



Associazione Scientifica Interdisciplinare  
per lo Studio delle Malattie Respiratorie

*La più importante notizia su cui aggiornare i Colleghi, iscritti e non, è il varo della GARD-Italia (GARD-I) avvenuto a Roma il giorno 11 giugno u. s., presso la nuova sede del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Di questa inaugurazione viene dato resoconto in altra parte di questo numero del nostro giornale (vedere pag. 272).*

*Qui si vuole invece analizzare il significato che questa iniziativa può avere per noi specialisti pneumologi e, possibilmente, partire da essa per un confronto a più voci che individui e condivida le possibili operatività.*

*Per far questo appare utile usare come base l'editoriale di Carlo Grassi intitolato "Luci ed ombre della Pneumologia in Italia" [1], in questo accogliendo l'invito dell'Autore a fare di quell'editoriale un "concreto punto di riferimento per una discussione costruttiva per il futuro della pneumologia".*

*Nel suo lavoro, Carlo Grassi identificava la nascita della moderna pneumologia italiana nel declino epidemiologico (ma non la scomparsa) della Tuberculosis e nel successivo, consequenziale, allargarsi delle competenze dei "Tisiatri" all'intero mondo delle malattie respiratorie (fino allora - anni '50 e '60 del secolo scorso - dominio della Medicina Interna).*

*Egli individuava come fattori positivi il ricco patrimonio culturale della tisiatria, la nascita della disciplina pneumologica come patrimonio comune di specialisti pneumologi e medici internisti, il rilievo attuale della nostra specialità (anche dal punto di vista accademico e scientifico) e le enormi possibilità diagnostiche e terapeutiche aperte dagli approfondimenti legati ai progressi della medicina molecolare (l'"era genomica").*

*Carlo Grassi individuava invece le negatività nel possibile "cannibalismo", cioè nel conflitto potenziale di competenze tra la medicina interna e le specialità di più recente introduzione (come la nostra) e tra le specialità stesse, nel ridimensionamen-*

*to delle strutture assistenziali, nella pletora (scoordinata) delle società di medicina respiratoria, nella scotomizzazione - da parte nostra che facciamo aggiornamento e delle aziende farmaceutiche che lo sostengono - delle patologie respiratorie "minori" e "orfane", nella mancanza di un supporto telematico al monitoraggio dei pazienti e di una rete con la medicina generale, la cui costituzione inizi dal loro aggiornamento.*

*Nell'opinione di chi scrive il varo di GARD-I può rinforzare le positività e risolvere quanto meno alcune, se non tutte, le negatività citate. Vediamo come e vediamo - soprattutto - in che modo ciascuno può contribuire al buon successo dell'iniziativa.*

*Innanzitutto poche righe per ricordare che cosa è la GARD dell'OMS. Quest'ultima da tempo promuove un approccio integrato alla prevenzione e alla cura di tutte le malattie croniche ossia quelle respiratorie, cardiovascolari, tumorali e il diabete, che sono di gran lunga prevalenti nelle nostre comunità. Intervenire sui fattori di rischio (molti dei quali comuni a tutte e quattro le patologie citate) può riuscire a prevenire circa l'80% di esse, mentre, per quel che attiene le malattie già instauratesi, è attraverso la diagnosi precoce e la riabilitazione che si possono ridurre le conseguenze per i pazienti e abbattere i costi diretti e, soprattutto, indiretti per il loro trattamento.*

*L'approccio suggerito dall'OMS consiste nell'agire sulla prevenzione dello sviluppo delle malattie, sull'anticipare la loro diagnosi e sul ridurre le conseguenze invalidanti che da esse derivano. La GARD si propone di applicare questo modello alle malattie respiratorie croniche che, in termini di DALYs mondiali (Disability-adjusted life years - indice introdotto dalla Banca Mondiale che combina morbidità e mortalità, comunemente impiegato dall'OMS per misurare l'impatto globale delle malattie) rappresentano una parte rilevante: per dare un'idea rappresentano più del doppio del carico derivante dal diabete.*



*In questa ottica, la GARD-Italia può aprire nuove prospettive alla medicina respiratoria e, quindi, aiutare a risolvere le negatività e potenziare le positività individuate da Carlo Grassi.*

*Il documento di strategia della GARD-Italia, sottoscritto da tutte le società scientifiche e le associazioni di pazienti presenti a Roma l'11 giugno 2009 (vedi articolo a pagina 274) individua 19 possibili linee di lavoro che sono portate all'attenzione delle Regioni per guidare la migliore gestione delle malattie respiratorie e riportate nel Documento di Strategia GARD-I a pagina 280.*

*A cascata, a livello regionale prima e di USL e di singola UO poi, queste linee di lavoro potranno essere messe in pratica perseguendo - in base alle "forze" e alle risorse a disposizione - la "advocacy" (che serve ad aumentare la consapevolezza dell'importanza delle malattie respiratorie nel pubblico e nei politici), la costruzione di alleanze, la creazione di una database per le malattie respiratorie, l'implementazione di politiche per la prevenzione primaria e di strategie per la gestione delle malattie respiratorie croniche, il tutto attraverso politiche di intersectorialità, dato che la gestione delle patologie croniche non è un problema solo sanitario.*

*Seguendo la via tracciata dal Ministero della Salute nel documento di strategia della GARD-I (disponibile sul sito aimarnet.it), la medicina respiratoria potrà, nei prossimi anni, acquisire le stesse visibilità e importanza che oggi contraddistinguono discipline più evolute, come, ad esempio, la tanto citata Cardiologia.*

*Naturalmente, il fatto che il Ministero abbia tracciato una strada non è sufficiente. Perché essa sia percorsa è necessario che diventi praticabile (cioè che sia organizzata per rispondere in modo aggiornato e sostenibile alle necessità della comunità di appartenenza) e a ciò devono provvedere le stesse UO di pneumologia con il loro lavoro e il loro impegno.*

*La UO di Pneumologia deve organizzarsi per assicurare:*

- *il trattamento appropriato delle emergenze (con approccio intensivo) e delle acuzie (in regime di ricovero);*
- *presidiare il trattamento post-acuto, compreso l'approccio riabilitativo e l'assistenza domiciliare specialistica e fornire alla medicina territoriale tempestiva e appropriata consulenza in questo campo, interagendo con le strutture associative delle cure primarie e di volontariato;*
- *fare diagnosi delle malattie acute e croniche tutte le volte che ciò è richiesto dalla medicina del territorio e, nei casi di patologia neoplastica, lavorando in sinergia con Chirurgia toracica e Oncologia.*

*A "monte" della prestazione specialistica, deve collaborare con il Dipartimento di prevenzione: nella sorveglianza epidemiologica, nella sensibilizzazione della popolazione sulle malattie respiratorie, nella modifica dell'ambiente di vita e di lavoro nel senso della promozione della salute e nell'educazione a stili di vita salutari. Deve collaborare con il territorio per la formazione alla - e per l'esecuzione*

*della - diagnosi precoce.*

*A "valle", deve collaborare con le strutture territoriali e la medicina generale, in particolare di associazione, per la continuità assistenziale.*

*Ogni UO di Pneumologia sa su cosa può contare e quali - delle azioni proposte da GARD-I - può implementare meglio. Lo faccia e comunichi l'esperienza fatta, in modo che, diffusa a livello regionale e nazionale, possa servire ad altre UO pneumologiche.*

*Idealmente, ciascuna UO e, verrebbe da dire, ciascuno specialista dovrebbe poter trovare nelle società scientifiche di area partner affidabili e disponibili, per divulgare le proprie esperienze e per ricevere direttive e consulenza, se necessario. Nel libro dei sogni: società scientifiche che forniscano linee guida, protocolli, formazione a distanza, peer-review e che rappresentino unitariamente la medicina respiratoria presso i decisori politici e il pubblico.*

*È oggi possibile questo in Italia?*

*La buona notizia è che alcuni degli ostacoli che hanno finora reso solo parziale l'offerta delle funzioni citate, in particolare per la mancanza di unità di intenti e di azione delle principali società scientifiche di area, sembra siano in fase di rimozione.*

*Un primo segnale arriva dalla Consensus Conference in Medicina Respiratoria del 2010 che, promossa ed organizzata da AIMAR, sarà realizzata nell'ambito nell'Anno del Respiro e vedrà un forte coinvolgimento attivo di AIPO e SIMeR, che co-presiederanno la manifestazione scientifica ed hanno fornito loro esperti per la costituzione paritaria sia del Comitato scientifico che del Comitato organizzatore (Tabella I). Il Comitato scientifico lavorerà avendo sempre sott'occhio quanto indicato da GARD-I e, perché no, i lati negativi individuati da Carlo Grassi e citati in precedenza. L'obiettivo è quello di definire le criticità e le problematiche di confine con le altre specialità nell'ambito della medicina respiratoria. Sarebbe poi auspicabile che si facesse della Conferenza il luogo e il momento dove presentare (a distanza di 13 anni!) un documento ufficiale (possibilmente condiviso con tutte le componenti di GARD-I) che definisca le caratteristiche e i compiti della UO di Pneumologia, attraverso la revisione e l'aggiornamento del documento redatto da AIPO e sottoscritto anche da SIMeR nel 1996 [2]. Un tale documento potrebbe anche pervenire alla definizione dei contenuti dell'attività dello Specialista Pneumo-tisiologo operante in un contesto di UO di medicina generale.*

*Sia la conferenza con contenuti condivisi e co-gestiti, sia la definizione unanime dei contenuti della UO Pneumologica costituirebbero - nell'opinione di chi scrive - un ottimo momento di partenza.*

*È indubbiamente presto per dire che si tratti di passi avanti definitivi, ma questa volontà di collaborazione è certamente un primo e forte segnale positivo da parte di tutti e per tutti.*

*Non si può sottovalutare l'importanza politica di una manifestazione come la Conferenza di Consenso, svolta con intenti e spirito unitari, dato*





*che essa cadrà in un momento di grande attenzione alla medicina respiratoria, nel quale il Ministero si impegnerà a divulgare alle regioni i documenti relativi alla migliore gestione delle malattie respiratorie e le Società scientifiche riunite nel Forum in-*

*ternazionale FIRS proclameranno l'anno internazionale del polmone.*

*Quale migliore occasione per dare contenuti operativi alla direzione indicata dal Ministero?*

*AIMAR ci crede e intende impegnarsi "a testa bassa".*

#### TABELLA I: L'ORGANIGRAMMA DELLA II CONSENSUS CONFERENCE, ROMA, 28-31 MAGGIO 2010

##### **Presidenti**

Stefano Centanni (Milano), Claudio F. Donner (Borgomanero, NO), Franco Falcone (Bologna)

##### **Co-Presidenti**

Fernando De Benedetto (Chieti), Claudio M. Sanguinetti (Roma)

##### **Comitato Scientifico**

Coordinatore: Vito Brusasco (Genova)

Francesco Blasi (Milano), Lucio Casali (Perugia), Mario Cazzola (Roma), Antonio Corrado (Firenze), Stefano Gasparini (Ancona), Paolo Palange (Roma), Mario Polverino (Cava de'Tirreni, SA), Andrea Rossi (Bergamo), Cesare Saltini (Roma)

##### **Comitato organizzatore**

Coordinatore: Stefano Nardini (Vittorio Veneto, TV)

Pietro Alimonti (Roma), Stefano Carlone (Roma), Giuseppe Girbino (Messina), Franco Pasqua (Roma), Riccardo Pistelli (Roma), Giovanni Puglisi (Roma).

## Bibliografia

1. Grassi C. Luci ed ombre della Pneumologia in Italia. Multidisciplinary Respiratory Medicine 2009;4:95-101.
2. Rampulla C, Nardini S, Arossa W, Falcone F. L'unità opera-

tiva (UO) di pneumologia: programmazione, gestione, controllo - I requisiti secondo l'AIPO. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 1996;11:426-435.

