

Un incontro con... Stefano Nardini

intervista di **Manuela Giovenchi**



Stefano Nardini, pneumologo, è primario del servizio di Pneumologia dell'ospedale di Vittorio Veneto, segretario generale dell'AIMAR (Associazione Interdisciplinare per le Malattie Respiratorie) e co-fondatore della SITAB.

TABACCOLOGIA: Lei è uno dei maggiori esperti di Tabagismo e certamente il primo pneumologo d'Italia che ha studiato con interesse e passione i problemi relativi al consumo di tabacco. Com'è iniziato questo percorso?

NARDINI: Per tutti gli anni Ottanta, prima di passare ad altro incarico, ho gestito un "modulo" (allora si chiamava così) di endoscopia respiratoria: in pratica ero incaricato di fare broncoscopie. La broncoscopia è un esame che viene effettuato con uno strumento flessibile a fibre ottiche di piccolo diametro che consente di entrare attraverso il naso, la gola e la trachea a visionare i bronchi. Di gran lunga il principale scopo della broncoscopia è confermare o escludere un sospetto di tumore del polmone. E in effetti, si diagnosticava un gran numero di tumori.

A quel tempo, e purtroppo ancora adesso, la prognosi del cancro del polmone non era per niente buona (in effetti da circa 40 anni la sopravvivenza media a 5 anni dalla diagnosi di questa malattia è intorno al 10-15%): la maggior parte dei malati che ricevevano la diagnosi moriva dopo poche settimane o mesi. Veniva quindi spontaneo chiedersi quale fosse il significato del nostro lavoro. L'approccio doveva essere cambiato: come diceva un epidemiologo inglese, dovevamo "spostarci più a monte" per intervenire prima che una persona si ammalasse.

Per quel che concerne il tumore polmonare, già allora era ampiamente dimostrato che la sua causa di gran lunga principale era il fumo. Così il mio percorso è iniziato.

TABACCOLOGIA: La ricerca tabaccologica ha avuto un posto centrale nel suo lavoro, e alcune sue pubblicazioni rimangono una

traccia evidente. Come e quanto ritiene di avere influenzato la categoria professionale nell'ambito delle malattie respiratorie?

NARDINI: Non sono in grado di rispondere a questa domanda in modo preciso, perché non sono in possesso di dati. Volendo essere realista, ritengo che la azione condotta (non solo da me ma anche da molti altri valorosi Colleghi) abbia contribuito a sensibilizzare la categoria degli Pneumologi sul problema. Su questo punto ci sono delle evidenze chiare, ma al risultato positivo hanno sicuramente contribuito anche i cambiamenti socio-culturali della società italiana nei confronti del fumo.

TABACCOLOGIA: Il suo interesse per la materia non è rimasto confinato alla relazione del fumo con le patologie respiratorie, ma ha dovuto necessariamente sviluppare ulteriori competenze nelle strategie di controllo del tabacco e in particolare nella prevenzione. Quanto conta l'ecletticità in tabaccologia?

NARDINI: Direi che è fondamentale. Non riusciremo a modificare sostanzialmente la prevalenza di fumo nei prossimi anni, soprattutto non riusciremo a far smettere di fumare percentuali consistenti di fumatori, se non inseriremo gli interventi di disassuefazione all'interno dell'insieme di tutti gli altri interventi, dall'aumento dei prezzi delle sigarette, alla educazione sanitaria della popolazione, alla vigilanza attiva e - se necessario - cattiva sul divieto di fumo nei luoghi pubblici e di lavoro.

Questo ovviamente vale anche simmetricamente: i divieti saranno tanto meglio osservati, quanto più sarà disponibile assistenza per aiutare i fumatori a smettere. Sono del parere che l'applicazione dell'articolo 51 della legge 3/2003 sarebbe stata (e sarebbe) molto più

semplice e vasta in presenza di una rete nazionale organizzata di cure primarie e ambulatori specialistici che avessero aiutato i fumatori "spiazzati" dalla legge a smettere di fumare.

TABACCOLOGIA: Il progetto Ospedali senza Fumo ha avuto in lei il principale promotore. Poi ha avuto una battuta d'arresto. Cosa suggerisce per farlo ripartire?

NARDINI: Una serie di circostanze mi ha impedito di continuare a occuparmi del progetto a partire dal 2001, quindi non posso rispondere, con cognizione di causa, sul progetto in se.

Sulle prospettive future ci sono due considerazioni da fare: la prima è che l'articolo 51 della legge 3/2003 ha cambiato indubbiamente il quadro di riferimento.

Il fumo negli ospedali effettivamente era proibito già dal 1975, ma il dettato della legge ne rendeva difficile la applicazione pratica.

I cambiamenti della accettazione sociale del fumo e il buon lavoro fatto dall'Ufficio legislativo del Ministero della salute in fase di stesura del testo di legge consentono oggi un controllo quasi completo del fumo.

Per il domani un progetto di "Ospedali senza fumo" deve ripartire proprio da qui, dalla verifica della osservanza della legge 3/2003. Poi, secondo me, una buona idea potrebbe essere la applicazione - sul piano nazionale - del codice europeo degli ospedali senza fumo, che è parte della rete europea omonima, di cui la Società scientifica di cui sono attualmente segretario, l'AIMAR, è stata (ed è) referente italiano. Il codice detta una serie di azioni che tracciano la strada per un controllo completo del fumo, prevedendo un livello di base

e- attraverso successivi passi- un livello di eccellenza come punto di arrivo. Coerentemente, sulla base, prima, di una auto-valutazione, e poi di verifiche esterne, prevede che vengano conferiti gradi diversi e crescenti di riconoscimento dell'impegno per il controllo completo del fumo.

È il caso di sottolineare che in altri Paesi, a noi vicini, come la Francia, l'adesione al progetto e l'applicazione del codice è una condizione per l'accreditamento della struttura ospedaliera

TABACCOLOGIA: *Lei è stato uno dei fondatori della Società di Tabaccologia. A distanza di anni ritiene che quel progetto iniziale di società scientifica si sia evoluto?*

NARDINI: Ho aderito molto volentieri alla proposta che a suo tempo mi fece Giacomo Mangiaracina di partecipare alla fondazione della SITAB.

Devo altrettanto sinceramente confessare che successivamente non ho partecipato con continuità alla vita societaria.

Per rispondere alla domanda, è opportuno distinguere nell'ambito del controllo del fumo, le azioni di sensibilizzazione in senso lato (gli anglosassoni definiscono questo ambito "advocacy") dalle azioni mediche in senso stretto, e, aggiungo, tale distinzione sarebbe molto proficua anche in Italia.

Le azioni mediche consistono nell'assistere i fumatori perché attraverso opportune cure guariscano o migliorino la loro malattia.

L'advocacy consiste nella educazione sanitaria della popolazione, nella divulgazione più ampia possibile delle informazioni disponibili, nell'arruolamento di testimonial di eccezione contro il fumo, cioè in tutte quelle iniziative che controbattano il marketing e le bugie delle aziende produttrici di tabacco e aiutano la società nel suo insieme a difendersi dal loro attacco, stabilendo, prima di tutto il non-fumo come norma.

In assenza di queste azioni, anche le migliori azioni mediche avrebbero sul fumo un impatto del tutto marginale. Secondo me, dovrebbe essere quest'ultimo il campo principale di azione di

SITAB, oggi. E in parte per quel che so, è proprio così.

TABACCOLOGIA: *L'ambito della formazione universitaria e post-universitaria in tabaccologia risulta ancora carente: quali linee di indirizzo ritiene si debbano indicare per promuoverla?*

NARDINI: Questo purtroppo è uno dei due veri punti critici della situazione italiana, insieme con il mancato rimborso delle cure per smettere di fumare da parte del servizio sanitario nazionale.

Tra l'altro, l'assenza di una formazione sul fumo, universitaria e specialistica condiziona anche la possibilità di codificare per il SSN le prestazioni specialistiche sul fumatore.

A mia cognizione, solo una università in Italia ha formalizzato un master nella materia che ci interessa.

Tuttora insomma assistiamo al paradosso che la più importante causa di morte prevenibile nella nostra società non viene affrontata nelle nostre università e la sua terapia non viene insegnata ai futuri medici e infermieri.

Per fortuna una parte di questo deserto viene abitato dalle società scientifiche, soprattutto di area respiratoria, e tuttavia gli eventi ECM sul fumo sono poche decine su molte decine di migliaia che ogni anno vengono accreditate in Italia. Temo che finché il ministero competente non formalizzerà il fumo come materia di insegnamento universitario e specialità post-laurea, la situazione non sarà sbloccata.

TABACCOLOGIA: *Il dialogo con e tra le varie società scientifiche dovrebbe amplificare iniziative e progetti, e pertanto risulta indispensabile. A che punto siamo?*

NARDINI: In Italia sono ben poche le società scientifiche che si occupano di formazione e ricerca sul fumo.

Tra quelle che se ne occupano, siamo ancora alle prove di dialogo. La situazione però è promettente, perché ci sono società, come la SITAB, ad esempio, che sono molto attive nel programmare o aderire a iniziative comuni.

TABACCOLOGIA: *Il congresso AIMAR che avrà luogo a Napoli nel marzo prossimo darà spazio, e quanto, ai temi del tabacco?*

NARDINI: Il congresso AIMAR di Napoli darà spazio al fumo in una prospettiva essenzialmente clinica.

Lo specialista in malattie respiratorie deve innanzitutto imparare a aiutare i propri pazienti a smettere di fumare: se tutti gli pneumologi si impegnassero seriamente in questo compito, la salute della comunità migliorerebbe significativamente e rapidamente.

TABACCOLOGIA: *Il 2009 si preannuncia come "Anno del Respiro". Trova utile istituire un tavolo comune nella lotta al tabagismo? Pensa che la SITAB possa avere un ruolo per assolvere a questo compito?*

NARDINI: Il fumo non è soltanto la più importante causa di morte prevenibile; è anche la più importante causa di malattie respiratorie croniche di importanza sociale come l'enfisema polmonare o rapidamente mortali come il cancro del polmone.

Inoltre un malato respiratorio cronico che smetta di fumare migliora non solo la qualità della sua vita ma anche le prospettive di sopravvivenza.

Dunque, dato che il problema fumo condiziona la prevenzione, la terapia e la riabilitazione del malato respiratorio, l'"Anno del Respiro" può e deve essere l'occasione per un tavolo comune tra le istituzioni e le organizzazioni di operatori sanitari e pazienti per fissare l'agenda delle cose da fare e per iniziare a metterle in pratica. ■

