



A.I.P.O.

NOTIZIARIO

a cura di Franco Falcone

Dipartimento di Malattie del Torace, Ospedale Bellaria-Maggiore, Via Altura 3 - 40139 Bologna
Tel. 051 6225322 - Fax 051 6225272 - E-mail: ffalcone@qubisoft.it

Editoriale

Dove c'è fumo lo Pneumologo deve impegnarsi!

Nel presente numero della Rassegna viene pubblicata la "Relazione relativa ai risultati della III fase" del Progetto Obiettivo AIPO "Ospedali senza fumo", promosso e animato dal Gruppo di Studio "Prevenzione e controllo del fumo di tabacco" (Responsabile E. Sabato).

I risultati rappresentano una informazione estremamente interessante ed una vera novità nel panorama sanitario italiano.

Nelle righe che seguono facciamo nostro l'appello del Responsabile del Gruppo di Studio promotore, Dr. Sabato, e del nostro Presidente, che sollecitano ai Soci AIPO una partecipazione attraverso commenti, indicazioni utili, notizie relative allo stato dell'arte nelle sedi sanitarie di pertinenza.

Ai Soci AIPO,

In questo numero della "Rassegna" sono pubblicati i risultati relativi alla III fase del Progetto Obiettivo AIPO "Ospedali senza fumo"; l'articolo ha lo scopo di illustrare il lavoro eseguito e di portare una prima analisi dei risultati ottenuti.

Per questo, la scrittura del lavoro si è soffermata a descrivere in dettaglio i metodi ed i problemi incontrati durante le fasi di verifica e di analisi.

Come è spiegato nell'articolo e nell'editoriale accluso, per una più approfondita discussione, sono utili il commento e l'apporto di tutti coloro che si sono impegnati nella realizzazione del progetto e che invitiamo ad inviare un commento ed un parere.

Ringraziamo i partecipanti al progetto per quanto compiuto fino ad oggi. I dati raccolti costituiscono un "data base" unico, di notevole rilevanza epidemiologica. Ci auguriamo che, con l'aiuto di tutti, le conclusioni possano essere arricchite e possano essere conosciute e

divulgate per il loro contenuto informativo e per l'interesse dei risultati, contribuendo a cambiare i comportamenti all'interno dei nostri ospedali, soprattutto tra il personale sanitario.

Il nostro ruolo di medici e di specialisti pneumologi ci impone di procedere nella direzione indicata dal progetto AIPO.

Restando a disposizione per ogni eventuale chiarimento, attendiamo i vostri suggerimenti e contributi.

Anna Maria Moretti

Presidente AIPO

Eugenio Sabato

Servizio Pneumologico

AUSL BR/1, Mesagne (BR)

Laura Carrozzi e Gabriella Matteelli

*Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana e
Unità di Epidemiologia Ambientale Polmonare,*

IFC-CNR

Il tema fumo è tuttavia troppo importante per non cogliere l'occasione di sviluppare il discorso, poiché il fumo è il principale fattore di rischio di un'area determinante dei bisogni di salute relativi alle malattie, situazioni patologiche, condizioni disfunzionali ed eventi in genere che coinvolgono l'apparato respiratorio e toraco-polmonare e le loro funzioni, bisogni di salute che costituiscono una parte fondamentale degli obiettivi produttivi assistenziali della pneumologia.

Ci riferiamo ovviamente del cancro del polmone ed alla BPCO, forse le più importanti tra le tre aree di grande impatto epidemiologico, nelle quali il profilo professionale pneumologico eroga i propri prodotti assistenziali sanitari:

- a) patologie respiratorie che causano invalidità respiratoria, in particolare bronchite cronica, enfisema ed asma bronchiale;
- b) cancro del polmone;
- c) patologie respiratorie infettive non tubercolari e

tubercolari.

Ovviamente è ben noto che anche come fattore di predisposizione all'infezione ed alla malattia infettiva il rischio fumo ha effetti misurabili, ma è nel campo dell'invalidità funzionale progressiva e della neoplasia del polmone che l'intervento assistenziale sanitario pneumologico è determinante come espressione di una specifica professionalità.

Il cancro del polmone in Italia ha un'incidenza nazionale che non supera i 60 casi/100.000 abitanti (33-35.000/anno), con una prevalenza non di molto superiore, a causa della sopravvivenza limitata, ed impegna il servizio sanitario in successive fasi, delle quali la fase di prevenzione è determinante per ridurre la prevalenza della malattia.

L'invalidità della funzione respiratoria consegue invece a patologie epidemiologicamente molto diffuse, come la broncopneumopatia cronica che nel nostro Paese che, nelle stime più ristrette (stima ISTAT), ha un'incidenza attesa non inferiore al 5%, mentre arriva al 14-15% negli studi più rigorosi¹⁻³. Per questa sola patologia invalidante non si tratta più di decine di migliaia di casi/anno ma di milioni di casi/anno, da 2-3 fino a 7-8 milioni.

Se consideriamo, con un cinico ragionamento di costi, che il tumore polmonare impegna il servizio sanitario "solo" per un arco di circa 5-10 anni, non possiamo trascurare che l'evoluzione temporale di "molti decenni" della BPCO, esitante nell'insufficienza respiratoria, è fonte di un impegno di risorse spaventoso. Per questo motivo le Linee Guida prescrivono come mandatorio l'intervento sul fumo nella prevenzione della neoplasia polmonare e della BPCO⁴⁻⁶.

Con milioni di casi attesi la prevenzione primaria della BPCO mediante disassuefazione al fumo oggi rappresenta un intervento assistenziale assolutamente disatteso, non finanziato o programmato, un intervento nel quale la specificità e l'iniziativa pneumologica deve imporsi a politiche aziendali che invece trascurano di orientare il disease management verso un controllo dei costi attraverso la prevenzione dell'invalidità.

Gli interventi antifumo pneumologici sono un metodo socialmente molto utile di "competere" nel "mercato" dell'assistenza sanitaria, un mercato costituito dal rischio fumo e dal conseguente rischio di BPCO e neoplasia polmonare (rapporto 1/100-1/200 tra l'espressione clinica delle due forme).

L'intervento antifumo attualmente è praticato solo su una minima parte dei soggetti esposti al rischio ma, essendo poco costoso e caratterizzato da effetti incredibilmente vasti, consente di prospettare una misura dei costi attesi futuri evitabili per le patologie sottostanti.

Tali interventi hanno tuttavia grande valore per la politica sanitaria generale ma scarso valore per la politica aziendale immediata, che troppo spesso tende a identificare questi interventi solo come costi immediati aggiun-

tivi, rispetto ai risparmi futuri che non prevede di essere in grado di amministrare e godere.

Un vantaggio ulteriore dell'intervento antifumo nel campo dell'assistenza alla BPCO è la possibilità di concentrare in area pneumologica la diagnostica di case finding, istituendo con il MMG uno specifico percorso nella gestione del rischio fumo e delle condizioni sottostanti di danno ostruttivo rilevabile.

La stratificazione di gravità della BPCO concentra nei primi stadi della classificazione GOLD⁴, stadio 0 a rischio e stadio I lieve, una numerosità di malati e soggetti a rischio stimabile in Italia in circa 1,5 milioni di soggetti, limitandosi ad utilizzare per la stima una prevalenza attesa del 5% di BPCO⁷, soggetti per il cui futuro è determinante e mandatorio, in base alle linee guida, l'intervento di prevenzione mediante disassuefazione al fumo.

Con una simile domanda attesa dobbiamo essere promotori e primattori della politica antifumo nella nostra Azienda Sanitaria, aprendo un centro antifumo e facendolo funzionare, facendo formazione per gli operatori e per i cittadini, facendo vigilanza per l'ambiente sanitario.

FRANCO FALCONE

Bibliografia

- 1 Viegli G, Paoletti P, Prediletto R, Carrozzi L, Fazzi P, Di Pede F, et al.
Prevalence of respiratory symptoms in an unpolluted area of northern Italy.
Eur Respir J 1988;1:311-318.
- 2 Viegli G, Carrozzi L, Di Pede F, Baldacci S, Pedreschi M, Modena P, et al.
Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease in a north Italian rural area.
Eur J Epidemiol 1994;10:725-731.
- 3 Carrozzi L, Giuliano G, Viegli G, Paoletti P, Di Pede F, Mammini U, et al.
The Po River Delta epidemiological study of obstructive lung disease: sampling methods, environmental and population characteristics.
Eur J Epidemiol 1990;6:191-200.
- 4 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (based on an April 1998 NHLBI/WHO workshop).*
Update 2004. GOLD website; www.gold.com.
- 5 NICE guideline No. 12.
Chronic obstructive pulmonary disease. National clinical guideline on management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care.
NICE Guideline - www.nice.org.uk/CG012niceguideline. Thorax 2004;59(Suppl I):1-232.
- 6 Dragnev KH, Stover D, Dmitrovsky E.
Lung cancer prevention. The guidelines.
Chest 2003;123:60S-71S.
- 7 Falcone F.
Mortalità e morbosità ospedaliera. Relazione V° Congresso UIP, Milano 6-9 ottobre 2004, Simposio del Gruppo di Studio SIMeR "Epidemiologia e Sanità Pubblica" su Novità nell'epidemiologia della BPCO.