

# V Giornata Mondiale BPCO



I Conferenza Nazionale BPCO  
**Conoscere, Prevenire  
e Contrastare la BPCO**

Roma, 15 novembre 2006

# ATTI



# ATTI

## *Ringraziamenti*

*Gli organizzatori ringraziano coloro che hanno reso possibile la Prima Conferenza Nazionale sulla BPCO, che si è tenuta a Roma il 15 novembre 2006, in occasione della Giornata Mondiale BPCO, le Istituzioni e Società patrocinanti, il Progetto LIBRA (Linee Guida Italiane per la BPCO/Rinite/Asma) per il supporto organizzativo, i Presidenti e i Moderatori, i Relatori, la Croce Rossa Italiana per l'assistenza ai pazienti, le Aziende che hanno permesso l'approvvigionamento di ossigeno, l'Ufficio Stampa per la comunicazione dell'evento, tutti i partecipanti e i volontari che hanno assicurato il Segretariato della riunione. Un particolare ringraziamento ad Effetti srl per la collaborazione alla produzione degli Atti.*

Editore: **effetti** Srl

Progetto grafico: **effetti** Srl

Stampa: Magicgraph - Busto Arsizio

Finito di stampare nel mese di maggio 2007

*La stampa è stata possibile grazie a un contributo di Sanofi Pasteur MSD.*

# ATTI



## Presentazione

*In occasione della Quinta Giornata Mondiale BPCO l'Associazione Italiana Pazienti BPCO ed il Progetto Mondiale BPCO (GOLD-Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) hanno organizzato la I Conferenza Nazionale BPCO, sul tema "Conoscere, Prevenire e Contrastare la BPCO", che si è tenuta a Roma lo scorso 15 novembre 2006.*

*Nel corso degli ultimi cinque anni, a partire dalla pubblicazione del primo rapporto GOLD-NHLBI/WHO, sono stati compiuti progressi importanti per la conoscenza della BPCO, malattia che colpisce milioni di persone e causa 2,74 milioni di decessi nel mondo e che continuerà a crescere se non saranno prese in ogni paese misure di prevenzione e controllo per migliorare la diagnosi, il trattamento, l'educazione, la riabilitazione e la continuità dell'assistenza.*

*L'individuazione del rilievo epidemiologico e sociale della malattia è avvenuta innanzitutto a livello dell'OMS che ha lanciato l'allarme sull'enorme numero di decessi per BPCO "evitabili", poi anche della Commissione europea, che ha specificatamente indicato questa malattia tra le grandi patologie del nostro tempo.*

*Il 30 novembre 2006 il Parlamento Europeo ha approvato il Settimo Programma Quadro di Ricerca e Sviluppo includendo esplicitamente tra le priorità le malattie respiratorie, comprese quelle indotte da allergia. Il riconoscimento europeo della necessità di maggiore ricerca scientifica in questo campo offre nuove prospettive per milioni di malati respiratori ed è un grande auspicio di migliori condizioni di salute per le generazioni future.*

*Il Ministero della Salute, sulla spinta delle richieste delle Associazioni dei Pazienti e degli esperti del settore, ha riconosciuto le malattie croniche respiratorie tra le "grandi patologie" nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, insieme alle malattie cardiovascolari, ai tumori ed al diabete.*

*Inoltre, ha aperto un nuovo dialogo con le Società Scientifiche e le Associazioni dei Pazienti sulle misure di tutela ed in particolare sulla revisione del Decreto Ministeriale concernente le malattie croniche e invalidanti raccogliendo un consenso sia per l'inserimento della BPCO in questa lista sia per la definizione delle prestazioni di monitoraggio che*



# ATTI

*potranno essere gratuite quando sarà completato l'iter di questa procedura. Scopo della Prima Conferenza Nazionale BPCO è stato quello di fare il punto su questi passi importanti di politica sanitaria e di avanzare raccomandazioni per contrastare lo sviluppo della BPCO attraverso azioni e interventi di medio e lungo periodo nell'ambito dei Piani Sanitari Regionali.*

*Per quanto concerne la traduzione nella realtà delle acquisizioni scientifiche risultanti dalle indicazioni delle linee guida GOLD-ATS/ERS adottate in Italia, due sono gli aspetti che si è scelto di approfondire nell'ambito di questa prima Conferenza Nazionale BPCO: a) l'approccio globale al paziente e b) la gestione domiciliare del paziente grave.*

*L'applicazione delle linee guida internazionali ha messo in evidenza che la BPCO è una malattia sistemica ed è, quindi, necessario che il medico veda il paziente in quanto persona nel suo complesso e tenga conto delle principali comorbidità che influiscono sulla condizione di salute del suo assistito.*

*Esperti delle varie aeree (cardiologia, geriatria, psichiatria) hanno apportato evidenze scientifiche individuando le principali problematiche ed i passi comuni da compiere per una migliore presa in carico del paziente.*

*Lo studio dei percorsi clinico-assistenziali effettuato nel corso degli ultimi anni ha individuato la gestione domiciliare del malato BPCO grave come principale criticità del sistema.*

*I progressi scientifici compiuti, per quanto concerne sia il trattamento farmacologico sia l'ossigenoterapia e la ventilazione assistita, consentono oggi una più lunga sopravvivenza ed una migliore qualità della vita.*

*Quello che maggiormente preoccupa il paziente è lasciare il centro ospedaliero senza potere contare su una adeguata assistenza domiciliare.*

*Tutte le parti interessate, Istituzioni, specialisti, medici di famiglia, tecnici di funzionalità respiratoria e fisioterapisti, hanno apportato la propria esperienza e condiviso obiettivi e strategie per affrontare con proposte concrete questa crescente emergenza sanitaria rappresentata dalla BPCO.*

**Lorenzo Corbetta**  
Delegato Nazionale GOLD

**Mariadelaide Franchi**  
Presidente Associazione  
Italiana Pazienti BPCO

# ATTI

## *Il Progetto GARD dell'OMS Un'alleanza globale per combattere le malattie croniche respiratorie*

*Prof. Giovanni Viegi, Dirigente di Ricerca CNR, Istituto di Fisiologia Clinica CNR, Pisa,  
2006-7 Past President European Respiratory Society*



Il 28 marzo 2006 i rappresentanti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e delle associazioni di settore si sono riuniti a Pechino (Cina) per il lancio ufficiale dell'Alleanza globale contro le malattie croniche respiratorie (GARD-Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases).

Il GARD è un'alleanza di 41 organizzazioni nazionali ed internazionali impegnate a ridurre l'impatto

delle malattie croniche respiratorie attraverso l'integrazione ed il rafforzamento del controllo, della prevenzione e del trattamento.

Le malattie croniche respiratorie colpiscono centinaia di milioni di persone nel mondo, di cui 300 milioni con asma, 80 milioni con forme gravi di BPCO e milioni di altri pazienti con BPCO meno grave, persone con rinite allergica ed altre malattie respiratorie croniche, spesso nemmeno diagnosticate. L'OMS stima in circa quattro milioni i decessi nel 2005 e prevede che la mortalità aumenterà del 30% nei prossimi 10 anni se non si farà nulla nel frattempo.

L'alta prevalenza e l'impatto globale delle malattie croniche respiratorie fanno prevedere un loro aumento nell'immediato futuro ed è, quindi, chiaro che occorre agire subito e che non è più accettabile sopportare il costo del non-intervento.

Obiettivi-chiave del GARD sono:

- Sviluppare metodi standardizzati per ottenere dati sui fattori di rischio e sull'impatto delle malattie. Questo dovrebbe aiutare a definire strategie ed includere le malattie croniche respiratorie nelle agende politiche globali e locali (in quanto priorità di sanità pubblica).
- Incoraggiare i paesi a sviluppare politiche sanitarie e di prevenzione delle



# ATTI

malattie croniche respiratorie, come ad es. politiche di controllo del tabacco, per ridurre il loro impatto.

- Raccomandare strategie semplici e sostenibili per il controllo delle malattie croniche respiratorie per tutti i pazienti in tutti i paesi. Le strategie saranno focalizzate su diagnosi precoci, trattamenti appropriati e sostenibili, perchè le malattie croniche respiratorie sono largamente sottodiagnosticate ed insufficientemente trattate.

Il GARD si pone, inoltre, come obiettivo il coinvolgimento diretto di ogni paese con la formazione di alleanze per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie croniche respiratorie composte da tutte le parti interessate, Istituzioni, Società Scientifiche, Università, Centri di Ricerca, Associazioni dei Pazienti, ecc.

In ogni paese si dovrebbe costituire un coordinamento per sostenere l'avvio o lo sviluppo di programmi nazionali volti a contrastare le malattie croniche respiratorie.

Maggiori informazioni sul GARD sono disponibili sul sito:  
<http://www.who.int/respiratory/gard/en>

# ATTI

## *L'emergenza del nuovo millennio: la policronicità dell'adulto e dell'anziano*

*Prof. Leonardo M. Fabbri, Professore Ordinario di Malattie dell'Apparato Respiratorio, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, 2006-7 President Elect European Respiratory Society*



Buona parte delle malattie umane sono croniche. Si ritiene che fino a 35 mila persone siano morte per simili patologie, tra cui attacco cardiaco, ictus e cancro, nel solo 2005.

Le più importanti e prevenibili - quelle cardiovascolari e respiratorie, il cancro e il diabete - diventano più frequenti con l'aumentare dell'età.

Le malattie croniche condividono fattori di rischio in gran parte prevenibili, tra cui i più importanti sono fumo e obesità. La principale causa di morte nel 2020 saranno le malattie dovute al fumo di sigarette.

Le singole patologie, come insufficienza cardiaca cronica (CHF) e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), raramente si sviluppano da sole, anzi, in genere si assiste ad una o più comorbidità. Oltre la metà degli ultrasessantacinquenni hanno, infatti, almeno tre condizioni mediche croniche e una percentuale significativa ne ha almeno cinque.

Queste patologie coesistenti possono influenzare il corso della malattia primaria e alterare l'effetto della sua terapia. Di conseguenza, oltre a continuare a diagnosticare la severità di ogni singola condizione medica cronica, dobbiamo urgentemente rivalutare la terminologia e studiare nuovi criteri per la diagnosi e la gestione di pazienti affetti da più di una malattia cronica.

I pazienti con malattie croniche di solito hanno oltre 50 anni e hanno comorbidità multiple. Per rispondere ai rigidi criteri di esclusione, i *trial* clinici che studiano le forme croniche selezionano persone più giovani con patologie meno serie e di conseguenza sottostimano la frequenza di comorbidità, che invece può riguardare l'80-90% della popolazione anziana.

Per esempio, studi clinici controllati dimostrano che la BPCO si manifesta nel 20% dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica e che quest'ultima



# ATTI

colpisce oltre il 20% dei soggetti con BPCO, mentre gli studi di popolazione mostrano una maggiore prevalenza in entrambi i casi.

In conclusione, le comorbidità sono piuttosto frequenti e importanti: non solo contribuiscono ad aumentare la severità delle manifestazioni cliniche del malato, ma complicano anche la terapia, di conseguenza è fondamentale riconoscerle e trattarle in maniera efficace. CHF e BPCO possono essere associate a disordini metabolici, come diabete e osteoporosi, e ad altre condizioni croniche, quali anemia, scompenso renale, artrite reumatoide, infezione da *Helicobacter pylori* e disfunzione erettile. I pazienti con una patologia cronica infiammatoria, infine, mostrano una maggior prevalenza di diversi tipi di cancro, a volte legato ad infiammazioni sistemiche.

# ATTI



## *La nuova normativa in favore del paziente BPCO*

*Dott.ssa Paola Pisanti, Direzione Generale della Programmazione, Ministero della Salute*

Già da qualche anno la Direzione Generale della Programmazione del Ministero della Salute è impegnata in un programma di lavoro volto alla tutela assistenziale del malato affetto da patologia cronica.

Una delle linee di attività riguarda il lavoro di aggiornamento del Decreto Ministeriale 28 maggio 1999, “*Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998 n. 124*”, entrato in vigore il 10 ottobre 1999, che ha parzialmente sostituito la precedente disciplina delle esenzioni per patologia (Decreto Ministeriale 1 febbraio 1991).

Per tale lavoro è stata creata una rete di referenti regionali, con i quali sono state valutate le scelte effettuate e le eventuali ulteriori proposte di modifica o integrazione.

Inoltre, per alcune patologie e condizioni cliniche di particolare complessità si è inteso sviluppare un confronto con le società scientifiche, con esperti del settore, con le associazioni di tutela dei malati, con i rappresentanti di FIMMG-Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, FIMP-Federazione Italiana Medici Pediatri e SUMAI-Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana. Sono stati, pertanto, costituiti alcuni gruppi che hanno approfondito le problematiche relative alla malattia diabetica, alle malattie dell'apparato respiratorio, alle malattie reumatologiche, gastroenterologiche e nefrologiche.

Con tale modalità lavorativa intendiamo sottolineare quanto programmi sanitari ben fatti e coordinati, che coinvolgano i vari interlocutori che partecipano al sistema, siano preziosi per dare risposte adeguate ai vari bisogni.

Negli ultimi Piani Sanitari Nazionali il ruolo del paziente è valorizzato in particolar modo, enfatizzando l'importanza della responsabilizzazione dello stesso nella gestione della malattia e nella partecipazione a politiche decisionali.



# ATTI

## *La Prevenzione delle malattie respiratorie croniche*

*Dott.ssa Annamaria De Martino, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute*

Le malattie respiratorie croniche sono un problema importante di sanità pubblica e si prevede che nei prossimi anni esse siano destinate a risalire la graduatoria delle malattie a maggior impatto sociale. Colpiscono larghi strati della popolazione, specialmente le fasce più vulnerabili come anziani e bambini, ma anche i gruppi in età lavorativa. In Europa l'assenteismo lavorativo è la maggiore voce di spesa, seguita dai ricoveri ospedalieri.

La broncopneumopatia cronica ostruttiva è una delle forme più gravi ed invalidanti. Circa il 50-55% dei decessi per malattie respiratorie sono attribuibili alla BPCO. Colpisce soprattutto le fasce di età più avanzate ed il sesso maschile (ISTAT, Cause di morte, 2002 e 2005), con costi sociosanitari ed economici elevati, soprattutto a causa dei ricoveri ospedalieri e di terapie complesse e costose (compresa l'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine e la ventiloterapia domiciliare). Nel 1996 la BPCO è stata stimata l'ottava causa di DALYs (*disability-adjusted life years*) negli uomini e la settima nelle donne e nel 2020 rischia di divenire in tutto il mondo la quinta causa di disabilità (M.V. Lopez e Murray, OMS, Ginevra). Anche utilizzando una stima conservativa, alla BPCO viene attribuito almeno il 6% dell'intera spesa sanitaria italiana, la quota maggiore è rappresentata dalle ospedalizzazioni.

Come risulta dalla letteratura scientifica, la BPCO è sottodiagnosticata e l'entità delle sottodiagnosi oscilla tra il 25 ed il 50% (o anche più), a seconda degli studi considerati. Chiaramente la presenza di molti casi di BPCO non diagnosticati, o diagnosticati tardivamente, ritarda i tempi dell'intervento terapeutico e contribuisce all'evoluzione verso stadi più severi della malattia.

Le previsioni future sull'evoluzione di questa patologia sono sicuramente più allarmanti: nei prossimi venti anni, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la BPCO potrebbe diventare una delle prime cause di malattia e di morte a livello mondiale.

# ATTI



## *Fattori di rischio e strategie di prevenzione*

E' stato ampiamente dimostrato che la correzione dei fattori di rischio conduce in genere ad una riduzione dei casi di BPCO e può contrastare l'evoluzione verso la cronicità o verso forme gravi ed invalidanti. I principali fattori di rischio per BPCO che possono essere modificati con interventi preventivi sono: consumo di tabacco, dieta scorretta ed ipercalorica, mancanza di attività fisica e inquinamento ambientale, che sono alla base dei nuovi casi di malattie respiratorie croniche ma anche di cardiopatie, ictus ed alcuni gravi tipi di cancro. Anche la povertà e l'emarginazione sociale aumentano il rischio di sviluppare la BPCO e sono causa di mortalità prematura, soprattutto per comportamenti a maggior rischio, condizioni di vita non salutari, maggiore esposizione a sostanze nocive, ma anche per un limitato accesso alle informazioni ed ai servizi e, come si sa, il ridotto accesso a trattamenti adeguati rende più gravi le conseguenze della malattia. La percentuale sempre più elevata di cancro ai polmoni e di decessi per malattie respiratorie croniche è, ad esempio, una spia degli effetti ritardati del crescente uso di tabacco tra le fasce meno abbienti della popolazione.

Le opportunità di prevenire e contrastare l'insorgenza e l'evoluzione della BPCO si basano principalmente sulla ricerca e la riduzione dell'esposizione complessiva ai fattori di rischio ambientali, comuni anche ad altre malattie croniche, primo fra tutti il fumo di sigaretta. Ovviamente la prevenzione primaria è la più efficace perchè può evitare l'insorgenza della malattia. In ogni caso, anche quando la malattia si è già instaurata, la cessazione del fumo di tabacco costituisce uno strumento conveniente ed efficace per ottenere un prolungamento dell'attesa di vita attiva ed un miglioramento del quadro clinico.

Recentemente è stato evidenziato che i soggetti non fumatori possono ugualmente sviluppare la BPCO e che, tra i pazienti deceduti per BPCO, circa il 17% non aveva mai fumato. Quindi il fumo di tabacco non è l'unico fattore di rischio responsabile della malattia.

Da tempo si sa che esiste un'associazione tra esposizione professionale a sostanze nocive quali polveri, fumi, sostanze chimiche ed insorgenza di BPCO. Categorie di lavoratori particolarmente a rischio sono minatori, edili, metallurgici, addetti alla lavorazione di cotone e carta e coltivatori di grano. E' stato calcolato che il rischio attribuibile per la popolazione dovuto all'esposizione professionale è pari al 18% - 20% e, considerando le alterazioni della funzione polmonare compatibili con un quadro di BPCO, tale rischio appare sicuramente maggiore nei



# ATTI

lavoratori fumatori, essendo i due fattori in grado di reagire negativamente tra di loro.

Questi dati sottolineano la necessità di sviluppare, accanto ai programmi di prevenzione orientati alla cessazione del fumo di tabacco, anche programmi per ridurre le esposizioni occupazionali e programmi più mirati, specifici per le categorie di lavoratori in cui l'abitudine al fumo di tabacco risulti essere più diffusa.

L'inquinamento atmosferico urbano è stato associato in modo causale con la BPCO, anche se il ruolo è minore rispetto a quello del fumo. Esistono ancora numerose incertezze circa la relazione fra inquinamento atmosferico e sviluppo o aggravamento della BPCO, tuttavia è dimostrato che un grande numero di disturbi respiratori, ricoveri ospedalieri e decessi, è attribuibile all'inquinamento dell'aria urbana, con particolare riferimento al parametro PM10.

Studi sugli effetti a breve termine dimostrano che, per ogni incremento di 10  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  di PM10, si verificano un significativo aumento della mortalità per cause cardiovascolari e respiratorie ed un aumento dei ricoveri per cause respiratorie tra gli anziani (65 anni e più) (OMS 2004, MISA 2 2005).

La maggior parte degli studi fino ad ora condotti non hanno individuato una soglia di concentrazione al di sotto della quale il PM 10 possa non produrre effetti sulla salute. Ciò suggerisce l'importanza di ridurre l'inquinamento da PM10 più di quanto sia previsto dall'attuale legislazione.

Recenti studi pongono l'attenzione sugli effetti tossici delle particelle più piccole PM 2.5 e delle polveri ultrafini di 0,1 micrometri di diametro in quanto sembra confermato che gli effetti sanitari delle polveri sono inversamente proporzionali alle loro dimensioni. Il PM 0.1 può penetrare molto profondamente nelle vie respiratorie e addirittura passare nel sangue a livello polmonare. Molte evidenze indicano negli anziani, nei soggetti malati (di diabete, asma, BPCO e patologie cardiovascolari) ed in generale nelle classi socioeconomiche svantaggiate, i gruppi di popolazione più vulnerabili agli effetti dell'inquinamento, per quanto riguarda il particolato atmosferico.

Il tempo di esposizione delle persone ai fattori di rischio aerodispersi è più elevato negli ambienti indoor, rispetto all'ambiente outdoor. Considerando che la maggior parte delle persone trascorre in ambienti chiusi fino a 20-22 ore al giorno e sommando le ore trascorse in ambiente domestico, al lavoro, sui mezzi di trasporto e in luoghi pubblici, l'esposizione anche a bassi livelli di inquinanti

# ATTI



indoor può comportare conseguenze importanti per la salute, soprattutto per quanto concerne i possibili effetti di tipo cronico che si manifestano nel tempo, e possono portare sino ad una riduzione della speranza di vita (*Dockery et al., 1993; Pope et al., 1995; Abbey et al., 1999*). Nell'aria indoor, oltre al fumo passivo, possono essere presenti numerosi inquinanti nocivi per l'apparato respiratorio: particolato, ossidi di azoto provenienti dalla presenza di stufe e cucine a gas e cherosene.

Tutte le misure volte a migliorare la qualità dell'aria sono, quindi, molto importanti ai fini della prevenzione delle malattie respiratorie. L'Accordo Ministro della Salute, Regioni e Province autonome del 27.9.2001, pubblicato sulla G.U. del 27 novembre 2001, n. 276 S.G. S.O. n. 252, costituisce un utile riferimento per la realizzazione di iniziative per migliorare la qualità dell'aria interna e promuovere la salute negli ambienti confinati.

A fianco di queste strategie di prevenzione che, intervenendo sulle abitudini di vita e sull'ambiente, possono determinare una riduzione dell'incidenza delle malattie respiratorie croniche, sono necessari interventi che riducano il numero delle forme non diagnosticate, permettendo di controllare la malattia modificandone la storia naturale, riducendo e ritardando così la comparsa di forme moderate-gravi e le conseguenti invalidità.

I soggetti con tosse cronica ed espettorato e/o dispnea e/o storia di esposizione a fattori di rischio andrebbero testati per valutare la presenza di riduzione del flusso aereo. Ad esempio, una semplice spirometria può essere usata per misurare la funzione polmonare e scoprire la BPCO in fumatori o ex fumatori di età di 45 anni, o oltre, che non manifestano ancora problemi respiratori.

Allo stato attuale, non vi sono dati sui rapporti costo-efficacia dei programmi di diagnosi precoce delle BPCO soprattutto per la difficoltà di valutare i benefici futuri. E' certo, tuttavia, che la diagnosi precoce associata ad un monitoraggio ed alla corretta terapia è assolutamente indispensabile per ridurre gli alti costi di ospedalizzazione.

Il medico può svolgere un ruolo importante per evidenziare la malattia in fase ancora asintomatica, può indirizzare e facilitare le campagne di *screening* a livello locale ed, inoltre, il suo intervento di comunicazione con il paziente e di educazione sanitaria può dimostrarsi determinante per ottenere la partecipazione ed il coinvolgimento attivo dei pazienti nella gestione della malattia soprattutto per ridurre la frequenza e la severità delle riacutizzazioni.



# ATTI

La BPCO si associa spesso a riacutizzazioni. Le cause più comuni sono le infezioni dell'albero tracheobronchiale, ma la causa di circa un terzo degli episodi resta sconosciuta. Sicuramente molti casi di riacutizzazione possono essere prevenuti attraverso programmi regolari di vaccinazione: antinfluenzale (annuale) e antipneumococcica (ogni 5 anni) e controllando le esposizioni ai fattori di rischio ambientali.

Il Ministero della Salute ha avviato già da alcuni anni una politica sanitaria volta alla tutela della salute della popolazione dai gravi danni causati dall'esposizione sia attiva sia passiva al fumo di sigaretta.

Per la protezione della salute dei non fumatori sono state attivate a livello nazionale campagne di comunicazione e di sensibilizzazione rivolte alla popolazione, ed ai giovani in particolare. La nuova legge 3/2003, articolo 51, entrata in vigore il 10 gennaio 2005 superando finalmente i limiti della precedente normativa sul divieto di fumo (legge 11 novembre 1975, n.584), ha esteso il divieto di fumo a tutti i locali chiusi con le sole eccezioni dei locali riservati ai fumatori e degli ambiti strettamente privati (abitazioni). Questa legge ha già prodotto i primi risultati positivi, a distanza di poco tempo dalla sua applicazione, si è rivelata un importante strumento per la salvaguardia della salute pubblica ed è stata presa a modello anche da altri Paesi europei.

Dall'Indagine Multiscopo dell'ISTAT sul fumo in Italia emerge che nel periodo dicembre 2004-marzo 2005 i fumatori in Italia sono 11 milioni e 221 mila, mentre i dati ISTAT del 2003 riferivano una prevalenza di fumatori pari al 23,9% della popolazione adulta ultraquattordicenne. Dal confronto dei dati tra la rilevazione di dicembre 2004 e marzo 2005, cioè immediatamente prima e tre mesi dopo l'introduzione del divieto, si evidenziano alcuni elementi significativi di cambiamento e cioè: un calo della percentuale di fumatrici (da 17,5% a 15,8%) ed un aumento del numero di persone che hanno tentato di smettere di fumare (dal 20,9% al 23%), che risulta più marcato tra le persone con titolo di studio più elevato. L'indagine Doxa condotta a marzo-aprile 2005 su un campione di 3114 persone di 15 anni e oltre, ha rivelato che in totale circa 500 mila fumatori hanno smesso di fumare nell'ultimo anno. Uno studio commissionato dal Ministero della Salute (Studio PASSI) ha rilevato che circa il 39% sostiene di avere diminuito il numero di sigarette fumate dopo l'applicazione della Legge 3/2003. Inoltre, come risultato indiretto del divieto di fumo, si è registrato un calo della vendita di sigarette nel periodo gennaio-

# ATTI



novembre 2005 rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

Le carte del rischio respiratorio messe a punto da un'attività di ricerca multicentrica coordinata dall'ISS assieme al CNR di Pisa ed al Dipartimento di Epidemiologia dell'ASL RME di Roma, permettono di stimare quotidianamente il rischio di sviluppare BPCO nei prossimi 10 anni di vita e rendono il fumatore consapevole dei rischi a cui va incontro rispetto a chi non fuma. Per questo esse possono costituire un utile strumento per favorire la presa di coscienza del rischio e la cessazione dell'abitudine tabagica.

Occorre sottolineare che per contrastare efficacemente l'esposizione involontaria al fumo passivo è indispensabile impegnare ulteriori sforzi nella realizzazione di campagne di comunicazione ed educazione sanitaria, specialmente nelle scuole, rivolte alle famiglie, ai genitori in particolare, per svolgere un'efficace opera di sensibilizzazione e rendere consapevoli i genitori dei gravi rischi a cui espongono i loro bambini in ambito domestico. Nelle mura domestiche, infatti, circa la metà dei bambini italiani da 0 a 13 anni convive con almeno un genitore fumatore e l'esposizione al fumo passivo dei genitori è risultata significativamente associata ad un maggior rischio di asma e sintomi asmatici, nonché di bronchiti ricorrenti, sia nei bambini sia negli adolescenti (SIDRIA 1994-1995 e SIDRIA-2, 2002).

Per avere successo nelle politiche di prevenzione delle malattie respiratorie è necessario un approccio globale ed integrato, che possa coinvolgere i singoli cittadini e l'intera comunità: i pazienti, le famiglie, i vari soggetti della società, le istituzioni, la scuola, la sanità, i settori produttivi a livello centrale, regionale e locale. Il trattamento preventivo, a qualsiasi livello si svolga, deve essere rivolto all'individuo, al suo contesto ambientale e sociale e, inoltre, deve agire in maniera capillare e continua nel tempo.

Come primo passo è fondamentale diffondere le informazioni e le conoscenze disponibili alle figure professionali coinvolte in prima linea - specialisti in diverse e complementari aree della medicina (pneumologo, cardiologo, infettivologo, pediatra), medici di medicina generale, tecnici, fisioterapisti, infermieri - ed alla popolazione in generale.

*“La morte è inevitabile, ma una lunga vita di malattia non lo è affatto. Prevenire e controllare le malattie croniche aiuta le persone a vivere in salute e più a lungo”(OMS).*



# ATTI

## *Bibliografia essenziale BPCO*

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, NHLB/WHO Workshop report 2001 e successivi aggiornamenti
2. ISTAT, Annuario statistico italiano 2004. Disponibile sul sito web: <http://www.istat.it/dati/catalogo/asi2004/>
3. Scognamiglio A., Matteelli G., Baldacci S., et al. L'epidemiologia della Broncopatia cronica ostruttiva. Ann Ist Super Sanità 2003; 39: 467-484
4. Viegi G., Matteelli G., Angino A., et al. The proportional Venn diagram of obstructive lung disease in the Italian general population. Chest 2004;126: 1093-1101
5. Lucioni C., Donner C.F., De Benedetto F., Lusuardi M. I costi della broncopatia cronica ostruttiva in Italia: la fase prospettica dello studio ICE
6. Dati del Ministero della Salute. Ricoveri ospedalieri
7. WHO World Health Report 2002. [www.who.int/whr/2002](http://www.who.int/whr/2002)
8. Antonisen N.R., Connet J.E., Murray R.P. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. Am J Respir Crit Care Med 2002;166:675-9
9. Balmes J., Becklake M., Blanc P., et al. American Thoracic Society Statement: Occupational contribution to the burden of airway disease. Am J Respir Crit Care Med 2003;167:787-97

# ATTI

## *Le Linee Guida GOLD*

*Prof. Lorenzo Corbetta, Delegato Nazionale GOLD, Unità Funzionale di Medicina Respiratoria, Azienda Ospedaliera-Universitaria Careggi, Università degli Studi di Firenze*



Il 4 Aprile 2001 è stato lanciato a livello internazionale un importante programma sanitario intitolato "Global Initiative on Obstructive Lung Diseases (GOLD)", che si propone la divulgazione ed implementazione delle Linee guida per la diagnosi, prevenzione e trattamento delle broncopneumopatie croniche ostruttive. Tali linee guida sono state prodotte da un Comitato Scientifico Internazionale e sono state approvate dalle più

importanti società scientifiche del settore.

Lo scopo principale del progetto GOLD è di migliorare la gestione della BPCO, prevenendone l'evoluzione attraverso un incisivo intervento sui fattori di rischio, in particolare il fumo di sigaretta, e curando coloro che ne sono affetti. I trattamenti oggi a disposizione permettono, infatti, di alleviare i sintomi, migliorare la tolleranza allo sforzo e la qualità di vita, prevenire e trattare le complicazioni e le riacutizzazioni che fanno parte di questa malattia. Scopo finale è ovviamente quello di riuscire ad intervenire all'inizio, durante le fasi precoci della malattia, per prevenirne sia l'evoluzione sia la mortalità che ne consegue.

Considerata la continua evoluzione delle conoscenze, il progetto richiede un processo dinamico con un aggiornamento annuale e una completa revisione ogni 5 anni. L'edizione 2006, pubblicata il 15 novembre in occasione della Giornata Mondiale della BPCO introduce due concetti importanti: il fatto che la BPCO è prevenibile e curabile e che il medico deve considerare i disturbi respiratori come una delle molteplici manifestazioni legate al fumo e all'età, a carico del cuore, dei muscoli, delle ossa, del metabolismo, della psiche.

Cardine del trattamento della BPCO resta la prevenzione, e soprattutto la cessazione del fumo di sigaretta a tutti i livelli di intervento. Viene rimarcata l'importanza della vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica. Il



# ATTI

trattamento farmacologico di fondo della BPCO si basa su due categorie fondamentali di farmaci che sono i broncodilatatori, preferibilmente a lunga durata d'azione e per via inalatoria, ed i cortisonici per via inalatoria limitatamente alle fasi più gravi di malattia. Viene sempre più enfatizzato l'impiego della riabilitazione respiratoria che permette un approccio sistemico alla malattia e dovrebbe, quindi, essere offerta a tutti i pazienti con BPCO moderata-grave. La riacutizzazione è il momento più critico e drammatico nella storia naturale della malattia ed è spesso avvertito in ritardo dal paziente.

La revisione 2006 verrà divulgata in varie forme. Un documento completo verrà pubblicato, sotto l'egida editoriale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'Istituto Nazionale di Sanità Statunitense (National Institute of Health). Entro fine anno verranno stampate una guida tascabile e una guida pratica per i pazienti. Verranno, infine, messe a disposizione diapositive, lucidi e cartoni illustrativi per permetterne la consultazione a tutti e consentire la divulgazione delle informazioni. Tutto questo materiale è reperibile sul sito internazionale [www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org).

Il Progetto Mondiale GOLD, attraverso la rete di delegati nazionali, prevede una prima fase di traduzione, adattamento nazionale e condivisione con le Società Scientifiche e Associazioni di pazienti ed una seconda fase di divulgazione attraverso strumenti educazionali tradizionali e innovativi che in Italia avviene attraverso il sito [www.goldcopd.it](http://www.goldcopd.it). Nell'ambito di questa collaborazione internazionale alcuni materiali educazionali in formato digitale, realizzati dal *board* italiano e tradotti in inglese e spagnolo, sono utilizzati in molti paesi del mondo e disponibili sul sito web GOLD internazionale e sui più importanti siti web internazionali divulgativi sulla BPCO.

Ultimi aggiornamenti:

[www.goldcopd.org](http://www.goldcopd.org)

[www.goldcopd.it](http://www.goldcopd.it)

# ATTI



## *Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva e Cardiopatie*

*Prof. Massimo Santini, Direttore del Dipartimento Cardiovascolare, Azienda C. O. San Filippo Neri, Roma*

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ed altri disordini legati alla ridotta capacità polmonare sono importanti fattori di rischio per malattie cardiovascolari, indipendentemente dall'abitudine tabagica. Le “classiche” patologie cardiache legate alla BPCO, alcune legate al sovvertimento dell'architettura vascolare polmonare, come il cuore polmonare cronico, sono causa di ipertensione polmonare e scompenso destro, di altre aritmie, quali la frequente fibrillazione atriale e più rara tachicardia o fibrillazione ventricolare. Tali aritmie sono dovute al cronico stato ipossico ed all'elevata attività simpatica provocata dall'uso di broncodilatatori  $\beta$ -2 adrenergici ed anticolinergici.

Tuttavia recenti evidenze indicano in realtà che tali patologie costituiscono la minore causa di morbilità e mortalità in questi pazienti, essendo la cardiopatia ischemica la principale causa di morte in pazienti con BPCO moderata o severa. Sebbene i meccanismi legati a questa osservazione siano largamente sconosciuti, vi sono evidenze che suggeriscono che lo stato infiammatorio cronico, sistemico, legato alla BPCO, possa giocare un importante ruolo patogenetico (teoria infiammatoria dell'aterosclerosi e trombosi). Infatti negli individui con BPCO in stato avanzato, i livelli circolanti di proteina C reattiva, fibrinogeno ed altri *biomarker* infiammatori (IL-6, citochine), sono aumentati di 1.5-3.0 volte, rispetto alla popolazione di riferimento. Sembra che tale elevato tasso di proteina C reattiva e di altri *biomarker* infiammatori esponga questi soggetti ad elevato rischio di patologie cardiovascolari ischemiche (angina pectoris, infarto del miocardio, ictus cerebrali), rispetto a soggetti con livelli normali ed indipendente da altri fattori di rischio come il diabete, l'ipertensione e le dislipidemie.

In conclusione, esiste una strettissima correlazione tra patologia polmonare e cardiovascolare, che si può manifestare acutamente o progressivamente. La BPCO può rappresentare un rischio cardiovascolare aggiuntivo. Un attento *follow-up* dei pazienti con BPCO dovrebbe comprendere una altrettanto attenta valutazione della situazione cardiovascolare.

# ATTI

## *Ansia, depressione e BPCO: quale significato clinico?*

*Prof. Marcello Nardini, Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari*



La possibilità che la condizione psicologica possa influenzare la percezione del respiro e che la malattia polmonare cronica possa avere risvolti psicologici riveste oggi un notevole interesse, e non solo per gli addetti ai lavori; è un fatto ormai accertato che trova riscontri significativi nella ricerca scientifica. La BPCO (BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva) è un'affezione respiratoria molto invalidante che riduce gravemente la qualità della vita sia dei pazienti, sia dei loro familiari e che, negli stadi avanzati, può risultare fatale. Tale è nella realtà clinica dei fatti, e tale è la “percezione soggettiva” dei pazienti e dei loro familiari. Ha, in aggiunta, un prezzo “nascosto” e non conosciuto, riconosciuto ed adeguatamente valutato: l'effetto sulla salute mentale dei pazienti, dei familiari e dei *caregiver* in generale. La mancanza di consapevolezza di questo aspetto rende spesso difficile, per i medici, la valutazione corretta e completa dell'impatto sul “sistema salute” di questa malattia.

La letteratura a disposizione - seppure al momento non ampia e sistematica - è tuttavia sufficiente per dare consistenza a queste affermazioni. Cerchiamo di analizzarla nei dettagli più significativi, augurandoci lo sviluppo di ulteriori e sistematiche ricerche.

Il primo studio che ha messo in correlazione la presenza di sintomi depressivi ed ansiosi in 77 pazienti affetti da BPCO risale al 1985 (*Light et al.*). Nel 1991, Zandeberg aveva osservato che non solo la sintomatologia ansiosa è maggiore nei pazienti con BPCO ma che è vero anche il contrario e cioè che la prevalenza di disturbi respiratori è maggiore nei soggetti affetti da disturbi di panico (47%) rispetto a qualunque altra patologia psichiatrica, facendo supporre una stretta relazione anche patogenetica tra i due domini di malattia. Kellner e Wittchen nel 1992 e nel 1994 avevano riportato che la prevalenza del disturbo d'ansia generalizzato, valutato utilizzando metodologie standardizzate di dia-

# ATTI



gnosi, variava dal 10% al 15.8% nella popolazione affetta rispetto al 3.6% e al 5.1% della popolazione generale. La frequenza dei disturbi d'ansia nei soggetti affetti da BPCO oscilla dal 13 al 51% e risulta, comunque, sempre superiore non solo rispetto alla popolazione generale ma anche rispetto ai disturbi d'ansia riscontrati in soggetti affetti da altre gravi patologie non a carico dell'apparato respiratorio ma altrettanto gravi, quali insufficienza cardiaca, carcinomi, e altre ancora (Kvaal, 2001). La sintomatologia depressiva è maggiormente presente nei soggetti anziani affetti da patologia respiratoria; la severità ed i sintomi depressivi sarebbero più gravi quanto maggiore è il grado di disabilità indotta (Yobannes, 1998).

In uno studio del 2004, Wagena et al. hanno riscontrato uno stretto legame tra alcune patologie respiratorie (asma e bronchite cronica), disturbi d'ansia e depressivi differenziati per abitudine tabagica. E' emerso che i soggetti affetti da bronchite cronica hanno un'aumentata prevalenza di ansia e depressione in funzione soprattutto della pregressa abitudine tabagica (ex fumatori). La sintomatologia ansiosa risulta associata in modo significativo alla riduzione della funzionalità respiratoria; sintomatologia depressiva ed ansiosa, deficit della funzionalità respiratoria e gravità della malattia si influenzano reciprocamente (Kim, 2000). L'ansia si associa alla dispnea (Giff, 1986), alla capacità polmonare forzata (Kim, 2000; Kval, 2001) ed alla presenza di sintomi respiratori (Keller, 1992).

Infine, la sintomatologia ansiosa risulta essere un indice predittivo della frequenza delle ospedalizzazioni per riacutizzazione di BPCO. I dati della recente letteratura suggeriscono che nei pazienti con patologia polmonare cronica, la valutazione della percezione della dispnea, dei disturbi psicologici e l'osservazione di ogni evento stressante dovrebbero essere considerati importanti quasi quanto l'esame della funzionalità respiratoria (Cbeta et al., 2005). In questa ottica, Gudmundsson et al. (2005) hanno recentemente osservato una frequenza pari al 60% di riospedalizzazioni in soggetti affetti da BPCO e disturbi d'ansia con conseguente scadimento delle condizioni di salute generale.

Le donne affette da BPCO sembrano essere maggiormente predisposte a sviluppare disturbi depressivi rispetto agli uomini, mostrano una peggiore qualità della vita e più alti livelli di dispnea a valori simili di FEV1 (Di Marco, 2005). Uno studio trasversale pubblicato su *Chest* (Kunik et al., 2005) condotto su 1334 pazienti ha dimostrato che il 65% dei pazienti affetti da BPCO risultava anche



# ATTI

affetto da disturbo d'ansia e/o disturbo depressivo e, di questi pazienti, solo il 31% era stato trattato con presidi farmacologici per depressione e/o ansia. Sulla base di quanto detto, risulta immediata la comprensione dell'impatto del mancato riconoscimento e trattamento dei disturbi psichiatrici associati a BPCO sulla prognosi del disturbo polmonare.

I dati soprariportati sono stati recentemente confermati in uno studio - coordinato dal CNR di Pisa (Prof. Viegi) - sulla prevalenza dei disturbi d'ansia e depressivi nella popolazione afferente ai medici di medicina generale, condotto attraverso un'indagine campionaria in 6 aree geografiche italiane su 2083 soggetti selezionati in modo casuale da 143 medici di medicina generale, (Studio EPIDEA, dati non ancora pubblicati).

Riconoscere e trattare i sintomi (o le sindromi o i disturbi: esiste nei fatti un *continuum* psicopatologico tra "sintomi" isolati, "sindrome" e "disturbo") associati a BPCO diventa, quindi, fondamentale e necessario e deve entrare nella pratica clinica sia di psichiatri sia di pneumologi, al fine di ottenere una anamnesi ed una analisi clinica più accurata, in un'ottica soprattutto di trattamento e di miglioramento della qualità della vita dei pazienti affetti e dei *caregiver* in generale. Per una corretta valutazione psicopatologica e clinica dei sintomi di origine emotiva presentati dai pazienti con BPCO in trattamento, ci piace ricordare che molti dei farmaci utilizzati dagli pneumologi in corso di BPCO hanno, all'interno del loro spettro di azioni indesiderate, la capacità di indurre sintomi della serie psicologica e psichiatrica.

Diventa fondamentale attrezzarsi per migliorare il riconoscimento della co-presenza di disturbi psichiatrici; di seguito si riportano i principali sintomi psichiatrici e psicologici riportati dai pazienti che possono essere espressione di una sofferenza psicologica od anche indicatori della co-esistenza di un vero disturbo psichiatrico o, infine, costituire "fattore di rischio" per lo sviluppo di patologia psichiatrica nel corso dello sviluppo della malattia.

I sintomi d'ansia maggiormente riportati dai pazienti affetti da BPCO sono (Aydin, 2001):

- sentirsi ansioso
- sentirsi stanco
- distraibilità
- irritabilità
- somatizzazioni (in particolar modo, parestesie).

# ATTI



Altri sintomi, indicatori di probabile comorbidità psichiatrica nei pazienti con BPCO sono:

- non *compliance* al trattamento prescritto
- aumentato uso di benzodiazepine
- perdita di peso (spesso secondaria alla BPCO)
- scarsa igiene personale
- perdita della fiducia in se stessi
- irritabilità e ostilità
- pensare d'essere un peso per la propria famiglia.

## *Quali trattamenti seguire?*

Attualmente, il non trattamento della sintomatologia depressiva ed ansiosa nei pazienti affetti da BPCO rappresenta la regola piuttosto che l'eccezione, così come emerge dai dati della letteratura.

I farmaci di elezione per i pazienti affetti da BPCO e disturbi d'ansia o depressivi sono gli SSRI (inibitori selettivi del re-uptake della serotonina). Gli SSRI sono associati con una bassa incidenza di effetti anticolinergici ed altri effetti collaterali; possono interagire con altri farmaci comunemente utilizzati per i pazienti affetti da BPCO. Bisogna, quindi, sempre considerare le possibili interazioni farmacologiche.

Non è raccomandato l'uso delle benzodiazepine per diverse ragioni, perché possono causare depressione respiratoria o avere un effetto *rebound*, che può comportare un loro uso eccessivo fino alla dipendenza. Utile l'utilizzo di anti-staminici, anche se possono avere effetti anticolinergici.

Absolutamente da evitare i  $\beta$ -bloccanti, che possono peggiorare la funzionalità respiratoria e sono peraltro controindicati in caso di BPCO.

La terapia cognitivo-comportamentale, soprattutto se associata alla farmacoterapia e alla riabilitazione polmonare, rappresenta una misura terapeutica efficace nei soggetti affetti da BPCO con depressione ed ansia in associazione.

I programmi di riabilitazione respiratoria, applicati non solo dopo un episodio di riacutizzazione ma anche in caso di BPCO in fase di stabilità clinica, sono in grado di migliorare a breve termine la sintomatologia ansiosa e depressiva al pari dei sintomi invalidanti presenti nei pazienti affetti da BPCO (soprattutto di grado grave), quali la tolleranza allo sforzo. Il paziente, di conseguenza, sperimenta una migliore qualità della vita.



# ATTI

Non vanno dimenticati, e vanno al contrario sempre più valorizzati, gli interventi atti a ridurre e prevenire lo stress dei *caregiver* (familiari o altre persone che si prendono cura del paziente).

Concludendo, sintomi di ansia e depressione sono frequentemente associati alla BPCO ed in generale alle malattie respiratorie acute e croniche; spesso questi si strutturano come veri disturbi psichiatrici. I sintomi di ansia appaiono essere più precoci e caratteristici; la comparsa di depressione pare essere più tardiva e correlata con la gravità della sindrome e con la compromissione funzionale. Esiste, inoltre, una stretta relazione tra disturbi respiratori e presenza di sintomi di ansia e depressione; in particolare, si rimarca che la presenza di sintomi di ansia e/o demoralizzazione/depressione ha pesanti e significative ricadute sulla prognosi del disturbo primario.

Queste condizioni non sono sistematicamente esplorate e diagnosticate e di conseguenza non vengono, quindi, sempre adeguatamente trattate. Ciò comporta una ricaduta importante sull'evoluzione della malattia respiratoria e sulla qualità della vita del paziente, oltre che un aumento dei costi sanitari e sociali.

Sono, quindi, fondamentali:

- una diagnosi attenta e precoce della condizione psichiatrica e valutazione dell'impatto sui parametri clinici e di funzionamento, compresa la qualità della vita del soggetto affetto e dei *caregiver*;
- un adeguato trattamento (farmacoterapia sistematicamente associata a psicoterapia e ad interventi educazionali e di counselling), contestuale al trattamento della malattia primaria;
- un'estrema attenzione alla valutazione e al trattamento dello stress del *caregiver*.

A chiusura del mio intervento desidero ringraziare per la collaborazione avuta nella preparazione della relazione i colleghi Antonello Bellomo e Massimiliano Carrisi del Dipartimento di Scienze Mediche e del Lavoro, Sezione di Psichiatria dell'Università di Foggia.

## ***Bibliografia***

1. Anto JM, Vermeire P, Vestbo J, Sunyer J. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2001,17, 982-94
2. Calverley PMA, Walker P. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2003, 362, 1053-61

# ATTI



3. **Loddenkemper R, Gibson GJ and Sibille Y.** The burden of lung disease in Europe: data from the first European White Book. <http://www.ersnet.org/ers>
4. **Vogelmeier C, Partridge MR, Stahl E.** Burden of exacerbations in COPD: the patient's perspective. Presented at the American Thoracic Society meeting 2004 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Bethesda, MD: National Institutes of Health (NIH publication no. 2701, 2003). <http://www.goldcopd.org>
5. **Wells KB, Hays RD, Burnam MA, et al.** Detection of depressive disorder for patients receiving prepaid of fee-for-service care: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 1989; 262: 3298-3302
6. **Williams JW Jr., Mulrow CD, Kroenke K. et al.** Case-finding for depression in primary care: a randomized trial. *Am J Med*, 1999; 106: 36-43
7. **Light RW, Merrill EJ, Despars JA et al.** Prevalence of depression and anxiety in patients with COPD: relationship to functional capacity. *Chest*, 1985; 87: 35-38
8. **Kellner R, Samet J, Pathak D.** Dyspnea, anxiety, and depression in chronic respiratory impairment. *Gen Hosp Psychiatry*, 1992; 14: 20-28
9. **Wittchen HU, Zhao S., Kessler RC et al.** DSM III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1994; 51: 355-364
10. **Yohannes et al.** Depression in elderly patients with disabling chronic obstructive pulmonary disease. *Age Aging*, 1998
11. **Kvaal K, Macijauskienė J., Engedal K et al.** High prevalence of anxiety symptoms in hospitalized geriatric patients. *Int J. Geriatr Psychiatry*, 2001; 16: 690-693
12. **Kim HF, Kunik ME, Molinari VA et al.** Functional impairment in COPD patients: the impact of anxiety and depression. *Psychosomatics*, 2000; 41: 465-471
13. **Gift AG, Plaut SM, Jacox A.** Psychologic and physiologic factors related to dyspnea in subjects with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart Lung*, 1986; 15: 585-601
14. **Kunik ME, Roundy K, Veazey C et al.** Surprisingly high prevalence of Anxiety and Depression in Chronic Breathing Disorders. *Chest*, 2005; 127: 1205-1211
15. **Aydin IO, Ulusahin A.** Depression, anxiety comorbidity, and disability in tuberculosis and chronic obstructive pulmonary disease patients: applicability of GHQ-12. *Gen Hosp Psychiatry*, 2001; 23: 77-83
16. **Gift AG, Cahill C.** Psychophysiological aspects of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease. A pilot study. *Heart Lung*, 1990; 19: 252-257



# ATTI

17. Gift AG, McCrone SH. Depression in patients with COPD. *Heart Lung*, 1993; 22: 289-297
18. Gift AG, Moore T, Soeken K. Relaxation to reduce dyspnea and anxiety in COPD patients. *Nurs Res*, 1992; 41: 242-246
19. Gift AG, 1986 American Lung Association fact sheet: COPD. Accessed Sept. 23, 2003
20. Smoller JW, Pollack MH. Panic anxiety, dyspnea, and respiratory disease. Theoretical and clinical considerations. *Am J Respir Crit Care Med*, 1996; 154: 6-17
21. Mendel JG, Kahn FA. Psychosocial aspects of weaning from mechanical ventilation. *Psychosomatics*, 1980; 21: 465-471.

# ATTI



## *Il ruolo del tecnico di Funzionalità Respiratoria nella BPCO*

*Lucia Iannacito, Fondazione Salvatore Maugeri IRCCS, Tradate (Varese)*

La BPCO costituisce in Italia la quarta causa di morte per uomini al di sopra dei 65 anni di età e la sesta per le donne, la diagnosi di questa patologia e la sua entità viene valutata in base ai risultati spirometrici.

La spirometria è, quindi, considerata il *gold standard* per la diagnosi di BPCO. Essendo basata sull'esecuzione di manovre respiratorie, la spirometria - a differenza di altre tipologie di esami - è l'unico test il cui risultato è completamente dipendente dalla collaborazione del soggetto esaminando. Risulta perciò fondamentale l'operato del tecnico che deve essere in grado di ottenere la miglior performance dal soggetto in esame e valutare la corretta esecuzione delle manovre respiratorie. Non esiste altro esame clinico che sia così altamente dipendente dalla abilità dell'operatore a valutare contemporaneamente i vari fattori che ne influenzano l'affidabilità, qui brevemente elencati in ordine crescente di importanza. Il tecnico ideale di prove di FPR deve possedere:

- La consapevolezza delle finalità dei vari test eseguibili.
- La conoscenza tecnica della strumentazione utilizzata, dei suoi limiti, della precisione e della necessaria manualità.
- La capacità di instaurare un rapporto di fattiva collaborazione con il soggetto che si sottopone all'esame.
- La capacità di decidere al momento, valutando la manovra del soggetto con il tracciato risultante, se la prestazione eseguita sarà soddisfacente per il medico che dovrà interpretarla.

L'esecuzione della spirometria, pur nella sua semplicità, è spesso molto faticosa per il paziente affetto da malattie respiratorie gravi. Il buon tecnico sa quali corde toccare per riuscire ad ottenere dal soggetto il massimo possibile. Il paziente affetto da BPCO generalmente presenta bassi volumi ed è, quindi, importantissimo poter ottenere la migliore *performance*, ogni piccola variazione deve poter essere colta in quanto l'andamento della malattia o la risposta alle terapie passa attraverso la valutazione della spirometria. Non va sottovalutato anche il ruolo che il tecnico svolge nell'educare il paziente all'uso corretto dei sistemi per la somministrazione della terapia inalatoria.



# ATTI

Nonostante ciò, la figura professionale di TFR non è riconosciuta giuridicamente e non esiste *iter* formativo per questo personale né esiste regolamentazione del settore. Non è attualmente definito:

- cosa sia un laboratorio di fisiopatologia respiratoria
- quale sia la minima dotazione strumentale
- quale formazione debba avere il personale che gestisce l'esecuzione dei test, la manutenzione, la calibrazione delle strumentazioni e i controlli di qualità del sistema.

Si stima che attualmente siano operativi in Italia circa 800 laboratori che eseguono test di FR dove a vario titolo operano almeno 4000 persone. La qualifica di queste persone è la più disparata. Si va dagli infermieri professionali, che sono i più rappresentati, ai tecnici di laboratorio sanitario, alle figure amministrative, agli ausiliari, agli infermieri generici, ai periti industriali, ai medici. Tutte queste persone sono state formate affiancandole a colleghi esperti per un periodo di varia entità, con il risultato più che evidente di una differenza di formazione da laboratorio a laboratorio. Esistono figure professionali, non mediche, riconosciute giuridicamente dal SSN praticamente per ogni apparato dell'organismo umano, escluso l'apparato respiratorio. Così non è in Europa e nel mondo "occidentale". Nella maggior parte dei paesi europei il Tecnico di Fisiopatologia Respiratoria è un profilo riconosciuto dal Servizio Sanitario e ovviamente è istituita la Scuola per TFR. In questi Paesi il TFR, oltre ad occuparsi di spirometria, si occupa di Emogasanalisi e di altre metodiche diagnostiche (meccanica, provocazione, sforzo, ecc.) fino ad arrivare allo studio del sonno e alla ventilazione non invasiva.

Il Ministero della Salute afferma sul proprio sito web che: "... il ruolo dello Stato in materia di sanità si è via via trasformato da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi a quella di **garante dell'equità nell'attuazione del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione**".

Questo contrasta, però, con il fatto che all'utente che si reca presso qualsiasi struttura pubblica o privata per eseguire test di funzionalità respiratoria non è garantito che il personale sia stato addestrato in modo uniforme su tutto il territorio nazionale e che la prestazione ottenuta in quel laboratorio sia analoga qualitativamente e quantitativamente a quella di un altro laboratorio.

E', quindi, auspicabile che anche i pazienti affetti da BPCO, attraverso le Associazioni che li rappresentano, rivendichino il loro diritto ad avere personale qualificato che si occupa degli esami respiratori.

# ATTI



## *Il ruolo della riabilitazione respiratoria nel paziente BPCO grave al domicilio*

*Antonio Gallo, Direzione Regionale A.I.F.I. (Associazione Italiana Fisioterapisti), Regione Lazio*

Le malattie respiratorie sono stimate come terza causa di morte e la BPCO rappresenta il 50% di queste. Il progetto GOLD Italia, riporta che in termini di ricovero, la BPCO risulta al 7° posto nel nostro paese. La riabilitazione respiratoria rappresenta un'importante risorsa terapeutica per i malati BPCO e, in special modo, nella cura domiciliare dei malati gravi. La riabilitazione, pur non comportando un aumento della sopravvivenza, risulta determinante nel miglioramento della qualità della vita dei pazienti, per aspetti più specifici e complementari.

Tra gli aspetti specifici, è comprovato il miglioramento della tolleranza all'esercizio fisico e la riduzione della dispnea, sintomi che comportano la riduzione delle attività fisiche e delle ADL (Activities of Daily Living, attività quotidiane). La riduzione delle ADL è correlata ad un aggravamento della patologia e il ruolo della riabilitazione è complementare ma anche fondamentale nella gestione del paziente domiciliare. Un altro aspetto complementare della riabilitazione è rappresentato dall'educazione alla corretta gestione della terapia inalatoria, all'uso dei nebulizzatori, nonché all'uso corretto degli ausili per la rimozione delle secrezioni. Purtroppo è da rilevare che alcuni ausili utili al paziente BPCO per la rimozione delle secrezioni, non rientrano nel nomenclatore tariffario e sono a carico dell'assistito. Sarebbe auspicabile il loro inserimento nel nomenclatore e l'addestramento all'uso seguito da fisioterapisti domiciliari. Il progetto GOLD riporta che *“le ripetizioni annuali dei trattamenti riabilitativi si traducono in un possibile vantaggio in termini di ricoveri e riacutizzazioni”*, ciò è soprattutto vero nei pazienti gravi che risiedono nel loro domicilio perché spesso l'accessibilità ai servizi viene preclusa, a causa della limitata possibilità di movimento dovuta alla sintomatologia respiratoria.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 si prefigge di migliorare l'accessibilità ai servizi e l'assistenza domiciliare integrata, in particolare per i pazienti affetti da insufficienza respiratoria grave. Si può affermare purtroppo, che pro-



# ATTI

prio l'assistenza domiciliare integrata è assolutamente carente per i pazienti con tali patologie. Il malato BPCO è un malato scomodo per i servizi domiciliari in quanto è un malato cronico e complesso. C'è la necessità di implementare i servizi e questo sembra apparentemente contrastare con le carenze di risorse, tanto più che come si afferma nel progetto GOLD: *“un programma di riabilitazione deve prevedere un numero di sessioni minime efficaci (per quanto noto ad oggi non inferiore a 12); tuttavia maggiore è la durata del trattamento più questo risulterà efficace”*. In realtà, l'assistenza domiciliare e la fisioterapia erogata al domicilio possono contrastare quell'itinerario che nel caso di riacutizzazioni conduce il paziente BPCO all'ospedale, con la conseguenza di una riduzione dei costi e di un miglioramento della qualità della vita, evitando peraltro il ricorso all'ospedalizzazione.

Esistono in ogni modo altri aspetti problematici legati alla gestione del paziente BPCO grave al domicilio come la mancanza di personale e di professionisti competenti e la necessità di predisporre dei percorsi terapeutico-assistenziali ospedale-territorio.

Le problematiche del paziente BPCO, ed in particolare di quello domiciliare, richiedono la formazione di operatori con competenze specifiche. La riabilitazione respiratoria negli ultimi anni, a seguito anche della riforma universitaria, è divenuta patrimonio condiviso dell'ordinamento didattico dei corsi di laurea in fisioterapia, ma si ritiene necessaria una formazione post base che possa fornire delle competenze più specifiche specie nel settore delle cure domiciliari.

Poche attualmente sono state le esperienze formative rivolte a tale settore.

Come Associazione Italiana Fisioterapisti (Lazio) riteniamo strategica la formazione specifica di fisioterapisti nel campo delle cure domiciliari dei pazienti con problematiche respiratorie, ed in particolare di quelli BPCO, soprattutto per le persone che necessitano di ossigenoterapia e ventilazione meccanica e per quelle portatrici di tracheostomia.

Considerando anche le spese necessarie per la gestione dell'équipe domiciliare rivolta alla cura dei pazienti BPCO riteniamo come Associazione Fisioterapisti della Regione Lazio che l'eventuale ricorso a forme di accreditamento diretto di professionisti, sia dei fisioterapisti sia di altri professionisti formati nell'assistenza terapeutica-riabilitativa per i pazienti BPCO, possa contribuire a fornire cure di qualità, coniugando il contenimento delle spese a favore di una migliore qualità di vita.

# ATTI



## *Il percorso di cura del paziente con insufficienza respiratoria cronica*

*Dott.ssa Mariella Martini, Direttore Generale AUSL Reggio Emilia, con la collaborazione della Dott.ssa Rosanna Carbognani e della Dott.ssa M. Beatrice Bassi*

L'AUSL di Reggio Emilia ha elaborato e sta mettendo in pratica un percorso di cura del paziente con insufficienza respiratoria cronica, con particolare riferimento alla BPCO, che ne è la causa più frequente.

Tale percorso individua le *Best Practices*, dalla fase di Promozione della Salute (*counselling* sugli adeguati stili di vita, ambulatori per il fumo, ecc.) a quella di diagnosi precoce, stadiazione, follow-up, fino alla fase terminale dei pazienti in ventiloterapia.

Il percorso di assistenza dei pazienti con IRC ha diversi obiettivi:

- garantire la centralità del paziente
- migliorare l'organizzazione e la qualità di vita dei pazienti, con una più efficace ed efficiente gestione **territoriale** della patologia, riducendo o prevenendo i ricoveri impropri
- favorire la domiciliarità
- garantire continuità diagnostico-terapeutica ed educativa
- ottimizzare le risorse
- attribuire la "regia" della gestione del paziente con insufficienza respiratoria al MMG.

I pazienti con BPCO sono prevalentemente soggetti di sesso maschile, di circa 70 anni di età, con una storia di abitudine tabagica importante, con episodi di riacutizzazioni flogistiche respiratorie, spesso portatori di diverse patologie (apparato cardiovascolare, locomotore, digerente) per le quali si recano frequentemente dal MMG.

Infatti, il reclutamento dei pazienti con BPCO avviene nell'ambulatorio dei MMG, dove si recano per tutt'altro motivo anche se presentano già sintomi quali tosse e catarro, che tendono a nascondere.

Questo spiega la notevole differenza di incidenza di BPCO, se ricercata attivamente con domande mirate rispetto a quella rilevata normalmente dal MMG.



# ATTI

Nel 2020 si prevede che la BPCO rappresenterà la terza causa di morte nel mondo.

Il paziente, una volta individuato dal MMG, viene avviato alle fasi successive del percorso che si sviluppano nell'ambulatorio pneumologico (diagnosi-stadiazione, impostazione *follow-up*), per poi tornare dal MMG per la gestione del *follow-up* a lungo termine.

Il MMG e lo specialista comunicano attraverso la **scheda di follow-up**, consegnata al paziente al momento dell'inserimento nel percorso e compilata da tutti i professionisti che ruotano attorno al paziente.

Un aspetto fondamentale del percorso è l'**educazione terapeutica** del paziente che viene fatta da tutti gli "attori" coinvolti (MMG, specialista, infermieri ospedalieri e territoriali) e a tutti i livelli: ambulatorio, reparto ospedaliero e domicilio.

A supporto della gestione integrata di questo percorso di cura si sono rese necessarie l'informatizzazione della cartella clinica specialistica, la sua integrazione con quella del MMG attraverso il Progetto SOLE e l'elaborazione di **procedure aziendali** per uniformare la prescrizione ed il monitoraggio dell'ossigeno e della ventiloterapia domiciliare.

Infatti, in ogni distretto è stato individuato un **PRESCRITTORE** che valuta l'appropriatezza delle richieste di ossigeno e ventiloterapia e individua la fonte di ossigeno più idonea per il paziente, tenendo anche conto del rapporto costo/beneficio, e trasforma la richiesta in prescrizione, trasmettendola all'ufficio farmaceutico.

Nell'AUSL di Reggio Emilia l'appropriatezza dell'uso della fonte di ossigeno ha permesso di avere oltre un terzo dei pazienti con concentratore con notevole contenimento dei costi poiché l'ossigeno liquido costa 220 euro/paziente/mese, mentre il concentratore costa 100 euro/paziente/mese.

# ATTI

Tipologia	Al 31/12/05	Al 30/06/06	Al 31/12/06
<i>Pazienti in ossigeno liquido</i>	404	447	468
<i>Pazienti con concentratore</i>	163	202	204
<i>Pazienti con ossigeno gassoso</i>	25	61	60
<b>TOTALI in OSSIGENO</b>	<b>592</b>	<b>710</b>	<b>732</b>
<i>Pazienti in ventiloterapia</i>	210	256	298

Costi	Anno 2005	Anno 2006
<i>Ossigenoterapia domiciliare</i>	1.089.389	1.309.334
<i>Ventiloterapia domiciliare</i>	512.407	543.896

Nonostante l'aumento dei costi unitari e l'aumento del numero dei pazienti in ossigeno e ventiloterapia si è riusciti a non incrementare i costi.

Il percorso di cura del paziente con IRC prevede che tutte le fasi, dalla prescrizione alla fornitura, avvengano automaticamente, senza che il paziente o i familiari si debbano recare personalmente agli uffici farmaceutici preposti.

L'AUSL di Reggio Emilia ha deciso, inoltre, di commissionare, tramite gara di appalto, un SERVICE per il trattamento domiciliare delle patologie polmonari croniche, che prevede:

- consegna del materiale necessario entro 24 ore dall'ordine al domicilio del paziente
- installazione nel pieno rispetto della vigente normativa;
- consegna della documentazione annessa con istruzioni d'uso;



# ATTI

- consegna del numero verde per attivare la manutenzione correttiva (a guasto);
- formazione e informazione dell'utente circa i provvedimenti da adottare in caso di guasto, malfunzionamento e manovre da eseguire in caso di emergenza.

## *Conclusioni*

Poiché la maggior parte dei costi che il SSN affronta per la BPCO è costituita da quelli ospedalieri (soprattutto dovuti a riacutizzazioni) e dal costo dell'ossigenoterapia, l'AUSL di Reggio Emilia ha puntato su una strategia di controllo dell'evoluzione della malattia attraverso una diagnosi precoce ed un attento monitoraggio, di riduzione delle riacutizzazioni e dei ricoveri attraverso un attento *follow-up* ed una appropriatezza terapeutica e di mantenimento della massima autonomia del paziente attraverso *empowerment* e *self care*.

# ATTI



## *Assistenza Domiciliare Integrata: Primo Rapporto di Cittadinanzattiva*

*D.ssa Simona Sappia, Responsabile nazionale Coordinamento nazionale delle Associazioni di Malati Cronici, CnAMC - Cittadinanzattiva*

Il Primo Rapporto sull'Assistenza Domiciliare integrata è frutto di un lavoro che ha visto coinvolti, insieme a Cittadinanzattiva, Associazione italiana di oncologia medica, Associazione Infermieristica per lo studio delle lesioni cutanee, ANTEA Hospice, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, Confederazione delle Associazioni nazionali di distretto, Ipasvi, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, in partnership con GlaxoSmithKline.

All'indagine hanno partecipato 38 ASL di 14 Regioni, 467 famiglie di cittadini utenti, 24 medici di medicina generale, 7 assessorati regionali alla salute. Il 24,7% delle ASL interessate ha dichiarato di aver attivato un centro per l'ADI. Risulta comunque centrale la figura del medico di famiglia che, nella maggior parte dei casi (60,0% risposte delle famiglie, 44,7% della media generale), è colui che attiva il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata e che fornisce alle famiglie le informazioni sull'esistenza dello stesso (57%, a fronte del 30% dei medici ospedalieri).

Nonostante il quadro possa sembrare sufficientemente rassicurante, il Rapporto mette in evidenza che permangono difficoltà per un'assistenza domiciliare qualitativamente efficace ed efficiente, soprattutto rispondente alle esigenze dei malati cronici e al modello di gestione integrata delle cronicità. In particolare, viene sottolineata la carenza di un'assistenza continuativa ed appropriata nel tempo; la mancata personalizzazione dell'assistenza; la scarsa equità nell'accesso alle cure; il mancato coinvolgimento delle famiglie e del paziente nell'assistenza e nelle decisioni socio-sanitarie. Dai dati emerge inoltre la permanente mancanza di attenzione alla continuità assistenziale, uno dei fattori più importanti per i pazienti affetti da cronicità. Ben il 65,7% delle famiglie non ha potuto contare su una reperibilità 24/24 h, dato confermato dalle stesse ASL, che nel 92,1% dei casi non garantiscono una reperibilità di tipo continuo; il paziente ha potuto contare su di un'assistenza adeguata e continuativa da parte di un medico solo nel 47,8% dei casi (non sempre garantita nel 12,4%, decisamente inadeguata nel 25,7%).



# ATTI

## *Le Direttive del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008*

Le **malattie respiratorie** costituiscono la terza causa di morte e di queste la BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva) è responsabile di circa il 50% dei decessi ed il sesso più colpito è quello maschile. Anche la lotta alle malattie respiratorie si realizza in primo luogo attraverso interventi finalizzati alla prevenzione sia primaria sia secondaria, come la lotta al fumo e la lotta agli inquinanti presenti negli ambienti di vita e di lavoro.

Le azioni da compiere nel campo della **prevenzione** delle malattie respiratorie sono:

- attivazione di programmi intersettoriali di riduzione del rischio ambientale e professionale
- interventi di informazione e di educazione sulla lotta ai principali agenti causali e sui comportamenti positivi per ridurre il rischio
- informazione, comunicazione, promozione della diagnosi precoce, con il coinvolgimento nelle attività dei medici di medicina generale
- prevenzione e trattamento della disabilità.

Estremamente importante è la **diagnosi precoce** che nella maggior parte dei casi può essere eseguita con la spirometria, nei soggetti fumatori, per individuare la patologia cronica in fase iniziale ed impedire la progressione della patologia respiratoria verso livelli di patologia più severi.

Per quanto riguarda la **fase terapeutica, di follow-up e di riabilitazione** occorre promuovere la qualificazione dei servizi e delle unità operative presenti sul territorio, migliorandone la qualità e l'accessibilità, valorizzando l'utilizzo di linee guida nazionali ed internazionali e di protocolli condivisi e concentrare l'offerta ospedaliera di alta specialità in strutture dotate delle più moderne tecnologie (ad esempio laboratori di fisiopatologia respiratoria, di valutazione delle patologie sonno-correlate, endoscopia toracica, oncologia toracica, unità di terapia intensiva respiratoria, allergologia respiratoria). Tali strutture devono essere inserite in un sistema di rete comprendente ospedale e territorio che faciliti l'individuazione e l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi adeguati. A livello territoriale deve essere implementata l'**assistenza domiciliare integrata**, in particolare per i pazienti affetti da insufficienza respiratoria grave, con disponibilità al domicilio del paziente,

# ATTI



dove necessario, degli strumenti di monitoraggio della funzione respiratoria, anche in modalità telematica. **I pazienti e i familiari devono essere formati** a conoscere le caratteristiche della malattia, a seguire/far seguire correttamente la terapia prescritta e a reagire prontamente in caso di riacutizzazione. Per quanto riguarda l'**offerta ospedaliera** si ricorda, inoltre, l'efficacia delle unità di terapia intensiva respiratoria nella gestione completa del paziente respiratorio critico, con possibilità di attuare terapia intensiva respiratoria non-invasiva e di ottenere un notevole miglioramento della qualità di vita, con possibilità di ridurre l'occupazione di posti letto in reparti di rianimazione e riduzione dei costi di gestione del paziente con insufficienza respiratoria.

Il testo del Piano Sanitario Nazionale 2006 è disponibile sul sito del Ministero della Salute ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)).



# ATTI

## *Patrocini*

*Ministero della Salute*

*Istituto Superiore di Sanità*

*Assessorato alla Sanità della Regione Lazio*

*Assessorato alle Politiche Sociali e per la Famiglia della Provincia di Roma*

*Assessorato alle Politiche Sociali e Promozione della Salute del Comune di Roma*

*Ageing Society - Osservatorio della Terza Età*

*Associazione Italiana Fisioterapisti Regione Lazio-AIFI*

*Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri-AIPO*

*Associazione Italiana Tecnici di Fisiopatologia Respiratoria-AITFR*

*Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie-AIMAR*

*Coordinamento delle Associazioni dei malati RESpiratori-CARE*

*Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici-Cittadinanzattiva Federasma*

*Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tuberculosis*

*Federazione Italiana Medici di Famiglia-FIMMG*

*Federazione Nazionale Collegi Infermieri Professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'Infanzia- IPASVI*

*Ordine Provinciale di Roma dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri*

*Società Italiana di Gerontologia e Geriatria-SIGG*

*Società Italiana Medicina Generale-SIMG*

*Società Italiana di Medicina Respiratoria-SIMeR*

*Società Italiana Medicina Respiratoria in Età Geriatrica-SIMREG*

*Società Italiana di Tabaccologia-SITAB*

*Società Nazionale di Aggiornamento Medico Interdisciplinare-SNAMID*

*Unione Italiana per la Pneumologia-UIP*

# ATTI



## *Indice*

*Presentazione* ..... pag 3

*Il Progetto GARD dell'OMS*

*Giovanni Viegi* ..... pag 5

*L'emergenza del nuovo millennio:  
la policronicità dell'adulto e dell'anziano*

*Leonardo M. Fabbri* ..... pag 7

*La nuova normativa in favore del paziente BPCO*

*Paola Pisanti* ..... pag 9

*La Prevenzione delle malattie respiratorie croniche*

*Annamaria De Martino* ..... pag 10

*Le Linee guida GOLD*

*Lorenzo Corbetta* ..... pag 17

*Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva e Cardiopatie*

*Massimo Santini* ..... pag 19

*Ansia, depressione e BPCO: quale significato clinico?*

*Marcello Nardini* ..... pag 20

*Il ruolo del tecnico di Funzionalità  
Respiratoria nella BPCO*

*Lucia Iannacito* ..... pag 27



# ATTI

## *Indice*

*Il ruolo della riabilitazione respiratoria  
nel paziente BPCO grave al domicilio*

*Antonio Gallo* \_\_\_\_\_ pag 29

*Il percorso di cura del paziente  
con insufficienza respiratoria cronica*

*Mariella Martini, Rosanna Carbognani, M. Beatrice Bassi* \_\_\_\_\_ pag 31

*Assistenza Domiciliare Integrata:  
Primo Rapporto di Cittadinanzattiva*

*Simona Sappia* \_\_\_\_\_ pag 35

*Le Direttive del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008* \_\_\_\_\_ pag 37

# ATTI





# ATTI

# ATTI



## *Associazione Italiana BPCO* *www.pazientibpco.it*

### **Consiglio Direttivo**

*Presidente: Mariadelaide Franchi*

*Vicepresidente: Fausta Franchi*

*Segretario: Ciro Filosa*

*Tesoriere: Grazia Arangio-Ruiz*

*Consiglieri: Franco Attolico, Paolo Pasini, Francesco Tempesta*

### **Comitato Medico Scientifico**

*Germano Bettoncelli*

*Società Italiana di Medicina Generale*

*Lorenzo Corbetta*

*Delegato Nazionale GOLD*

*Giuseppe Di Maria*

*Società Italiana di Medicina Respiratoria*

*Vincenzo Fogliani*

*Presidio Ospedaliero "Giuseppe Fogliani" - Milazzo*

*Giacomo Mangiaracina*

*Società Italiana di Tabaccologia*

*Margherita Neri*

*Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri*

*Claudio M. Sanguinetti*

*Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie*

### **Presidente**

*Mariadelaide Franchi*

*Via Cassia, 605 - 00189 Roma - Tel. 06 33253020 - e-mail: franchima@tin.it*

### **Sede Legale**

*Unità Operativa Complessa di Pneumologia*

*Azienda C.O. San Filippo Neri, Roma*

*Direttore: Dr. Claudio M. Sanguinetti*

### **Segreteria**

*clo Effetti Srl*

*Via Gallarate, 106 - 20151 Milano - Tel. 02 3343281 - Fax 02 38002105*

### **Conto corrente postale**

*19848407 Intestato a Associazione Italiana Pazienti BPCO*

### **Numero verde**

*800-961-922 (lunedì-venerdì, ore 10.00-13.00)*



Associazione  
Italiana Pazienti  
**BPCO**  
broncopneumopatia cronica ostruttiva

