

Coronavirus e bronchiectasie: i medici dell'ambulatorio bronchiectasie del Policlinico di Milano rispondono alle domande dei pazienti in videochat

«Ci mancate». Il professor Stefano Aliberti ha iniziato con queste parole calde la videoconferenza organizzata con AIB per rispondere alle tante domande che i pazienti avevano in sospeso da quando l'Ambulatorio bronchiectasie del Policlinico di Milano è stato chiuso per fare spazio all'emergenza Covid19.

Eravamo in circa 110 persone ad aspettare quell'appuntamento con i medici lo scorso 19 marzo 2020 intorno alle ore 16. Ci siamo visti tutti in faccia, noi pazienti e i medici, visibilmente provati dal periodo durissimo in ospedale, impegnati in prima linea. È stato un momento di grande utilità concreta per le indicazioni date dai dottori, ma anche di vicinanza psicologica, in cui i pazienti si sono sentiti rassicurati dalla presenza dei medici con i quali sono in cura.

Dopo uno scambio affettuoso di saluti sono iniziate le domande, poste dalla presidentessa di AIB Claudia Spina e poi da alcuni di noi. I medici presenti all'appuntamento erano: il professor Stefano Aliberti, il dottor Andrea Gramegna e la fisioterapista dottoressa Angela Bellofiore, tutti componenti del comitato scientifico dell'Associazione Italiana Bronchiectasie. A loro va il nostro ringraziamento per la disponibilità e la professionalità che ancora una volta hanno dedicato a noi pazienti.

Per AIB era presente il consiglio direttivo: Claudia Spina moderatrice e Presidente, Agnese Bernardini, Luciana Bussadori, Elisabetta Stracchi, Marta Santos.

Le domande dei pazienti preventivamente raccolte da AIB:

Vista la situazione dell'attuale pandemia e la difficoltà delle strutture sanitarie, i pazienti affetti da bronchiectasie devono: (indicazioni per evitare il contagio e uso corretto delle mascherine)

Prof. Aliberti: mantenere la distanza di sicurezza, per uscire usate la mascherina chirurgica, se dovete uscire lavatevi le mani con gel alcolico o acqua e sapone in maniera molto accurata. Ci sono dei video su internet approvati dall'OMS. La mascherina chirurgica ha anche un vantaggio: se io ho la mascherina chirurgica e sono infettato dal CV ho meno possibilità di trasmettere il CV, questo non è vero per le mascherine FP2 Fp3 che hanno una protezione in entrata sicuramente maggiore di quella chirurgica, ma non in uscita. Inoltre non va bene utilizzare la mascherina chirurgica sopra una mascherina ffp2 o ffp3. La mascherina chirurgica secondo l'organizzazione Mondiale della sanità è più che sufficiente anche per pazienti con patologie respiratorie croniche. Qualsiasi modifica/operazione venga fatta sulla mascherina chirurgica non è approvata: mettere nella lavastoviglie, lavatrice, stenderla, lavarla con bicarbonato o aceto, trattarla con qualsiasi cosa è sbagliato. Le mascherine chirurgiche sono fatte per essere usate e poi buttate.

Per quanto tempo possono essere utilizzate?

Questo è valido per tutte le mascherine: dipende da quanto devono filtrare, per cui se si lavora in un reparto Covid e si è a contatto con 30 pazienti che tossiscono in faccia tutto il giorno, dopo il turno di 8 ore, inevitabilmente, togliendo sempre da dietro questa mascherina si butta, perché la sua capacità di filtro è finita. Se invece prendo una mascherina chirurgica

monouso per andare in cantina e prendere dell'olio usandola 10 minuti, quando torno con la mascherina chirurgica ancora la sua capacità di filtraggio per cui la posso riutilizzare. Non chiedeteci degli orari cioè della durata in ore delle mascherine perché non c'è nessun dato in letteratura, per cui è molto difficile bisogna andare un po' a buon senso. Quindi questa, in sostanza, è la modalità di prevenzione dell'acquisizione del virus.

Quali sono i sintomi di un contagio da CV?

Prof. Aliberti: Lo spettro di manifestazioni cliniche va da un semplice raffreddore, all'intubazione in rianimazione.

Da cosa dipende questa variabilità? Che cosa porta un paziente ad avere solo un semplice raffreddore o ad essere intubato in rianimazione?

Prof. Aliberti: Dipende da tanti fattori:

1. Una caratteristica del coronavirus e cioè che può mutare: in meglio e quindi essere meno virulento col passare del tempo o potenzialmente buttare anche in peggio, cioè diventare più virulento. Faccio sempre l'esempio della Suina che fece moltissimi morti in Messico prima di passare poi negli Stati Uniti. Poi quando passò in Europa la mortalità era veramente molto più bassa. Proprio perché aveva perso virulenza.

2. Il sistema immunitario: che vuol dire sia anzianità e invecchiamento ma che vuol dire anche un sistema immunitario che soffre perché colpito da patologie croniche non solo polmonari ma anche di altri organi, oppure può trattarsi di un sistema immunitario debilitato dall'assunzione di farmaci, pensate ad esempio ad un trattamento cortisonico o immunosoppressivo a lungo termine. Questo sarà un sistema immunitario che farà più fatica a rispondere al virus.

3. Un polmone già danneggiato soffre di più di un polmone sano. E qui rientriamo nel discorso delle bronchiectasie: ad oggi non abbiamo nessun dato pubblicato in letteratura che ci dica se un paziente affetto da bronchiectasie, una volta acquisito il coronavirus possa andare meglio, peggio o uguale rispetto a pazienti sani. Fortunatamente non possiamo parlarvi neanche della nostra esperienza personale perché ad oggi non abbiamo pazienti affetti da bronchiectasie contagiati Covid nei nostri reparti, quindi non abbiamo nessuna esperienza. Quello che pensiamo è che, se dovesse arrivare un coronavirus in un polmone affetto da bronchiectasie, sicuramente sarebbe possibile che ci siano più complicanze perché è un polmone che ha un'infezione batterica cronica, perché fa più fatica ad espettorare, quindi come per tutte le altre patologie respiratorie croniche è sicuramente un polmone più a rischio.

Dott. Gramegna: Non esiste un aumentato rischio di contrarre il coronavirus, ma una condizione polmonare preesistente che può complicarne il decorso. Quindi le manovre preventive valide per il resto della popolazione sono valide anche per i soggetti affetti da bronchiectasie.

I soggetti che hanno eseguito le vaccinazioni di prassi possono avere una copertura maggiore?

Chi fa trattamenti antibiotici a lungo termine può avere copertura maggiore?

Prof. Aliberti: Sono due no, ad entrambe le domande!

Nel senso che la vaccinazione antinfluenzale è diretta verso un altro virus per cui può proteggere da un'eventuale infezione nei confronti di un virus influenzale, ma in questa stagione praticamente sta scomparendo il problema del virus influenzale: in questo momento i casi sono in nettissima riduzione e non c'è nessuna protezione che il vaccino

antinfluenzale possa dare nei confronti del coronavirus perché sono due patogeni diversi. Stesso discorso per il l'antibiotico a lungo termine: che non protegge contro l'acquisizione del coronavirus. Quindi i pazienti affetti da bronchiectasie che hanno fatto la vaccinazione antinfluenzale sono protetti nei confronti del virus influenzale ma non per il coronavirus.

Come si possono distinguere i sintomi di una riacutizzazione da quelli di un eventuale contagio da coronavirus?

Dott. Gramegna: Non esiste un reale metodo che ci permette di distinguere tra una nuova infezione da coronavirus e una riacutizzazione bronchiale, anche perché lo spettro di quadri clinici che può dare il contagio da CV è talmente vario che può andare dal quasi non accorgersi di essere stato contagiato ad un quadro respiratorio grave, io penso che molti di voi in questi anni abbiano imparato a conoscere se stessi, il proprio modo di fare riacutizzazione, tuttavia non mi sentirei di dire che allora, se uno riconosce i suoi stessi sintomi può stare tranquillo, potenzialmente ogni febbre, ogni sintomo respiratorio può essere sintomo di contagio da CV. Si tratta più che altro di capire quando questa possa essere gestita a casa e quando invece necessiti di una gestione di tipo diverso e allora se qualcuno di voi ha la febbre, se qualcuno ha un peggioramento dei sintomi respiratori direi che, non esistendo una terapia mirata al CV, si possa almeno inizialmente appoggiarsi e fare affidamento al piano di autogestione e riconoscimento della riacutizzazione che abbiamo impostato per ciascuno di voi, in modo che non ci sia né una eccessiva preoccupazione per ogni comparsa di febbre, né una sottostima del fatto che delle riacutizzazioni continueranno comunque ad esserci. Quindi quello che io farei alla comparsa dei primi sintomi è di lavorare su entrambi i fronti: da un lato mettere in atto il piano di gestione delle riacutizzazioni, tanto più in un momento come questo in cui l'accesso agli ospedali può essere più difficile e non in tutti i casi consigliabile, e nel caso fosse possibile, attivare il percorso di analisi domiciliare del tampone mediante i numeri regionali (questa opzione in Lombardia però, è praticamente impossibile al momento).

I pazienti si chiedevano data la fragilità polmonare quando dovessero recarsi in PS per richiedere aiuto o ricovero.

Dott. Gramegna: io penso che il sintomo cardine possa essere il peggioramento della mancanza di fiato, la febbre si può gestire a casa, si può gestire con il paracetamolo, si può gestire assumendo tanti fluidi in modo che non si abbiano a patire le conseguenze di una disidratazione, la gestione della tosse in parte si deve appoggiare ancora alla fisioterapia, che può essere incrementata. Mentre, se la mancanza di fiato si fa più marcata e si ha la possibilità di monitorarla a casa attraverso l'uso di un pulsossimetro, quello è un segno che forse è più prudente far ricorso alle strutture sanitarie che in questo caso però vuol dire PS., in modo equivalente si va in PS se ci fossero emottisi importanti e che non possono essere gestite con i farmaci che indichiamo alla fine della relazione di ogni visita.

E' consigliabile l'uso di farmaci antivirali (ad esempio Tamiflu) e che in passato erano stati indicati come efficaci nelle influenze pandemiche tipo aviaria?

Prof. Aliberti: Tamiflu assolutamente no perché è un farmaco per un virus influenzale e non serve a niente per il coronavirus, oggi per il coronavirus non abbiamo nessun trattamento approvato, usiamo dei trattamenti offlabel per pazienti ospedalizzati. Tra l'altro un farmaco su cui noi credevamo molto negli ultimi 10 giorni in trattamento offlabel si è dimostrato, da uno studio pubblicato questa notte, totalmente inutile quindi su coronavirus dal punto di vista di trattamento del patogeno non c'è un farmaco che colpisce il coronavirus. Quello che noi

facciamo è far respirare il paziente e aspettare che il suo sistema immunitario sia in grado di rispondere autonomamente a questo coronavirus e a debellarlo. Dopodiché su pazienti ospedalizzati con un livello alto di gravità utilizziamo altri farmaci offlabel che però non sono diretti al coronavirus ma servono a modulare la risposta contro il coronavirus.

Gestione delle bronchiectasie nei pazienti che ora non hanno più il riferimento dell'ambulatorio del Policlinico di Milano. Come fare?

Cosa non bisogna fare?

A chi rivolgersi?

Prof Aliberti: I veri problemi del coronavirus sono due:

1. Troppi malati in un arco di tempo troppo limitato: anziché avere 40000 pazienti diluiti nell'arco di un anno, li abbiamo in due settimane.
2. Proprio per questo motivo, riempiendo gli ospedali di pazienti Covid, concentrando tutti gli sforzi inevitabilmente sui questi pazienti perché altrimenti muoiono, tutto ciò che non è Covid ha una priorità di cura ridotta: i pazienti non possono essere ricoverati perché le sale operatorie sono piene di pazienti covid intubati, il programma bronchiectasie si è chiuso, le ambulanze possono arrivare con qualche minuto di ritardo, il pronto soccorso è più lungo, quindi tutto ciò che non è Covid sta ricevendo una qualità di cura non normale. Il problema è che non ci si può fare proprio niente. Bisognava pensarci 15 o 20 anni fa e riuscire a prevedere una situazione del genere, capire che non bisognava chiudere posti in ospedale, non bisognava licenziare medici, che non bisognava non assumere infermieri. Adesso se andate in pronto soccorso c'è un percorso Covid e uno non Covid e se prendete quello non covid dovete aspettare qualche ora in più, perché gran parte del personale è impegnato nel percorso covid perché sono pazienti che muoiono e quindi bisogna stare più attenti a loro. Quindi ora non bisogna farsi prendere dall'ansia, bisogna ragionare in una maniera quanto più è possibile fredda e seguire quello che i miei medici mi hanno detto negli ultimi anni. Al primo colpo di tosse non devo pensare di avere il Covid e seguire ciò che mi hanno detto i medici: aumentare la fisioterapia respiratoria, iniziare una terapia antibiotica etc etc.

Quindi i pazienti affetti da bronchiectasie sono tenuti a proseguire con il proprio protocollo del programma, per esempio continuare a fare i controlli sull'espettorato consegnandoli in laboratorio (sempre che questo sia accessibile) per la verifica delle infezioni anche se i tempi sono prolungati?

Prof. Aliberti: Sì, ammesso che poi ci sia un familiare che porti il barattolo con il campione da analizzare in laboratorio, ma se io ho delle bronchiectasie importanti, riacutizzo, 4 o 5 volte l'anno e non ho una mascherina, non ho una protezione, e devo andare io a portare lo sputo bisogna ponderare bene la scelta di recarmi in ospedale. Certo è che la valutazione dello sputo è importante perché se io dovrò usare un antibiotico saprò quale prendere sulla base dell'ultimo espectorato. Però se devo scegliere tra andare in ospedale dove ci sono un numero x di pazienti covid e andare ai primi sintomi dal mio medico di base, forse è meglio andare dal medico di base. L'affollamento del pronto soccorso per motivi non urgenti è sempre sbagliato, ora ancora di più se ci sono dei pazienti Covid. Quindi certo che se sputo sangue vado al pronto soccorso, se è una vera emottisi, ma se io vedo un pò più di catarro o se questo è un po' più giallino conviene sentire il medico di base e trovare una soluzione con lui.

Dal punto di vista della tutela dei pazienti affetti da bronchiectasie rispetto anche alla convivenza con i propri familiari che continuano magari a lavorare in differenti contesti: come verosimilmente consigliate di proteggersi?

Prof Aliberti: Non lo so, anche qui vale il buon senso: io ho moglie e figlia e faccio 7 ore e mezza al giorno in contatto con pazienti covid per cui le ho allontanate da casa per qualche giorno per capire il mio rischio di infezione ma perchè avevo la possibilità di mandarle dai suoceri. Ma è una mia scelta personale, molti miei colleghi non hanno questa possibilità e quindi si tengono moglie e figli a casa. Per i pazienti affetti da bronchiectasie è un po' la stessa cosa: se uno esce per lavorare e viene in contatto con un infetto covid il rischio di infettare a casa è più alto. Però non ho raccomandazioni, non posso dirvi dormite in stanze separate, usate bagni diversi, state in case separate perchè dipende da situazioni individuali e molto variabili. Certo non andrei fuori a mangiare con un paziente covid!

Nel caso di una risoluzione della pandemia, i pazienti affetti da bronchiectasie potranno considerarsi fuori pericolo negli stessi tempi delle altre persone?

Dott. Gramegna: La seconda guerra mondiale è finita in un giorno preciso in un'ora precisa, la fine della pandemia avrà probabilmente un percorso molto più complesso: ci sarà una diminuzione dei contagi e poi ancora molte limitazioni alla vita sociale per evitare delle riaccensioni. Non c'è maggior rischio di contagio per i pazienti affetti da bronchiectasie, quando la pandemia comincerà a scendere potremo ripristinare nuovamente alcune nostre abitudini, tra cui la riapertura di ambulatori specialistici, ma non mi aspetto che ciò accada da un momento all'altro e quello che sarà per la popolazione generale sarà per tutti.

Quindi non ci sono previsioni sul futuro di un'eventuale ripresa dei contagi e se sarà opportuno fare gli eventuali vaccini di routine?

Dott. Gramegna: i vaccini di routine proteggono da virus che conosciamo di più, e al momento non credo che ci saranno delle controindicazioni a vaccinarsi anzi significa aumentare la propria protezione nei confronti di altri patogeni che sappiamo essere più pericolosi nel caso in cui sappiamo aggrediscano una condizione polmonare preesistente. Non sappiamo ancora cosa succederà, se il virus sparirà, se il virus tornerà stagionalmente, e non sappiamo ancora quali saranno le tempistiche per avere disponibile il vaccino contro il CV. Quindi, visto che pensiamo che la risoluzione del problema sarà medio lunga è meglio lasciare programmate le vaccinazioni.

Quando in questi giorni mi avete chiesto se è il caso di andare a fare un vaccino programmato dopodomani, forse in questi casi vinciamo se rimaniamo a casa, meglio sottrarsi a situazioni di contatto e di interazione sociale. Ma per quelli previsti per il prossimo autunno, ci penseremo al prossimo autunno.

Viene chiesto se i medici del programma si possono attivare per rilasciare una richiesta di dispensa dalle attività lavorative per i pazienti immunodepressi certificati e affetti da bronchiectasie fino al ritorno alla normalità e inoltrare richiesta ai medici di base, alle ASL e alle più alte autorità sanitarie.

Prof Aliberti: Non possiamo generalizzare, nel senso che questo tipo di richiesta può essere fatta su base individuale, a seconda del tipo di lavoro, del rischio e della gravità di malattia. In questo momento non c'è più bisogno perché dobbiamo stare tutti a casa, per cui in realtà per la maggior parte delle professioni si riesce ad evitare questo tipo di problema. Per chi

invece dovesse andare per forza a lavorare, l'unica cosa che possiamo fare noi come medici è certificare la gravità di malattia e cioè accertare che un malato di bronchiectasie è più o meno grave a seconda di alcune caratteristiche cliniche, funzionali e microbiologiche. Dopodiché possiamo certificare, che in un paziente affetto da bronchiectasie, c'è la possibilità di avere una malattia Covid più grave perché è un paziente con problematiche locali polmonari, però noi ci possiamo fermare a questo. Ci sono però altri organi competenti che, alla luce di questa relazione, possono decidere o meno se il rischio lavorativo a cui il paziente è sottoposto può portare il datore di lavoro a non far lavorare il paziente. Quindi io non posso dire: "tu datore di lavoro non devi far lavorare questa persona!". Innanzitutto perché non ho una specializzazione in medicina del lavoro e poi perché c'è una variabilità molto ampia a seconda delle situazioni. Quello che possiamo fare noi è rilasciare un certificato a richiesta. Di solito si indirizza al medico di medicina generale, quindi noi siamo consulenti per il medico di medicina generale: noi rilasciamo un certificato per il medico di base come specialisti in cui si attesta la gravità di malattia ed il maggior rischio di gravità clinica nel caso in cui il paziente sia contagiato. L'utilizzo di questo certificato passa ad un'altra autorità competente ed è individuale perché ogni paziente ha un suo rischio e delle sue specificità.

Con quale prodotto si può sostituire l'amuchina ora che non viene più trovata in vendita per la disinfezione degli strumenti per la fisioterapia degli aerosol etc...?

Dott.sa Bellofiore: la cosa più facile da reperire è l'acqua quindi va bene o la sterilizzazione a vapore o per bollitura: un oggetto che bolle per 5 minuti è sterilizzato. Anche la maggior parte del materiale plastico per 5 minuti può essere bollito.

Molti pazienti che erano sono abituati a fare attività fisica fuori casa, ora che si trovano nella restrizione domiciliare, dove possono trovare informazioni valide sulla dieta da seguire per avere un migliore tono muscolare e ottimizzare la performance cardiorespiratoria? Quali le indicazioni alimentari per chi è sottopeso o per chi è sovrappeso, per non perdere ulteriore peso e per non aumentarlo.

Dott.sa Bellofiore: nell'alimentazione nello specifico non posso esprimermi, per quanto riguarda l'attività fisica, come vi ripetiamo sempre in ambulatorio è sempre bene avere un po' di attrezzatura domiciliare, che va bene da utilizzare sia durante l'inverno che in momenti come questo. Io stessa ho acquistato una cyclette in questo periodo.

Per quanto riguarda l'alimentazione avete dei consigli non diretti ma indicarci dove possiamo trovare informazioni valide.

Dott. Gramegna: non ci sono indicazioni particolari per questo momento, visto che chi è sottopeso ha avuto già in passato contatto con dietisti ed ha avuto indicazione di integrare l'approvvigionamento calorico con integratori proteici.

C'è una correlazione tra alimentazione e difese immunitarie?

Dott. Gramegna: se siamo malnutriti le difese immunitarie si abbassano, ma non ci sono alimenti che consentono di avere delle difese immunitarie particolarmente ottimizzate. Dieta variata ed adeguato apporto calorico.

Viene anche domandato se ci sono studi sul ruolo dello stress dello stato emotivo nel favorire le recidive e le riacutizzazioni frequenti.

Dott. Gramegna: No, non saprei citarvi nulla a tal proposito. Sicuramente ci sono alcuni fattori esogeni tra cui lo stress che possono avere un rebound su alcuni meccanismi del corpo tra cui il sistema immune. Non saprei però fornirvi dati certi. L'indicazione è quella di mantenere uno stile di vita sano e simile a quello precedente sempre nell'ambito dell'isolamento che ormai siamo un po' tutti abituati a considerare. Fondamentale l'esercizio fisico, è bene quindi attrezzarsi in casa.

Secondo voi medici è importante per i pazienti far parte di un'associazione di pazienti e se lo è per quali motivi?

Dott. Gramegna: E' vitale, perché l'associazione diventa un interlocutore con il mondo scientifico, un interlocutore con i decisori politici e quindi fa di tante piccole voci che rischiano di non essere ascoltate, una voce un po' più vigorosa che riesce a farsi sentire. E' importante quindi per collegare la comunità dei pazienti con l'esterno e per riuscire a creare quegli strumenti di tutela sociale di cui i pazienti affetti da patologia cronica hanno esigenza, ed è importante per i pazienti strutturarsi come comunità, per conoscersi, per condividere i percorsi e le domande che tutti vi siete fatti e condividere anche le risposte. Quindi io vedo solo vantaggi nel far parte di un'associazione.

Dott. Aliberti: Condivido tutto, è molto difficile all'inizio, anche per i primi anni! E' una strada veramente in salita, ma poi i vantaggi sono importanti sia per i pazienti che per la comunità scientifica. Io cito sempre l'esempio della fibrosi cistica, anche se ha una realtà molto più strutturata ed una realtà molto più lunga ed è una malattia molto diversa ma l'associazione è riuscita a fare tanto per i propri pazienti.

Domande estemporanee dei pazienti in collegamento:

Io sono seguita dal professor Battaglia e la sua equipe al Policlinico di Palermo, però la mia domanda è se io volessi conferme sui percorsi attuati a livello nazionale anche da lei potrei venire a Milano o confrontarmi con un controllo medico eccetera o va bene così?

Prof. Aliberti: i colleghi di Palermo godono della mia stima più profonda, il dott. Battaglia, che conosco personalmente, è innanzitutto una persona con la testa sulle spalle e quindi un ottimo medico, diciamo che la maggior parte del percorso di cura è condivisa, cioè è uguale. Quello che fa la differenza possono essere delle opportunità strutturali, o di risorse che un'equipe può avere o non avere. Quindi se un paziente ha bisogno di un particolare servizio fa riferimento ad un centro. Per cui se nel suo percorso tutti gli obiettivi sono raggiunti a Palermo, inutile venire a Milano. Se i medici di Palermo riconoscono la necessità nel suo percorso di cura che loro per motivi economici, strutturali e di organizzazione, non riescono a garantire, ci si mette d'accordo tra medici, con un contatto diretto medico-medico, e noi la vedremo più che volentieri, appena riusciremo a riaprire. Ma meglio prima stabilire un contatto medico-medico, prima di far prendere un aereo, un treno, prenotare un albergo, magari tra medici si trova una soluzione a livello locale che è sempre preferibile.

Perché sia disponibile il vaccino anti-covid19 si parla di mesi a quanto abbiamo sentito; c'è forse la probabilità che lo possano fare prima alle persone come noi, affette da malattie croniche respiratorie che ne hanno bisogno in maniera più importante, secondo voi?

Dott. Aliberti: questa è una cosa auspicabile e verosimile. Vi spiego un attimo quali sono i passaggi. Allora, avere lo strumento vaccino non è difficile, il problema è che una volta avuto lo strumento in mano c'è un percorso lungo che deve riuscire a fare due cose:

1. riuscire ad ottenere che quel vaccino non faccia male
2. essere sicuri che sia efficace

Una volta conclusa l'ultima fase di sperimentazione, c'è una negoziazione tra la ditta che produce il vaccino e l'ente regolatore che lo mette in commercio. Ed è in questo momento che l'ente regolatore, per dire Aifa, decide qual è la popolazione a cui dare questo vaccino. Certo che è verosimile che quando ci sarà la negoziazione con gli enti regolatori siano preferiti per primi pazienti con patologie croniche. Perché per esempio se il Coronavirus colpisce i pazienti col diabete, è probabile che lo diano prima a loro. E' possibile però anche che il vaccino venga concesso a pazienti che hanno patologie respiratorie croniche.

L'utilizzo dell'idrossiclorochina è indicato nel caso si sia in dubbio tra riacutizzazione e contagio da CV?

Prof Aliberti: Allora la risposta a questa domanda è no. Nel senso che la idrossiclorochina è un farmaco che noi diamo a pazienti ospedalizzati con una polmonite da covid come farmaco offlabels (che vuol dire che non ci sono dati clinici che supportano effettivamente l'efficacia di questo farmaco) per cui già lo facciamo in pazienti molto molto gravi per cui non mi sento di dire che uno che è a casa, sul territorio e pensa di avere una riacutizzazione sostenuta da Coronavirus fa una cosa giusta, non è una pratica che raccomanderei.

In assenza di sintomi, né febbre né tosse, ma solamente con dolore toracico e non costante ma come se fossero dolori artrosici, si può parlare di riacutizzazione? E nel caso si può prendere ibuprofene o paracetamolo lei cosa consiglia?

Dott. Aliberti: è un argomento molto importante che rientra nel capitolo "capacità di riconoscere la propria modalità di riacutizzare". Non c'è un paziente che riacutizza come un altro, questo dipende dal proprio polmone, dal proprio sistema immunitario, dalle proprie comorbidità e di quale patogeno gli causa la riacutizzazione. La cosa più difficile e più importante è l'autoconoscenza del paziente che nel corso degli anni capisce che quando compaiono o peggiorano determinati sintomi per lui quello vuol dire riacutizzare. Nella stragrande maggioranza dei pazienti la vera riacutizzazione è caratterizzata da un aumento della tosse, da un aumento della quantità di catarro, da un catarro che diventa più denso e da un catarro che cambia di colore. Allora se succedono queste cose e si mantengono per almeno 48 ore, quindi vanno al di là della variabilità quotidiana che ognuno ha, quindi se persistono nel tempo, quella è una riacutizzazione che meriterebbe potenzialmente una terapia antibiotica. Il problema è che molti pazienti non hanno delle riacutizzazioni di questo tipo ma si svegliano una mattina con un dolore toracico e hanno una polmonite. Ora, il dolore toracico, senza tosse, senza febbre, senza mancanza di fiato è difficile che corrisponda ad una riacutizzazione e ad una riacutizzazione che necessita di una terapia antibiotica. E' possibile provare con un antidolorifico, con paracetamolo prima, o se necessario, un antinfiammatorio, per capire l'eziologia di quel dolore toracico che può essere intercostale, muscolare etc etc.

Come fare in mancanza di reperibilità di mascherine?

Non fate mascherine a casa con stoffa, carta velina, cartone, perché non abbiamo la certezza che riescano a filtrare.

Per strada si può stare senza mascherina o il virus gira anche nell'aria?

Prof Aliberti: Se lei va a fare una passeggiata in un parco ed è sicura di non incontrare nessuno, si tolga la mascherina. Ma se lei cammina a Milano sul marciapiede è possibile che sbuchi qualcuno all'angolo e le tossisca in faccia, allora tenga su la mascherina.

L'altra sera ho avuto un colpo di tosse mentre stavo facendo ginnastica, pensavo di sputare muco, come mi succede quando mi corico e mi metto a fare ginnastica. Invece poi sono andata in bagno ed era sangue. Ho chiamato il dottore mio medico di base il quale mi ha detto di monitorare la situazione per eventualmente fare una radiografia.

Dott. Gramegna: nel corso degli anni è possibile avere degli episodi di emottisi dopo un colpo di tosse, può capitare, non è infrequente, non bisogna spaventarsi. Il mio consiglio in quei casi è quello di assumere, se lo si ha in casa, una o due fiale di acido tranexamico che aiuta a fermare il sanguinamento. A seconda dell'entità del sanguinamento ci si rivolge al medico specialista e se è molto abbondante si accede al Pronto Soccorso. Se il sanguinamento è piccolo consiglio di essere un po' più prudenti nei giorni successivi ad esempio nei colpi di tosse, che spesso sono la causa di questi sanguinamenti, e nell'esecuzione della fisioterapia respiratoria che è meglio continuare a svolgere senza insistere troppo. Nella stragrande maggioranza dei casi questi eventi vanno incontro ad una risoluzione spontanea; se il sanguinamento è abbondante o persiste allora è indicato l'accesso in pronto soccorso.

Come faccio a far parte dell'associazione?

Semplicemente accedendo al sito www.aibro.it e poi seguire le istruzioni per associarsi.

Arrivederci al prossimo collegamento

AIB



Associazione Italiana Bronchiettasie