i potenziali rischi. Non ci sono dati a lungo termine in pazienti con insufficienza renale grave (vedere paragrafo 5.2 Proprietà farmacocinetiche). I pazienti devono essere avvisati di evitare che la polvere del farmaco venga a contatto con gli occhi. Devono essere informati che ciò può avere come conseguenza una precipitazione o peggioramento del glaucoma ad angolo chiuso, dolore o disturbo oculare, temporaneo offuscamento della vista, aloni visivi o immagini colorate in associazione ad occhi arrossati da congestione congiuntivale ed edema corneale. Se si dovesse sviluppare una qualsiasi combinazione di questi sintomi oculari, i pazienti devono sospendere l'utilizzo di tiotropio bromuro e consultare immediatamente uno specialista. La secchezza delle fauci che è stata osservata con il trattamento di anticolinergici, a lungo termine può essere associata a carie dentarie. Tiotropio bromuro non deve essere utilizzato più di una volta al giorno (vedere paragrafo 4.9 Sovradosaggio). Spiriva capsule contiene 5,5 mg di lattosio monoidrato.

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione. Benché non siano stati effettuati studi formali di interazione farmacologica, tiotropio bromuro polvere per inalazione è stato utilizzato in concomitanza con altri farmaci senza evidenza clinica di interazioni. Questi comprendono broncodilatori simpaticomimetici, metilxantine, steroidi orali e inalati, comunemente utilizzati nel trattamento della BPCO. La co-somministrazione di tiotropio bromuro ed altri farmaci contenenti anticolinergici non è stata studiata e pertanto non è raccomandata.

4.6 Gravidanza e allattamento. Non sono disponibili per tiotropio bromuro dati clinici documentati sull'esposizione in gravidanza. Studi effettuati su animali hanno mostrato tossicità riproduttiva associata a tossicità materna (vedere paragrafo 5.3 Dati preclinici di sicurezza). Il potenziale rischio per l'uomo non è noto. Pertanto Spiriva deve essere utilizzato in gravidanza solo quando chiaramente indicato. Non è noto se tiotropio bromuro sia escreto nel latte materno. Nonostante studi effettuati su roditori abbiano dimostrato che solo una piccola quantità di tiotropio bromuro è escreta nel latte materno, l'uso di Spiriva non è raccomandato durante l'allattamento. Tiotropio bromuro è una sostanza a lunga durata d'azione. La decisione di continuare o sospendere l'allattamento piuttosto che continuare o sospendere la terapia con Spiriva deve essere presa tenendo in considerazione il beneficio dell'allattamento per il bambino e della terapia con Spiriva per la madre.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. Il verificarsi di vertigini, visione offuscata o cefalea può influire sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.

4.8 Effetti indesiderati. a) Descrizione generale. Molti degli effetti indesiderati elencati possono essere attribuiti alle proprietà anticolinergiche di Spiriva. Negli studi clinici controllati, l'effetto indesiderato più comunemente osservato è stato la secchezza delle fauci, che si è verificato in circa il 3% dei pazienti. b) Tabella degli effetti indesiderati. La frequenza assegnata agli effetti indesiderati sotto elencati è basata sui tassi grezzi di incidenza delle reazioni avverse al farmaco (cioè eventi attribuiti a tiotropio dagli sperimentatori) osservati nel gruppo trattato con tiotropio (9.149 pazienti), ottenuto raggruppando i dati derivanti da 26 studi clinici controllati verso placebo che prevedevano periodi di trattamento compresi tra quattro settimane e quattro anni. La frequenza è definita sulla base della seguente convenzione: Molto comune (≥1/10); comune (≥1/100, <1/10); non comune (≥1/1000, <1/100); raro (≥1/10.000, <1/1000), molto raro (<1/10.000), non nota (la frequenza non può essere definita sulla base dei dati disponibili).

Classificazione per sistemi e organi	Frequenza[1]
Disturbi del metabolismo e della nutrizione	
Disidratazione	Non nota*
Patologie del sistema nervoso	
Vertigini	Non comune
Cefalea	Non comune
Disordini del gusto	Non comune
Insonnia	Raro
Patologie dell'occhio	
Visione offuscata	Non comune
Glaucoma	Raro
Aumento della pressione intraoculare	Raro
Patologie cardiache	
Fibrillazione atriale	Non comune
Tachicardia sopraventricolare	Raro
Tachicardia	Raro
Palpitazioni	Raro
Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche	
Faringite	Non comune
Disfonia	Non comune
Tosse	Non comune
Broncospasmo	Raro
Epistassi	Raro
Laringite	Raro
Sinusite	Raro
Patologie gastrointestinali	
Secchezza delle fauci	Comune
Stomatite	Non comune
Malattia da reflusso gastroesofageo	Non comune
Stipsi	Non comune
Nausea	Non comune
Ostruzione intestinale, incluso ileo paralitico	Raro
Gengivite	Raro
Glossite	Raro
Candidosi orofaringea	Raro
Disfagia	Raro
Carie dentaria	Non nota*
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo, Disturbi del sistema immunitario	
Eruzione cutanea	Non comune
Orticaria	Raro
Prurito	Raro
Altre reazioni di ipersensibilità (comprese le reazioni immediate)	Raro
Edema angioneurotico	Non nota*
Infezione della pelle, ulcerazione della pelle	Non nota*
Pelle secca	Non nota*
Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	
Gonfiore delle articolazioni	Non nota*
Patologie renali e urinarie	
Disuria	Non comune
Ritenzione urinaria	Non comune
Infezione del tratto urinario	Raro

** nessun evento attribuito a tiotropio dagli sperimentatori nei 9.149 pazienti trattati con tiotropio; tuttavia gli eventi sono considerati reazioni avverse al farmaco associate a tiotropio.*

c) Informazioni sugli effetti indesiderati di carattere individuale gravi e/o frequenti. Negli studi clinici controllati, gli effetti indesiderati comunemente osservati erano quelli anticolinergici, come la secchezza delle fauci che si è verificata circa nel 4% dei pazienti. In 26 studi clinici, la secchezza delle fauci ha portato all'interruzione del trattamento da parte di 18 dei 9.149 pazienti trattati con tiotropio (0,2%). Effetti indesiderati gravi coerenti con gli effetti anticolinergici includono glaucoma, stipsi ed ostruzione intestinale compreso ileo paralitico come anche ritenzione urinaria. Ulteriori informazioni sulle popolazioni speciali. Un'aumentata incidenza degli effetti anticolinergici può verificarsi con l'aumentare dell'età.

4.9 Sovradosaggio. Dosi elevate di tiotropio bromuro possono indurre la comparsa di segni e sintomi anticolinergici. Comunque, nei volontari sani non sono stati osservati effetti avversi sistemici anticolinergici a seguito dell'inalazione di una dose unica fino a 340 microgrammi di tiotropio bromuro. Inoltre, non sono stati osservati effetti avversi rilevanti, oltre alla secchezza delle fauci, a seguito della somministrazione di tiotropio bromuro fino a 170 microgrammi per 7 giorni. In uno studio a dosi multiple condotto in pazienti con BPCO, trattati con una dose massima giornaliera di 43 microgrammi di tiotropio bromuro per 4 settimane, non sono stati osservati effetti indesiderati significativi. Tiotropio bromuro è caratterizzato da una bassa biodisponibilità orale, pertanto è improbabile che l'ingestione involontaria delle capsule per via orale possa causare un'intossicazione acuta.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE.

5.1 Proprietà farmacodinamiche. Categoria farmacoterapeutica: anticolinergici, Codice ATC: R03B B04. Tiotropio bromuro è un antagonista dei recettori muscarinici a lunga durata d'azione, nella pratica clinica spesso definito come anticolinergico. Attraverso il legame con i recettori muscarinici della muscolatura liscia bronchiale, tiotropio bromuro inibisce gli effetti colinergici (broncocostrittori) dell'acetilcolina, rilasciata dalle terminazioni nervose parasimpatiche. Presenta un'affinità simile per i sottotipi dei recettori muscarinici da M1 a M5. Nelle vie aeree, tiotropio bromuro antagonizza in modo competitivo e reversibile i recettori M_3 inducendo rilassamento della muscolatura liscia bronchiale. L'effetto è risultato dose-dipendente ed è durato per più di 24 ore. La lunga durata è probabilmente dovuta alla sua dissociazione molto lenta dai recettori M_3, mostrando un'emivita di dissociazione significativamente maggiore rispetto a quella di ipratropio. Essendo un anticolinergico N-quaternario tiotropio bromuro è (bronco-) selettivo se somministrato per via inalatoria (topica), dimostrando un intervallo terapeutico accettabile prima dell'insorgenza di effetti sistemici anticolinergici. La broncodilatazione è principalmente un effetto locale (sulle vie aeree), e non un effetto sistemico. La dissociazione dai recettori M2 è più rapida rispetto ai recettori M_3 e ciò ha determinato negli studi funzionali in-vitro, una selettività (cineticamente controllata) per il sottotipo recettoriale M_3 rispetto al sottotipo M2. L'elevata efficacia e la lenta dissociazione dal recettore si riflettono clinicamente in una broncodilatazione significativa e di lunga durata in pazienti con BPCO. Elettrofisiologia: in uno studio specifico sul QT condotto in 53 volontari sani, Spiriva alla dose di 18 mcg e 54 mcg (cioè tre volte la dose terapeutica) somministrato per 12 giorni non ha prolungato in modo significativo gli intervalli QT dell'ECG. Il programma di sviluppo clinico includeva 4 studi a un anno e 2 studi a sei mesi, randomizzati, in doppio cieco in 2.663 pazienti (1.308 trattati con tiotropio bromuro). Il programma a un anno consisteva in 2 studi controllati verso placebo e 2 studi verso un farmaco di controllo attivo (ipratropio). I due studi a sei mesi erano entrambi controllati verso salmeterolo e placebo. Questi studi includevano la valutazione della funzione polmonare e della dispnea, delle riacutizzazioni e della qualità della vita correlata allo stato di salute. Negli studi sopra menzionati, tiotropio bromuro, somministrato una volta al giorno, ha prodotto un miglioramento significativo della funzione polmonare (volume espiratorio forzato in un secondo, FEV_1, e capacità vitale forzata, FVC) entro 30 minuti dalla prima dose e si è mantenuto per 24 ore. La farmacodinamica allo stato stazionario è stata raggiunta entro una settimana con il maggior effetto di broncodilatazione osservato entro il terzo giorno. Tiotropio bromuro ha significativamente migliorato il picco di flusso espiratorio (PEF) mattutino e serale misurato dalle registrazioni giornaliere dei pazienti. Gli effetti broncodilatatori di tiotropio bromuro si sono mantenuti nel corso dell'anno di somministrazione senza l'insorgenza di tolleranza. Uno studio clinico randomizzato, controllato verso placebo, condotto su 105 pazienti affetti da BPCO ha dimostrato che la broncodilatazione, rispetto al placebo, si manteneva nelle 24 ore di intervallo terapeutico, indipendentemente dal fatto che il farmaco venisse somministrato la mattina o la sera. Il seguente effetto è stato dimostrato in studi a lungo termine (6 mesi e un anno): tiotropio bromuro ha migliorato significativamente la dispnea (valutata utilizzando l'indice di dispnea transitorio). Questo miglioramento si è mantenuto per la durata del trattamento. L'effetto del miglioramento della dispnea sulla tolleranza allo sforzo è stato valutato in due studi randomizzati, in doppio cieco, controllati verso placebo condotti su 433 pazienti affetti da BPCO di grado da moderato a grave. In questi studi, il trattamento per sei settimane con Spiriva ha prodotto un miglioramento significativo del tempo di resistenza allo sforzo limitato dai sintomi misurato al ciclo-ergometro al 75% della capacità massimale di lavoro, pari al 19,7%, (studio A: 640 secondi con Spiriva vs. 535 secondi con placebo, rispetto a un valore basale precedente al trattamento di 492 secondi) e al 28,3%

(studio B: 741 secondi con Spiriva vs. 577 secondi con placebo, rispetto a un valore basale precedente al trattamento di 537 secondi). In uno studio randomizzato, in doppio cieco, controllato verso placebo condotto in 1.829 pazienti con BPCO di grado da moderato a molto grave, tiotropio bromuro ha ridotto in modo statisticamente significativo la percentuale di pazienti che è andata incontro a riacutizzazioni della BPCO (da 32,2% a 27,8%) e ha ridotto in modo statisticamente significativo del 19% il numero di riacutizzazioni (da 1,05 a 0,85 eventi per paziente per anno di esposizione). Inoltre, il 7,0% dei pazienti trattati con tiotropio bromuro e il 9,5% dei pazienti appartenenti al gruppo cui è stato somministrato placebo sono stati ospedalizzati per riacutizzazioni della BPCO (p=0,056). Il numero dei ricoveri ospedalieri causati dalla BPCO era ridotto del 30% (da 0,25 a 0,18 eventi per paziente per anno di esposizione). In uno studio della durata di 9 mesi, randomizzato, in doppio cieco, controllato verso placebo condotto su 492 pazienti, Spiriva ha migliorato la qualità della vita correlata allo stato di salute, come determinato dal punteggio totale del St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). La percentuale di pazienti trattata con Spiriva che ha ottenuto un miglioramento significativo nel punteggio totale dell'SGRQ (cioè > 4 unità) era superiore del 10,9% rispetto a quella trattata con placebo (59,1% nel gruppo trattato con Spiriva verso 48,2% nel gruppo trattato con placebo (p=0,029)). La differenza media tra i due gruppi era di 4,9 unità (p=0,001; intervallo di confidenza: 1,69 – 6,68). I miglioramenti dei sottodomini del punteggio SGRQ sono stati di 8,19 unità per "sintomi", di 3,91 unità per "attività" e di 3,61 unità per "impatto sulla vita quotidiana". I miglioramenti di tutti questi singoli sottodomini erano statisticamente significativi. In uno studio clinico della durata di 4 anni, randomizzato, in doppio cieco, controllato verso placebo e condotto su 5.993 pazienti (3.006 trattati con placebo e 2.987 con Spiriva), il miglioramento del FEV_1 dovuto alla somministrazione di Spiriva, rispetto al placebo, rimaneva costante per i 4 anni. Una maggiore percentuale di pazienti nel gruppo trattato con Spiriva rispetto al gruppo trattato con placebo (63,8% vs. 55,4%, p<0,001) ha completato ≥ 45 mesi di trattamento. La velocità di declino annuale del FEV_1 confrontata con il placebo era simile per Spiriva e per il placebo. Durante il trattamento, si è verificata una riduzione del rischio di morte del 16%. Il tasso di mortalità era di 4,79 per 100 pazienti all'anno nel gruppo trattato con placebo verso 4,10 per 100 pazienti all'anno nel gruppo trattato con tiotropio (hazard ratio (tiotropio/placebo) = 0,84, 95% IC = 0,73, 0,97). Il trattamento con tiotropio riduceva il rischio di insufficienza respiratoria (come indicato dalla registrazione degli eventi avversi) del 19% (2,09 vs. 1,68 casi per 100 pazienti all'anno, rischio relativo (tiotropio/placebo) = 0,81, 95% IC = 0,65, 0,999).

5.2 Proprietà farmacocinetiche. a) Introduzione generale. Tiotropio bromuro è un composto ammonio quaternario non chirale ed è moderatamente solubile in acqua. Tiotropio bromuro è somministrato come polvere per inalazione. Generalmente tramite inalazione, la maggior parte della dose rilasciata si deposita nel tratto gastrointestinale, e in quantità minore nell'organo bersaglio che è il polmone. Molti dei dati farmacocinetici qui di seguito descritti sono stati ottenuti con dosi superiori rispetto a quelle raccomandate per la terapia. b) Caratteristiche generali del principio attivo dopo somministrazione della specialità medicinale. Assorbimento: dopo inalazione della polvere secca da parte di volontari sani giovani, la biodisponibilità assoluta del 19,5% suggerisce che la frazione che raggiunge il polmone è altamente biodisponibile. Dalla struttura chimica del composto (composto di ammonio quaternario) e dagli studi in vitro è prevedibile che tiotropio bromuro sia scarsamente assorbito dal tratto gastrointestinale (10-15%). Le soluzioni orali di tiotropio bromuro hanno una biodisponibilità assoluta del 2-3%. Le concentrazioni plasmatiche massime di tiotropio bromuro sono state osservate cinque minuti dopo l'inalazione. Il cibo sembra non influenzare l'assorbimento di questo composto di ammonio quaternario. Distribuzione: il farmaco si lega per il 72% alle proteine plasmatiche e mostra un volume di distribuzione di 32 l/kg. Allo steady-state, nei pazienti con BPCO i livelli plasmatici di picco di tiotropio bromuro erano di 17–19 pg/ml se misurati 5 minuti dopo l'inalazione di una dose di polvere secca da 18 g e diminuivano rapidamente in modo multi-compartimentale. La concentrazione plasmatica di valle allo steady-state è stata di 3-4 pg/ml. Non sono note le concentrazioni locali nel polmone, ma la modalità di somministrazione suggerisce concentrazioni considerevolmente più elevate nel polmone. Studi effettuati nei ratti hanno dimostrato che tiotropio bromuro non attraversa la barriera emato-encefalica in misura rilevante. Biotrasformazione: l'entità della biotrasformazione è scarsa. Ciò si evince dall'escrezione urinaria del 74% del farmaco immodificato dopo somministrazione endovenosa in volontari sani giovani. L'estere di tiotropio bromuro è scisso per via non enzimatica nell'alcool (N-metilscopina) e nel composto acido (acido ditienilglicolico) che sono inattivi sui recettori muscarinici. Esperimenti in-vitro con microsomi epatici ed epatociti umani suggeriscono che un'ulteriore quantità di farmaco (< 20% della dose dopo somministrazione endovenosa) è metabolizzata con ossidazione citocromo P450 (CYP) dipendente e successiva coniugazione con glutatione in una varietà di metaboliti di Fase-II. Studi in vitro su microsomi epatici rivelano che la via enzimatica può essere inibita dagli inibitori del CYP 2D6 (e 3A4), chinidina, ketoconazolo e gestodene. Così il citocromo CYP 2D6 e 3A4 sono coinvolti nella via metabolica che è responsabile dell'eliminazione di una parte più piccola della dose. Tiotropio bromuro anche in concentrazioni superiori a quelle terapeutiche non inibisce il CYP 1A1, 1A2, 2B6, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 o 3A nei microsomi epatici umani. Eliminazione: l'emivita di eliminazione terminale di tiotropio bromuro è compresa tra 5 e 6 giorni dopo l'inalazione. La clearance totale è stata di 880 ml/min dopo una dose endovenosa in volontari sani giovani con una variabilità individuale del 22%. Somministrato per via endovenosa tiotropio bromuro è principalmente escreto in forma immodificata nelle urine (74%). Dopo somministrazione per via inalatoria della polvere secca il 14% della dose è escreto per via urinaria e la quantità rimanente, essendo un farmaco principalmente non assorbito dall'intestino, viene eliminata con le feci. La clearance renale di tiotropio bromuro supera la clearance della creatinina, indicando secrezione nelle urine. Dopo l'inalazione giornaliera cronica da parte di pazienti con BPCO, lo steady-state farmacocinetico è stato raggiunto dopo 2-3 settimane senza accumuli successivi. Linearità/non linearità: Tiotropio bromuro dimostra una farmacocinetica lineare nell'intervallo terapeutico sia dopo somministrazione endovenosa che dopo inalazione della polvere secca. c) Caratteristiche nei pazienti: Pazienti anziani: come previsto per tutti i farmaci escreti principalmente per via renale, l'età avanzata è stata associata ad una diminuzione della clearance renale di tiotropio bromuro (da 326 ml/min nei pazienti affetti da BPCO di età < 58 anni fino a 163 ml/min in pazienti affetti da BPCO di età > 70 anni) che potrebbe essere spiegata dalla riduzione della funzionalità renale. L'escrezione di tiotropio bromuro nelle urine dopo inalazione è diminuita dal 14% (volontari sani giovani) a circa il 7% (pazienti con BPCO); tuttavia le concentrazioni plasmatiche non sono cambiate significativamente con l'avanzare dell'età nei pazienti affetti da BPCO se paragonati alla variabilità inter- ed intraindividuale (43% di aumento nell'AUC0-4h dopo inalazione della polvere secca). Pazienti con insufficienza renale: come con tutti i farmaci che vengono escreti principalmente per via renale, l'insufficienza renale è stata associata ad un aumento delle concentrazioni plasmatiche del farmaco e ad una ridotta clearance renale dello stesso, sia dopo infusione endovenosa che dopo inalazione. L'insufficienza renale lieve (CLCR 50-80 ml/min) che spesso è presente nei pazienti anziani aumenta lievemente le concentrazioni plasmatiche di tiotropio bromuro (39% di aumento nell'AUC0-4h dopo infusione endovenosa). Nei pazienti con BPCO con insufficienza renale da moderata a grave (CLCR < 50 ml/min) la somministrazione endovenosa di tiotropio bromuro ha determinato un raddoppio delle concentrazioni plasmatiche (82% di aumento nell'AUC0-4h) che è stato confermato dalle concentrazioni plasmatiche a seguito di inalazione. Pazienti con insufficienza epatica: si suppone che l'insufficienza epatica non abbia influenza rilevante sulla farmacocinetica di tiotropio bromuro. Tiotropio bromuro è principalmente escreto per via renale (74% nei volontari sani giovani) e attraverso una semplice dissociazione non enzimatica dell'estere in prodotti farmacologicamente inattivi. Pazienti in età pediatrica: vedere paragrafo 4.2 Posologia e modo di somministrazione. d) Relazioni tra farmacocinetica e farmacodinamica. Non esiste una correlazione diretta tra farmacocinetica e farmacodinamica.

5.3 Dati preclinici di sicurezza. Molti effetti osservati negli studi convenzionali di tollerabilità farmacologica, tossicità per somministrazioni ripetute e tossicità riproduttiva, possono essere spiegati dalle proprietà anticolinergiche del tiotropio bromuro. Negli animali sono stati osservati gli effetti tipici: ridotto consumo di cibo e incremento ponderale inibito, secchezza delle fauci e del naso, lacrimazione e salivazione ridotte, midriasi ed aumento della frequenza cardiaca. Altri effetti rilevanti notati negli studi di tossicità per somministrazioni ripetute sono stati: irritazione lieve del tratto respiratorio nel ratto e nel topo evidenziata da rinite e alterazioni dell'epitelio della cavità nasale e della laringe, prostatite accompagnata da depositi di natura proteica e litiasi nella vescica del ratto. Effetti dannosi per la gravidanza, lo sviluppo embrionale/fetale, il parto o lo sviluppo post-natale possono essere dimostrati solo a dosaggi tossici per la madre. Tiotropio bromuro non era teratogeno nei ratti o nei conigli. Alterazioni respiratorie (irritazione) ed urogenitali (prostatite) e tossicità riproduttiva sono state osservate dopo esposizioni locali o sistemiche più di 5 volte superiori rispetto a quella terapeutica. Studi sulla genotossicità e sul potenziale cancerogeno non hanno rivelato un rischio particolare per l'uomo.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE.

6.1 Elenco degli eccipienti. Lattosio monoidrato (che contiene proteine del latte).

6.2 Incompatibilità. Non pertinente.

6.3 Periodo di validità. 2 anni. Dopo la prima apertura del blister strip: 9 giorni. Gettare il dispositivo HandiHaler dopo 12 mesi dal primo utilizzo.

6.4 Precauzioni particolari per la conservazione. Non conservare a temperatura superiore ai 25°C. Non congelare.

6.5 Natura e contenuto del contenitore. Blister strip di Alluminio/PVC/Alluminio contenente 10 capsule. HandiHaler è un dispositivo per l'inalazione di dosi singole di tiotropio, costituito da materiale plastico (ABS) e acciaio inossidabile. Confezioni e dispositivo: Confezione contenente 30 capsule (3 blister strip). Confezione contenente 60 capsule (6 blister strip). Confezione contenente dispositivo HandiHaler. Confezione contenente dispositivo HandiHaler e 10 capsule (1 blister strip). Confezione contenente dispositivo HandiHaler e 30 capsule (3 blister strip). Confezione ospedaliera: contenente 5 astucci da 30 capsule e dispositivo HandiHaler. Confezione ospedaliera: contenente 5 astucci da 60 capsule. È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate.

6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento.
Nessuna istruzione particolare.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.

Boehringer Ingelheim International GmbH - Binger Strasse 173 - D 55216 Ingelheim am Rhein - Germania. **RAPPRESENTANTE LEGALE IN ITALIA.** Boehringer Ingelheim Italia s.p.a. - Loc. Prulli, 103/c Reggello - Firenze.

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.

Confezione contenente 30 capsule: 035668019/M. Confezione contenente 60 capsule: 035668021/M. Confezione contenente dispositivo HandiHaler: 035668033/M. Confezione contenente dispositivo HandiHaler e 10 capsule: 035668045/M. Confezione contenente dispositivo HandiHaler e 30 capsule: 035668058/M. Confezione contenente 5 astucci da 30 capsule e dispositivo HandiHaler: 035668060/M. Confezione contenente 5 astucci da 60 capsule: 035668072/M.

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.

13 Maggio 2004 / 9 Ottobre 2006.

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO.

27 settembre 2010.

Dispensato SSN/Classe A
Medicinale soggetto a prescrizione medica
Prezzo al pubblico € 50,80

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

SPIRIVA®
(tiotropium)

Life. To be continued.

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Spiriva Respimat 2,5 microgrammi, soluzione per inalazione

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

La dose rilasciata è di 2,5 microgrammi di tiotropio per erogazione (2 erogazioni costituiscono la dose del medicinale) ed è equivalente a 3,124 microgrammi di tiotropio bromuro monoidrato. La dose rilasciata è la dose che è disponibile per il paziente dopo il passaggio attraverso il boccaglio.
Per l'elenco completo degli eccipienti, vedere paragrafo 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Soluzione per inalazione trasparente e incolore

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche. Il tiotropio è indicato per la terapia broncodilatatoria di mantenimento nel sollievo dei sintomi di pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).
4.2 Posologia e modo di somministrazione. Il prodotto medicinale è destinato al solo uso inalatorio. La cartuccia può essere inserita ed utilizzata solo per mezzo dell'inalatore Respimat (vedere paragrafo 4.2). Due erogazioni tramite l'inalatore Respimat costituiscono una dose del medicinale. La dose raccomandata per gli adulti è 5 microgrammi di tiotropio, somministrati tramite due erogazioni per mezzo dell'inalatore Respimat una volta al giorno, alla stessa ora. La dose raccomandata non deve essere superata. Popolazioni speciali: I pazienti anziani possono utilizzare tiotropio bromuro alla posologia raccomandata. I pazienti con insufficienza renale possono utilizzare tiotropio bromuro alla posologia raccomandata. Per pazienti con insufficienza da moderata a severa (clearance della creatinina £ 50 ml/min, vedere paragrafi 4.4 e 5.2). I pazienti con insufficienza epatica possono utilizzare tiotropio bromuro alla posologia raccomandata (vedere paragrafo 5.2). Pazienti in età pediatrica: Spiriva Respimat non è raccomandato nei bambini e negli adolescenti al di sotto di 18 anni a causa della mancanza di dati sulla sicurezza e l'efficacia (vedere paragrafi 5.1 e 5.2). Per assicurare la corretta somministrazione del medicinale, un medico o altro operatore sanitario deve mostrare al paziente come utilizzare l'inalatore.

Istruzioni per il paziente per l'uso e la manipolazione

Inalatore di Spiriva Respimat e cartuccia di Spiriva Respimat

Inserimento della cartuccia e preparazione per l'uso

I seguenti passi dall'1 al 6 sono necessari prima del primo utilizzo:

1 Mantenendo chiuso il cappuccio verde (A), premere il fermo di sicurezza (E) e sfilare la base trasparente (G).

2 Estrarre la cartuccia (H) dalla scatola. Inserire l'estremità stretta della cartuccia nell'inalatore e spingere finché non si senta un clic. La cartuccia deve essere spinta gentilmente appoggiandola su una superficie solida per assicurarsi che sia entrata completamente (2b). Non rimuovere la cartuccia una volta che sia stata inserita nell'inalatore.

3 Reinserire la base trasparente (G).
Non rimuovere più la base trasparente.

Preparazione dell'inalatore di Spiriva Respimat per il primo utilizzo

4 Mantenere dritto l'inalatore di Spiriva Respimat, con il cappuccio verde (A) chiuso. Ruotare la base (G) nella direzione delle frecce rosse presenti sull'etichetta finché non si senta un clic (mezzo giro).

5 Far scattare il cappuccio verde (A) ed aprirlo completamente.

6 Rivolgere l'inalatore di Spiriva Respimat verso terra.
Premere il bottone di erogazione della dose (D). Chiudere il cappuccio verde (A).
Ripetere i passaggi 4, 5 e 6 fino a che non sia visibile una nuvola. Quindi ripetere i passaggi 4, 5 e 6 altre tre volte per assicurarsi che l'inalatore sia pronto per l'uso.
Ora Spiriva Respimat è pronto per l'uso.

Questi passaggi non influiranno sul numero di dosi disponibili. Dopo la sua preparazione, l'inalatore di Spiriva Respimat sarà in grado di rilasciare 60 erogazioni (30 dosi di medicinale).

Utilizzo dell'inalatore di Spiriva Respimat

Questo inalatore dovrà essere utilizzato SOLO UNA VOLTA AL GIORNO.
Ogni volta assumere DUE EROGAZIONI

I Mantenere dritto l'inalatore di Spiriva Respimat, con il cappuccio verde (A) chiuso, per evitare il rilascio accidentale della dose. Ruotare la base (G) nella direzione delle frecce rosse presenti sull'etichetta finché non si senta un clic (mezzo giro).

II Far scattare il cappuccio verde (A) ed aprirlo completamente. Espirare lentamente e completamente, quindi chiudere le labbra attorno alla parte terminale del boccaglio, senza coprire i fori di ventilazione (C).
Rivolgere Spiriva Respimat inalatore verso il fondo della gola.
Inspirando lentamente e profondamente dalla bocca, premere il bottone di erogazione della dose (D) e continuare a inspirare lentamente quanto più a lungo possibile.
Trattenere il respiro per 10 secondi o per quanto possibile.

III Ripetere i passi I e II così da assumere la dose completa.

L'utilizzo di questo inalatore è necessario solo UNA VOLTA AL GIORNO.

Chiudere il cappuccio verde fino al successivo utilizzo dell'inalatore.

Se l'inalatore di Spiriva Respimat non viene utilizzato per più di 7 giorni rilasciare un'erogazione verso terra. Se Spiriva Respimat inalatore non viene utilizzato per più di 21 giorni ripetere i passi dal 4 al 6 fino a che non sia visibile una nuvola. Quindi ripetere ancora tre volte i passi dal 4 al 6.

Quando procurarsi una nuova confezione di Spiriva Respimat

L'inalatore di Spiriva Respimat contiene 60 erogazioni (30 dosi di medicinale). L'indicatore della dose mostra approssimativamente quanto farmaco sia rimasto. Quando l'indicatore raggiunge l'area rossa della scala, è rimasto medicinale per circa 7 giorni (14 erogazioni). È il momento di rivolgersi al proprio medico.

Quando l'indicatore della dose ha raggiunto la fine della scala rossa (cioè sono state utilizzate tutte le 30 dosi), Spiriva Respimat inalatore è vuoto e si blocca automaticamente. A questo punto, la base non può più essere ruotata oltre.

Al più tardi, tre mesi dopo il primo uso Spiriva Respimat inalatore deve essere gettato anche se non è stato utilizzato tutto il medicinale.

Manutenzione di Spiriva Respimat inalatore

Pulire il boccaglio inclusa la parte di metallo al suo interno solo con un panno o un fazzoletto di carta umido, almeno una volta alla settimana.
Un eventuale lieve scolorimento del boccaglio non compromette l'efficienza dell'inalatore di Spiriva Respimat.
Se necessario, pulire l'esterno di Spiriva Respimat inalatore con un panno umido.

4.3 Controindicazioni. Spiriva Respimat è controindicato nei pazienti con ipersensibilità a tiotropio bromuro, atropina o suoi derivati, per esempio ipratropio o ossitropio o a uno qualsiasi degli eccipienti (vedere paragrafo 6.1).

4.4 Avvertenze speciali e precauzioni di impiego. Il tiotropio bromuro, essendo un broncodilatatore di mantenimento da assumere una volta al giorno, non deve essere utilizzato nel trattamento iniziale di episodi acuti di broncospasmo, quale terapia di emergenza. Dopo la somministrazione di tiotropio bromuro soluzione per inalazione possono verificarsi reazioni di ipersensibilità immediata. In linea con la sua attività anticolinergica, il tiotropio bromuro deve essere utilizzato con cautela nei pazienti con glaucoma ad angolo chiuso, iperplasia prostatica od ostruzione del collo della vescica. I medicinali somministrati per via inalatoria possono causare broncospasmo indotto dall'inalazione. Spiriva Respimat deve essere utilizzato con cautela in pazienti con disturbi noti del ritmo cardiaco (vedere paragrafo 5.1). Poiché la concentrazione plasmatica del farmaco aumenta al diminuire della funzionalità renale, nei pazienti con insufficienza renale da moderata a grave (clearance della creatinina £ 50 ml/min), tiotropio bromuro deve essere utilizzato solo se i benefici attesi superano i potenziali rischi. Non ci sono dati a lungo termine in pazienti con insufficienza renale severa (vedere paragrafo 5.2). I pazienti devono essere avvisati di evitare che la soluzione spruzzata venga a contatto con gli occhi. Devono essere informati che ciò può avere come conseguenza una precipitazione o peggioramento del glaucoma ad angolo chiuso, dolore o disturbo oculare, temporaneo offuscamento della vista, aloni visivi o immagini colorate associate ad occhi arrossati da congestione congiuntivale ed edema corneale. Se si dovesse sviluppare una qualsiasi combinazione di questi sintomi oculari, i pazienti devono sospendere l'utilizzo di tiotropio bromuro e consultare immediatamente uno specialista. La secchezza delle fauci, che è stata segnalata con il trattamento con anticolinergici, a lungo termine può essere associata a carie dentarie. Il tiotropio bromuro non deve essere utilizzato più di una volta al giorno (vedere paragrafo 4.9).

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione. Benché non siano stati effettuati studi formali di interazione farmacologica, il tiotropio bromuro è stato utilizzato in concomitanza con altri farmaci comunemente utilizzati nel trattamento della BPCO senza evidenza clinica di interazioni. Questi comprendono broncodilatori simpaticomimetici, metilxantine, steroidi orali e inalatori. La co-somministrazione cronica di tiotropio bromuro ed altri farmaci contenenti anticolinergici non è stata studiata e pertanto non è raccomandata.

4.6 Gravidanza e allattamento. Per il tiotropio bromuro non sono disponibili dati clinici sull'esposizione in gravidanza. Studi effettuati su animali hanno mostrato tossicità riproduttiva associata a tossicità materna (vedere paragrafo 5.3). Il potenziale rischio per l'uomo non è noto. Pertanto, Spiriva Respimat deve essere utilizzato in gravidanza solo quando chiaramente indicato. Non è noto se il tiotropio bromuro sia escreto nel latte materno. Nonostante studi effettuati su roditori abbiano dimostrato che solo una piccola quantità di tiotropio bromuro è escreta nel latte materno, l'uso di Spiriva Respimat non è raccomandato durante l'allattamento. Il tiotropio bromuro è una sostanza a lunga durata d'azione. La decisione di continuare o sospendere l'allattamento piuttosto che continuare o sospendere la terapia con Spiriva Respimat deve essere presa tenendo in considerazione il beneficio dell'allattamento per il bambino e della terapia con Spiriva Respimat per la madre.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. Il verificarsi di capogiri o visione offuscata può influire sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.

4.8 Effetti indesiderati. Descrizione generale: Molti degli effetti indesiderati elencati possono essere attribuiti alle proprietà anticolinergiche del tiotropio bromuro. Tabella degli effetti indesiderati in accordo alla terminologia MedDRA: La frequenza assegnata agli effetti indesiderati sotto elencati è basata sulle percentuali grezze di incidenza delle reazioni avverse al farmaco (cioè eventi attribuiti al tiotropio bromuro) osservate nel gruppo trattato con tiotropio (2802 pazienti), ottenuta raggruppando i dati derivanti da 5 studi clinici controllati contro placebo che prevedevano periodi di trattamento compresi tra dodici settimane e un anno. La frequenza è stata definita sulla base della seguente convenzione: Molto comune (≥1/10); comune (≥1/100, <1/10); non comune (≥1/1.000, <1/100); raro (≥1/10.000, <1/1.000); molto raro (<1/10.000); non nota (la frequenza non può essere stabilita sulla base dei dati disponibili).

Classificazione sistemica organica / Termini preferiti secondo MedDRA	Frequenza[1]
Disturbi del metabolismo e della nutrizione	
Disidratazione	Non nota*
Patologie del sistema nervoso	
Capogiri	Non comune
Cefalea	Non comune
Insonnia	Non nota*
Patologie dell'occhio	
Glaucoma	Raro
Aumento della pressione intraoculare	Raro
Offuscamento della vista	Raro
Patologie cardiache	
Fibrillazione atriale	Non comune
Palpitazioni	Non comune
Tachicardia sopraventricolare	Non comune
Tachicardia	Non comune
Patologie respiratorie, toraciche e mediastiniche	
Tosse	Non comune
Epistassi	Non comune
Faringite	Non comune
Disfonia	Non comune
Broncospasmo	Raro
Laringite	Raro
Sinusite	Non nota*
Patologie gastrointestinali	
Secchezza delle fauci	Comune
Stipsi	Non comune
Candidosi orofaringea	Non comune
Disfagia	Non comune
Reflusso gastroesofageo	Raro
Carie dentaria	Raro
Gengivite	Raro
Glossite	Raro
Stomatite	Raro
Ostruzione intestinale, incluso ileo paralitico	Non nota*
Nausea	Non nota*
Patologie della cute e del tessuto sottocutaneo,	
Disturbi del sistema immunitario	
Eruzione cutanea	Non comune
Prurito	Non comune
Edema angioneurotico	Raro
Orticaria	Raro
Infezione della pelle/ulcera cutanea	Raro
Secchezza cutanea	Raro
Reazioni di ipersensibilità (comprese le reazioni immediate)	Non nota*
Patologie del sistema muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	
Edema articolare	Non nota*
Patologie renali e urinarie	
Ritenzione urinaria	Non comune
Disuria	Non comune
Infezione del tratto urinario	Raro

*frequenza non nota, nessuna reazione avversa al farmaco osservata in 2802 pazienti.

Informazioni sulle reazioni avverse di carattere individuale gravi e/o frequenti: Negli studi clinici controllati, gli effetti indesiderati comunemente osservati erano di tipo anticolinergico, come secchezza delle fauci che si è verificata in circa il 3,2% dei pazienti. Nei 5 studi clinici, la secchezza delle fauci ha portato alla sospensione del trattamento in 3 dei 2802 pazienti trattati (0,1%). Effetti indesiderati gravi in relazione con l'attività anticolinergica includono glaucoma, stipsi e ostruzione intestinale, compreso ileo paralitico, nonché ritenzione urinaria. Ulteriori informazioni su popolazioni speciali Con l'aumentare dell'età può verificarsi un aumento degli effetti anticolinergici.

4.9 Sovradosaggio. Dosi elevate di tiotropio bromuro possono indurre la comparsa di segni e sintomi anticolinergici. Comunque, nei volontari sani non sono stati osservati effetti avversi sistemici anticolinergici a seguito dell'inalazione di una dose unica fino a 340 microgrammi di tiotropio bromuro. Oltre alla secchezza delle fauci/gola e della mucosa nasale, non sono stati osservati eventi avversi rilevanti dopo 14 giorni di trattamento con una soluzione per inalazione di tiotropio fino 40 µg in soggetti sani, fatta eccezione per una pronunciata riduzione del flusso di saliva a partire dal settimo giorno in poi. Non sono stati osservati effetti indesiderati significativi in quattro studi clinici a lungo termine effettuati in pazienti con BPCO quando è stata somministrata una dose giornaliera pari a 10 µg di tiotropio bromuro soluzione per inalazione per un periodo di 4-48 settimane. Il tiotropio bromuro è caratterizzato da una bassa biodisponibilità orale, pertanto è improbabile che l'ingestione involontaria della soluzione per inalazione dalla cartuccia per via orale possa causare un'intossicazione acuta.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche. Categoria farmacoterapeutica: anticolinergici, Codice ATC: R03B B04 Il tiotropio bromuro è un antagonista specifico a lunga durata d'azione dei recettori muscarinici; nella pratica clinica è spesso definito come anticolinergico. Presenta un'affinità simile per i sottotipi dei recettori muscarinici da M1 a M5. Nelle vie aeree, il tiotropio bromuro si lega in modo competitivo e reversibile ai recettori M3 della muscolatura liscia bronchiale, antagonizzando gli effetti colinergici (broncocostrittori) dell'acetilcolina, inducendo il rilassamento della muscolatura liscia bronchiale. L'effetto è dose-dipendente e dura più di 24 ore. Essendo un anticolinergico N-quaternario, il tiotropio bromuro è (bronco-) selettivo a livello topico quando somministrato per via inalatoria, dimostrando un intervallo terapeutico accettabile prima dell'insorgenza di effetti sistemici anticolinergici. La dissociazione del tiotropio soprattutto dai recettori M3 è molto lenta mostrando un'emivita di dissociazione significativamente maggiore rispetto a quella dell'ipratropio. La dissociazione dai recettori M2 è più rapida rispetto ai recettori M3 e ciò determina negli studi funzionali in vitro, una selettività (cineticamente controllata) per il sottotipo recettoriale M3 rispetto al sottotipo M2. L'elevata efficacia, la lenta dissociazione dal recettore e la selettività topica dell'inalazione si riflettono clinicamente in una broncodilatazione significativa e di lunga durata nei pazienti con BPCO. Il programma di sviluppo della Fase III clinica includeva due studi a 1 anno, due studi a 12 settimane e due studi a 4 settimane, randomizzati, in doppio cieco in 2901 pazienti con BPCO (1308 trattati con 5 microgrammi di tiotropio bromuro). Il programma a un anno consisteva in due studi controllati contro placebo. I due studi a 12 settimane erano controllati sia contro un farmaco di controllo attivo (ipratropio) che contro placebo. Tutti e sei gli studi includevano la valutazione della funzionalità polmonare. Inoltre i due studi a 1 anno includevano la valutazione della dispnea, della qualità della vita correlata allo stato di salute e delle riacutizzazioni. Negli studi sopra menzionati, il tiotropio bromuro soluzione per inalazione, somministrato una volta al giorno, ha prodotto un miglioramento significativo della funzionalità polmonare (volume espiratorio forzato in un secondo e capacità vitale forzata) entro 30 minuti dalla prima dose rispetto al placebo (miglioramento medio del FEV1 a 30 minuti: 0,113 litri; 95% CI: da 0,102 a 0,125 litri, p<0,0001). Il miglioramento della funzionalità polmonare si è mantenuto, allo stato stazionario, per 24 ore rispetto al placebo (miglioramento medio del FEV1 a 30 minuti: 0,122 litri; 95% CI: da 0,106 a 0,138 litri, p<0,0001). Lo stato stazionario farmacodinamico è stato raggiunto entro una settimana. Spiriva Respimat ha significativamente migliorato la velocità del picco di flusso

espiratorio (PEFR) mattutino e serale misurato dalle registrazioni giornaliere dei pazienti rispetto al placebo (miglioramento medio del PEFR: miglioramento medio mattutino 22 l/min; 95% CI: da 18 a 55 l/min, p<0,0001; serale 26 l/min; 95% CI: da 23 a 30 l/min, p<0,0001). L'uso di Spiriva Respimat ha determinato, rispetto al placebo, una riduzione dell'uso del broncodilatatore al bisogno (riduzione media dello 0,66 delle occasioni d'uso al giorno, 95% CI: da 0,51 a 0,81 occasioni al giorno, p<0,0001). Gli effetti broncodilatatori di Spiriva Respimat si sono mantenuti nel corso del periodo di 1 anno di somministrazione senza l'insorgenza di problemi di tolleranza. Negli studi a lungo termine di 1 anno sono stati dimostrati i seguenti effetti:

(a) Spiriva Respimat ha migliorato significativamente la dispnea (valutata utilizzando l'indice di dispnea transitorio) rispetto al placebo (miglioramento medio 1,05 unità; 95% CI: da 0,73 a 1,38 unità, p<0,0001). Per tutto il periodo del trattamento si è mantenuto un miglioramento.

(b) Il miglioramento del punteggio totale medio della valutazione da parte del paziente della propria qualità della vita (misurata utilizzando il questionario respiratorio di St. George) fra Spiriva Respimat e placebo, alla fine dei due studi clinici della durata di 1 anno era pari a 3,5 unità (95% CI: da 2,1 a 4,9, p<0,0001). Una riduzione di 4 unità è considerata clinicamente rilevante.

(c) Riacutizzazioni della BPCO
In tre studi clinici della durata di un anno, randomizzati, in doppio cieco, controllati con placebo, il trattamento con Spiriva Respimat ha ridotto in modo significativo il rischio di riacutizzazioni della BPCO rispetto a placebo. Le riacutizzazioni della BPCO erano definite come "un insieme di almeno due eventi/sintomi respiratori della durata di tre giorni o più che ha richiesto una modifica del trattamento (prescrizione di antibiotici e/o corticosteroidi sistemici e/o un significativo cambiamento del farmaco respiratorio prescritto). Il trattamento con Spiriva Respimat ha comportato un rischio ridotto di ospedalizzazione per riacutizzazione della BPCO (significativo nell'ampio studio di riacutizzazioni appropriatamente potenziato).
L'analisi aggregata di due studi di fase III e l'analisi separata di un ulteriore studio sulle riacutizzazioni sono riportate nella tabella 1. Tutti i farmaci respiratori ad eccezione degli anticolinergici e dei beta-agonisti a lunga durata d'azione erano consentiti come terapia concomitante, cioè beta-agonisti a breve durata d'azione, corticosteroidi per via inalatoria e xantine. I beta-agonisti a lunga durata d'azione erano consentiti in aggiunta nello studio sulle riacutizzazioni.

Tabella 1: Analisi statistica delle Riacutizzazioni della BPCO e delle Riacutizzazioni della BPCO con Ospedalizzazione in pazienti con BPCO da grado moderato a molto grave.

Studio ($N_{Spiriva}$, $N_{placebo}$)	*Obiettivi*	*Spiriva Respimat*	*Placebo*	*% Riduzione del Rischio (IC 95%)[a]*	*p*
Studi a 1 anno di Fase III, analisi aggregata[d] (670, 653)	Giorni per la prima riacutizzazione di BPCO	160a	86[a]	29 (da 16 a 40)b	<0,0001[b]
	Tasso medio di incidenza delle riacutizzazioni per paziente-anno	0,78[c]	1,00[c]	22 (da 8 a 33)[c]	0,002[c]
	Tempo per la prima riacutizzazione della BPCO con ospedalizzazione			25 (da -16 a 51)[b]	0,20[b]
	Tasso medio di incidenza delle riacutizzazioni con ospedalizzazione per paziente-anno	0,09[c]	0,11[c]	20 (da -4 a 38)[c]	0,096[c]
Studio a 1 anno di Fase IIIb sulle riacutizzazioni (1939, 1953)	Giorni per la prima riacutizzazione di BPCO	169[a]	119[a]	31 (da 23 a 37)[b]	<0,0001[b]
	Tasso medio di incidenza delle riacutizzazioni per paziente-anno	0,69[c]	0,87[c]	21 (da 13 a 28)[c]	<0,0001[c]
	Tempo per la prima riacutizzazione della BPCO con ospedalizzazione			27 (da 10 a 41)[b]	0,003[b]
	Tasso medio di incidenza delle riacutizzazioni con ospedalizzazione per paziente-anno	0,12[c]	0,15[c]	19 (da 7 a 30)[c]	0,004[c]

a Tempo per il primo evento: giorni di trattamento entro cui il 25% dei pazienti manifestava almeno una riacutizzazione della BPCO/riacutizzazione della BPCO con ospedalizzazione. Nello studio A il 25% dei pazienti trattati con placebo ha avuto una riacutizzazione entro il giorno 112, mentre con Spiriva Respimat il 25% ha avuto una riacutizzazione entro il giorno 173 (p=0,09);nello studio B il 25% dei pazienti trattati con placebo ha avuto una riacutizzazione entro il giorno 74, mentre con Spiriva Respimat il 25% dei pazienti ha avuto una riacutizzazione entro il giorno 149 (p<0,0001).

b Gli hazard ratio sono stati stimati con il modello di Cox di rischio proporzionale. La percentuale di riduzione del rischio è 100 (1 - hazard ratio).

c Regressione di Poisson. La riduzione del rischio è 100 (1 - rate ratio).

d L'aggregazione è stata specificata quando gli studi sono stati disegnati. Gli endpoint delle riacutizzazioni erano significativamente migliorati nelle analisi individuali dei due studi a un anno.

In un'analisi retrospettiva che aggregava i dati dei tre studi della durata di 1 anno e dello studio della durata di 6 mesi, con Spiriva Respimat, controllati con placebo, che includevano 6096 pazienti è stato osservato un aumento numerico della mortalità per tutte le cause nei pazienti trattati con Spiriva Respimat (68; percentuale di incidenza (IR) 2,64 casi su 100 pazienti-anno) rispetto a placebo (51; IR 1,98), dimostrando un rate ratio (intervallo di confidenza 95%) di 1,33 (0,93, 1,92) per il periodo di trattamento previsto; l'eccesso di mortalità è stato osservato in pazienti con disturbi noti del ritmo cardiaco.

5.2 Proprietà farmacocinetiche. a) Introduzione generale: Il tiotropio bromuro è un composto ammonico quaternario non chirale ed è moderatamente solubile in acqua. Il tiotropio bromuro è disponibile in soluzione per inalazione da somministrare mediante l'inalatore Respimat. Circa il 40% della dose inalata si deposita nei polmoni, organo bersaglio, il resto nel tratto gastrointestinale. Alcuni dei dati farmacocinetici qui di seguito descritti sono stati ottenuti con dosi superiori rispetto a quelle raccomandate per la terapia.
b) Caratteristiche generali del principio attivo dopo somministrazione del medicinale: *Assorbimento:* dopo inalazione della soluzione da parte di volontari sani giovani, i dati di escrezione urinaria suggeriscono che circa il 33% della dose inalata raggiunge la circolazione sistemica. Dalla struttura chimica del composto (composto ammonico quaternario) e dagli studi in vitro è prevedibile che il tiotropio bromuro sia scarsamente assorbito dal tratto gastrointestinale (10-15%). Le soluzioni orali di tiotropio bromuro hanno una biodisponibilità assoluta del 2-3%. Allo stato stazionario, nei pazienti con BPCO i livelli plasmatici massimi di tiotropio bromuro erano di 10,5–11,7 pg/ml se misurati 10 minuti dopo l'inalazione di una dose da 5 microgrammi somministrata mediante l'inalatore Respimat e diminuivano rapidamente in modo multi-compartimentale. Le concentrazioni plasmatiche minime allo stato stazionario sono state di 1,49-1,68 pg/ml. Non è previsto che il cibo influenzi l'assorbimento di questo composto ammonico quaternario. *Distribuzione:* il farmaco si lega per il 72% alle proteine plasmatiche e mostra un volume di distribuzione di 32 l/kg. Non sono note le concentrazioni locali nel polmone, ma la modalità di somministrazione suggerisce concentrazioni considerevolmente più elevate nel polmone. Studi condotti nei ratti hanno dimostrato che il tiotropio bromuro non attraversa la barriera emato-encefalica in misura rilevante. *Biotrasformazione:* l'entità della biotrasformazione è scarsa. Ciò si evince dall'escrezione urinaria del 74% del farmaco immodificato dopo somministrazione endovenosa in volontari sani giovani. L'estere del tiotropio bromuro è scisso per via non enzimatica nell'alcool (N-metilscopina) e nel composto acido (acido ditienilglicolico) che sono inattivi sui recettori muscarinici. Esperimenti in vitro con microsomi epatici ed epatociti umani suggeriscono che un'ulteriore quantità di farmaco (<20% della dose dopo somministrazione endovenosa) è metabolizzata dal citocromo P450 (CYP) con conseguente ossidazione e successiva coniugazione con glutatione in una varietà di metaboliti di Fase-II. Studi in vitro su microsomi epatici hanno rivelato che la via enzimatica può essere inibita dagli inibitori del CYP 2D6 (e 3A4), chinidina, ketoconazolo e gestoden. Così i CYP 2D6 e 3A4 sono coinvolti nella via metabolica che è responsabile dell'eliminazione di una parte più piccola della dose. Il tiotropio bromuro anche in concentrazioni superiori a quelle terapeutiche non inibisce il CYP 1A1, 1A2, 2B6, 2C9, 2C19, 2D6, 2E1 o 3A nei microsomi epatici umani. *Eliminazione:* l'emivita di eliminazione terminale di tiotropio bromuro è compresa tra 5 e 6 giorni dopo l'inalazione. La clearance totale è stata di 880 ml/min dopo somministrazione endovenosa in volontari sani giovani con una variabilità individuale del 22%. Somministrato per via endovenosa, il tiotropio bromuro è principalmente escreto in forma immodificata nelle urine (74%). Dopo somministrazione per via inalatoria della soluzione, il 20,1-29,4% della dose è escreto per via urinaria e la quantità rimanente, essendo un farmaco principalmente non assorbito dall'intestino, viene eliminata con le feci. La clearance renale di tiotropio bromuro supera la clearance della creatinina, e ciò indica secrezione nelle urine. *Linearità/non linearità*: Tiotropio bromuro dimostra una farmacocinetica lineare nell'intervallo terapeutico sia dopo somministrazione endovenosa che dopo inalazione della polvere e della soluzione.
c) Popolazioni speciali: *Pazienti anziani*: come previsto per tutti i farmaci escreti principalmente per via renale, l'età avanzata è stata associata a una diminuzione della clearance renale del tiotropio bromuro (da 326 ml/min nei pazienti affetti da BPCO di età <58 anni fino a 163 ml/min in pazienti affetti da BPCO di età >70 anni) che potrebbe essere spiegata dalla riduzione della funzionalità renale. L'escrezione del tiotropio bromuro nelle urine dopo inalazione diminuisce dal 14% (volontari sani giovani) a circa il 7% (pazienti con BPCO); tuttavia le concentrazioni plasmatiche non cambiano significativamente con l'avanzare dell'età nei pazienti affetti da BPCO se paragonati alla variabilità inter- ed intraindividuale (43% di aumento nell'AUCo-4h dopo inalazione della polvere). *Pazienti con insufficienza renale:* come con tutti i farmaci che vengono escreti principalmente per via renale, l'insufficienza renale è stata associata a un aumento delle concentrazioni plasmatiche del farmaco e a una ridotta clearance renale dello stesso, sia dopo infusione endovenosa che dopo inalazione della polvere. L'insufficienza renale lieve (CLCR 50-80 ml/min), che spesso è presente nei pazienti anziani, aumenta lievemente le concentrazioni plasmatiche di tiotropio bromuro (39% di aumento nell'AUCo-4h dopo infusione endovenosa). Nei pazienti con BPCO con insufficienza renale da moderata a severa (CLCR <50 ml/min) la somministrazione endovenosa di tiotropio bromuro ha determinato un raddoppio delle concentrazioni plasmatiche (82% di aumento nell'AUCo-4h) che è stato confermato dalle concentrazioni plasmatiche a seguito di inalazione sia della polvere che della soluzione mediante l'inalatore Respimat. *Pazienti con insufficienza epatica:* si suppone che l'insufficienza epatica non abbia influenza rilevante sulla farmacocinetica del tiotropio bromuro. Il tiotropio bromuro è principalmente escreto per via renale (74% nei volontari sani giovani) e attraverso una semplice dissociazione non enzimatica dell'estere in prodotti farmacologicamente inattivi. *Pazienti pediatrici:* vedere paragrafo 4.2. d) Relazioni tra farmacocinetica e farmacodinamica. Non esiste una correlazione diretta tra farmacocinetica e farmacodinamica.

5.3 Dati preclinici di sicurezza. Molti effetti osservati negli studi convenzionali di tollerabilità farmacologica, tossicità per somministrazioni ripetute, tossicità riproduttiva, possono essere spiegati dalle proprietà anticolinergiche del tiotropio bromuro. Negli animali sono stati osservati gli effetti tipici: ridotto consumo di cibo e inibizione

dell'incremento ponderale, secchezza delle fauci e del naso, lacrimazione e salivazione ridotte, midriasi e aumento della frequenza cardiaca. Altri effetti rilevanti notati negli studi di tossicità per somministrazioni ripetute sono stati: irritazione lieve del tratto respiratorio nel ratto e nel topo evidenziata da rinite e alterazioni dell'epitelio della cavità nasale e della laringe, prostatite accompagnata da depositi di natura proteica e litiasi nella vescica del ratto. Effetti dannosi per la gravidanza, lo sviluppo embrionale/fetale, il parto o lo sviluppo post-natale possono essere dimostrati solo a dosaggi tossici per la madre. Il tiotropio bromuro non era teratogeno nei ratti o nei conigli. Dopo esposizione locale o sistemica a dosi più di cinque volte superiori rispetto a quella terapeutica sono state osservate alterazioni respiratorie (irritazione) e urogenitali (prostatite) e tossicità riproduttiva. Studi sulla genotossicità e sul potenziale cancerogeno non hanno rivelato un rischio particolare per l'uomo.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti. Benzalconio cloruro, Sodio edetato, Acqua depurata, Acido cloridrico 3,6% (come aggiustatore di pH)

6.2 Incompatibilità. Non pertinente.

6.3 Periodo di validità. 3 anni. Durante l'uso: 3 mesi.

6.4 Precauzioni particolari per la conservazione. Non congelare.

6.5 Natura e contenuto del contenitore. Tipo e materiale del contenitore a contatto con il medicinale: La soluzione è contenuta in una cartuccia di polietilene/polipropilene con una capsula di polipropilene con un anello di silicone di saldatura integrato. La cartuccia è inserita all'interno di un cilindro di alluminio. Confezioni e dsipositivi disponibili. *Confezione singola:* 1 inalatore Respimat e 1 cartuccia che fornisce 60 erogazioni (30 dosi di medicinale). *Confezione doppia:* 2 confezioni singole, ciascuna contenente 1 inalatore Respimat e 1 cartuccia che fornisce 60 erogazioni (30 dosi di medicinale). *Confezione tripla:* 3 confezioni singole, ciascuna contenente 1 inalatore Respimat e 1 cartuccia che fornisce 60 erogazioni (30 dosi di medicinale). *Confezione da 8:* 8 confezioni singole, ciascuna contenente 1 inalatore Respimat e 1 cartuccia che fornisce 60 erogazioni (30 dosi di medicinale). È possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate.

6.6 Precauzioni particolari per lo smaltimento. Il medicinale non utilizzato e i rifiuti derivati da tale medicinale devono essere smaltiti in conformità alla normativa locale vigente.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Boehringer Ingelheim International GmbH
Binger Strasse, 173
D-55216 Ingelheim am Rhein
Germania

Rappresentante legale in Italia
Boehringer Ingelheim Italia S.p.A.
Loc. Prulli 103/c, Reggello – Firenze

8. NUMERO(I) DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Confezione singola A.I.C. n. 038880011/M
Confezione doppia A.I.C. n. 038880023/M
Confezione tripla A.I.C. n. 038880035/M
Confezione da 8 A.I.C. n. 038880047/M

9. DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

28 dicembre 2010

10. DATA DI REVISIONE DEL TESTO

28 dicembre 2010

Dispensato SSN/Classe A
Medicinale soggetto a prescrizione medica
Prezzo al pubblico € 50,80

Boehringer Ingelheim

SPIRIVA® (tiotropium)
Life. To be continued.

Depositato presso AIFA il 04/03/2011

ERS | EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY

VIENNA 2012

ANNUAL CONGRESS

austria, 1 – 5 september

BE PART of the biggest respiratory meeting in the world. LEARN about the latest innovations in clinical and basic science, practice and patient care from the people who set the standards. SUBMIT an abstract and present your research. ATTEND courses, workshops, symposia and seminars, and earn CME credits. MEET your peers from more than 100 countries at the ERS Annual Congress in Vienna.

WWW.ERSCONGRESS2012.ORG

Francesco Sgambato al mercatino.
Amsterdam, ERS 2011. Ha tirato su una borsa da medico usata. Rimaniamo in attesa che Cecco Gambizzato ne sveli i suoi segreti.

Il campione resta in Italia.
Aroldo Donati (Vivisol), campione di beach tennis, non era all'ERS, perché doveva lavorare.

Napoli, ovunque.
Amsterdam, ERS 2011. Si cena davanti alla tv. Tra un boccone e una bevuta, "Forza Napoli". Solo pareggio.

Il poeta di Pneumorama.
Ludovico Trianni sfoggia la camicia anni '60.
E la porta bene.

Che bella famiglia! Auguri.
Francesco Iodice, con la moglie Ines, la figlia Francesca, il genero Ken e la consuocera Rose.

Il ragazzo sul delfino.
Settembre 2011. Antonio e Roby a lavorare all'ERS e Gennaro ...a giocare a Dubai.

Gli inserzionisti

GlaxoSmithKline
Seretide II copertina

MIDIA Edizioni 1, 37, 46, 47, 61, 75

Vivisol
Uniko TPEP 2

Nycomed
Alvesco 4, 82, 83, 84, 85

MIR Medical International Research
Spirometria, Ossimetria, Telemedicina 8

Linde Medicale
Free Aspire 11

Convegno Interannuale AAITO 13

CHEST 2011 15

MIDIA / Karger 17, 71

Seminari di Pneumologia Interventistica 19

Trio 21, 25, 27

PENTAX Italia 22

ResMed
Sistema S9 30

VitalAire - Medicasa
Istituzionale 36

RESPIRO
Organo ufficiale della FIMPST 40

Air Liquide Medical Systems
L'espace 43

MedicAir
Istituzionale 44

XII Congresso Nazionale della Pneumologia - UIP 2011 48

Congresso AIST 2012 59

Life Cure 72

Congresso Nazionale AIMAR 76

ATS 2012 79

Boehringer Ingelheim / Pfizer
SPIRIVA 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, IV copertina

ERS 2012 93

Medigas
TRENDvent III copertina

GLI AUTORI

Alfredo Potena
Clinica Salus-Ospedale Privato Accreditato, Ferrara

Maria Pia Foschino Barbaro
Sezione di Malattie dell'Apparato Respiratorio, Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università degli Studi di Foggia

Anna Koutelou
Sezione di Malattie dell'Apparato Respiratorio, Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Università degli Studi di Foggia

Maria Elisa Di Cicco
Medico Specializzando in Pediatria, Università degli Studi di Pisa

Giacomo Mangiaracina
Facoltà di Medicina e Psicologia, Università Sapienza, Roma

Alessio Mattei
Pneumologia A.U.O. S. Giovanni Battista, Torino

Enrico M. Clini
U.O. Pneumologia e Riabilitazione Respiratoria, Ospedale-Fondazione Villa Pineta, Pavullo (MO)

Marco Caminati
Servizio di Allergologia e Immunologia Clinica, Fondazione S. Maugeri, I.R.C.C.S., Pavia

Gianna Moscato
Servizio di Allergologia e Immunologia Clinica, Fondazione S. Maugeri, I.R.C.C.S., Pavia

Ernesto Crisafulli
U.O. Pneumologia e Riabilitazione Respiratoria, Ospedale-Fondazione Villa Pineta, Pavullo (MO)

Michele Vitacca
U.O. di Pneumologia Riabilitativa, Fondazione S. Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, I.R.C.C.S., Lumezzane-Gussago (BS)

Stefano Aiolfi
U.O. Riabilitazione Respiratoria Ospedale Santa Marta, Rivolta d'Adda (CR)

Camillo Barbisan
Filosofo bioeticista, Ospedale di Treviso, Treviso

Giuliana Maldini
Pittrice, disegnatrice, Milano

Francesco Iodice
U.O.C. Fisiopatologia e Fisiokinesiterapia Respiratoria, A.O.R.N. "A. Cardarelli", Napoli

Francesco de Blasio
Unità Funzionale di Riabilitazione Respiratoria, Casa di Cura Clinic Center, Napoli

In copertina | Giuliana Maldini

In bocca al lupo!

Francesco de Blasio

Ricordi, Teta? Con il tuo solito piglio autoritario dicesti *"Pà! Voglio provare i quiz per entrare a Medicina!"*. Non avevi ancora diciott'anni ed avevi appena conseguito il diploma liceale. Per lui fu come una sorpresa, ma non tanto. Per un medico, avere un figlio che desidera intraprendere la tua stessa professione, fa comunque piacere. E non avevo dubbi, conoscendo la tua determinazione e la tua forza di volontà, che saresti riuscita nell'impresa. E di impresa si trattò. Oltre 3.000 partecipanti per poco più di 300 posti disponibili. Le aule del complesso universitario di Monte Sant'Angelo erano affollatissime di giovani aspiranti medici, tutti animati dal *"grande fuoco di Ippocrate"*. Molti come te venivano da una tranquilla provincia e si sarebbero fatti volentieri trascinare nella caotica vita di una grande città. Eppure, solo il 10% di essi si incamminò per quella via, e tra questi anche tu. Non avevo dubbi che avresti superato l'esame e di lì a poco ti trovasti insieme a mamma e papà nella zona del Museo per vedere l'appartamento che avresti abitato per i sei anni del corso di laurea. Ricordi? Anche il tuo padrino venne a vedere l'appartamento, a due passi dall'Accademia di Belle Arti e dal Conservatorio.
Come premio per il conseguimento del diploma, per i tuoi 18 anni e per il superamento del test di ammissione (3 in 1), accompagnasti tuo padre a San Francisco per il Congresso ACCP. La baia di Sausalito, il Golden Gate, Muir Woods … Grazie alle conoscenze del Professore di Messina, foste invitati anche ad un ricevimento presso il Consolato Italiano. Su di un tavolo del grande salone trovammo un'alzatina d'argento con una piramide di Ferrero Rocher. Il tuo padrino e tuo padre si fecero fotografare per immortalare quella che sembrava solo una trovata pubblicitaria *(Ferrero Rocher! Ai ricevimenti dell'ambasciatore!)*.
Da allora, un 30 dopo l'altro, 110 e lode con dignità di stampa e poi la scelta (quasi obbligatoria) della specializzazione di Pneumologia. Nei quattro anni, poca clinica e molta ricerca. E che ricerca! Oltre un anno presso i laboratori dell'Università di Padova e poi, grazie ad una fellowship della Società Europea di Pneumologia, un altro anno abbondante a Palma di Maiorca. In questi anni mamma e papà hanno viaggiato molto per venire da te. Auto, treno, aereo. Ad ogni tappa della tua brillante carriera universitaria, ti allontanavi sempre più (fisicamente) ed il mezzo di locomozione diventava sempre più veloce e … costoso. Però, quante soddisfazioni, Teta mia! Premi nazionali ed internazionali per le tue ricerche, pubblicazioni prestigiose ed i colleghi che in occasione dei congressi ti facevano tanti e lusinghieri complimenti! Infine, una volta ottenuto il diploma da specialista, in casa si aspettava che comunicassi la tua … nuova destinazione. E non poteva che essere oltre oceano. E così è stato. Un contratto di cinque anni presso i laboratori di Harward! Ma ci pensi all'emozione dei tuoi genitori? Una figlia a Boston, presso una Università tra le più prestigiose del Mondo! Che soddisfazione! È pur vero che non ci si abitua mai al fatto di non vederti più passeggiare per casa. Il disordine della tua camera. Il tirare tardi per aspettare il tuo rientro. Ma adesso i chilometri che ti separano da casa sono cento volte di più di quelli che la separavano dalla tua residenza napoletana. Auguri Teta! Che tu possa ottenere tutte le soddisfazioni professionali possibili. E la domenica sera, nel tuo appartamento americano, tra un piatto di spaghetti ed una fetta di torta ricotta e pera che tuo padre ti avrà fatto recapitare tramite corriere aereo, rivolgi un pensiero affettuoso a tua madre, a tuo padre, al tuo padrino e anche … al Grande NAPOLI vincente in campionato e Champions League! Fa che aldilà dell'oceano, ci sia un altro cuore palpitante per Cavani Matador e tutti i calciatori azzurri! Forza Napoli!!!

TRENDvent

Versatilità. Batteria integrata. Trasporto.

è un prodotto

HOFFRICHTER
Quality makes the Difference

in esclusiva

Medigas

Act now with SPIRIVA®

EARLIER TREATMENT | *active tomorrow*[1]

L'analisi secondaria

dello studio UPLIFT nel sottogruppo di pazienti naïve* ha evidenziato che l'utilizzo di Spiriva® come prima terapia di mantenimento ha:[2]

- migliorato la funzionalità respiratoria vs controllo fino a 4 anni;
- migliorato la qualità di vita correlata allo stato di salute vs controllo fino a 4 anni;
- ritardato il ricorso ad altre terapie di mantenimento.

SPIRIVA®
(tiotropium)

Life. To be continued.

* Pazienti che non ricevevano alcuna terapia farmacologica respiratoria di mantenimento al momento dello screening.

Bibliografia. 1. Anzueto A.; Disease Modification in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Clin Chest Med 28 (2007) 609-616. 2.Troosters T, Celli B, Lystig T, et al; on behalf of the UPLIFT® investigators. Tiotropium as a first maintenance drug in COPD: secondary analysis of the UPLIFT® trial. Eur Respir J. 2010 Feb 25 [epub ahead of print]

Consultare il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto per ulteriori informazioni

Pfizer

Boehringer Ingelheim

Depositato presso AIFA il 29/07/2010