

## In questo numero ...

### In this issue ...

... di *Rassegna*, il quarto dell'anno 2016, troviamo in apertura un **Editoriale** di **Michele Vitacca** sulla Riabilitazione Respiratoria (RR) in Italia, nel quale viene segnalata l'importanza della RR all'interno di un modello di cure integrate per la gestione delle patologie respiratorie croniche. L'Autore sottolinea come nel nostro Paese siano diversi i fattori che ostacolano la diffusione della RR, tra cui il ridotto interesse sul tema e la scarsa collaborazione con lo specialista in area respiratoria e conclude evidenziando la necessità di trovare un linguaggio comune tra tutti i professionisti della riabilitazione. L'editoriale anticipa e presenta i contributi pubblicati nel **Forum** dedicato allo stato della Riabilitazione Respiratoria in Italia dai punti di vista di tre delle figure sanitarie primariamente coinvolte, il Fisioterapista, lo Specialista Fisiatra e lo Specialista Pneumologo. Nel primo contributo, **Marta Lazzeri** (Presidente di ARIR, Associazione Riabilitatori dell'Insufficienza Respiratoria) e **Francesco D'Abrosca** commentano la situazione del Fisioterapista, evidenziando il maggiore riconoscimento attuale del suo ruolo e delle sue competenze specifiche nel contesto della riabilitazione respiratoria, tanto da intravedere la costruzione di un percorso di certificazione internazionale per il terapeuta respiratorio da parte della Società Respiratoria Europea (ERS). Tuttavia, gli Autori segnalano anche una situazione italiana con gravi criticità organizzative e un forte squilibrio tra domanda, offerta ed equità di accesso ai programmi di RR. Segue il contributo di **Maurizio Massucci e coll.** con il punto di vista del Fisiatra. Gli Autori sottolineano i principi, i modelli organizzativi e le modalità operative proprie della Medicina Fisica e Riabilitativa incentrati sul Progetto Riabilitativo Individuale ed il lavoro in team riabilitativo, sull'uso di indicatori standardizzati per la valutazione clinica multidimensionale e su modelli organizzativi in rete di tipo dipartimentale. Rilevando la scarsa diffusione dei servizi riabilitativi dedicati a disabilità respira-

torie croniche auspicano la collaborazione tra Pneumologi e Fisiatri, al fine di offrire ai pazienti la possibilità di usufruire della rete di servizi già esistente secondo un modello Hub&Spoke. Nell'ultimo contributo, **Bruno Balbi** affronta il punto di vista dello Pneumologo segnalando importanti limiti culturali ed organizzativi circa le scarse conoscenze in merito alla Pneumologia riabilitativa, la mancata consapevolezza dei vantaggi per il paziente e per il sistema sanitario e la forte disomogeneità geografica e normativa. Il tutto porta ad una elevata inappropriatazza del sistema con una Pneumologia riabilitativa offerta oggi in Italia solo ad una parte minoritaria dei pazienti che ne avrebbero bisogno. L'Autore auspica una azione coordinata di medici, terapisti ed associazioni di pazienti al fine di rimuovere i suddetti ostacoli.

Preme molto allo scrivente Direttore della *Rassegna*, essendo nella sua pratica quotidiana responsabile di un Dipartimento di Riabilitazione, evidenziare come questo Forum, che ha preso spunto da una sessione PRO/CON molto dibattuta in occasione del Congresso Nazionale AIPO 2015 tenutosi a Napoli, voglia essere anche un momento di confronto propositivo tra diversi attori della riabilitazione pneumologica in un'ottica positiva di integrazione e non di competizione tra le varie competenze avendo come comune obiettivo la ricerca e la condivisione di standard clinici ed organizzativi che diano al paziente il meglio in termini sia di appropriatezza, sia di equità di accesso alla offerta riabilitativa respiratoria.

A seguire, **Serena Iacono Isidoro e coll.** presentano un **Articolo di revisione** sulle apnee ostruttive nel sonno, con particolare riferimento agli effetti sulla qualità di vita ed alle strategie per migliorare la *compliance* alla terapia con CPAP. Gli Autori analizzano alcuni rilevanti fattori predittivi della futura aderenza al trattamento, come la percezione dei pazienti sulla propria salute e sull'impatto dell'OSA, l'efficacia percepita della



Mirco Lusuardi

*Direttore Responsabile  
Rassegna di Patologia  
dell'Apparato Respiratorio*

terapia e la prima esperienza con la CPAP. Viene inoltre sottolineata l'importanza di un intervento di supporto e di training educazionali ed informativi, soprattutto all'inizio della terapia, suggerendo la telemedicina come un'efficace strategia per migliorare l'aderenza poiché permette di monitorare i pazienti sin dalle prime fasi e di intervenire a distanza in presenza di criticità.

Il successivo lavoro di **Loris Ceron e coll.** riguarda le novità introdotte dalle linee guida ACCP 2013 sulla diagnosi e gestione del tumore polmonare rispetto alla precedente versione del 2007, con particolare riguardo al ruolo della PET e alle metodiche endoscopiche ecoguidate quali indagini di riferimento prima di quelle chirurgiche. Gli Autori evidenziano anche dei punti di incertezza non ancora chiariti nelle attuali linee guida, quali l'importanza dell'istotipo sulla probabilità di diffusione a distanza, e concludono sostenendo che la prudenza, l'esperienza clinica, o l'utilizzo di modelli di previsione possono essere d'aiuto nelle scelte decisionali.

Segue un articolo di **Francesco Belli e coll.** in cui si discute della sindrome di Goodpasture, una vasculite autoimmune sistemica a prevalente interessamento renale e polmonare, che si manifesta tipicamente con insufficienza renale acuta ed emorragia alveolare. Gli Autori presentano i nuovi bersagli antigenici molecolari, le differenze e le analogie con altre vasculiti, le caratteristiche istologiche e radiologiche e le cause e concause, soffermandosi sul fumo di sigaretta che risulta essere un importante fattore di rischio per le emorragie alveolari diffuse. Gli Autori sottolineano l'importanza di una costante sorveglianza dei parametri di funzionalità renale e polmonare, in quanto il coinvolgimento di tali organi talvolta rimane subclinico e concludono con un accenno alla terapia, in particolare quella biologica che si affianca ai tradizionali immunosoppressori e corticosteroidi, soprattutto nelle forme più gravi.

Per la **Serie Approccio personalizzato in Medicina Respiratoria**, in questo numero troviamo un contributo a firma di **Francesco Menzella e coll.** su fenotipizzazione e terapia personalizzata nell'asma. Gli Autori evidenziano come la definizione dei diversi fenotipi ed endotipi abbia favorito i progressi terapeutici negli ultimi anni, riportando svariati esempi come le terapie anti-IgE, i diversi anticorpi monoclonali anti IL-5, IL-4/IL-13 e i trattamenti non farmacologici, come la termoplastica bronchiale, procedura endoscopica approvata nel 2010 dalla FDA per il trattamento dell'asma grave refrattario. Gli Autori sostengono, inoltre, che l'aumento delle opzioni terapeutiche a disposizione debba essere accompagnato dall'identificazione di nuovi biomarker utili al clinico nel selezionare i pazienti e i trattamenti più adeguati, senza trascurare gli aspetti farmaco-economici dato l'elevato costo delle nuove terapie.

Il contributo della **Serie Competence in UTIR** ci viene presentato da **Nicolino Ambrosino** che ci parla delle potenziali applicazioni della ventilazione non invasiva (NIV) in situazioni complesse, in presenza di un team esperto, ad esempio nella broncoscopia, soprattutto nei casi di grave ipossiemia e stati di immunosoppressio-

ne. L'Autore, inoltre, sostiene l'utilizzo della NIV durante l'ecografia transesofagea in soggetti cardiopatici, ed in generale nella cardiologia e pneumologia interventistiche con la possibilità di ridurre la necessità di sedazione profonda o anestesia generale.

Per la sezione **Casi clinici Domenico Aronne e coll.** riportano il caso di un uomo di 50 anni, non fumatore e asintomatico a cui vennero diagnosticate due condizioni patologiche a carico delle piccole vie aeree (bronchiolite) e del distretto vascolare polmonare (ipertensione polmonare da iperafflusso secondaria a sbocco venoso anomalo). La singolarità del caso è rappresentata dall'osservazione del pattern a mosaico, caratteristica comune ad entrambe le manifestazioni, il cui comportamento dinamico durante le fasi respiratorie, insieme ad altri elementi che caratterizzano il quadro clinico, diventa fondamentale per la diagnosi differenziale. Gli Autori presentano e discutono l'algoritmo diagnostico differenziale proposto dall'*American Roentgen Ray Society* nel 2011 quale strumento che ha permesso di individuare il difetto vascolare congenito.

Nella rubrica **Immagini in Pneumologia interventistica**, **Maria Majori e coll.** riportano il caso di una bambina di 5 anni con emottisi ricorrente e priva di altra sintomatologia respiratoria e/o sistemica. Le indagini radiologiche rivelavano un addensamento polmonare basale destro, invariato rispetto ad un referto risalente a 11 mesi prima in concomitanza con sintomatologia infettiva acuta. La TC del torace confermava la presenza di addensamento parenchimale nel lobo inferiore destro con adiacenti areole a vetro smerigliato. La successiva broncoscopia evidenziava la presenza di diffusi segni di flogosi e filamenti giallastri inglobati in tessuto di aspetto granuleggiante, rivelatisi in seguito come parti di una spiga. Il caso porta all'attenzione l'importanza della tempestività nella diagnosi e nel trattamento dopo inalazione di corpi estranei, al fine di evitare complicanze potenzialmente fatali.

Nella sezione **Radiology: Tips & Tricks**, **Giorgia Dalpiaz** illustra il caso di un ragazzo di 20 anni con fratture multiple scomposte post-traumatiche del femore, insufficienza respiratoria, rash petecchiale, tachicardia e stato confusionale. La TC con finestra per parenchima evidenziava una pneumopatia diffusa bilaterale con pattern prevalente di tipo alveolare, con opacità parenchimali lobulari e sub-lobulari (come il *gingko biloba sign*) associate a noduli a bassa densità a contatto con diramazioni vascolari periferiche. Tale quadro radiologico deve far pensare in prima istanza ad una sindrome da embolia grassosa, diagnosi che fu confermata sulla base di definiti criteri clinici e di laboratorio secondo Gurd e Wilson.

Chiude il numero un sentito ricordo del Prof. Claudio Tantucci in memoria del Prof. Vittorio Grassi, recentemente scomparso, medico e professore emerito dell'Università di Brescia con una grande passione per la Medicina respiratoria e da annoverarsi tra i precursori della moderna Pneumologia Italiana.