

COVID-19. Qual è stata la risposta della Pneumologia all'emergenza sanitaria?

Intervista al Dr. Adriano Vaghi, Presidente dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri - Italian Thoracic Society (AIPO - ITS)

Chiara Finotti

Una pandemia sta mettendo in ginocchio l'umanità intera. In Italia, l'emergenza sanitaria ha messo a nudo due facce di una stessa medaglia. Se da un lato infatti ha evidenziato debolezze e fragilità di un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) pesantemente penalizzato, negli ultimi dieci anni, a causa di scelte politiche poco attente alla sanità e, soprattutto, incapaci di una visione a lungo termine, dall'altro ha mostrato la prontezza di una comunità scientifica che, con competenza e impegno, è riuscita in pochi mesi a conoscere sempre di più il nemico che aveva di fronte contrastandolo con maggiore forza. Gli pneumologi sono stati tra gli specialisti maggiormente coinvolti nella gestione di un'emergenza sanitaria senza precedenti. Per questa ragione abbiamo intervistato Adriano Vaghi, Presidente dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri - Italian Thoracic Society

(AIPO - ITS), Società Scientifica che in questi mesi si è spesa senza riserve nel sostenere medici e cittadini.

Dottor Vaghi, in un momento di forte pressione sugli ospedali, come ha risposto la Pneumologia italiana di fronte ai crescenti bisogni di cura dei cittadini? Come sono cambiati il lavoro degli pneumologi e i modelli organizzativi della specialità in risposta all'emergenza sanitaria?

Lo tsunami COVID-19 ha profondamente modificato il modello organizzativo della Sanità, in generale, e quindi anche della Pneumologia. Abbiamo potuto osservare questo cambiamento grazie a tre *survey* che hanno fotografato l'evoluzione del ruolo della Pneumologia su un campione di circa 80 Pneumologie, rappresentative del territorio nazionale, in tre momenti diversi: all'inizio della pandemia, il 24 febbraio e, in seguito, il 24 marzo e il 14 maggio. Nella prima *survey* solo **2 unità**

operative erano direttamente coinvolte nei piani aziendali di emergenza da COVID-19 e il ruolo dello pneumologo non era contemplato o era relegato a una generica consulenza. Nella seconda *survey*, dopo un mese, circa il **91% delle Pneumologie era coinvolto nella gestione dei pazienti COVID-19**. Il coinvolgimento delle Pneumologie era diretto, nella maggior parte dei casi, con posti letto dedicati ai pazienti COVID-19, significativamente aumentati rispetto a quelli ordinari, mentre nelle Pneumologie che sono rimaste, almeno in parte, COVID-19 *free*, gli pneumologi hanno co-gestito con gli altri specialisti le aree di assistenza dedicate ai pazienti infetti. A distanza di un mese il contesto organizzativo è profondamente cambiato con il riconoscimento di un ruolo centrale della Pneumologia nella gestione della nuova infezione.

Cosa è cambiato in queste quattro settimane?

Nelle ultime settimane di febbraio è stato sempre più chiaro, come peraltro veniva anche dimostrato dalle casistiche cinesi, allora in corso di pubblicazione sulle più importanti riviste internazionali, che la causa principale, se non unica (dal 90 al 100%), dei ricoveri ospedalieri era la presenza di una polmonite virale che poteva essere complicata, nei casi più gravi, da insufficienza respiratoria e che necessitava di un trattamento di ossigenoterapia o di ventiloterapia non invasiva. Polmoniti che, in circa il 3-5% dei casi, possono evolvere in quadri di ARDS e di sepsi.

Queste evidenze cliniche, dedotte sia dalla letteratura che dalle esperienze cliniche sempre più ampie, sono state stigmatizzate sia nell'ambito di tavoli tecnico-scientifici regionali e ministeriali sia in comunicati

stampa delle Società Scientifiche.

Inoltre, una più evoluta e corretta analisi di quanto stava accadendo in campo sanitario ha reso possibile, il **29 febbraio, la pubblicazione da parte del Ministero della Sanità delle Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da COVID-19** e della determina **Incremento disponibilità di posti letto del SSN e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza COVID-19**, documento che è stato inviato a tutte le Regioni in cui si fa esplicito riferimento a un **"incremento del 100% dei posti letto delle UOC di Pneumologia e di Malattie Infettive, isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio (inclusa la respirazione assistita)"**.

In base a queste evidenze il **70%** delle Pneumologie ha aumentato i posti letto di **840** unità e nel *setting* assistenziale delle Subintensive respiratorie il **72% dei pazienti** con polmonite **sono stati ventilati non invasivamente e 112 pazienti invasivamente**. Sottolineo che non si è trattato di una iniziativa estemporanea necessaria per fronteggiare l'emergenza ma, questa rapida ed efficace risposta organizzativa è stata resa possibile grazie alle *skills* e alle competenze degli pneumologi maturate, fin dagli anni Novanta, nella gestione delle Subintensive respiratorie e nel trattamento dei pazienti critici con BPCO riacutizzata, con patologie neuromuscolari e polmoniti complicate da insufficienza respiratoria e sepsi utilizzando al meglio e con appropriatezza la ventilazione non invasiva e, nei *setting* più evoluti, quella invasiva.

La **terza survey**, del 14 maggio, ha visto **raddoppiare il numero delle Semi-intensive** nell'**85%** del campione delle Pneumologie. I nuovi posti letto di tipo semi-intensivo attivati sono stati 1.100, circa

l'80% dei pazienti con polmonite da COVID-19 è stato ventilato non invasivamente, mentre sono stati ventilati invasivamente circa 900 pazienti. È stato trasferito in *step up* in Rianimazione il 10% dei pazienti, mentre le Semintensive pneumologiche hanno ricevuto il 25% dei pazienti dalla Rianimazione. Sempre nelle aree semintensive pneumologiche 400 pazienti tracheostomizzati sono stati decannulati o sono stati sottoposti a *weaning* respiratorio. Nel 30% delle Pneumologie, oltre agli adeguamenti della dotazione strumentale (monitor e ventilatori), come in tutte le Unità Operative Complesse (UOC), sono stati effettuati adeguamenti di tipo strutturale con la creazione di **camere a pressione negativa**. La terza *survey* fa però emergere un aspetto organizzativo preoccupante che è rappresentato dalla programmata chiusura, terminata la cosiddetta prima ondata, di circa 1.000 posti letto, in gran parte di tipo semintensivo, gestiti dalla Pneumologia. Questo, in contrasto con quanto riportato nella circolare del Ministero della Sanità "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" (art. 2 decreto legge 19 maggio 2020, n. 34) che prevede un aumento di 4.000 posti letto di Subintensiva.

Quali sono state le iniziative messe in campo da AIPO - ITS per dare una risposta immediata ai bisogni della comunità pneumologica durante l'era COVID-19?

L'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri - Italian Thoracic Society (AIPO - ITS), nella prima fase dell'emergenza sanitaria ha raccolto l'appello della comunità pneumologica italiana che necessitava di indirizzi organizzativi, condivisione di esperienze e aggiornamenti

tecnico-scientifici in un momento in cui la formazione residenziale non era possibile. AIPO - ITS ha quindi risposto organizzando circa 100 *webinar*, quali punti essenziali dell'informazione-formazione a distanza, alcuni dei quali hanno avuto più di 20.000 visualizzazioni.

La Società Scientifica ha inoltre prodotto diversi documenti di consenso pubblicati sul sito www.aiponet.it:

- *Gli esami di funzionalità respiratoria nell'era pandemica COVID-19*, presentato congiuntamente alla Società Italiana di Pneumologia (SIP/IRS) al Ministero della Salute;
- *I disturbi respiratori nel sonno in epoca COVID-19. Modelli organizzativi per un corretto approccio alla diagnosi e cura*;
- *Approccio pragmatico alla diagnosi di polmonite da SARS-CoV-2 (COVID-19)*;
- *Ruolo e modalità di esecuzione della broncoscopia nella pandemia da COVID-19*;
- *Il ruolo della Riabilitazione Respiratoria nell'emergenza COVID-19, Position Paper AIPO-ITS, ARIR, SIP/IRS*;
- *Ecografia polmonare domiciliare nella polmonite da coronavirus*;
- *Gestione pneumologica dei pazienti con infezione respiratoria da COVID-19*.

AIPO - ITS sta promuovendo inoltre studi scientifici e attività sul tema del telemonitoraggio e cercando di costruire un grande database dei pazienti COVID-19.

Ha inoltre attivato un servizio di risposta ai pazienti attraverso lo strumento **"COVID-19: chiedi allo Pneumologo"** al quale è possibile inviare domande e ha aperto una sezione speciale COVID-19, del proprio sito, dove sono raccolti i principali provvedimenti emanati in relazione all'emergenza sanitaria. Si tratta di un'attività di supporto ai Presidenti delle Sezioni Regio-

nali e ai colleghi pneumologi che lavorano nelle commissioni regionali e aziendali.

Rappresentanti di AIPO-ITS siedono ai tavoli regionali garantendo un dialogo proficuo e costante con le Istituzioni. Sono state inoltre intraprese numerose attività di collaborazione tra AIPO - ITS e la Società Italiana di Pneumologia (SIP/IRS) che hanno portato alla produzione di documenti scientifici condivisi e alla loro presentazione in seno ai Tavoli Istituzionali.

Dottor Vaghi pensa che il rischio di una seconda ondata dell'epidemia sia concreto? E se sì, saremo pronti a fronteggiare la nuova emergenza?

Penso che il rischio sia concreto. Si rincorrono notizie di una ripresa della diffusione del virus SARS-CoV-2 in nazioni in cui il problema sembrava del tutto superato. Un esempio è ciò che sta accadendo in Israele. Vi sono inoltre continue segnalazioni in altri Paesi. Basti pensare a ciò che sta succedendo negli Stati Uniti e in Brasile dove non ci sono segni di flessione. Fino a quando il virus cirolerà a livello mondiale, trattandosi di una pandemia, il rischio di ondate di ritorno non può essere escluso. Dovremo, pertanto, almeno fino a quando non disporremo di un efficace vaccino e di farmaci antivirali specifici, imparare a convivere con il virus. Per questa ragione la ripartenza deve essere attentamente monitorata. Il vantaggio che attualmente abbiamo è che conosciamo molto meglio le caratteristiche della infezione da SARS-CoV-2, abbiamo imparato a gestire meglio le complicità e disponiamo di una rete ospedaliera che può essere rapidamente attivata in caso di necessità. Pensiamo a tale proposito ai posti letto delle Semintensive pneumologiche. Con ogni probabilità il virus si ripresenterà non come diffusa

epidemia ma in forma di focolai infettivi. Pertanto è essenziale che vengano effettuate diagnosi precise e immediate e che i pazienti affetti da polmonite da COVID-19 non siano ricoverati in reparti di degenza ordinaria perché questo farebbe ripartire l'epidemia. Devono quindi essere mantenute una stretta sorveglianza e separazione tra percorsi COVID e percorsi COVID *free*. A tale scopo è necessario che specialisti, come pneumologi e gruppi multidisciplinari, possano sorvegliare il processo di diagnosi, terapia e tracciamento dei contatti per impedire una nuova larga diffusione dell'infezione come purtroppo si è verificato nella cosiddetta fase uno dell'epidemia.

Quale sarà il domani della Pneumologia anche alla luce dell'esperienza della pandemia da COVID-19?

Ci stiamo preparando alla ripartenza nella consapevolezza che, come abbiamo avuto occasione di dire, "nulla sarà più come prima". La Pneumologia del domani sarà proiettata verso un profondo rinnovamento organizzativo e l'innovazione scientifica e tecnica della specialità ne rappresenterà un punto essenziale. Durante l'emergenza da COVID-19 è emerso con prepotenza l'indirizzo della Pneumologia verso il trattamento dei pazienti critici e verso la *critical care*, che non è stata una iniziativa estemporanea ma l'applicazione, su più ampia scala, delle competenze acquisite dagli pneumologi nelle Subintensive respiratorie e nel trattamento del paziente critico complesso con insufficienza respiratoria. I posti letto di Semintensiva respiratoria hanno sempre avuto e ancor più in era COVID-19, un ruolo strategico. Possono essere ricoverati sia i pazienti in *step down* dalla rianimazione sia in *step up* da letti a

bassa intensità in caso di aggravamento delle condizioni respiratorie. Si tratta quindi di posti letto flessibili che possono essere adattati al trattamento di pazienti con vari livelli di gravità e quindi particolarmente utili in una situazione pandemica dove la programmazione deve conciliarsi con uno stato di necessità non sempre esattamente prevedibile ma dove è comunque sempre importante offrire una risposta pronta e qualitativamente valida. Questi elementi sono essenziali anche in previsione di una possibile fase di ritorno o di una seconda ondata dell'infezione. Si pone pertanto il problema dell'ampliamento/riconversione dei posti letto di Pneumologia come indicato anche nel decreto attuativo del Ministro della Sanità del 19 maggio 2020 n. 34 che prevede la necessità della apertura di circa 4.000 posti letto di semi intensiva (sono infatti necessari 0,007 posti letto/abitante). Nel decreto sono state individuate, nell'area medica, la Pneumologia e le Malattie Infettive, oltre alla Medicina, come le UOC che dovrebbero prevalentemente trasformare posti letto ordinari in posti letto di Semintensiva sia negli Ospedali con DEA di II livello, dove sono presenti reparti di Pneumologia e Infettivologia, sia in DEA di I livello. Sarà pertanto necessario, alla luce di questi dati, rivalutare la dotazione per regione di posti letto pneumologici e di Semintensiva respiratoria. Le competenze di *critical care* diventeranno pertanto sempre più importanti nell'area di degenza pneumologica con un orientamento di tipo semintensivo analogamente a quanto si è verificato per altre specialità come la Cardiologia e la Neurologia.

Inoltre, la spinta tecnologica sarà particolarmente importante per quanto riguarda lo sviluppo della Pneumologia Interventistica, ma anche per quello della

Fisiopatologia Respiratoria e lo studio dei disturbi respiratori durante il sonno.

Sul versante ambulatoriale il potenziamento degli ambulatori di secondo livello quali quelli di insufficienza respiratoria, asma grave, interstiziopatie e fibrosi polmonare, disturbi respiratori nel sonno, potrà avvenire anche utilizzando modalità di teleassistenza che richiedono un intervento partecipativo e implicano un *empowerment* del paziente e lo sviluppo di metodologie di controllo che utilizzano l'intelligenza artificiale. In questo senso un ruolo strategico verrà svolto, in particolare per la gestione del paziente respiratorio fragile conico, dalla riabilitazione respiratoria.

In conclusione, per ritornare all'emergenza COVID-19, che non è stata ancora superata e che ci costringe a una forzata convivenza con il virus SARS-CoV-2, lo pneumologo ha dimostrato di essere, in un contesto interdisciplinare, esperto nella gestione delle complicanze dell'infezione da SARS-CoV-2 per le competenze diagnostico-radiologiche e terapeutiche che fanno parte del *background* della specialità. Basti pensare all'interpretazione diagnostica dei quadri "difficili", alla gestione esperta dei presidi salvavita come la ventilazione non invasiva e invasiva, in assenza di specifiche terapie antivirali e vaccini, quindi una situazione che ci ricorda da vicino quello della gestione pneumologica della TBC in era pre-antibiotica.