

**Visione e condivisione
in Medicina Respiratoria**

**X Giornata Mondiale
della BPCO
ROMA 16.11.2011**



**I Progetti delle Società
Scientifiche
per i pazienti con BPCO**

Fernando De Benedetto
P.O. Clinicizzato "SS. Annunziata" Chieti

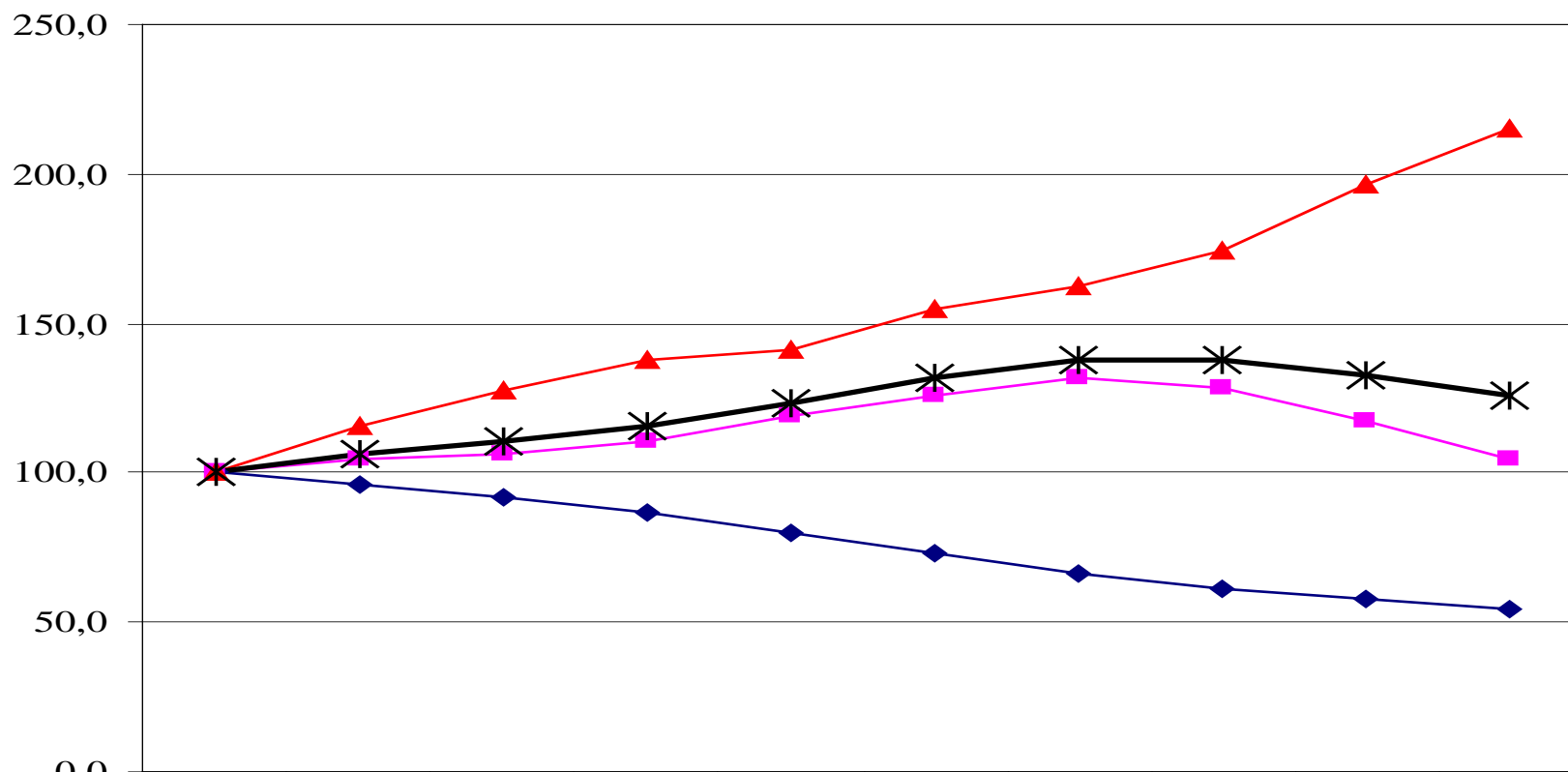
**Sharing Vision and Knowledge
in Respiratory Medicine**

- La prevalenza e la morbilità della BPCO, pur in continuo e progressivo aumento in tutti i paesi industrializzati, tendono a sottostimare ampiamente l'impatto della malattia che appare **notevolmente sottodiagnosticata** in quanto viene per lo più identificata quando diviene ampiamente sintomatica e quindi in stadi piuttosto avanzati.
- È peraltro unanimemente riconosciuta la **grande rilevanza** della BPCO, l'**impatto** della malattia sui **pazienti** e le **risorse assistenziali**, la sua **natura progressiva** e l'esigenza di linee guida per la sua gestione.

- Il nostro paese si trova ad avere una delle popolazioni più vecchie in assoluto al mondo, con un tasso di ultrasessantenni del 24,3%: la longevità ha permesso di raggiungere livelli sino a pochi anni fa impensabili, con una vita media di 76,7 anni per i maschi (16,7 anni per un 65enne) e 82,8 anni per le femmine (20,8 anni per una 65enne).
- Considerando che la BPCO ha la sua maggiore espressione in fasce di età superiori ai 60 anni, questi scenari rendono di sempre maggiore attualità il problema della messa in atto di adeguati percorsi diagnostico-terapeutici della BPCO e delle malattie respiratorie in generale.

Distribuzione Numeri Indici (2005 = 100) dell'andamento previsto della popolazione italiana per classi di età, 2005-2050

Fonte: ISTAT



| | 2005 | 2010 | 2015 | 2020 | 2025 | 2030 | 2035 | 2040 | 2045 | 2050 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| ◆ 0-59 | 100,0 | 95,8 | 91,5 | 86,3 | 79,8 | 72,9 | 66,5 | 61,6 | 57,7 | 54,2 |
| ■ 60-79 | 100,0 | 104,2 | 106,6 | 110,3 | 119,3 | 126,2 | 131,5 | 128,3 | 117,3 | 104,4 |
| ▲ 80-99 | 100,0 | 116,0 | 127,3 | 137,7 | 141,0 | 154,6 | 162,4 | 174,4 | 196,1 | 215,5 |
| * 60+ | 100,0 | 106,5 | 110,6 | 115,6 | 123,6 | 131,8 | 137,7 | 137,5 | 132,8 | 126,2 |



AIMAR per la BPCO

Progetti di ricerca

Formazione

Attività Editoriale



AIMAR per la BPCO

Progetti di ricerca dal 2004 al 2010:

1) Studio MARF (Mechanism of Acute Respiratory Failure)

Studio osservazionale multicentrico in 6 T.I. mirato ad indagare i meccanismi fisiopatologici e molecolari che conducono i pazienti con BPCO ad un episodio di IRA che richiede VMI e ad identificare i markers “meccanici” o “biologici” di riacutizzazione

AIMAR per la BPCO

Progetti di ricerca dal 2004 al 2010:

2) Studio SPACE (SPirometry in Asthma and Copd: a comparative Evaluation):

Studio osservazionale sull'impiego della spirometria ambulatoriale per la diagnosi precoce di asma e bpcO.

60 Centri Specialistici, 600 MMG, 2000 pazienti

AIMAR per la BPCO

Progetti di ricerca dal 2004 al 2010:

3 e 4) Studio ICE 1 e Studio ICE 2 (Italian Costs for Exacerbations in COPD):

Indagine retrospettiva (ICE1) multicentrica e prospettica (ICE 2) volta a valutare i costi generali delle riacutizzazioni ospedalizzate.

25 CENTRI SPECIALISTICI per ognuno dei 2 studi

AIMAR per la BPCO

Progetti di ricerca dal 2004 al 2010:

5 e 6) Studio SOS BPCO (Studio Osservazionale per la Stratificazione della BPCO):

Fase ospedaliera: 140 Centri Specialistici, 2.800 pazienti

**Fase ambulatoriale: 140 Centri Specialistici, 1.800 MMG.
18.000 pazienti**

AIMAR per la BPCO

Progetti di ricerca dal 2004 al 2010:

7) Studio “ICEPERG PROJECT”:

progetto di implementazione delle raccomandazioni dell’ERS sulla cessazione del fumo nei pazienti pneumopatici.

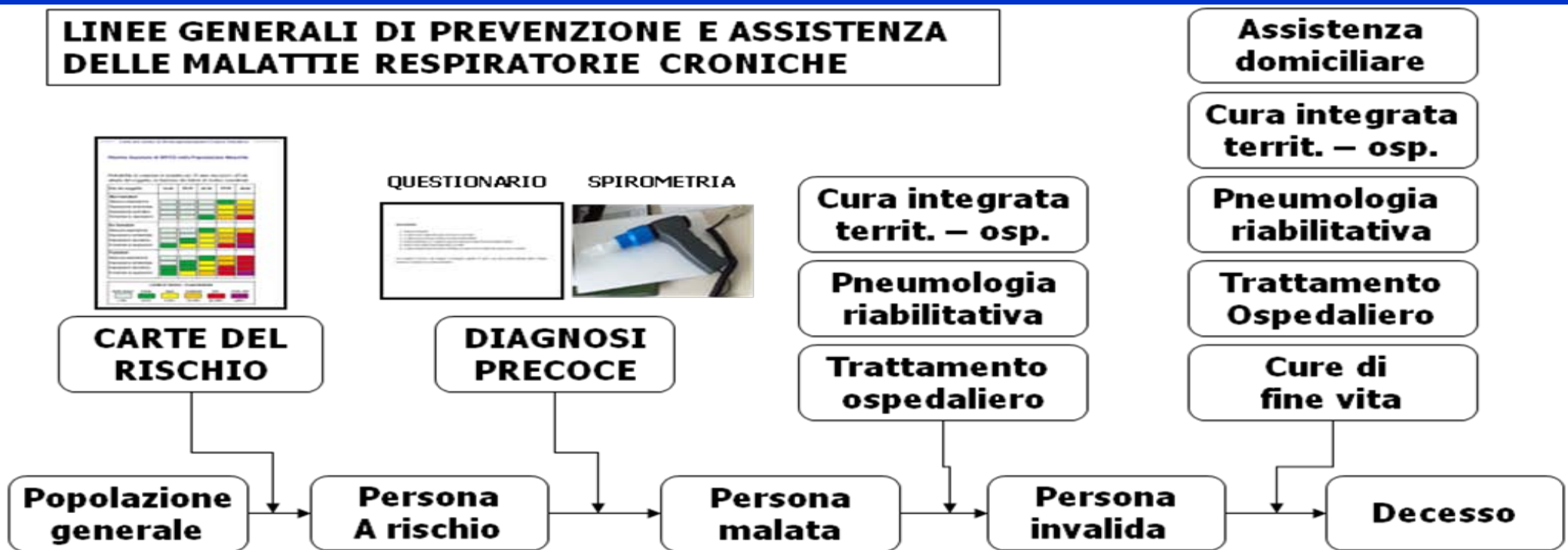
100 CENTRI SPECIALISTICI

AIMAR per la BPCO

Progetti di ricerca 2011:

1) Documento di indirizzo per “la gestione clinica integrata della BPCO” elaborato dal gruppo di lavoro AIMAR, AIPO, SIMeR e SIMG con Ministero della Salute e AGE.NA.S. osservatori esterni indipendenti e garanti (ediz. Settembre 2011).

LINEE GENERALI DI PREVENZIONE E ASSISTENZA DELLE MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE



Cessazione del fumo

Educazione sanitaria *

Educazione Terapeutica **

Controllo dell' inquinamento interno e esterno

Documento di indirizzo per “la gestione clinica integrata della BPCO” elaborato dal gruppo di lavoro AIMAR, AIPO, SIMeR e SIMG con Ministero della Salute e AGE.NA.S. osservatori esterni indipendenti e garanti (ediz. Settembre 2011).

AIMAR per la BPCO

Progetti di ricerca 2011:

2) Progetto TASK FORCE

Progetto AIMAR Task Forces

1 . Sperimentazione del modello GARD di diagnosi precoce di malattia cronica ostruttiva mediante prove di funzionalità respiratoria nel contesto delle cure primarie

Indagine pilota in alcune aree territoriali (Piemonte, Veneto, Campania, Basilicata.....)

Coordinatore: C. Gulotta (Orbassano, TO)

**Esperti: S. Nardini (Vittorio Veneto, TV), M. Del Donno
(Benevento)**

Segretario: C. Santoriello (Salerno)

Progetto AIMAR Task Forces

2. Percorso formativo a favore della medicina generale su appropriatezza terapeutica, aderenza e outcome in tema di BPCO

Il documento sarà utilizzabile come materiale base per FAD, corsi di formazione sul territorio (Abruzzo, Puglia, Calabria, Basilicata....)

Coordinatori: F. De Benedetto (Chieti), M. Polverino (Salerno)

Esperti: G. Bettoncelli (Brescia), A. Infantino (Bari), R.W. Dal Negro (Bussolengo, VR) , M. Neri (Tradate, VA)

Segretario: S. Marinari (Chieti)



AIMAR per la BPCO

Progetti di ricerca 2011:

3) Studio E-Dial (Early DIagnosis of obstructive Lung disease)

**25 CENTRI SPECIALISTICI, 250 MMG, 12.500 SOGGETTI
SCREENATI**

**PROGETTO DI STUDIO MULTICENTRICO OSSERVAZIONALE TRASVERSALE
SULLA DIAGNOSI PRECOCE DELLE MALATTIE POLMONARI OSTRUTTIVE
E-DIAL (Early DIAGnosis of obstructive Lung disease)**

Per questo progetto, AIMAR ha ottenuto dalla GARD internazionale l'endorsement e ha presentato lo studio anche al Ministero della Salute, ottenendone l'approvazione e la nomina di un osservatore esterno e indipendente che partecipi per il Ministero e assicuri che i contenuti del lavoro siano in linea con gli indirizzi nazionali e internazionali sulla malattia respiratoria.

PROGETTO DI STUDIO MULTICENTRICO OSSERVAZIONALE TRASVERSALE SULLA DIAGNOSI PRECOCE DELLE MALATTIE POLMONARI OSTRUTTIVE E-DIAL (Early DIAGNOSIS of obstructive Lung disease)

• IPOTESI DI RICERCA E RAZIONALE DEL PROGETTO

- **Le malattie respiratorie croniche, terza causa di morte nella nostra Comunità costituiscono un'emergenza.** Il database dell'OMS riporta in Italia, nel 2001, su un totale di 556,892 morti, 64.984 morti per cause respiratorie, di cui 31.968 per tumori polmonari, 16.295 per malattie respiratorie croniche ostruttive, 8.377 per polmoniti e 8.344 per altre cause respiratorie. L'emergenza nasce dal fatto che la loro frequenza e diffusione è elevata nonostante esse siano sottostimate e pertanto è immaginabile che la situazione reale sia ancora peggiore. La sottostima è contemporaneamente conseguenza e causa della sottodiagnosi : infatti una malattia ritenuta poco frequente è anche poco sospettata, e di conseguenza poco indagata. Molto spesso il paziente che riferisce dispnea da sforzo viene avviato a fare un elettrocardiogramma o a una visita specialistica cardiologica, salvo ricorrere allo pneumologo in un secondo o anche terzo tempo, quando il primo consulto non abbia dato indicazioni dirimenti.
- **La sottodiagnosi** ha conseguenze non solo epidemiologiche, ma anche cliniche, dato che, essendo scarsa l'attenzione riservata a tale patologia dal singolo e dalla comunità, i malati di questa patologia sono sottotrattati (15). Spesso nemmeno chi ne è affetto sa di avere una malattia cronica ostruttiva, i cui sintomi vengono volta per volta interpretati come dovuti alla "allergia" (quelli dell'asma) o alla età (la Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) (16). Anche una volta posta la diagnosi, in molti casi, la terapia non è ottimale e non viene seguita correttamente.

PROGETTO DI STUDIO MULTICENTRICO OSSERVAZIONALE TRASVERSALE SULLA DIAGNOSI PRECOCE DELLE MALATTIE POLMONARI OSTRUTTIVE

E-DIAL (Early DIAGnosis of obstructive Lung disease)

- **Il risultato netto è una serie di danni:**
 - all'individuo (per scarsa o nulla programmazione dell'assistenza specifica ai malati- per la BPCO non è prevista in Italia alcuna esenzione dal ticket),
 - alla comunità (per diagnosi tardive e terapie inappropriate che determinano un numero non inevitabile di invalidità)
 - al bilancio della sanità (uno studio francese ha infatti dimostrato che i costi dell'assistenza non programmata, determinata dalla sottodiagnosi, sono doppi rispetto a quelli dell'assistenza programmata)
- **La prevalenza delle malattie respiratorie croniche e il costo della loro assistenza sono destinati ad aumentare , dato il crescere dell'età media della popolazione e i progressi nella assistenza che hanno allungato la sopravvivenza media dei malati. Per questo il Piano Sanitario Nazionale italiano ha posto le malattie respiratorie croniche tra le quattro priorità di salute.**
- **la GARD dell'OMS che viene attualmente implementata sia a livello internazionale, mediante il piano 2008-2013, sia a livello nazionale italiano (GARD-I) è nata per affrontare queste problematiche. GARD-I ,lanciata a Roma nel giugno 2009 , ha già prodotto un documento di strategia che ha tra i suoi obiettivi quello di “fornire un quadro delle emergente epidemia delle malattie respiratorie croniche non trasmissibili” (per le quali vi sono insufficienti dati epidemiologici) e quello di “migliorare” e consolidare il sistema di accessibilità alle cure e il trattamento complessivo delle persone affette da malattie respiratorie croniche”.**

PROGETTO DI STUDIO MULTICENTRICO OSSERVAZIONALE TRASVERSALE SULLA DIAGNOSI PRECOCE DELLE MALATTIE POLMONARI OSTRUTTIVE E-DIAL (Early DIAGnosis of obstructive Lung disease)

•
•
I principali mezzi per migliorare l'assistenza alle malattie polmonari croniche e la salute complessiva della comunità sono:

- la diffusione della prevenzione primaria,
- la promozione della diagnosi precoce
- l'ottimizzazione del trattamento terapeutico e riabilitativo dei casi noti.

Sul piano operativo, si tratta di :

1. prevenire lo sviluppo della BPCO attraverso una consistente riduzione del numero di fumatori nella comunità;
2. migliorare la diagnosi della BPCO, in particolare attraverso un utilizzo più diffuso dei test spirometrici che rappresentano il “gold-standard” per la diagnosi di BPCO
3. aiutare il paziente nell'auto-gestione della propria malattia, attraverso la riabilitazione respiratoria;
4. integrare l'assistenza dei pazienti affetti da BPCO, ossia collegare le cure specialistiche e quelle primarie.

PROGETTO DI STUDIO MULTICENTRICO OSSERVAZIONALE TRASVERSALE SULLA DIAGNOSI PRECOCE DELLE MALATTIE POLMONARI OSTRUTTIVE E-DIAL (Early DIAGnosis of obstructive Lung disease)

OBIETTIVI

- **L'obiettivo principale del progetto E-DIAL è misurare in Italia la sottodiagnosi delle malattie respiratorie croniche, con particolare riferimento alle malattie ostruttive (asma e BPCO)**
- **L'endpoint primario dello studio è la definizione della entità della sottodiagnosi di tali malattie nel contesto delle cure primarie.**
- **Obiettivi secondari sono**
 - **la ottimizzazione della diagnosi (mirata soprattutto a una corretta classificazione) come guida per un appropriato trattamento delle malattie respiratorie croniche**
 - **la creazione di un network locale capace di gestire il follow-up di queste patologie con un approccio integrato fra medicina generalistica e specialistica.**

AIMAR per la BPCO

Progetti di ricerca 2011:

4) Studio OTTIMO (studio osservazionale retrospettivo sulla standardizzazione delle procedure di refertazione della spirometria e la diagnosi funzionale delle piccole vie aeree):

20 Centri Specialistici, 9.000 Spirometrie

OTTIMO: multicentre, observational, retrospective study of standardization of procedures for reporting of spirometry and functional diagnosis of small airways pathology

Razionale

- Da tempo è avvertita la necessità di anticipare la diagnosi di patologia ostruttiva polmonare e /o di definire gli individui a rischio di sviluppare una patologia ostruttiva in particolare tra i fumatori e gli atopici. Le piccole vie aeree sono la sede delle iniziali alterazioni che portano poi allo sviluppo conclamato della sindrome ostruttiva. Questa zona più periferica del polmone appare essere una sede molto importante di infiammazione sia nell'asma che nella BPCO e si associa ad aumento della resistenza al flusso aereo a questo livello, come dimostrato con la misura diretta della resistenza mediante catetere munito di manometro alla sua estremità, introdotto nei bronchioli di piccolo calibro. Con tale manovra è stato dimostrato un significativo incremento della resistenza a livello delle piccole vie aeree e solo una lieve tendenza all'aumento nei grossi bronchi, questo dato ha delle importanti conseguenze di ordine terapeutico.
- Lo studio delle piccole vie aeree è stato per lungo tempo indicato come possibile strumento per raggiungere tale obiettivo dal momento che si ritiene che la loro alterazione patologica sia anteriore alla ostruzione conclamata valutata con il FEV1. Dato che però nessun indicatore ha dimostrato in letteratura una sensibilità e specificità sufficienti per supportare la diagnosi di malattia delle piccole vie, né si è dimostrata una utilità di questi indici nella attività clinica, a tutt'oggi, nessuna linea guida ne raccomanda lo studio e, in generale i segni spirometrici di una eventuale alterazione delle piccole vie aeree vengono omessi dalla refertazione.

OTTIMO: multicentre, observational, retrospective study of standardization of procedures for reporting of spirometry and functional diagnosis of small airways pathology

Razionale

- Da tempo è avvertita la necessità di anticipare la diagnosi di patologia ostruttiva polmonare e /o di definire gli individui a rischio di sviluppare una patologia ostruttiva in particolare tra i fumatori e gli atopici.
- Le piccole vie aeree (bronchioli con diametro interno da 0,5 a 2 mm, tappezzati da un minor numero di cellule ciliate e privi di struttura cartilaginea, ma con evidente strato muscolare , identificabili con i bronchioli terminali e respiratori, cioè le diramazioni bronchiali comprese fra la settima e la diciannovesima generazione) sono la sede delle iniziali alterazioni che portano poi allo sviluppo conclamato della sindrome ostruttiva ed hanno una minore capacità di eliminare le secrezioni, ma una parete particolarmente adattabile alle modificazioni di calibro per cui sono maggiormente influenzate dalle variazioni di volume del polmone . Questa zona più periferica del polmone appare essere una sede molto importante di infiammazione sia nell'asma che nella BPCO .
- Nei soggetti normali le piccole vie aeree contribuiscono solo per il 10 % alla resistenza totale tanto che esse sono state denominate “silent zone” (zona muta) perché la loro ostruzione determina solo piccole variazioni dei test convenzionali di misura della funzione respiratoria.

OTTIMO: multicentre, observational, retrospective study of standardization of procedures for reporting of spirometry and functional diagnosis of small airways pathology

• Obiettivi primari:

- Verifica della corretta refertazione della spirometria e standardizzazione delle procedure di refertazione con particolare riferimento ai segni di patologia a carico delle piccole vie aeree nelle spirometrie routinariamente eseguite.

• Obiettivi secondari:

- Verifica della frequenza con cui nella scheda paziente vengono registrate l'abitudine al fumo, l'attività lavorativa, la diagnosi clinica sospettata e le più importanti condizioni patologiche associate (ad es. atopia, pregressi interventi di chirurgia toracica).

- Misura della frequenza di alterazioni a carico delle piccole vie aeree in relazione al volume totale di spirometrie eseguite.

AIMAR per la BPCO

PROGETTI DI FORMAZIONE:

- **La gestione pratica dei pazienti con Asma e BPCO**

100 Corsi ECM, 200 Specialisti coinvolti, 3.000 MMG

- **Progetto BRIDGE: formazione sulla prevenzione e la diagnosi precoce di BPCO**

60 Corsi ECM, 180 Specialisti coinvolti, 1.800 MMG

- **Riacutizzazioni di BPCO e CAP: orientamenti diagnostici e terapeutici**

25 Corsi ECM, 50 Specialisti coinvolti, 750 MMG

- **Progetto ANGELO: approccio nazionale alla gestione e alla esperienza sulle LG nell'ostruzione bronchiale**

50 Corsi teorico-pratici, 150 specialisti coinvolti, 1.000 MMG

AIMAR per la BPCO

ATTIVITA' EDITORIALE su MULTIDISCIP. RESP. MED

- **Dal 2006 sono stati pubblicati, fra lavori originali e review, 31 articoli sul tema della BPCO**