

In questo numero ...

In this issue ...

... che introduce il nuovo anno, troviamo in apertura un **Editoriale** di **Andrea Zanini** che, prendendo spunto dall'**Articolo originale** di **Francesco Romano e coll.** pubblicato nel fascicolo e da un precedente lavoro di Vincenzo Zagà e coll. sulla tematica, fa il punto sulla terapia inalatoria in Italia. L'Autore presenta i due lavori mettendo in luce gli aspetti di forza e di debolezza della terapia mediante inalatori e nebulizzatori. In merito all'articolo originale pubblicato in questo numero, che presenta i risultati di due studi multicentrici osservazionali, GENEBU e GENEBI, condotti sui nebulizzatori, viene sottolineato come il ricorso al nebulizzatore per la terapia inalatoria ospedaliera e domiciliare rappresenti ancora una pratica abbastanza diffusa nel nostro paese. Dai risultati dei due studi è inoltre emerso come chi utilizza i nebulizzatori sia in media più anziano rispetto a chi predilige gli inalatori spray o di polvere, con un maggior numero di ospedalizzazioni e accessi al PS. I risultati dei due studi hanno inoltre messo in luce come coloro che sono soliti utilizzare i nebulizzatori siano più inclini a compiere errori critici nell'utilizzo degli inalatori. Questo suggerisce che la ripetuta difficoltà da parte di alcuni pazienti ad assumere la terapia inalatoria potrebbe spiegare la significativa diffusione dei nebulizzatori, che richiedono senz'altro un minor grado di collaborazione da parte del paziente.

Per la sezione **Commentarii**, **Leonardo Antonicelli** prende in considerazione i fattori coinvolti nella discrepanza tra gli studi clinici controllati, insostituibili per definire il profilo di efficacia e sicurezza della terapia dell'asma, e quelli di efficienza condotti nel mondo reale, che mostrano invece un livello tutt'altro che ottimale di aderenza al trattamento e quindi di controllo della malattia. I possibili correttivi implicano la necessità di modelli gestionali più adeguati alla complessità della malattia sia in termini biologici sia in termini di relazione medico-paziente

e di organizzazione nella erogazione dei servizi sanitari.

Per gli **Articoli di revisione** **Giancarlo Garuti e Mirco Lusuardi** ci presentano le diverse tecniche di disostruzione bronchiale nelle malattie neuromuscolari. Per questi pazienti, nei quali vi è una situazione di debolezza dei muscoli respiratori il riflesso della tosse, che costituisce un meccanismo fondamentale per eliminare dalle vie aeree l'eccesso di secrezioni ed eventuali corpi estranei, può essere insufficiente al punto da determinare un ingombro bronchiale che aumenta significativamente il rischio di insufficienza respiratoria acuta. Per tale motivo in questi casi è necessario scegliere attentamente il tipo di trattamento più appropriato di disostruzione delle vie aeree, manuale e/o meccanico, per l'eliminazione delle secrezioni in eccesso.

Per le **Serie monotematiche** troviamo in questo numero due contributi, per **La Medicina Interna vista dallo Pneumologo e Collaborazione multidisciplinare in oncologia toracica**. Per la prima serie **Gianluigi Bajocchi e coll.** prendendo spunto da un caso di sclerodermia limitata che ha condotto ad ipertensione polmonare pre-capillare fatale, effettuano una approfondita disamina degli aspetti clinici delle forme diffuse e limitate di sclerodermia, sottolineando l'importanza della collaborazione tra Pneumologo e Reumatologo. Per la seconda serie, **Cristina Mantovani e coll.** dell'Unità Operativa di Radioterapia - Dipartimento di Oncologia dell'Università di Torino, ci presentano le nuove tecniche nell'ambito della radioterapia, trattamento molto importante in alternativa alla chirurgia nella cura dei pazienti affetti da carcinoma polmonare al I stadio non operabile, in associazione alla chemioterapia per quelli in stadio localmente avanzato (stadi IIIA e IIIB), nonché per il trattamento palliativo in sede toracica in situazioni di malattia avanzata (stadio IV). In particolare, le nuove tecniche radioterapiche



Mirco Lusuardi

*Direttore Esecutivo
Rassegna di Patologia
dell'Apparato Respiratorio*

piche presentate dagli autori hanno il vantaggio di irradiare volumi limitati ad alte dosi con una ridotta esposizione dei tessuti sani circostanti, ottimizzando l'indice terapeutico e aprendo la strada a futuri programmi di ricerca clinica.

Troviamo in questo numero due contributi per la sezione **Casi clinici**. Nel primo, **Francesco Romano e coll.** ci presentano un caso di Malattia di Rosai-Dorfman, una rara sindrome istiocitica che si riscontra prevalentemente nell'infanzia o nella giovane età adulta. Segno d'esordio nel 90 % dei casi è rappresentato da linfadenomegalia cervicale e paratracheale bilaterale asintomatica. Seppur si tratti di una patologia benigna, sono stati documentati casi mortali dovuti all'infiltrazione istiocitica generalizzata dei seni linfonodali. La diagnosi del caso in oggetto fu definita proprio grazie ad una biopsia linfonodale. Nel secondo caso **Mario Bisconti e coll.** riportano il caso di un quarantenne, sniffatore di crack cocaina, nel quale l'abuso dello stupefacente ha indotto alterazioni clinico-funzionali e citoistologiche del tutto compatibili con una diagnosi di sarcoidosi, salvo che l'esame del tessuto istologico al microscopio a luce polarizzata ha permesso di giungere ad una corretta diagnosi evidenziando corpuscoli aghiformi birifrangenti in diverse formazioni plurinucleate.

Nella rubrica dedicata alla **Corrispondenza** compaiono una lettera di **Arnaldo Andreoli** e la risposta di **Bruno Balbi** in merito all'articolo di Antonella Cortelezzi e coll. pubblicato nel numero di giugno 2012 della *Rassegna* sul trattamento riabilitativo della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). Lo scambio di idee evidenzia la eterogeneità organizzativa e funzionale delle equipe che si occupano di Riabilitazione respiratoria nella realtà italiana, nonostante la definizione di standard da parte di AIPO, peraltro solo recentemente condivisi in sede di Ministero della salute.

Per la rubrica **L'Angolo di ToraX**, **Mario Maffessanti** riprende la tematica della tubercolosi toracica, sviluppata anche nel precedente numero, presentando le diverse possibili sequele e complicanze della malattia, a potenziale diffusione non solo in porzioni d'organo limitrofe ma anche a distanza, sia per via ematogena sia per via aerogena. Per la sezione **Immagini in Pneumologia Interventistica** **Maria Majori e coll.** ci presentano il caso di una donna di 32 anni con un quadro di asma bronchiale refrattaria alla terapia in cui è stata diagnosticata con angio-TC una destro-posizione dell'arco aortico con diverticolo di Kommerell, responsabile di una importante compressione della trachea estesa al bronco principale dx.

Chiude il numero la prima di due parti di un contributo su "Amore e Psicanalisi" di **Federico Perozziello** per la rubrica **Medical Humanities e Pneumologia**; l'articolo, partendo dalla storia professionale e umana di Carl Gustav Jung, ci offre una riflessione sul rapporto tra medico e paziente e in particolare sulle influenze

che le vicende personali possono avere sulla sfera professionale.

In occasione dell'ultima riunione del Consiglio Direttivo AIPO del 19 Dicembre u.s. è stata presentata la **revisione dello Statuto AIPO**, quale esito di un lavoro di analisi, revisione ed aggiornamento della Commissione Statuto costituita da Vincenzo Bonnici, Lorenzo Cordero, Elio Costantino, Mario De Palma, con il coordinamento di Angelo Gianni Casalini e Adriano Vaghi. Il lavoro della Commissione, iniziato nel febbraio dello scorso anno, ha visto il pieno coinvolgimento delle Sezioni Regionali AIPO, attraverso la collaborazione dei Presidenti Regionali.

Tra le modifiche/aggiornamenti contenuti nella revisione presentata, che recepisce circa il 90% delle proposte di modifica avanzate, vi è la costituzione di un **Comitato Scientifico**, con il compito di coordinare e promuovere tutta l'attività scientifica dell'Associazione, e di cui facciano parte: i Responsabili dei Gruppi di Studio, il Direttore Scientifico del Centro Studi, il Coordinatore Scientifico del Congresso Nazionale, il Direttore Responsabile della *Rassegna*, il Coordinatore della Scuola di Formazione Permanente in Pneumologia, il Presidente AIPO (o persona dallo stesso delegata in caso di impossibilità a partecipare occasionalmente ai lavori del Comitato Scientifico), il Direttore Generale di AIPO.

Nella revisione, visualizzabile direttamente sul sito www.aiponet.it, è inoltre prevista una valorizzazione dei **Gruppi di Studio** mediante un raggruppamento in dieci macrostrutture che andranno a sostituire le attuali Aree Scientifiche e Gruppi di Studio: 1) *Educazionale, Prevenzione ed Epidemiologia*; 2) *Fisiopatologia Respiratoria*; 3) *Disturbi Respiratori nel Sonno*; 4) *BPCO, Asma e Malattie Allergiche*; 5) *Oncologia Toracica*; 6) *Riabilitazione Respiratoria*; 7) *Terapia Intensiva Respiratoria*; 8) *Pneumologia Interventistica*; 9) *Pneumopatie infiltrative diffuse e Patologia del Circolo Polmonare*; 10) *Patologie infettive Respiratorie e Tubercolosi*.

Sono direttamente ricollocate in AIPO tutte le aree che in questi ultimi anni hanno contribuito alla generazione di contenuti e di valore per la Società: **Centro Studi, Editoria e Scuola di Formazione Permanente in Pneumologia (SFPP)**.

Ha adesso inizio una vasta opera di diffusione e condivisione tra i Soci, ma anche di conoscenza, che terminerà con l'approvazione dello Statuto da parte del Consiglio Direttivo AIPO il prossimo **18 aprile**. Lo Statuto sarà definitivamente approvato in occasione dell'**Assemblea dei Soci** che verrà convocata il **7 giugno 2013** a Bologna. In questo modo AIPO potrà disporre sin dal prossimo Congresso Nazionale del nuovo Statuto, delineando una moderna Società, in linea con gli standard più diffusi a livello Europeo.