

Focus

Alla scoperta del Papa Giovanni XXIII



A sinistra, l'attività endoscopica. Sopra, Pietro Arnone durante una spirometria. A destra, il primario Giovanni Michetti



Già effettuati 104 trapianti su 94 pazienti



Piercarlo Parigi

Il Papa Giovanni XXIII è una delle «colonne portanti» italiane per l'attività di trapianto: non è da meno anche per quelli di polmone, distinguendosi inoltre per il ruolo fondamentale delle équipe multidisciplinari che collaborano, dal chirurgo toracico al pneumologo, dai fisioterapisti della respirazione agli infermieri che nel nuovo ospedale lavorano per moduli per intensità di cura.

«Tutte le attività di Pneumologia, in realtà, già da tempo sono ormai riorganizzate in collaborazione con più figure specialistiche, e proprio per questo possiamo avvicinarci alle varie patologie con metodiche d'avanguardia - afferma Piercarlo Parigi, dirigente di Pneumologia - . Penso all'Oncologia polmonare, che opera con team multidisciplinari, ma anche all'attività di trapianto che vede in prima linea il chirurgo che esegue il trapianto ma che ha al suo fianco professionisti senza i quali non sarebbero possibili interventi complessi come quelli effettuati al Papa Giovanni, in questo caso i medici della Pneumologia e della Terapia intensiva pediatrica, i fisioterapisti e il personale infermieristico». A Bergamo sono già stati effettuati dall'avvio del programma 104 trapianti di polmone, su 94 pazienti, 6 dei quali pediatrici.

Fisioterapisti «speciali»

Le fasce di età interessate dal trapianto nell'ospedale di Bergamo sono prevalentemente tra i 18 e i 25 anni per i malati di fibrosi cistica e tra i 50 e i 60 per i pazienti affetti da fibrosi polmonare, le due patologie che più frequentemente portano al trapianto di polmone. «Un ruolo fondamentale è quello dei fisioterapisti della respirazione - spiega Cristiana Rivoltella, coordinatrice infermieristica di Pneumologia e Gastroenterologia -, che seguono i pazienti sottoposti a trapianto, ma anche quelli affetti da gravi patologie respiratorie».

Nuova assistenza

E Cristiana Rivoltella aggiunge: «Un ruolo innovativo hanno anche gli infermieri nella nuova organizzazione, che li vede assistere sia pazienti con patologie respiratorie sia gastroenterologiche, suddivisi in moduli da 10, organizzati in base all'intensità di cura di cui necessitano». ■

C. T.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il sonno «malato» causa incidenti Boom per il test

Pneumologia, ambulatorio per le apnee notturne «Causano il 20% degli scontri inspiegabili» Un apparecchio misura come si dorme in 24 ore

CARMEN TANCREDI

Che c'entra la Pneumologia con la prevenzione degli incidenti stradali? C'entra, eccome: i malati di «apnee notturne», cioè le persone che durante il sonno non respirano per lunghi secondi, soffrono, anche senza saperlo, di un disturbo che li debilita poi nella fase della veglia. E può capitare che, durante la giornata, abbiano crolli improvvisi e si addormentino da un secondo all'altro: se sono alla guida di un automezzo il rischio è altissimo. All'Ospedale Papa Gio-

vanni XXIII c'è un ambulatorio specifico per individuare le persone che soffrono di apnee notturne e per garantire loro cure che evitino non solo complicazioni fisiche (hanno un rischio molto più alto della norma di ictus, infarti, diabete, ipertensione) ma anche rischi che possono determinare problemi e costi sociali non indifferenti, come appunto gli incidenti stradali. «In pochi sanno che di apnee notturne soffre il 3% della popolazione, e che si stima che almeno il 20% degli incidenti stradali giudicati

«inspiegabili» cioè senza palesi cause, siano in realtà determinati dal fatto che uno dei conducenti dei mezzi coinvolti è stato colto da quei «colpi di sonno» improvvisi che sono l'effetto delle apnee notturne - spiega Giovanni Michetti, direttore di Pneumologia al Papa Giovanni XXIII -. Molto spesso chi ne soffre lo scopre solo proprio dopo un incidente. Per fortuna, si sta acquistando sensibilità su questo tema: il nostro ambulatorio sta assistendo a un boom di prenotazioni per sottoporsi ai nostri esa-

mi che individuano le alterazioni dei cicli del sonno, e sono spesso le mogli a chiedere che i loro mariti vengano visitati. Li sentono non respirare più mentre dormono, e si spaventano. E spesso si tratta proprio di persone che sono di frequente alla guida».

Il futuro dell'endoscopia

L'ambulatorio offre una possibilità diagnostica all'avanguardia, e anche diverse opzioni terapeutiche. «La misurazione della qualità del sonno non avviene in regime di ricovero, ma a casa propria, perché è importante che la verifica diagnostica sia fatta nelle condizioni di maggiore normalità possibile - spiega Pietro Arnone, responsabile della fisiopatologia respiratoria e della degenza monitorata dei pazienti in trattamento con ventilazione non invasiva -. Oltre alla spirometria e alla visita, il paziente sospettato di soffrire di apnee viene collegato a un macchinario portatile, tipo l'holter per la pressione, che registrerà e monitorerà il paziente durante la notte. Se i risultati daranno conferma, il paziente ha diverse possibilità di cura, come un'apparecchiatura portatile da applicare al volto

durante il sonno per evitare le pause di apnee, unite a volte a regimi dietetici, visto che spesso si tratta di persone obese o in sovrappeso. Abbiamo avuto casi che in pochi mesi hanno avuto sensibili miglioramenti. In casi selezionati si possono prendere in considerazione anche interventi chirurgici di competenza dell'Otorinolaringoiatria».

Le frontiere della Pneumologia non si esauriscono qui. «Di rilievo è l'attività endoscopica - continua Giovanni Michetti -, arriviamo a 1.200 prestazioni l'anno. Con strumentazioni d'avanguardia, e con i cosiddetti amplificatori di brillantezza, cioè apparecchiature che permettono di seguire l'endoscopio durante l'esame permettendo prelievi anche nelle parti più lontane dei vani bronchiali. La collaborazione con i colleghi della Gastroenterologia 2 ci ha permesso abbinando l'endoscopio all'ecografo anche di effettuare biopsie di linfonodi. Nel prossimo futuro affiancheremo alla broncoscopia la toracoscopia medica per la diagnosi delle patologie pleuriche». E non è un obiettivo lontano: entro il 2014. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ospedale amico

Una ventilazione «dolce» per respirare senza tubi

È una «via di mezzo» tra l'intubazione di pazienti che hanno bisogno di essere ventilati e la semplice somministrazione di ossigeno per chi ha problemi respiratori. Si chiama «ventilazione non invasiva» ed è un'altra area di collaborazione multidisciplinare che vede lavorare insieme équipe di Pneumologia e di Rianimazione.

«Grazie all'introduzione della ventilazione non invasiva per molti pazienti è stato possibile evitare l'intubazione e in alcuni casi la tracheotomia, una condizione che per diversi malati diventa spesso irreversibile, e che quindi ha permesso anche di migliorare la qualità di vita di persone che così sono potute tornare a casa e condurre un'esistenza sostanzialmente buona», evidenzia Pietro Arnone, Unità di Pneumologia del Papa Giovanni XXIII, responsabile della fisiopa-



Un paziente sottoposto a preventilazione FOTO ZANCHI

tologia respiratoria e della degenza monitorata dei pazienti con ventilazione non invasiva. «L'idea nasce dal tentativo di utilizzare le maschere naso/bocca a chi ha insufficienza respiratoria o cardiaca per dare il corretto apporto di ossigeno a chi soffre di una carenza invalidante e acuta per le patologie più diverse - continua Arnone -. Queste macchine con maschere naso/bocca evitano al paziente di essere intubato, ma vanno utilizzate in degenza con l'apporto contemporaneo delle professionalità di pneumologi e rianimatori. L'utilizzo terapeutico da un lato permette di prevenire con successo l'intubazione che ad alcuni pazienti potrebbe comportare problematiche collaterali pesanti, dall'altro è anche una valida alternativa quando si creano, per le varie patologie, situazioni cliniche in cui si ha la sensazione che i pazienti in una situazione di insufficienza respiratoria, se intubati, potrebbero non essere poi mai più stubati».

Malati di Sla

L'esempio più «classico» in quest'ultimo caso è quello dei pa-

zienti con patologie neuromuscolari, come la Sla, sclerosi laterale amiotrofica. «E palese che, soprattutto in questo caso è necessaria la collaborazione tra più realtà in contemporanea, come i neurologi, i fisioterapisti, i medici della Pneumologia - evidenzia Giovanni Michetti, responsabile dell'Unità di Pneumologia -. La scelta spetta in questo caso al paziente, ma poter prospettare la ventilazione non invasiva significa offrire a un malato una possibilità concreta di affrontare anche fasi critiche della malattia senza scelte drastiche e irreversibili come l'intubazione. E abbiamo avuto già diversi casi di successo: il malato di Sla in insufficienza respiratoria viene ricoverato e sottoposto alla ventilazione con questo macchinario agevole e non invasivo. Quando i controlli indicano che la situazione è stabilizzata, il malato può tornare a casa con la macchina con cui poi sottoporsi a ventilazione notturna. Alcuni malati non smettono di ringraziarci: hanno evitato l'intubazione e pur nelle limitazioni di movimento hanno una vita soddisfacente». ■

Ca. T.

© RIPRODUZIONE RISERVATA