

XXII Congresso Nazionale della Pneumologia Italiana XLVI AIPO-ITS

Corsi pratici & sessione plenaria
Milano, 6-8 novembre 2021

Salute respiratoria e nuovi scenari

Mauro Carone

Organizzare un congresso medico in presenza nell'era della pandemia è un rischio perché mentre lo si organizza non si sa se e in quale forma reale esso potrà poi svolgersi.

Anche il XXII Congresso Nazionale della Pneumologia Italiana – XLVI AIPO-ITS ha corso il rischio di non potersi svolgere o, comunque, di avere un numero ridottissimo di iscritti. È stato preceduto da una serie di *webinar* generali e clinici dal 25 ottobre al 5 novembre ed è stato seguito dai *webinar* di approfondimento dal 10 al 27 di novembre.

Nella parte residenziale del 6-8 novembre le più rosee previsioni erano di avere non più di 400 colleghi iscritti. Invece oltre 800 colleghi pneumologi (insieme a qualche centinaio collegato in *streaming*) hanno deciso che era ora di tornare in presenza per confrontarsi sulla Pneumologia di oggi

U.O. Pneumologia e Riabilitazione Pneumologica,
Istituti Clinici Scientifici Maugeri, IRCCS, Bari
mauro.carone@icsmaugeri.it

e, soprattutto, su quella del futuro.

I temi del Congresso erano due: la Salute respiratoria e i Nuovi Scenari, ambiti sicuramente collegati tra loro. La Cerimonia inaugurale ha toccato proprio il tema della Salute ambientale e di quella respiratoria dato che il legame tra le due è profondo e implica conseguenze sul nostro pianeta e sul respiro di tutta la popolazione, non solo di coloro che sono già malati.

Il programma è stato poi ricchissimo di importanti sessioni e tavole rotonde su Terapie innovative, Futuro della Pneumologia, PNRR e Nuovi Modelli organizzativi. Ma voglio soffermarmi sulla serie di Corsi pratici: sono stati tutti letteralmente “presi d’assalto” tanto che ciascun corso è stato ripetuto due volte e quello sull’interpretazione delle curve dei ventilatori addirittura per tre volte.

Insomma, il Congresso AIPO-ITS di Milano ci dà il segno di una Pneumologia italiana vitale, attenta alle modifiche determinate dal periodo pandemico e, soprattutto, vogliosa di rilanciarsi per un futuro sempre più attivo e attento alle esigenze di una Medicina moderna per il miglior benessere possibile dei pazienti.



Appunti personali dal Congresso AIPO-ITS 2021

Marco Confalonieri

A dicembre 2021, mentre scrivo questo commento al Congresso Nazionale della Pneumologia Italiana – AIPO-ITS di quest’anno, qui a Trieste dall’inizio della pandemia abbiamo superato i 1.200 ricoveri per polmonite grave nella nostra Semi-intensiva respiratoria e stiamo subendo la pressione di una quarta ondata che sta andando oltre le previsioni e presenta numeri maggiori della prima e della seconda ondata in Friuli-Venezia Giulia. Non è un caso che mentre mi accingevo a parlare in sessione plenaria, domenica 7 novembre, ho ricevuto una telefonata dal mio ospedale che mi comunicava di aumentare del 15% i posti-letto in UTIP-COVID. Ci sarebbe di che essere pessimisti, ma invece voglio proporre una lettura in positivo di AIPO-ITS

S.C. Pneumologia, ASU GI, Trieste, Direttore Scuola di Specializzazione in Malattie dell’Apparato Respiratorio, Trieste, marco.confalonieri@asugi.sanita.fvg.it

2021 a partire dalla mia esperienza personale. Prima di tutto manifestando la mia soddisfazione per il ritorno “in presenza” del Congresso Nazionale degli pneumologi dopo che il 2020 e buona parte del 2021 avevano visto solo formazione a distanza. Il massimo della gratificazione è stato per me organizzare qui a Milano un corso in due edizioni consecutive sul monitoraggio fisiopatologico del paziente con insufficienza respiratoria acuta da grave polmonite COVID-19. La scommessa era rimettere al centro la Fisiopatologia Respiratoria come metodo scientifico di interpretazione della clinica, senza inutili banalizzazioni per rendere la materia meno specialistica e ostica, ma guardando all’attualità della sua applicazione nella patologia del momento e ai più recenti sviluppi delle tecniche di misurazione. Nel pensare a questo corso avevo messo insieme una squadra di valore che ha funzionato meravigliosamente bene facendo contento innanzitutto me che l’ho organizzato, ma anche soddisfacendo i numerosi partecipanti che sono rimasti attenti tutto il tempo in tutte e due le edi-

zioni. Ricordo in sequenza di apparizione nel corso i nomi di questo *dream team*: Paolo Pelosi, ordinario di Anestesia a Genova e fresco di nomina come Presidente nazionale della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), la mia collaboratrice Chiara Torregiani già allieva della nobile Scuola fisiopatologica di Claudio Tantucci a Brescia e alla McGill di Montreal, Roberto Tonelli giovane promessa-ceretezza della Pneumologia modenese e italiana già autore di un'impressionante serie di ottime pubblicazioni e per finire Elisa Baratella, brillante radiologa toracica allieva del non dimenticato Prof. Mario Maffessanti. Paolo Pelosi ha illustrato le basi fisiopatologiche della forma più grave di malattia da COVID-19, mettendo a fuoco i due principali fenotipi (in sintesi con e senza compromissione della *compliance* polmonare) e ponendo l'accento sulla necessità per chi utilizza supporti respiratori non invasivi (sia alti flussi di O₂ con cannule nasali o HFNC, che ventilazione non invasiva o NIV) di comprendere l'evoluzione fisiopatologica del paziente per non rischiare di ritardare l'intubazione quando si rende necessaria. Chiara Torregiani ha parlato della nuova possibile applicazione della tecnica delle oscillazioni forzate (FOT) nel paziente acuto per valutare resistenze e reattanza delle vie aeree e del parenchima polmonare nella grave polmonite da COVID-19. Riportando l'esperienza fatta sul campo nella UTIP di Trieste, ha mostrato come la FOT sia utilizzabile facilmente anche in acuto e possa dare utili informazioni aggiuntive nella gestione clinica del paziente che è sottoposto alternativamente a periodi di NIV e HFNC. Roberto Tonelli ha approfondito il concetto di danno polmonare auto-inflitto per eccesso di sforzo

ventilatorio nel paziente con supporto non invasivo. Inoltre, ha mostrato la ricchezza di informazioni che danno le misurazioni invasive con sondino esofageo, ma ha anche proposto un nuovo semplice dispositivo brevettato dall'*équipe* di Modena su suo studio che potrebbe dare nuovo impulso alla misurazione quotidiana non invasiva dell'*effort* respiratorio con evidenti vantaggi per la gestione clinica in UTIP e in Terapia Intensiva. Infine, la ricercatrice universitaria Elisa Baratella ha mostrato come le varie tecniche di *imaging*, ma soprattutto la tomografia computerizzata, possano dare informazioni anche fisiopatologiche fondamentali nelle varie fasi della malattia acuta e post-acuta.

Il Corso è stato molto apprezzato anche dagli stessi docenti che si sono trovati così bene insieme da condividere subito dopo una versione scritta in forma di *review* dei contenuti del Corso stesso che spero prenderà presto forma come pubblicazione su rivista internazionale.

Per finire un commento generale sul XLVI Congresso Nazionale AIPO-ITS. Il merito principale del Presidente Adriano Vaghi è stato quello di proporre una formula nuova e accattivante che potesse rispondere alle esigenze del momento. Innanzitutto perché molti pneumologi sono quotidianamente fortemente impegnati



nei gravosi compiti assistenziali dovuti alle malattie acute e post-acute da COVID-19. Inoltre, le ben note limitazioni di legge rendono necessari controlli e distanziamenti che influiscono sul Congresso in presenza e impongono di trovare soluzioni nuove al bisogno di formazione e confronto tra specialisti. Pertanto la formula “ibrida” del Congresso può solo limitatamente essere descritta come composizione di momenti in presenza e in remoto. Di fatto, alcune sessioni in presenza nei giorni 6-8 novembre sono state registrate e rese fruibili oltre che in diretta *streaming* anche a posteriori. Invece, numerosi altri momenti congressuali nati come formazione sul *web* sono stati fruibili in più riprese, sia in diretta con possibilità di domande e risposte tra relatori e partecipanti che in registrata come ormai consueto con la formazione a distanza o FAD. Tutto questo ha fatto del Congresso AIPO-ITS di quest’anno un evento con tante sfaccettature e possibilità in modo da poter accontentare le esigenze di chi non ha potuto staccarsi dal lavoro, mentre è stato un piacevole momento di incontro per chi ha partecipato alla tre giorni in presenza a Milano.

Pneumologia e Unità di Terapia Intensiva pneumologica: *one more chance?*

Raffaele Scala

Il Congresso AIPO-ITS di Milano “in presenza” ha riportato alla ribalta alcune tematiche di interesse cruciale per la Pneumo-

logia sia in chiave di incremento del livello di salute respiratoria dei nostri pazienti sia in chiave di impatto sulla visibilità politica istituzionale della specialità. Salute respiratoria che ha costituito il filo conduttore del Congresso con discussione di strategie volte a tutelarla a 360 gradi, dalla prevenzione al trattamento delle patologie polmonari, dalla salvaguardia dell’ambiente fino alla lotta contro la pandemia COVID-19.

In questo contesto, una tavola rotonda ha affrontato un *topic* che sembrava dimenticato da tempo ma che è tornato prepotentemente alla ribalta durante questo momento storico di lotta pandemica contro il COVID-19, cioè quello delle Unità di Terapie Semi-intensive Respiratorie.

La prima considerazione di ordine generale che tutti gli pneumologi hanno fatto è che risulta quantomai sorprendente che si è dovuto verificare un evento epocale di queste dimensioni, quale la pandemia COVID-19, per far scoprire (riscoprire?) la Pneumologia di fronte alla opinione pubblica e soprattutto alle Istituzioni come una specialità in “prima linea” insostituibile nella lotta contro il virus e non solo. Questo è risultato chiaramente evidente proprio nella gestione dell’insufficienza respiratoria acuta da polmonite COVID-19 correlata che ha visto nell’applicazione dei dispositivi di assistenza respiratoria non invasiva una arma vincente per ridurre il ricorso alla intubazione tracheale e la pressione sulle Terapie Intensive. L’uso di CPAP, alti flussi e NIV variamente integrati fa parte del bagaglio culturale e pratico applicativo di una significativa parte delle Pneumologie e delle Unità di Terapia Semi-intensive esistenti già in epoca pre-COVID. A tal proposito, vale la pena ricordare che il terzo censimento nazionale AIPO-ITS terminato proprio poco prima dell’esplosione della pandemia ha

dimostrato un significativo aumento di queste Unità rispetto alle due precedenti *survey* con la individuazione di più di 90 Centri, sia pure con diverse caratteristiche strutturali e organizzative, *expertise* e competenza. Considerando un fabbisogno stimato di 1-2 posti letto (ppl) di Semi-intensiva respiratoria per 100.000 abitanti, emerge chiaramente che la rete di queste Unità pneumologiche censite risultava largamente insufficiente già in epoca pre-COVID con un *gap* stimabile intorno al 40% rispetto al fabbisogno nazionale. Lo *tsunami* pandemico come sappiamo ha messo in crisi il Sistema Sanitario Nazionale per il collasso a cui sono andate incontro le Terapie Intensive rapidamente saturate da pazienti COVID-19 di diversa gravità. Il ruolo delle Semi-intensive in generale e pneumologiche in particolare è stato determinante su due fronti: la possibilità di trattare precocemente con successo mediante supporti respiratori non invasivi almeno 2/3 dei pazienti ospedalizzati per insufficienza respiratoria e la disponibilità ad accogliere rapidamente dalla Terapia Intensiva pazienti stabilizzati dopo estubazione o tracheostomizzati per *weaning* difficile dopo una forma grave di COVID-19. Tutto ciò ha portato le Istituzioni locali, regionali e nazionali alla decisione di espandere rapidamente la potenzialità della Pneumologia in termini di riconversione di posti letto ordinari in semi-intensivi respiratori con un aumento dei ppl stimabile in più del 50% fin dalla prima fase pandemica come dimostrato dalla numerose *survey* che AIPO-ITS ha svolto durante la emergenza COVID-19.

Non vi è dubbio che si tratta di un vero *assist* per la Pneumologia. Quindi, la domanda che nasce spontanea è: siamo arrivati finalmente al giusto riconoscimento delle Unità di cure specialistiche dell'insufficienza polmonare, già chiamate UTIR?

Per tutta una serie di motivi, va considerato che non è oro tutto ciò che luccica!

Ma quali sono i punti di forza e i punti critici emersi della tavola rotonda?

Riguardo gli aspetti critici va ricordato *in primis* che nella bozza di aggiornamento del DM 70 del 2015 relativo alla definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera, si fa riferimento ad Aree di Semi-intensiva non sicuramente a gestione pneumologica in quanto sono coinvolte anche altre specialità (Infettivologia, Cardiologia, Neurologia, Medicina Interna); il rischio è che la programmaticità delle Istituzioni sia orientata alla strutturazioni di Semi-intensive polivalenti secondo un modello non dissimile dall'intensità di cura tanto caro alcuni anni fa alla Toscana. Tutto ciò lascia ipotizzare che la partita si giocherà localmente, "quartiere per quartiere", a seconda della visibilità, capacità di convincimento, ma direi anche competenze dei diversi specialisti scesi in campo. Ma bisogna domandarsi se sia sempre vero che lo pneumologo abbia le giuste competenze per gestire il paziente critico respiratorio e che, "convinte" le Istituzioni, debba essere lo specialista di riferimento: intendo non solo mettere un casco per CPAP, montare un alto flusso, o collegare un paziente alla NIV. È chiaro che più lo pneumologo è autonomo nel *management* di tutto ciò che ruota intorno al paziente semi-intensivo con insufficienza respiratoria acuta e più ha referenzialità culturali e tecnico-pratiche sul campo per far valere la sua *leadership* rispetto a infettivologi, internisti, cardiologi che spesso si sono avvicinati a tali scenari da meno tempo o solo in occasione della pandemia. Intendo gestione delle vie aeree, interventistica, sedazione, accessi vascolari, complicanze extrapolmonari, sonno, riabilitazione, etc. Quindi, in poche parole: portare "l'asticella verso l'alto".

Un altro punto da dipanare è relativo a quale modello di Semi-intensiva possa essere il più vincente. Sicuramente non quello di UTIR autonome con frammentazione delle diverse discipline della Pneumologia. Quindi Semi-intensive all'interno del reparto di Pneumologia rifuggendo da definizioni che spesso si incontrano quali intensivologo respiratorio, semi-intensivista, NIV-ologo. Questo modello integrato favorisce il *turnover* dei ppl semi-intensive facilitando il passaggio di pazienti che migliorano in reparto prima della dimissione secondo una intensità di cura pneumologica.

Quali i punti forti? *In primis* la possibilità di poter entrare nelle dinamiche istituzionali delle reti-terapie "tempo-dipendenti" alla stessa stregua di cardiologi con l'infarto miocardico e neurologi con lo *stroke*. Quindi anche lo pneumologo per l'attacco respiratorio acuto? Altro punto potenziale di forza è sicuramente il dualismo funzionale della Pneumologia e Semi-intensiva, quale Giano Bifronte che può e deve svolgere un ruolo decisivo e indispen-

sabile nella gestione a 360 gradi del paziente respiratorio critico secondo diversi livelli di lettura e operatività (Figura 1). I nostri decisori istituzionali devono recepire e verificare la missione della Pneumologia capace di poter trattare e gestire quel *burden* di pazienti non considerabili eleggibili per Terapia Intensiva o reparto. Ecco i tre livelli di dualismo: trattamento contemporaneo di pazienti semi-intensive COVID-19 e non COVID-19 (incluso *post-long COVID*), logica dello *step up* (da degenza e Pronto Soccorso) e *step down* (da Terapia Intensiva) nell'*outflow* dei pazienti ospedalizzati, presa in carico del paziente critico alla dimissione con proiezioni territoriali della Pneumologia anche mediante l'ausilio di strumenti moderni di controllo a distanza come il telemonitoraggio (Figura 2). Quindi lo pneumologo deve lavorare in isolamento nelle sue Unità? Sicuramente questa è una strategia perdente. Anche nel settore della Semi-intensiva lo pneumologo deve attivare e fortificare sintonie e integrazioni con altri specialisti secondo la lo-

Pneumologia, UTIP e Giano Bifronte



Figura 1. Dualismo funzionale delle UTIP.

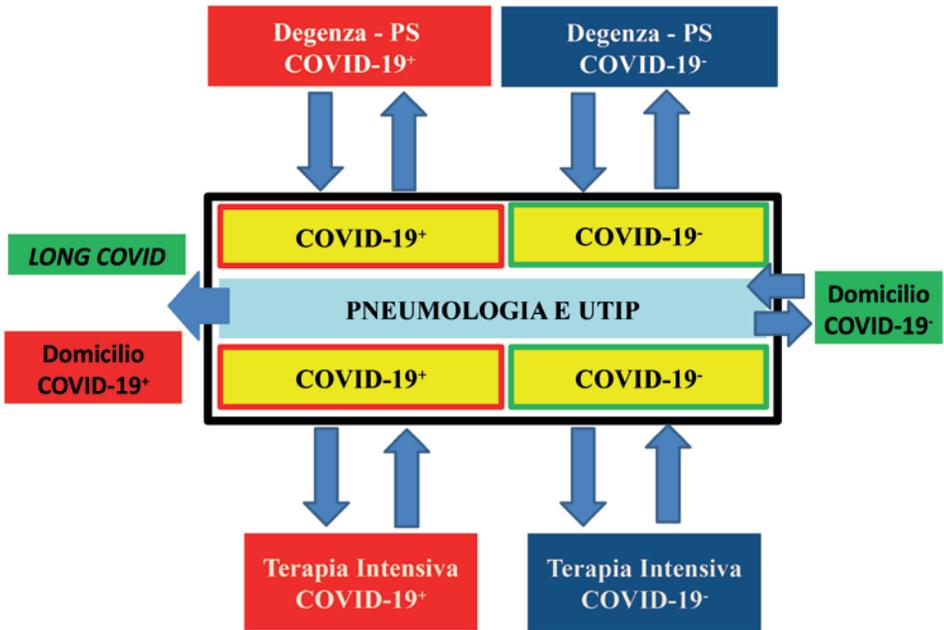


Figura 2. Modello funzionale di Pneumologia e UTIP in pandemia.

gica della multidisciplinarietà sul modello del GOM, GIM; ipertensione polmonare, malattie neuromuscolari, malattie sonno-correlate.

Infine, dalla discussione è emersa la necessità di usare un termine univoco per definire queste Unità Semi-intensive: Unità di Terapie Intensive pneumologiche o UTIP di diverso livello è quello che meglio identifica la specificità di queste strutture così come riportato nel recente *position paper* di AIPO-ITS.

Solo in questo modo le UTIP potranno davvero costituire una nuova *chance* per la (ri)affermazione dello pneumologo e soprattutto per la tutela della salute dei tanti pazienti affetti da malattie respiratorie gravi troppo spesso percepiti come “figli di un dio minore”.

Bibliografia di riferimento

- Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri - Italian Thoracic Society (AIPO-ITS). *Il 94% delle Pneumologie è in prima linea nella lotta contro l'infezione da COVID-19*. 28 aprile 2020. <http://www.aiponet.it/news/speciale-covid-19/2463-il-94-delle-pneumologie-e-in-prima-linea-nella-lotta-contro-l-infezione-da-covid-19.html>
- FRANCO C, FACCIOLONGO N, TONELLI R, ET AL. *Feasibility and clinical impact of out-of-ICU noninvasive respiratory support in patients with COVID-19 related pneumonia*. Eur Respir J 2020;56:2002130.
- RENDA T, SCALA R, CORRADO A, ET AL.; Scientific Group on Respiratory Intensive Care of the Italian Thoracic Society (ITS-AIPO). *Adult pulmonary intensive and intermediate care units: the Italian Thoracic Society (ITS-AIPO) position paper*. Respiration 2021;100:1027-37.
- SCALA R, RENDA T, CORRADO A, VAGHI A. *Italian pulmonologist units and COVID-19 outbreak: “mind the gap”!* Crit Care 2020;24:381.
- SCALA R. *Competence in UTIR: come spostare l'asticella dello pneumologo verso l'alto?* Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2016;31:3-5.