

Notiziario AIPO

Franco Falcone

Area Cardio-Respiratoria Dipartimento Medico, Ospedale Bellaria-Maggiore,
Via Altura 3 - 40139 Bologna
Tel. 051 6225322 - Fax 051 6225272 - ffalcone@qubisoft.it



Centomila, nessuno, uno? Il ruolo della pneumologia nella salute degli italiani e degli pneumologi

La membrana respiratoria è una superficie di circa cento metri quadrati, con complesse strutture che devono funzionare tra l'una e l'altra faccia. È una grande bandiera alla quale gli addetti ai lavori hanno progressivamente assegnato molti colori, creando un vessillo indistinto.

I cittadini, al contrario, hanno consapevolezza crescente che l'aria è un problema e la respirazione verrà prima o poi percepita come un dubbio grande quanto quello del cibo, disastroso quanto quello dell'acqua. I cittadini prenderanno progressivamente coscienza che l'aria non è più pulita ma che è necessario comunque respirarla, addirittura filtrarla con i propri polmoni per difendersi dagli inquinanti che contiene, e così la respirazione non sarà più un automatico e silente processo vitale ma un progressivo e rumoroso problema di morte.

Nel secolo scorso, quando lo studio delle malattie respiratorie divenne una specialità autonoma, denominata tisiologia, il problema percepito dai cittadini era ben diverso. La sopravvivenza media nei cosiddetti paesi industriali e sviluppati, nella prima metà del secolo scorso, era 20-30 anni inferiore a quella di oggi e la gran parte delle morti era causata da fenomeni infettivi, non dominabili in assenza di trattamenti antibiotici. Anche le morti per malattie respiratorie erano in gran parte causate da infezioni, in genere con andamento acuto e con esito spesso mortale; una di queste, al contrario, consentiva una prolungata consunzione prima della morte ed era pertanto subdolamente diffusa.

Per la tubercolosi la medicina delle malattie respiratorie aveva infine creato un'organizzazione ben strutturata ed identificabile, anche nei suoi simboli, costituita da osservatori epidemiologici (dispensari antitubercolari) e da strutture di isolamento e cura (i sanatori), distribuiti su tutto il territorio e capaci di un controllo epi-

demologico e di una gestione capillare della malattia che la gente vedeva con terrore, identificandoli con la morte della vita sociale e personale, salvo trovarli ben protetti ed organizzati quando ne aveva bisogno.

L'organizzazione divenne talmente forte ed efficiente nel dividere i malati dai sani, fino alla guarigione o alla morte, che la diffusione dei chemioterapici antitubercolari, a cavallo tra gli anni '50 e '60 fece crollare la prevalenza della malattia tubercolare attiva nei due decenni successivi, dato che ben difficilmente il sistema di controllo della diffusione della TBC si faceva sfuggire i nuovi casi.

Solo lo smantellamento del sistema di controllo e l'immigrazione incontrollata di massa da paesi con epidemiologia di più antica severità hanno consentito la ripresa della malattia nel nostro paese, perché anche la diffusione di una patologia come l'HIV, socialmente segretata ma, a suo modo, controllata, non aveva comunque aggiunto grande e specifica dimensione alla patologia TB.

La contrazione del sistema di controllo era una ovvia conseguenza del declino della prevalenza della TBC, evento che rendeva inutile mantenere una grande e costosa struttura di ricovero e cura per numeri insignificanti di casi trattabili e poco produttivo un investimento di screening e controllo su larga scala.

Gli operatori che gestivano quel sistema di controllo e cura si sono frantumati in molte competenze diverse che hanno denominato pneumologia, traslocando dalla scienza tisiologica a nuovi interessi, apparentemente aggregati dalla nuova denominazione, nella quale si sono mescolati anche quegli studiosi che avevano o avrebbero fatto dello studio della fisiopatologia respiratoria e delle condizioni di insufficienza funzionale e dello studio della diagnosi e della cura del tumore polmonare le nuove direttrici di sviluppo della pneumologia negli ultimi 50 anni.

La nuova epidemia respiratoria, cancro del polmone ed invalidità respiratoria, ha rappresentato la fucina di nuovi studi, di nuove aggregazioni e di nuovi interessi, supportata da tecnologie sempre più sofisticate e nello stesso tempo semplificate (basta pensare agli ultimi modelli di ventilatore bilevel da comodino, di aspetto più simile ad una radiosveglia che ad una macchina salvavita o ai videobroncoscopi sottili come uno spaghetto) che consentono moltissimi ruoli professionali.

La risposta scientifica della pneumologia si è così sviluppata in modo molteplice e multiforme ma non è riuscita a rimanere sistematica, cosicché la vecchia struttura delle cure respiratorie non è stata rimpiazzata da un processo dedicato alla nuova epidemia, oggi apparentemente non ricostruibile dalla suddivisione di operatori e problemi legati all'impatto della qualità dell'aria sulla degenerazione neoplastica e funzionale dell'apparato respiratorio.

Non è probabile che il sistema industriale della salute preveda di ricostituire a breve un sistema di controllo delle malattie respiratorie, almeno fino a che l'impatto del protocollo di Kyoto non sarà così ridicolmente fallito da mettere in mora tutte le azioni di contenimento dell'azione umana sulla qualità dell'aria, dell'acqua e del cibo.

Noi pneumologi di oggi non siamo sistema, non siamo sistema scientifico e non siamo sistema di cure. L'impatto dell'accademia si legge nei numeri di specialisti che vengono formati, la nostra capacità di promozione del ruolo professionale dello pneumologo si legge nei numeri di studenti e di neolaureati che snobbano i luoghi dove si apprende il mestiere dello pneumologo.

La gestione futura delle pneumopatie è dettata tuttavia dalle nuove regole di valutazione del valore della vita, che non ricercano solo un numero maggiore di anni di sopravvivenza, ma identificano al suo interno la quota di anni liberi da invalidità, mediante il *Disability Adjusted Life Expectancy* (DALE), un indicatore che gli scienziati del WHO hanno sviluppato per misurare gli anni di vita attesi in "full health" e che si ottiene sottraendo agli anni di vita attesi gli anni attesi di malattia, pesati in base alla severità.

Le patologie croniche che colpiscono l'apparato respiratorio possono decurtare profondamente il valore del DALE e pertanto alla Pneumologia, chiunque se ne occupi, verrà chiesto di aumentare il numero di anni di vita liberi da disabilità derivanti da patologie di interesse pneumologico.

Cosa servirà per ottenere un risultato del genere e vedersene riconosciuto il merito? Un sistema di cure elaborato da un sistema di conoscenze e gestito da un sistema professionale.

Il dubbio che le società professionali di pneumologia siano troppe ed inefficaci turba di volta in volta i sonni di quelle più deboli e di quelle più forti ed il senso comune porterebbe tutti verso un tentativo di aggregazione, anche se non è mai stato chiarito per quali obiettivi scientifici, per quali obiettivi professionali ed infine e perché no, per quali obiettivi sindacali.

L'obiettivo di colorare nuovamente la bandiera respiratoria in modo intelligibile per la cittadinanza e per

le istituzioni, facendo squadra e facendo sistema è al tempo stesso ambizioso e pericoloso.

Alcuni non sentono il bisogno dell'unità, perché sufficientemente forti da prospettarsi un futuro in modo autonomo, altri ricercano fittizie unità federate di gruppi nelle quali conservare autonomia di governo, per garantirsi una fetta di accesso individuale agli strumenti di finanziamento delle società scientifiche, organizzazione di eventi congressuali e di eventi formativi, altri ritengono di avere un futuro normativamente assicurato e non vedono la necessità di programmarne uno diverso dalla presente rendita di posizione o che comunque la metta minimamente in discussione.

Quando, e non se, il problema dell'aria sarà socialmente imperante, speriamo il più tardi possibile per l'umanità, il problema della respirazione riceverà una soluzione socialmente promossa, dove e chi saranno gli pneumologi?

È un problema futuribile? Sì e no. Sì perché dobbiamo sperare in interventi più intelligenti e più efficaci del protocollo di Kyoto, no perché un sistema delle malattie respiratorie serve già adesso.

Una società scientifica pneumologica moderna e lungimirante dovrebbe provvedere a:

- analisi e soluzione dei problemi respiratori dal punto di vista della conoscenza (ricerca e studio);
- analisi e soluzione dei problemi respiratori dal punto di vista dell'organizzazione (struttura dell'assistenza in relazione al profilo professionale depositario della cultura assistenziale);
- promozione dei problemi respiratori nella popolazione (*empowerment* ed educazione del cittadino e dei vari *stakeholders* sociali);
- promozione dell'accesso dei giovani alla conoscenza specialistica (formazione e pre-indirizzo alla formazione);
- promozione dell'assistenza non strutturata (gruppi di aiuto, sistemi di *hoping* sociale, strumenti di volontariato professionale);
- promozione e costruzione del sistema scientifico ed organizzativo delle malattie respiratorie (attività sindacale).

In una percezione così complessa di compiti e di interessi, la società scientifica ideale dovrebbe dotarsi di una struttura organizzativa scientifica professionale classica, di una società di servizi per l'erogazione di formazione, di una onlus per l'erogazione di prodotti sociali, di una fondazione per la gestione di rapporti economici generali con le istituzioni pubbliche e non pubbliche, di una sezione sindacale per i rapporti con le strutture sindacali nazionali e la partecipazione ai tavoli decisionali.

Se una siffatta società operasse bene e con costanza potrebbe creare un presidio di sistema all'assistenza alle malattie respiratorie, talmente visibile e socialmente utile, da essere forte e pertanto accettabile. Se una siffatta società esistesse vorrebbe dire che i suoi precursori hanno scelto di non dare più spazio a coloro che pensano solo al presente e non si preoccupano per il loro futuro.