

## In questo numero ...

### In this issue ...

Particolarmente ricco di autorevoli contributi è questo numero 3/2009 della *Rassegna*, che spaziano dalla politica sanitaria, alla bioetica ai più tradizionali temi scientifici e clinico-pratici. È molto positivo che la rivista ufficiale della Associazione ospiti una così ampia varietà di lavori in concomitanza con appuntamenti importanti per la Pneumologia nazionale come la settimana della spirometria conclusa dalla giornata nazionale del respiro (22-29 maggio) e la giornata mondiale contro il tabagismo il 31-5 u.s., il tutto nell'ambito del 2009 Anno internazionale del Respiro.

Si inizia con la presentazione di una nuova rubrica "Immagini di Pneumologia interventistica" a cura di Gianni Casalini e Pier Aldo Canessa, sezione che si preannuncia dal forte impatto educativo per una alta specialità della Pneumologia in costante sviluppo sulla spinta di una tecnologia endoscopica sempre più raffinata e di una esperienza di livello internazionale maturata da diversi gruppi italiani che si sono dati in ambito AIPO una prioritaria missione di divulgazione della loro esperienza nel rispetto sempre di elevati standard operativi.

Seguono due contributi di Andrea Rossi e di Leonardo Fabbri sulla ormai "vexata quaestio" della competizione tra Internisti e Pneumologi nel trattare i pazienti respiratori (uso il termine in senso generico, anche se in realtà nei due articoli si centra il ragionamento soprattutto sulla BPCO). Sottolineo alcuni spunti di riflessione estremamente interessanti: la centralità del paziente nella sua complessità in contrapposizione allo specialista formato a "vedere" e trattare solo una parte del problema, la definizione di standard operativi diversi per diversi gradi di complessità come discriminare tra Medicina interna e Pneumologia, la attuale presenza di standard clinico-assistenziali ubiquamente modesti rispetto a quanto raccomandato dalle linee-guida internazionali.

Mi permetto di osservare che forse in tutti questi importanti ragionamenti man-

cano spesso alcuni presupposti, quali la reale volontà degli Pneumologi di misurarsi con la complessità, con le altre specialità e con l'obiettivo rilevazione delle esigenze emergenti. Scrive Anita Simonds: What is the greatest barrier to a cross-specialty approach? Probably doctors themselves (*Taboo: crossing the specialty barrier, ERJ 2008; 31:1153*). Chi scrive è Pneumologo direttore di una struttura complessa di nuova istituzione, nata per volontà di un Dipartimento Neuro-fisiatico e di una Direzione Generale che volevano dare risposte di alta specializzazione al problema della gestione di pazienti respiratori complessi post-rianimatori, indipendentemente dalla causa scatenante, polmonare o extra-polmonare. Non mi risulta che storicamente il mondo Pneumologico abbia sponsorizzato una tale fattispecie di unità con particolare attenzione se non entusiasmo. Questo è a mio parere il migliore esempio che se la Pneumologia rimane chiusa nella propria autoreferenzialità BPCO-centrica e non sviluppa innovazione consapevole delle reali esigenze locali rimarrà costantemente sotto scacco da parte di chi a torto o ragione dichiara di offrire risposte ad ampio spettro e con minore impiego di risorse. Senza voler citare la possibilità in un futuro non lontano che lo specialista possa diventare un *professional* puro (senza responsabilità organizzative) in ambito di reparti a direzione o medica non specialistica o non medica che in alcune realtà regionali si stanno già sperimentando. Forse non è possibile avere ovunque reparti pneumologici in grado di sviluppare tutte le varie possibili funzioni ai più alti livelli, ma in tal caso il modello di lavoro "hub and spoke" a rete integrata è sicuramente in grado di difendere al meglio e consolidare la Pneumologia sul territorio. Il principale punto debole di tale modello è generalmente rappresentato dalla non volontà degli Pneumologi stessi di sostenerlo e di parlarsi. Un interessante esempio a sostegno di tale opinione è dato



Mirco Lusuardi

Vice-Direttore Esecutivo  
Rassegna di Patologia  
dell'Apparato Respiratorio

dal mondo cardiologico: anche se spesso riteniamo che i colleghi cardiologi siano più competitivi rispetto al mondo pneumologico, in realtà hanno affrontato ed affrontano anch'essi quotidianamente problemi simili ai nostri. Dove il sistema *hub and spoke* funziona bene le cardiologie mantengono una loro funzione specifica ed offrono un servizio di elevato livello, dove tutte le unità vogliono riprodurre identiche funzioni con bassi standard operativi la competizione porta solamente a difendere una specialistica di mediocre impatto, non in grado di dimostrarsi superiore alle unità semplici dei dipartimenti internistici.

Su tale falsariga parla l'articolo di Venerino Poletti e collaboratori, che lancia un forte messaggio agli Pneumologi, prendendo spunto da alcuni casi clinici, sulla necessità di studiare in modo più regolare il mediastino impiegando metodiche innovative mini-invasive come la ecoendoscopia transesofagea.

Si passa quindi a Stefano Nava e Marco Confalonieri con due distinti contributi di tema bioetico e relazionale, materie ben poco praticate nella formazione dei medici ma di importanza sempre più strategica a fronte di malattie croniche gravemente disabilitanti e letali sempre più frequenti nella casistica delle Pneumologie. I temi esposti sono estremamente delicati e si prestano a letture differenziate a seconda di come ognuno di noi la possa pensare sulla definizione pratica di termini quali eutanasia, accanimento terapeutico, direttive anticipate, cure palliative, ecc. Purtroppo è prevalsa fino ad ora la ribalta mediatica in cui argomenti critici sono stati frullati tutti insieme in un mix indigesto somministrato al grande pubblico non con l'intento di riflettere e condividere idee bensì di dividersi tra difensori della vita e difensori della (buona) morte, tra buoni e cattivi, ingenua visione manichea della realtà che il mondo medico dovrebbe sempre e comunque rifiutare come approccio metodologico alla discussione sulle problematiche di fine vita. Penso che però possiamo tutti concordare con gli Autori sulla necessità di dedicare più formazione, più responsabilità e più tempo al rapporto (o meglio "alleanza") medico-paziente, poiché le pur importantissime discussioni etico-deontologiche non possono porre in secondo piano la necessità di curare ed assistere il paziente fino all'ultimo momento di vita.

La Pneumologia interventistica come punta di diamante tra le subspecialità più innovative e trainanti della Medicina respiratoria ritorna in un contributo prezioso di Stefano Gasparini sul percorso formativo teorico-pratico dello Pneumologo e sul mantenimento di adeguati standard operativi. L'articolo bene definisce quanto debba essere patrimonio di tutti gli specialisti in Pneumologia e quanto invece debba essere riservato a poche strutture di riferimento in relazione alla necessità di acquisire e mantenere alte competenze ultraspecialistiche, sofisticate tecnologie di costo elevato e casistiche di numerosità adeguata a sostenere la competenza ed ammortizzare i costi di investimento ed esercizio.

Passando a contributi di impronta più scientifico-clinica, il lavoro di Giuseppina De Luca e collaboratori fa una sintesi delle basi sperimentali e cliniche su cui si basa l'impiego dei macrolidi in diverse patologie infiammatorie croniche delle alte e basse vie aeree, come rino-sinusiti, otiti, asma, bronchiectasie, fibrosi cistica, bronchiolite obliterante, panbronchiolite diffusa. L'azione anti-infiammatoria dei macrolidi si manifesta a dosi inferiori rispetto a quelle normalmente utilizzate nelle infezioni respiratorie ma richiede trattamenti prolungati nel tempo ed ancora non è pienamente chiarito il rapporto costo/beneficio nel medio-lungo termine in rapporto al rischio di diffusione delle resistenze batteriche.

Il campo delle malattie interstiziali del polmone o pneumopatie infiltrative diffuse, altro settore di punta della moderna Pneumologia, vede pubblicati due interessanti lavori. Antonella Serafini e collaboratori presentano una revisione sulla istiocitosi a cellule di Langerhans come spettro di disordini aventi come caratteristica comune una iperproliferazione delle cellule omonime. L'articolo ripercorre le basi pato-biologiche, gli aspetti clinici e funzionali delle varie condizioni per concludere con le raccomandazioni terapeutiche che vedono come trattamento di fondo la rimozione del tabagismo. Fabio Di Stefano e collaboratori ci offrono un contributo sul polmone dell'agricoltore come modello di alveolite allergica estrinseca. Anche in questo caso la revisione tratta in modo sistematico i vari aspetti della malattia, dalla epidemiologia, alla etio-patogenesi, dalla presentazione clinica alla diagnosi differenziale, dalla prognosi alle raccomandazioni per il trattamento e la prevenzione, che dovrebbe implicare una stretta collaborazione con la Medicina del Lavoro.

Altro settore innovativo della Medicina respiratoria è lo studio dei disturbi respiratori nel sonno, area in cui, forse in controtendenza a quanto si ricordava sopra per la BPCO, si è affermata da tempo una collaborazione stretta con altre specialità, in particolare la Neurologia e la Otorinolaringoiatria (senza dimenticare il coinvolgimento di Odontoiatri, Chirurghi bariatrici, Dietologi, Endocrinologi). Questo numero della *Rassegna* ospita sul tema due contributi. Il primo a nome di F. Pagella e collaboratori è un elaborato di colleghi Otorinolaringoiatri sulla terapia chirurgica delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS). L'articolo affronta in dettaglio le varie modalità interventistiche, ma ricorda anche in modo puntuale che la gestione del paziente con OSAS debba essere multidisciplinare, che il trattamento con CPAP rappresenta il "gold standard" terapeutico e che solo in caso di fallimento dell'approccio non invasivo si possa ricorrere alla chirurgia. L'approccio chirurgico, essendo però tuttora gravato da alte percentuali di insuccesso, richiede una corretta informazione del paziente ed una corretta selezione dei casi. Il secondo articolo di argomento somnologico è invece un articolo originale di Marcello Bosi e collaboratori frutto del lavoro di un gruppo pneumologico, che ha studiato un argomento ancora piuttosto dibattuto e cioè come rilevare e trat-

tare gli asincronismi paziente-ventilatore durante il sonno, che possono impedire l'adattamento del paziente e rendere inadeguato il trattamento con ventilatore dei disturbi sonno-correlati. Pur in presenza di limiti metodologici tuttora non risolti in letteratura scientifica, gli Autori hanno evidenziato una elevata frequenza di asincronismi paziente-ventilatore, documentabili con monitoraggio cardio-respiratorio e trattabili sulla scorta delle informazioni estrapolabili dal tracciato del monitoraggio stesso.

Come sopra ricordavo, questo numero della *Rassegna* è concomitante con la giornata mondiale contro il tabagismo. Non poteva quindi mancare un contributo su uno degli argomenti più ambivalenti del panorama Pneumologico italiano. Ne è infatti la riprova l'articolo di Sandra Nutini e collaboratori a nome del gruppo di studio AIPO "Prevenzione, fumo di tabacco e ambiente" che riporta i risultati di una indagine eseguita nel corso del XXXIX Congresso Nazionale AIPO di Firenze (dicembre 2007). Se tutte le fonti sanitarie più autorevoli dall'OMS in giù fino alle linee guida pneumologiche delle varie società scientifiche danno al fumo una rilevanza cruciale come fattore di rischio o causa di molte malattie e quindi riconoscono all'intervento anti-fumo una valenza prioritaria, oltre che un favorevole rapporto costo-beneficio, la realtà quotidiana delle Pneumologie italiane si presenta all'opposto (e qui ritorniamo al discorso precedente sugli standard operativi del tutto inadeguati): trattamento del tabagismo come attività sporadica o comunque non di routine, counseling poco diffuso, sottoutilizzo di semplici strumenti per la diagnosi di tabagismo (es. test di Fagerstrom e misurazione CO), mancato riconoscimento del tabagismo come diagnosi in scheda di dimissione, centri anti-fumo poco diffusi. Se si considera che solo il 10% degli iscritti AIPO ha risposto al questionario evidentemente sulla base di una specifica motivazione, probabilmente la realtà media italiana è ancora più preoccupante di quella fotografata dall'articolo. Sarebbe interessante in tal senso un audit retrospettivo, che metta a confronto quanto dichiarato rispetto alla effettiva pratica quotidiana documentabile nelle cartelle cliniche o altre fonti di dati sanitari; posso dire per esperienza diretta di auditor che i risultati sono spesso molto diversi da quelli dei questionari volontari (quasi mai in senso favorevole).

La gestione congiunta con la Medicina generale delle malattie respiratorie a più elevata prevalenza (es. asma e BPCO) e incidenza (es. polmoniti, riacutizzazioni di BPCO) è uno dei temi più importanti degli ultimi anni, per la necessità di ottimizzare l'uso delle risorse

sanitarie garantendo a tutti i pazienti appropriatezza di diagnosi e trattamento. Il lavoro di Giulio Bergamasco e collaboratori riporta l'esperienza di un gruppo di medici di Medicina generale di una USL veneta che, in collaborazione con la UO Pneumologica di Mestre, hanno applicato lo score CRB65 per definire i criteri di ospedalizzazione dei pazienti con polmonite, evidenziando come lo strumento testato, già adottato favorevolmente in diversi servizi di pronto soccorso, sia pratico ed affidabile anche in ambito di Medicina Generale.

Pier Aldo Canessa e collaboratori presentano un caso clinico di leucemia linfatica cronica con solo interessamento tracheale evidenziato con biopsia endoscopica in seguito ad emoftoe con reperto radiologico negativo.

Chiudono il numero le rubriche regolari. *L'Angolo di Torax* curato magistralmente dal prof. Mario Maffessanti presenta il contributo determinante della radiologia alla diagnosi di quadri atipici di asma (ostruzione non reversibile) che si inquadrano in realtà nella sindrome di Aguayo-Miller o iperplasia diffusa idiopatica delle cellule neuroendocrine polmonari. Il primo appuntamento con la rubrica sopra descritta nell'editoriale di Casalini-Canessa "Immagini in Pneumologia interventistica" riguarda un caso clinico di patologia mediastinica e pleurica. Infine il Notiziario AIPO curato da Franco Falcone è dedicato ad un argomento molto controverso quale il significato clinico della TAC torace nella diagnostica e follow up dei noduli polmonari non calcifici. Falcone rimarca uno scontro di idee tra fautori e detrattori forse poco scientifico in rapporto alle reali evidenze disponibili, ma evidentemente alimentato anche da interessi "collaterali" che comunque non sono di per sé sufficienti a rendere una metodica altamente sensibile anche specifica in assenza di una più approfondita conoscenza della biologia dei tumori polmonari.

Chiude il *Notiziario AIPO* il resoconto del Direttore Generale dell'Associazione Carlo Zerbino sull'importante evento di lancio ufficiale della *Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases* (GARD) - Italia, tenutosi a Roma in data 11 giugno presso il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali. Nel contesto del 2009 "Anno del Respiro" l'evento rappresenta sicuramente uno dei momenti strategici più rilevanti a coronamento dei tanti sforzi che le numerose Società scientifiche e Associazioni dei Pazienti citate nell'articolo assieme all'AIPO, hanno messo e metteranno in atto assieme alle autorità sanitarie per sviluppare e consolidare a livello nazionale un adeguato controllo delle malattie respiratorie croniche.