

VI Giornata Mondiale BPCO

II Conferenza Nazionale BPCO

Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva

BPCO

**uno sguardo positivo
sul futuro**

Roma, 14 novembre 2007

ATTI

Ringraziamenti

L'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus, il Progetto LIBRA (Linee guida Italiane BPCO, Rinite, Asma) e la Delegazione Nazionale GOLD ringraziano tutti coloro che hanno reso possibile la II Conferenza Nazionale sulla BPCO, che si è tenuta a Roma il 14 novembre 2007, in occasione della VI Giornata Mondiale BPCO, le Istituzioni e Società patrocinanti, i Presidenti, i Moderatori, i Relatori, tutti i partecipanti e i volontari che hanno assicurato il Segretariato della riunione, nonché le Aziende che hanno permesso l'approvvigionamento di ossigeno e l'Ufficio Stampa per la divulgazione dell'evento.

Un ringraziamento particolare a Elisabetta Rea che ha seguito l'organizzazione della Giornata e ha contribuito alla preparazione degli Atti, prodotti grazie alla collaborazione con Effetti srl.

Editore: effetti

Progetto grafico: effetti

Stampa: Tecnosound Service (Calepio di Settala, MI)

La stampa è stata possibile grazie a un contributo di 

Presentazione

*In occasione della VI Giornata Mondiale BPCO, celebrata il 14 novembre 2007, l'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus e il Progetto Mondiale BPCO (GOLD-Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), con il supporto del Progetto LIBRA (Linee guida italiane per BPCO, Rinite, Asma), hanno organizzato la II Conferenza Nazionale BPCO sul tema **Uno sguardo positivo sul futuro**.*

Il fatto è che la BPCO è la principale causa di invalidità e mortalità nel mondo e gli esperti prevedono un aumento del suo peso epidemiologico sia per la persistenza all'esposizione ai fattori di rischio, soprattutto al fumo di sigaretta, sia per il progressivo invecchiamento della popolazione. L'impatto sui pazienti, sulle loro famiglie e sui servizi sanitari è pesante e molti sono ancora coloro che non ricevono una diagnosi o un trattamento adeguato.

La situazione è così complessa che si è creato un clima di sfiducia, sia nei medici sia nei cittadini, sulle reali possibilità di prevenzione e di trattamento della malattia, che occorre superare, perché i progressi compiuti giustificano una nuova prospettiva positiva per il futuro.

Esistono ragioni politiche, scientifiche e sociali che spingono verso questo orientamento.

L'allarme lanciato dall'OMS e le denunce sulle carenze esistenti da parte delle organizzazioni dei pazienti hanno indotto le autorità sanitarie a prendere coscienza e riconoscere l'impatto epidemiologico e sociale della BPCO e ad iscrivere nell'agenda politica interventi volti a migliorare la prevenzione, l'informazione e la sorveglianza dei fattori di rischio.

Gli eventi recenti più significativi sono:

- a) *Il lancio del Progetto GARD (Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases) dell'OMS e la sua implementazione a livello del Ministero della Salute, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM)*
- b) *L'inserimento delle malattie respiratorie croniche nel settimo Programma Quadro di Ricerca e Sviluppo Tecnologico della Commissione Europea (2007-2013)*
- c) *Il riconoscimento nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 delle malattie croniche respiratorie tra le "grandi patologie", insieme alle malattie cardiovascolari, ai tumori e al diabete*
- d) *Una maggiore attenzione alla ricerca scientifica da parte dell'AIFA.*

Numerosi sono stati i progressi scientifici conseguiti dal 2001 ad oggi, grazie all'impegno degli esperti del Progetto Mondiale BPCO, dell'ATS (American Thoracic Society), dell'ERS (European Respiratory Society) e delle Società Scientifiche nazionali, che forniscono nuove possibilità per il riconoscimento precoce della malattia e per il suo trattamento.

Dal 2001 il Progetto Mondiale BPCO organizza iniziative per rendere consapevole l'opinione pubblica e la comunità medico-scientifica sull'esistenza di strumenti per diagnosticare e rallentare il peggioramento della malattia, soprattutto se si agisce precocemente. Obiettivo del Progetto GOLD è ridurre significativamente le morti per BPCO, le ospedalizzazioni e le riacutizzazioni gravi dei pazienti e prevenire la comparsa di nuovi casi con un'attività di sensibilizzazione sui fattori di rischio.

Per la prima volta nel 2006 il Progetto Mondiale GOLD ha messo in evidenza che la BPCO è prevenibile e curabile, attraverso interventi sui fattori di rischio e trattamenti adeguati sia per alleviare le sofferenze del malato sia per ridurre le complicazioni e le riacutizzazioni.

Una migliore attenzione alle malattie croniche respiratorie da parte delle Istituzioni internazionali, europee e nazionali e il progresso che il mondo scientifico ha realizzato negli ultimi anni costituiscono il punto di partenza per contrastare l'impatto epidemiologico della BPCO. Il monitoraggio della BPCO è complesso, soprattutto perché la malattia ha un carattere sistemico e si sviluppa contemporaneamente ad una o più comorbidità (per esempio ipertensione, scompenso cardiaco, osteoporosi, depressione, diabete), e questo deve indurre a ricercare approcci clinici centrati sul paziente e non sulla patologia.

Le armi attuali sono la prevenzione, la diagnosi precoce, l'accesso alle cure e alla riabilitazione respiratoria, all'informazione e all'educazione e la messa in atto della continuità dell'assistenza socio-sanitaria, particolarmente necessaria nello stadio avanzato della malattia. Su queste premesse si è costituita nel 2006 una Task Force Internazionale (International COPD Patients in Action - ICOPA), che invita politici e operatori sanitari di tutto il mondo a seguire un approccio più attivo e ottimistico nei confronti della BPCO.

La stessa Task Force Internazionale dei pazienti ha evidenziato l'importanza di assicurare una diagnosi precoce, per iniziare un trattamento adeguato e un monitoraggio costante.

Un punto cruciale è che pazienti, famiglie e operatori sanitari siano consapevoli delle possibilità terapeutiche disponibili, raccomandate dalle più recenti linee guida.

È quanto mai necessario ottimizzare la ricerca, e soprattutto gli studi di ricerca indipendente sullo sviluppo e l'uso di terapie nuove e più efficaci, per ridurre il peso che la BPCO ha nel contesto sanitario mondiale senza dimenticare però di educare i pazienti ad assumere corretti stili di vita, iniziando dall'abbandono della sigaretta.

Sergio Bonini

Lorenzo Corbetta

Mariadelaide Franchi

Dalla BPCO alla sindrome infiammatoria sistemica cronica?

Leonardo M. Fabbri

*Professore Ordinario di Malattie dell'Apparato Respiratorio, Direttore Clinica di Malattie dell'Apparato Respiratorio, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (Modena)
Presidente European Respiratory Society-ERS*

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è caratterizzata da una scarsa reversibilità della progressiva limitazione del flusso aereo ed è associata ad una abnorme risposta infiammatoria dei polmoni a particelle o gas, soprattutto al fumo di sigaretta¹. La diagnosi di BPCO dovrebbe essere presa in considerazione in tutti i fumatori, pregressi o abituali, con oltre 40 anni di età che presentino sintomi quali tosse, espettorato o dispnea¹. La diagnosi e la valutazione della gravità della BPCO si basano sul grado di ostruzione al flusso aereo determinato mediante la spirometria¹.

Tuttavia, con sempre maggiore evidenza si pensa che gli aspetti clinici della BPCO e la limitazione del flusso aereo sono scarsamente correlati ed è necessario un approccio globale, comprendente l'aspetto radiologico² e la valutazione della tolleranza allo sforzo e dell'indice di massa corporea³.

Lo scopo di questo articolo è di far comprendere il messaggio che la BPCO non può più essere considerata soltanto una patologia a carico dei polmoni. Ci proponiamo di aggiungere il termine sindrome infiammatoria cronica sistemica alla diagnosi di BPCO per stimolare la discussione sulle frequenti e complesse comorbidità croniche che affliggono i pazienti con BPCO e di provocare un nuovo aspetto della malattia in generale.

Il fumo di sigaretta è il principale fattore di rischio per la BPCO ed è uno dei principali fattori di rischio per tutte le malattie croniche e per alcuni tumori⁴. Fino ad ora, le definizioni di BPCO sono state focalizzate sui polmoni in base all'idea che l'inalazione di particelle e gas interessasse principalmente il tratto respiratorio. Tuttavia il fumo di sigaretta causa non solo una infiammazione a carico del polmone e delle vie aeree, ma anche una infiammazione sistemica cellulare ed umorale, uno stress ossidativo sistemico, alterazioni della funzione vasomotoria ed endoteliale, ed aumenta la concentrazione in circolo di numerosi fattori procoagulanti^{5,6}. Questi effetti sistemici del fumo potrebbero contribuire in maniera sostanziale allo sviluppo non solo delle alterazioni a carico delle vie aeree e dei polmoni caratteristiche della BPCO, ma anche di altre malattie croniche - ad esempio le malattie cardiovascolari, i disordini metabolici, alcuni tumori indotti dal fumo o da altri fattori di rischio come l'obesità, l'iperlipidemia e l'ipertensione. Queste malattie croniche possono svilupparsi sia con la BPCO sia in maniera indipendente^{4,7}.

Le più comuni comorbidità descritte insieme alla BPCO sono le alterazioni dei muscoli scheletrici, l'ipertensione, il diabete, la malattia coronaria, l'insufficienza cardiaca, le infezioni polmonari, il cancro e la malattia vascolare polmonare^{4,7}. Le comorbidità croniche influiscono sullo stato di salute dei pazienti con BPCO⁴, che muoiono soprattutto per disordini non respiratori come le patologie cardiovascolari o il cancro⁸.

Le malattie croniche influiscono in gran parte sullo stato di salute della popolazione generale e comprendono la malattia cardiovascolare, il cancro, le malattie respiratorie croniche ed il

diabete⁹. Ci si aspetta un aumento senza precedenti delle malattie croniche nei prossimi decenni in relazione all'aumento dell'età della popolazione¹⁰, un aspetto di grande importanza per i Ministeri della Salute⁹.

Le malattie croniche di solito si sviluppano insieme^{4,9,11}. La BPCO è associata a scompenso cardiaco in più del 20% dei pazienti¹² e all'osteoporosi fino al 70% dei pazienti.¹³ Ciò nondimeno, in un piccolo studio quasi il 50% dei pazienti con BPCO ha una o più componenti della sindrome metabolica¹⁴. L'insufficienza cardiaca cronica è associata, in oltre il 50% dei pazienti, ad ipertensione arteriosa e malattia delle coronarie o delle arterie periferiche, al diabete nel 20-30% e ad anemia nel 20-30%¹⁵. Il diabete di tipo 2 è legato all'ipertensione in oltre il 70% dei soggetti e le malattie cardiovascolari e l'obesità in oltre l'80%¹⁶. Il diabete è associato in maniera indipendente ad una ridotta funzione polmonare, che insieme all'obesità può peggiorare la gravità della BPCO¹⁷.

Quasi la metà della popolazione con oltre 65 anni presenta almeno tre malattie croniche ed un quinto ne ha cinque o più¹¹, con costi sempre in aumento in pazienti che presentano due o più comorbidità croniche^{11,18}. I maggiori fattori predittivi dell'aumento del costo per i pazienti con BPCO sono l'età, i sintomi cronici come la dispnea e il respiro affannoso, e le comorbidità; queste ultime influiscono per oltre il 50% sulle risorse sanitarie⁴.

Potenzialmente, il meccanismo comune attraverso il quale i maggiori fattori di rischio come il fumo, l'iperlipidemia, l'obesità e l'ipertensione portano alla malattia cronica è l'infiammazione sistemica^{19,20}. La proteina C reattiva è quasi sempre aumentata nella componente della sindrome infiammatoria cronica sistemica²¹, suggerendo che questa sostanza possa rappresentare il marcatore biologico sentinella per tutte le malattie croniche.

6

La sindrome metabolica è stata definita dall'insieme di numerosi fattori di rischio specifici per la malattia cardiovascolare e con aspetti fisiopatologici simili (per esempio l'insulino-resistenza). Questo paradigma è stato utile poiché ha posto l'attenzione sul fatto che i fattori di rischio per la malattia cardiovascolare a volte sono raggruppati ed è servito come aiuto per ricordare ai clinici di avere un approccio più ampio verso i pazienti. Dalla sua definizione la sindrome metabolica ha stimolato un grande interesse e la ricerca, fino al punto che ora ha un proprio codice di classificazione ICD-9 (Classificazione Internazionale della Malattie, 9° edizione) (277.7). Tuttavia, la sindrome metabolica non è una sindrome di per sé²², l'introduzione del termine ha stimolato lo sviluppo di tre idee fondamentali. Per primo, uno o più fattori di rischio possono essere associati e causare il simultaneo sviluppo delle malattie, per esempio il diabete, l'obesità, l'ipertensione e la malattia cardiovascolare. Secondo, è necessario un approccio diagnostico completo ai disordini cronici. Infine, tutti i fattori di rischio dovrebbero essere trattati contemporaneamente con le modifiche dello stile di vita (per esempio cessazione dell'abitudine tabagica, perdita di peso, attività fisica) e con il trattamento di ogni disordine cronico.

In questo articolo noi proponiamo un approccio verso tutte le patologie, la valutazione della gravità, e la gestione della BPCO e le sue frequenti comorbidità. Nei pazienti con oltre 40 anni di età con storia di fumo di oltre 10 pacchetti/anno, che sviluppano alterazioni cliniche e funzionali suggestive di BPCO, suggeriamo di non restringere l'approccio diagnostico solo alla BPCO, ma di cercare i segni delle principali componenti della malattia infiammatoria cronica sistemica con una dettagliata descrizione per le alterazioni cliniche e funzionali dell'apparato respiratorio, cardiovascolare e metabolico.

Il termine cronico si riferisce al lento e progressivo sviluppo delle alterazioni; sistemico si riferisce al fatto che il fattore di rischio agisce direttamente o indirettamente su tutti gli organi bersaglio contemporaneamente; infiammatorio si riferisce a tutte le componenti dell'infiammazione; sindrome si riferisce all'associazione di numerose caratteristiche clinicamente riconoscibili, sintomi e segni che agiscono insieme, così che la presenza di uno solo di essi metta in guardia il medico sulla possibile presenza degli altri.

La diagnosi di sindrome infiammatoria cronica sistemica può essere stabilita in base alla presenza di almeno tre delle sei componenti elencate nella Tabella 1. BPCO, insufficienza cardiaca cronica, e sindrome metabolica sono diagnosticate secondo le attuali linee guida internazionali^{1,23-25} dopo una completa valutazione delle funzioni polmonari, cardiache e metaboliche. Gli altri disordini cronici come la malattia vascolare coronarica e delle arterie periferiche, l'anemia, l'osteoporosi e l'artrite reumatoide possono essere considerate sia come delle ulteriori comorbidità sia come delle complicanze (per esempio l'osteoporosi steroido-indotta) o come modificatori indipendenti della gravità della sindrome cronica (per esempio la depressione).

Tabella 1 - Componenti diagnostiche della sindrome infiammatoria cronica sistemica*

Età superiore a 40 anni

Storia di fumo di oltre 10 pacchetti/anno

Sintomi ed alterazioni funzionali compatibili con la BPCO

Insufficienza cardiaca cronica

Sindrome metabolica

Aumento della proteina C reattiva

** Per porre diagnosi devono essere presenti almeno tre componenti*

La gravità della sindrome infiammatoria cronica sistemica dovrebbe essere accertata dalla combinazione di queste diverse componenti. Invece, l'attuale approccio per definire la gravità della BPCO in base alla spirometria ha delle ovvie limitazioni. Per esempio, la diagnosi di BPCO moderata in base al valore del volume espiratorio forzato in un secondo (FEV1 o VEMS) di oltre il 50% ma meno dell'80% dopo somministrazione di broncodilatatore e del rapporto FEV1/FVC (capacità vitale forzata) meno di 0.7 ha un valore clinico molto limitato se si ignora la contemporanea presenza di insufficienza cardiaca, diabete o entrambi.

Il nostro principale motivo di suggerire l'introduzione del termine sindrome infiammatoria cronica sistemica è di enfatizzare l'importanza dei complessi fattori di rischio (per esempio fumo, obesità, ipertensione) in sviluppo non solo nella malattia di base (per esempio BPCO, insufficienza cardiaca cronica o sindrome metabolica) ma anche della alterazioni sistemiche e complesse che colpiscono gli altri organi e che sono indotte dal fumo o dalla interazione dei principali fattori di rischio. Per valutare l'effetto sulla sanità pubblica di questo approccio, si dovrebbe valutare mediante studi clinici randomizzati creati ad hoc il rapporto costo/beneficio della valutazione e del trattamento di ogni componente. La realizzazione di questi studi è possibile e ci aspettiamo che lo scopo di ricercare le più frequenti comorbidità della BPCO sia uno stimolo utile per i clinici per comprendere la complessità degli effetti del fumo.

I fattori di rischio delle malattie croniche sono ben noti, e approcci di prevenzione e di pro-

filassi - come la prevenzione e la cessazione del fumo, il controllo del peso e la dieta, la riabilitazione e l'esercizio fisico - sono possibili ed efficaci e rappresentano probabilmente l'unico approccio con cui si possono affrontare tutte le componenti della sindrome infiammatoria cronica sistemica.

Modificare gli algoritmi dei trattamenti farmacologici per rispondere ai molti aspetti della sindrome sarà probabilmente molto complesso, poiché di solito i farmaci sono prodotti per ogni malattia o per gli organi bersaglio. Tuttavia, poiché la terapia farmacologica delle malattie croniche - in particolare della BPCO - è soprattutto sintomatica, si dovrebbe provvedere ad un approccio più ampio per la gestione della BPCO e delle sue comorbidità per modificare la storia naturale della BPCO permettendo l'identificazione di nuovi bersagli per il trattamento.

L'idea è molto importante per i disordini che sembrano essere più preventivabili e trattabili della BPCO, come quelli cardiovascolari e metabolici. È stato anche visto che i farmaci cardiovascolari hanno effetti benefici nella BPCO. Le statine, usate soprattutto come agenti ipolipemizzanti per il trattamento della sindrome metabolica, hanno potenti effetti antinfiammatori che agiscono in maniera positiva sulla BPCO, l'insufficienza cardiaca cronica e le malattie vascolari^{26,27}. Allo stesso modo i farmaci sviluppati ed usati per il trattamento delle malattie respiratorie (per esempio i broncodilatatori inalatori e gli steroidi) potrebbero avere effetti benefici per le malattie cardiovascolari^{28,29}.

Le linee guida in genere sembrano ignorare il fatto che la maggior parte dei pazienti con una malattia cronica ha altre comorbidità. Disegnate in gran parte da commissioni composte prevalentemente da specialisti per la gestione di singole malattie, forniscono ai clinici pochi suggerimenti per il trattamento dei pazienti con più malattie croniche con il risultato di creare una polifarmacia¹¹. Speriamo che l'introduzione dell'idea dominante della sindrome infiammatoria cronica sistemica migliori il riconoscimento delle comorbidità croniche ed influisca sulla cura dei pazienti, in particolare su quella degli anziani. I clinici non solo dovranno accordarsi per cambiare l'approccio terapeutico delle malattie croniche, ma anche i nostri sistemi sanitari dovranno aderire a questo importante cambiamento.

Bibliografia

1. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD: 2006 update. *Am J Respir Crit Care Med* (published online May 16, 2007). DOI:10.1164/rccm.200703-456SO
2. Omori H, Nakashima R, Otsuka N, et al. Emphysema detected by lung cancer screening with low-dose spiral CT: prevalence, and correlation with smoking habits and pulmonary function in Japanese male subjects. *Respirology* 2006; 11: 205–10.
3. Celli BR, Cote CG, Marin JM, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2004; 350: 1005–12.
4. Mannino DM, Watt G, Hole D, et al. The natural history of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2006; 27: 627–43.
5. Yanbaeva DG, Dentener MA, Creutzberg EC, Wesseling G, Wouters EF. Systemic effects of smoking. *Chest* 2007; 131: 1557–66.

6. Agusti A, Thomas A Neff lecture: chronic obstructive pulmonary disease-a systemic disease. *Proc Am Thorac Soc* 2006; 3: 478–81.
7. Fabbri LM, Rabe KF. Multiple chronic diseases. In: *Proceedings of a European Respiratory Society Research Seminar*. Rome, Italy; Feb 11–12, 2007. Available at: <http://www.ersnet.org/ers/lr/browse/default.aspx?id=31439> (accessed Aug 8, 2007).
8. McGarvey LP, John M, Anderson JA, Zvarich M, Wise RA. Ascertainment of cause-specific mortality in COPD: operations of the TORCH Clinical Endpoint Committee. *Thorax* 2007; 62: 411–15.
9. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet* 2006; 367: 1747–57.
10. Kirkwood TB. Understanding the odd science of aging. *Cell* 2005; 120: 437–47.
11. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu AW. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 2005; 294: 716–24.
12. Rutten FH, Cramer MJ, Lammers JW, Grobbee DE, Hoes AW. Heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: an ignored combination? *Eur J Heart Fail* 2006; 8: 706–11.
13. Jorgensen NR, Schwarz P, Holme I, Henriksen BM, Petersen LJ, Backer V. The prevalence of osteoporosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a cross sectional study. *Respir Med* 2007; 101: 177–85.
14. Marquis K, Maltais F, Duguay V, et al. The metabolic syndrome in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiopulm Rehabil* 2005; 25: 226–32.
15. Dahlstrom U. Frequent non-cardiac comorbidities in patients with chronic heart failure. *Eur J Heart Fail* 2005; 7: 309–16.
16. Walker CG, Zariwala MG, Holness MJ, Sugden MC. Diet, obesity and diabetes: a current update. *Clin Sci (Lond)* 2007; 112: 93–111.
17. Poulain M, Doucet M, Major GC, et al. The effect of obesity on chronic respiratory diseases: pathophysiology and therapeutic strategies. *CMAJ* 2006; 174: 1293–99.
18. Charlson M, Charlson RE, Briggs W, Hollenberg J. Can disease management target patients most likely to generate high costs? The impact of comorbidity. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 464–69.
19. Sevenoaks M, Stockley R. Chronic obstructive pulmonary disease, inflammation and co-morbidity: a common inflammatory phenotype? *Respir Res* 2006; 7: 70.
20. MacNee W. Pulmonary and systemic oxidant/antioxidant imbalance in chronic obstructive pulmonary disease. *Proc Am Thorac Soc* 2005; 2: 50–60.
21. Broekhuizen R, Wouters EF, Creutzberg EC, Schols AM. Raised CRP levels mark metabolic and functional impairment in advanced COPD. *Thorax* 2006; 61: 17–22.
22. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal-joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 2289–304.
23. Swedberg K, Cleland J, Dargie H, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic heart failure: executive summary (update 2005). *Eur Heart J* 2005; 26: 1115–40.
24. Ryden L, Standl E, Bartnik M, et al. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary. *Eur Heart J* 2007; 28: 88–136.

25. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005; 112: 2735–52.
26. van der Harst P, Voors A, van Gilst W, Bohm M, van Veldhuisen D. Statins in the treatment of chronic heart failure: biological and clinical considerations. *Cardiovasc Res* 2006; 3: e333.
27. Mancini GB, Etmninan M, Zhang B, Levesque LE, FitzGerald JM, Brophy JM. Reduction of morbidity and mortality by statins, angiotensin-converting enzyme inhibitors, and angiotensin receptor blockers in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Am Coll Cardiol* 2006; 47: 2554–60.
28. Sin DD, Man SF. Do chronic inhaled steroids alone or in combination with a bronchodilator prolong life in chronic obstructive pulmonary disease patients? *Curr Opin Pulm Med* 2007;13: 90–97.
29. Calverley PM, Anderson JA, Celli B, et al. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2007; 356: 775–89.

Il progetto GARD

Giovanni Viegi

*Dirigente di Ricerca CNR, Responsabile Unità di Ricerca di Epidemiologia Ambientale Polmonare, Istituto di Fisiologia CNR di Pisa
Professore di “Effetti dell’inquinamento sulla salute”, Corso di Laurea in Scienze Ambientali, Università di Pisa
September 2006- September 2007 Past President, European Respiratory Society (ERS)*

L’Alleanza Globale contro le Malattie Croniche Respiratorie (GARD) è stata lanciata nel marzo 2006 a Pechino. È un partenariato volontario tra Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) ed organizzazioni scientifiche, nazionali ed internazionali, del campo respiratorio, allergologico e della medicina di base. Partecipano inoltre associazioni di pazienti ed enti governativi e, con lo status di osservatore, donatori privati quali industrie farmaceutiche.

Lo scopo è di coordinare l’attività delle organizzazioni governative e non governative che lottano a livello globale contro le malattie respiratorie ed allergiche.

Nel settembre 2007, la GARD ha pubblicato un rapporto intitolato “Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie croniche respiratorie su scala mondiale – Un approccio globale (Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases – A comprehensive approach) (World Health Organization, ISBN 978 92 4 156346 8).

Tra le varie decine di organizzazioni aderenti alla GARD riportate nel volume, quelle italiane sono: l’Istituto di Neurobiologia e Medicina Molecolare (INMM) del CNR; l’Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo studio delle Malattie Respiratorie (AIMAR); la Società Italiana di Medicina Respiratoria (SIMeR); il progetto Linee Guida Italiane BPCO, Rinite e Asma (LIBRA); il Centro Nazionale sulla Prevenzione ed il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute.

Nella “Overview” viene ricordato che il carico delle malattie croniche non interessa solo i paesi sviluppati, poiché l’80% delle morti già avviene nei paesi a basso e medio reddito. Tale carico è in crescita e contribuisce ad impoverire molti paesi, nonostante esistano soluzioni efficaci ed economicamente vantaggiose. Va quindi implementata un’azione integrata ed a vasto raggio, guidata dai governi, a livello nazionale.

Nel 2005 le malattie croniche respiratorie sono state responsabili del 7% della mortalità e del 4% del carico di malattia, espresso in DALYs (disability-adjusted life years). Tale indicatore è formato dalla somma degli anni di vita perduti (risultanti da mortalità prematura nella popolazione) e dagli anni vissuti in condizione di invalidità (successivi al momento di incidenza della malattia).

Il 2° capitolo (“Malattie Respiratorie Croniche Prevenibili: uno dei principali problemi globali di salute”) le elenca (asma ed allergie respiratorie, BPCO, pneumopatie professionali, sindrome dell’apnea del sonno, ipertensione polmonare) e ricorda che annualmente centinaia di milioni di persone ne soffrono e 4 milioni ne muoiono. Tali malattie hanno notevoli effetti avversi sulla qualità della vita e causano invalidità, nonostante i fattori principali di rischio siano stati identificati ed esistano efficaci strategie preventive, che tuttavia non sono implementate in modo soddisfacente.

Le principali barriere che favoriscono il carico di malattie respiratorie croniche sono: insufficiente priorità; insufficiente prevenzione; inadeguato controllo.

Il 3° capitolo (“Uno strumento d’azione: la GARD”) descrive la composizione dell’alleanza, ne ricorda lo scopo (ridurre il carico globale di malattie respiratorie croniche) e ne pone l’enfasi sulle necessità dei paesi a basso e medio reddito.

La sezione “Malattie Respiratorie Croniche”, che inizia col 4° capitolo (“Epidemie delle Malattie Croniche”), afferma che, spesso iniziando nell’infanzia, tali malattie impiegano decenni prima di essere pienamente sviluppate, offrendo così opportunità di prevenzione. Molte malattie croniche possono essere simultaneamente presenti nello stesso individuo (co-morbosità). Il trattamento si basa su un approccio sistematico a lungo termine. L’assistenza a tali malati dovrebbe essere una componente essenziale delle attività dei servizi sanitari.

Vengono riportate le seguenti stime di prevalenza (in milioni di popolazione): 300 per l’asma, 210 per la BPCO, oltre 100 per l’apnea ostruttiva del sonno.

Il 6° capitolo “Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva”, riporta le cifre di prevalenza, ricordando anche che i dati delle indagini epidemiologiche sono superiori alle stime degli esperti WHO: es. 1-18% per le indagini con approccio diagnostico strumentale; 5,6-14,5% nelle donne e 11,0-27,1% negli uomini dello studio sudamericano PLATINO. Riporta anche le summenzionate cifre di mortalità ed invalidità, con le proiezioni al 2030. Tra gli studi citati sui costi di malattia, vengono anche descritte cifre italiane annue pro-capite: Euro 151 per lo stadio I, 3001 per lo stadio II e 3912 per lo stadio III.

12

Nella sezione “Fattori di rischio per le malattie respiratorie croniche”, il 9° capitolo (“Cause e conseguenze delle malattie respiratorie croniche”) lista i fattori di rischio principali (fumo di tabacco attivo e passivo, altri inquinanti atmosferici interni, inquinanti atmosferici esterni, allergeni, agenti occupazionali) e possibili (dieta e nutrizione, infezioni respiratorie croniche post-infettive). Ad es. si stima che 4.9 milioni di persone muoiano per l’uso di tabacco ed 1.6 per l’esposizione a combustibili solidi (biomasse).

L’11° capitolo (“Inquinanti atmosferici interni: gli sconosciuti assassini dei paesi a basso e medio reddito”) focalizza l’attenzione sui combustibili solidi e sui segmenti di popolazione più colpiti (bambini sotto i 5 anni e donne).

Il 12° capitolo (“Inquinanti atmosferici esterni”) ne ricorda il carattere di esposizione ubiquitaria ed il carattere di fattore di rischio accertato per mortalità e morbosità cardio-polmonare.

Il 14° capitolo (“Esposizione occupazionale”) rimarca la significatività di tale fattore di rischio per l’apparato respiratorio, ove causa malattie ad insorgenza immediata o dopo anni di latenza.

Il 15° capitolo (“Dieta e nutrizione”) sostiene che i fattori dietetici possono essere favorevoli o protettivi per le malattie respiratorie croniche, comunque un approccio dietetico può essere utile alla loro prevenzione e controllo.

Nella sezione “Programma multi-fase d’azione”, il 17° capitolo (“Approccio della GARD”) ne

ricorda le caratteristiche, ne identifica i livelli internazionali e nazionali e la corrispondenza con gli obiettivi strategici ed i piani di azione dell'OMS, ne riafferma la volontà di collaborazione con attività già esistenti.

Le tre fasi di pianificazione sono:

- 1) stimare i bisogni della popolazione e chiedere con forza (“advocate”) i piani di azione;
- 2) formulare ed adottare le necessarie politiche;
- 3) identificare le tre fasi di implementazione di tali politiche: I) fondamentale (“core”): interventi fattibili a breve termine con risorse già esistenti; II) allargata (“expanded”): interventi fattibili con un progetto realistico a medio termine di incremento o ri-allocazione di risorse; III) desiderabile: interventi basati sulle prove (“evidence-based”) ben oltre la disponibilità delle risorse esistenti.

Il 18° capitolo (“Stimare il carico, identificare i fattori di rischio ed implementare la sorveglianza”) stimola ad eseguire indagini epidemiologiche con questionari e spirometria semplice per raccogliere dati di prevalenza ed incidenza con cui integrare i data base esistenti al WHO. Dove possibile, i metodi di studio dovrebbero essere integrati con test più complessi (es. bronco-reattività alla metacolina, prick-test cutanei, IgE, test di reversibilità, emogasanalisi, alfa-1-antitripsina).

Il 19° capitolo (“Chiedere con forza i piani di azione”) parte dal riconoscimento che, benché i costi dell'inazione siano chiari ed inaccettabili, le malattie respiratorie croniche prevenibili ed i loro fattori di rischio ricevono un'insufficiente attenzione da parte della comunità medico-assistenziale, dei governi, dei media, dei pazienti e delle loro famiglie. Quindi tali malattie devono scalare i livelli di priorità nell'agenda dei politici. Tutte le figure coinvolte devono impegnarsi per aumentarne la consapevolezza.

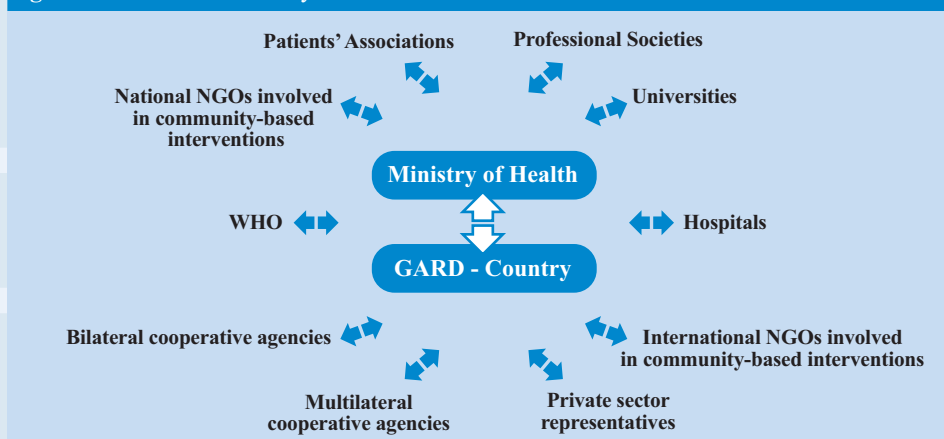
Il 20° capitolo (“Implementare la prevenzione e la promozione della salute”) afferma il diritto di ogni individuo a vivere e lavorare in ambienti con aria pura, ricordando che l'esposizione ad aria inquinata può causare BPCO, asma, malattie cardiovascolari e tumori. Quindi l'unico modo di abbattere il rischio è la completa eliminazione dei fattori di rischio ambientali.

Il 21° capitolo (“Migliorare la diagnosi delle malattie respiratorie croniche e delle allergie respiratorie”) parte dal riconoscimento della sotto-diagnosi di tali malattie a livello mondiale per sostenere la necessità di diffondere la diagnosi precoce, anche attraverso la spirometria semplice. Annuncia la prossima produzione di un Manuale GARD per la diagnosi delle malattie respiratorie croniche e di un Manuale GARD sulla diagnostica allergologica nei paesi a basso e medio reddito.

Il 22° capitolo (“Controllare le malattie respiratorie croniche e le allergie respiratorie aumentando l'accessibilità ai farmaci”) richiama l'importanza, per i paesi a basso e medio reddito, dei programmi WHO denominati “Approccio Pratico alla salute del Polmone” (PAL) ed “Approccio Pratico alla salute del Polmone in Sudafrica” (PALSA plus), considerando più appropriati approcci malattia-specifici per i paesi ad alto reddito. Quindi, la GARD suggerisce che ogni paese adatti i piani di azione alle proprie necessità, priorità, organizzazioni dei servizi sanitari e risorse.

Il 24° capitolo (“Identificare le fasi di implementazione delle politiche”) è dedicato alle attività GARD nelle singole nazioni, ribadendo un approccio inclusivo, realistico e rispettoso delle specificità nazionali. Lo schema organizzativo proposto è:

Figura 25 - GARD at country level



L'ultima pagina di copertina riporta il motto della GARD: “Un mondo dove tutte le persone possano respirare liberamente” (“A world where all people breathe freely”).

Il ruolo delle Istituzioni europee

On. Umberto Guidoni

Deputato Parlamento Europeo

Il mio impegno nel settore della ricerca e della sanità pubblica si esplica soprattutto nell'ambito sia della Commissione Industria, Ricerca e Energia e sia della Commissione Ambiente, Salute e Sicurezza Alimentare. Queste due Commissioni, sebbene con obiettivi diversi, si occupano della sanità, la prima per gli aspetti relativi alla ricerca medica e la seconda ai fini della formulazione di interventi strettamente collegati ai problemi sanitari e ambientali.

La BPCO e le altre malattie respiratorie sono un'emergenza per la sanità pubblica, costituiscono un costo ingente per le economie europee, ma soprattutto pongono limitazioni notevoli al benessere e alla qualità della vita delle persone che ne sono affette. Basti pensare che un cittadino europeo su quattro ha qualche forma di malattia respiratoria. E tra questi il 4-10% è colpito da BPCO, che è una malattia invalidante e irreversibile. La BPCO è spesso sottovalutata e non diagnosticata, mentre nelle sue forme gravi colpisce 3 su 4 pazienti che hanno serie difficoltà respiratorie e addirittura non riescono a salire una rampa di scale, perché anche questo piccolo "gesto quotidiano" per loro è un impossibile.

Tra l'altro anche dal punto di vista dei costi della sanità pubblica, la BPCO rappresenta quasi la metà della spesa che si affronta in Europa per la cura della malattie polmonari: si tratta di una cifra stimata intorno ai 100 miliardi di Euro l'anno. I costi sono importanti, sia dal punto di vista dell'impatto economico sia in termini di mortalità. Recenti studi epidemiologici indicano che la prevalenza di questa malattia è in crescita in tutto nel mondo e che la BPCO nel 2020 potrebbe divenire la terza causa di morte più comune.

Proprio per il suo peso economico e sociale è vitale che questa malattia figuri fra le priorità del Settimo Programma Quadro, il più importante programma di ricerca a livello Europeo, che copre un arco di tempo di 7 anni (2007-2013) e prevede un investimento significativo di oltre 50 mld di Euro.

Aver inserito la BPCO tra gli obiettivi della ricerca clinica può consentire di definire strategie di ricerca mirate e di sviluppare cure sanitarie adeguate.

Si tratta di rispondere ad una sfida importante, ed è indispensabile che lo sforzo sia fatto a livello europeo, soprattutto nella ricerca e nel supporto alle strategie di cura dei singoli paesi.

Uno dei dieci temi che viene affrontato nel VII Programma Quadro è quello della salute, che ha una disponibilità di investimenti pari a circa 6mld di Euro in 7 anni. In particolare, la ricerca sulle malattie respiratorie è stata inserita nel settore della trasposizione della ricerca medica nella pratica clinica con la seguente motivazione: *"Ricerca traslazionale nelle principali ma-*

lattie: cancro, malattie cardiovascolari, diabete/obesità; malattie rare; altre malattie croniche comprese l'artrite e le malattie muscoloscheletriche e reumatiche e le malattie respiratorie, comprese quelle causate da allergie. Sviluppo di strategie incentrate sul paziente, dalla prevenzione alla diagnosi con particolare attenzione per la cura, ivi compresa la ricerca clinica e l'uso di ingredienti attivi. Si terrà conto di aspetti della medicina palliativa". Questo è il campo di studio in cui la BPCO è stata inserita. Il programma è stato approvato nel 2006 ed è attualmente operativo. Occorre assicurare che nel Work Programme annuale ci siano progetti dettagliati sulla ricerca nel settore della BPCO.

Anche nel Sesto Programma Quadro ci sono stati progetti finanziati per affrontare i rischi legati alla diagnosi e al trattamento delle malattie e la BPCO è stata oggetto di alcuni progetti come il Progetto RIGHT, che prevede la possibilità di accedere a banche dati di malattie la cui diagnosi è più difficile, tra cui la BPCO.

Se è vero che la BPCO e le altre malattie respiratorie rappresentano un costo notevole per l'Europa e soprattutto una limitazione per la qualità della vita dei pazienti, è sicuramente importante che siano diventate obiettivo prioritario della ricerca in Europa.

Ma la ricerca da sola non basta ed occorre che le Istituzioni Europee adottino politiche congiunte contro il fumo e strategie più attente e mirate sulla qualità nell'aria delle abitazioni e degli ambienti di lavoro (qualità dell'aria *indoor*).

16

La Dichiarazione Scritta dell'On. Sthiler (84/2006) sulla lotta contro la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) presentata lo scorso anno, in occasione della V Giornata Mondiale BPCO non ha purtroppo raggiunto la maggioranza delle firme necessarie per diventare un atto formale del Parlamento Europeo, nonostante la costante attenzione a queste problematiche di salute pubblica.

In occasione della VI Giornata Mondiale è stata presentata dall'On. Sthiler e altri una nuova Dichiarazione Scritta (0102/2007) ed è necessario che venga data la massima rilevanza a questa iniziativa, anche in considerazione del fatto che il tempo a disposizione per raccogliere tutte le firme è limitato.

La prevenzione delle malattie croniche respiratorie

Annamaria De Martino

Dirigente medico, Ministero della Salute, Dipartimento Prevenzione e Comunicazione, Direzione Generale Prevenzione Sanitaria

PREMESSA

Nei paesi industrializzati circa il 20% del carico totale di malattia può essere imputabile a fattori ambientali. Le vittime principali sono i bambini e i gruppi più vulnerabili della popolazione, come i poveri e le donne in età fertile¹. Alcune indagini dimostrano che in Europa quasi una patologia su tre, tra la nascita ed i 19 anni, può essere attribuita a fattori ambientali e oltre il 40% di tale morbilità interessa i bambini di età inferiore ai 5 anni; le principali malattie che colpiscono i bambini europei sono le malattie respiratorie, l'asma, le allergie, i disturbi dello sviluppo neurologico, il cancro e le alterazioni del sistema endocrino. Sulla base di queste evidenze, la Commissione europea nel 2003 ha varato la “Strategia Europea Ambiente e Salute”, nota anche come iniziativa SCALE (Science, Children, Awareness, Legal instrument, Evaluation), che incentra l'attenzione sulla necessità di proteggere la salute dei gruppi più vulnerabili della società (i bambini), approfondendo i collegamenti fra problematiche ambientali e salute. Tale strategia si è concretizzata nell'Action Plan for Environment and Health 2004-2010², che rappresenta il contributo della Commissione Europea alla IV Conferenza interministeriale Ambiente e Salute dell'OMS Regione Europa (Budapest 2004).

17

L'IMPATTO EPIDEMIOLOGICO E SOCIOECONOMICO

L'impatto delle malattie croniche ha profondamente modificato l'approccio generale della politica sanitaria italiana che privilegia, accanto all'intervento terapeutico, la ricerca e l'identificazione delle cause che sono alla base delle principali malattie che colpiscono la popolazione e l'eliminazione (o riduzione a limiti accettabili) di tutti i potenziali o reali fattori di rischio. Il fumo di tabacco, la dieta non salutare, l'inattività fisica, l'inquinamento atmosferico, le condizioni socioeconomiche svantaggiate, interagendo, in maniera complessa e con meccanismi non del tutto chiari, con fattori di rischio individuali, come età e patrimonio genetico, sono responsabili della gran parte dei nuovi casi di malattie cardiache, ictus, malattie respiratorie croniche ed alcuni tipi di cancro.

Le malattie croniche respiratorie rappresentano per numerosità la 3° causa di morte in Italia, dopo le malattie dell'apparato circolatorio e le neoplasie. La bronchite cronica e l'asma colpiscono più del 20% della popolazione di età superiore ai 65 anni e rappresentano per questa fascia di popolazione la terza causa di patologia cronica, dopo l'artrosi/artrite e l'ipertensione (ISTAT, 2003).

Tra le malattie croniche respiratorie la BPCO ha il più forte impatto sanitario. È in continuo aumento nei paesi industrializzati dove è elevato il consumo di tabacco. È la quinta causa di malattia cronica, ha un alto tasso di mortalità ed è particolarmente invalidante. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in assenza di efficaci misure preventive, diagnosti-

che e terapeutiche, è destinata ad aumentare nei prossimi venti anni, collocandosi tra le prime cause di mortalità e morbilità nel mondo.

I FATTORI DI RISCHIO

Il fumo di tabacco è il fattore di rischio più importante, alla base dello sviluppo della BPCO. Il suo controllo consente di prevenire lo sviluppo della malattia. L'abitudine al fumo si associa ad una maggiore prevalenza di sintomi respiratori, tosse e catarro cronici, ma anche a respiro sibilante, sia negli uomini sia nelle donne, in maniera proporzionale alla quantità di sigarette fumate e al periodo in cui si è iniziato a fumare. È dimostrato che la cessazione del fumo è in grado di modificare in senso favorevole la storia naturale della malattia stessa.

L'esposizione professionale cronica a sostanze inquinanti quali polveri, fumi, sostanze chimiche è una condizione di rischio importante per lo sviluppo di BPCO, indipendentemente dall'abitudine al fumo. Il rischio appare sicuramente maggiore nei lavoratori fumatori essendo i due fattori in grado di reagire negativamente tra di loro³.

Nell'*aria degli ambienti indoor*, oltre al fumo passivo, che è il principale inquinante indoor, possono essere presenti altre sostanze nocive per l'apparato respiratorio, come il particolato e gli ossidi di azoto provenienti dalla presenza di stufe e cucine a gas e cherosene. L'esposizione al *fumo passivo* può contribuire all'insorgenza dei sintomi respiratori e della malattia respiratoria cronica, aumentando il carico globale di particelle e gas inalati⁴. Considerato che la maggior parte delle persone trascorre in ambienti chiusi fino a 20-22 ore al giorno (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 indoor può comportare gravi conseguenze per la salute, soprattutto per i possibili effetti di tipo cronico che si manifestano nel tempo.

Numerosi studi hanno dimostrato che esiste una stretta relazione tra *inquinamento atmosferico urbano* e comparsa di effetti acuti (aumento di sintomi respiratori, visite in Pronto Soccorso, ospedalizzazione e morte) in pazienti affetti da BPCO^{5,6}. I risultati di un recente studio condotto dall'OMS⁷ ha dimostrato che in Italia, tra il 2002 ed il 2004, si è verificato un incremento di mortalità per tutte le cause (eccetto per incidenti stradali) ed un aumento di morbilità per bronchiti, asma, sintomi respiratori (sia in bambini sia in adulti), correlabili agli effetti a lungo termine di concentrazioni di PM10 superiori a 20 µg/m³. Lo studio ha considerato anche l'impatto dell'ozono, confermando la pericolosità di questo inquinante per la salute, con effetti aggiuntivi a quelli del PM10. La proporzione di popolazione coinvolta aumenta appena gli effetti diventano meno gravi, secondo una sequenza gerarchica a piramide. Vista la notevole ampiezza della popolazione coinvolta, l'impatto dell'inquinamento atmosferico, in termini di sintomi lievi o di effetti subclinici, è da ritenere un dato non trascurabile in sanità pubblica.

Alcune indagini epidemiologiche hanno dimostrato che le associazioni tra inquinamento da particolato ed effetti avversi sulla salute, sono significative soprattutto nelle *fasce maggiormente suscettibili* della popolazione, come anziani e bambini, persone affette da patologie esistenti a carico dell'apparato respiratorio e cardiovascolare (EPA, 2005a). Inoltre, una recente rassegna di studi (O'Neill et al, 2003) ha evidenziato come le condizioni socioeconomiche e le loro associazioni con un cattivo stato di salute possono essere parzialmente attribuibili a differenze nell'esposizione a fattori di rischio ambientali. Questi aspetti sono rilevanti se si effettuano valutazioni di impatto sulla salute dell'inquinamento atmosferico per evitare stime

inesatte e per adottare efficaci politiche protettive mirate ai gruppi più vulnerabili. Sempre maggiori evidenze^{8,9} indicano che le variabili climatiche, come tali o in interazione con gli inquinanti, assumono un ruolo importante nella quota di morbilità e mortalità correlabile a malattie respiratorie. E' stato rilevato un significativo incremento della mortalità giornaliera per effetto diretto delle ondate di calore in persone anziane affette da patologie croniche, malattie cardiovascolari, respiratorie e cerebrovascolari (Ballester et al. 1997, Semenza et al. 1999, Huynen et al. 2001, Braga et al. 2002, Diaz et al. 2002, Hajat et al. 2002, Michelozzi et al. 2005a, Michelozzi et al. 2005b, Schwartz 2005). I risultati di alcuni studi supportano, inoltre, l'ipotesi di un effetto sinergico tra variabili climatiche e inquinamento atmosferico. Durante un'ondata di calore, infatti, le elevate temperature ambientali possono potenziare l'effetto nocivo del PM10 e dell'ozono, specialmente tra gli anziani.

I cambiamenti climatici in atto possono alterare anche la distribuzione spaziale di alcuni vettori di malattie infettive e di alcune specie allergeniche di pollini, aumentando così il rischio di nuove epidemie infettive e di nuove sensibilizzazioni tra le popolazioni allergiche¹⁰. Negli ultimi anni è stato registrato un progressivo aumento della frequenza di casi di pollinosi, correlati soprattutto a pollini di alberi a fioritura precoce o pre-primaverile e alla diffusione in alcune regioni del nostro paese di nuove specie di piante ad altissima potenzialità allergenica (es. Ambrosia).

L'APPROCCIO PREVENTIVO

Sulla base di quanto finora detto appare evidente che la prevenzione costituisce il trattamento più efficace per ridurre significativamente l'impatto delle malattie croniche respiratorie nella comunità. Il trattamento preventivo, a qualsiasi livello si attua, deve essere rivolto all'individuo, al suo contesto ambientale e sociale. Per ottenere risultati efficaci deve agire in maniera capillare e continua nel tempo, comprendere interventi (sulla popolazione generale e sui singoli) tali da far emergere e contenere i fattori di rischio comuni ad altre malattie croniche.

Nella maggior parte dei fumatori la cessazione dal fumo di tabacco è considerato l'intervento più efficace ed economicamente più vantaggioso, per ridurre il rischio di sviluppare la BPCO, ma smettere di fumare spesso è un obiettivo difficile da realizzare, per questo motivo sono essenziali tutti gli interventi volti a scoraggiare l'inizio dell'abitudine al fumo, soprattutto le campagne di sensibilizzazione e di educazione sanitaria rivolte ai giovani.

Non ancora si dispone di dati certi sui rapporti costo efficacia dei programmi di diagnosi precoce delle BPCO, ma è plausibile che la diagnosi precoce, associata al monitoraggio ed alla corretta terapia, possa ridurre sensibilmente gli alti costi diretti della patologia. Altri importanti interventi preventivi per modificare la storia naturale della BPCO sono la vaccinazione antinfluenzale e la vaccinazione antipneumococcica.

La strategia preventiva delle malattie croniche respiratorie per essere efficace deve essere complessiva ed integrata e fondarsi sui seguenti obiettivi a medio e lungo termine: *approfondire le conoscenze e migliorare i sistemi di sorveglianza* volti alla conoscenza dell'epidemiologia e del ruolo etiologico di fattori genetici e ambientali e dell'efficacia delle misure attualmente disponibili; *promuovere campagne di educazione e formazione* mirate alle persone affette da tali patologie e alle loro famiglie, al personale sanitario e al personale di altre istituzioni non sanitarie, prima fra tutte l'istituzione scolastica, in grado di svolgere un ruolo importante nella pre-

venzione e nella promozione di stili di vita improntati alla salute. Il medico di medicina generale svolge un ruolo importante nell'informare la popolazione e nel promuovere un cambiamento culturale sui grandi temi della tutela della salute. Un suo importante atto professionale consiste nell'espletamento dei compiti di medicina preventiva individuale, cura ed educazione sanitaria.

Accanto a queste iniziative di carattere strettamente sanitario, occorre intervenire sull'ambiente per ridurre l'inquinamento dell'aria, modificare gli ambienti di vita e di lavoro. Recentemente, si sono diffuse misure volte a monitorare le esposizioni ad allergeni e pollini per minimizzare l'esposizione nell'ambiente e negli alimenti, e valutare allo stesso tempo l'impatto di tali misure sulla salute. Il riconoscimento precoce delle particelle allergizzanti nell'aria, consente di attuare correttamente la diagnosi, mettere in atto tempestivamente la terapia farmacologica, collocare correttamente i periodi di terapia secondo la fioritura delle principali specie arboree allergizzanti del territorio e fornire ai pazienti allergici consigli comportamentali adeguati.

Gran parte degli interventi di prevenzione ambientale, di monitoraggio e sorveglianza non sono gestibili direttamente dai singoli cittadini e dal medico curante, essi ricadono, a seconda dei livelli organizzativi e delle competenze, nell'ambito delle autorità Statali, Regionali, Enti Locali e nei compiti del Sistema Sanitario Nazionale (AUSL, Dipartimenti prevenzione, Distretti sanitari, ecc.).

L'IMPEGNO NAZIONALE

20

Il Piano Sanitario Nazionale ha dato un notevole impulso alle azioni volte a promuovere, nell'arco di un tempo breve e medio, sia la prevenzione sanitaria sia la tutela ambientale. Le malattie respiratorie figurano nel capitolo delle grandi patologie e l'obiettivo Ambiente e Salute del PSN in linea con la strategia europea "SCALE" propone una serie di interventi volti a prevenire e sorvegliare le malattie correlate all'ambiente, riservando un'attenzione particolare alla salute dei bambini. Sono proposti alcuni obiettivi da raggiungere su vasta scala in continuità con le Regioni e gli enti locali, tra cui la riduzione dell'incidenza delle malattie correlate alla qualità dell'aria degli ambienti confinati, in modo particolare le patologie allergiche, l'asma e le malattie respiratorie. Per la realizzazione di tali obiettivi, il PSN prospetta la promozione di interventi adeguati (informazione divulgativa, formazione, norme) che riducano l'esposizione dei soggetti atopici, malati di asma, allergia o BPCO, agli allergeni ed agli inquinanti, specialmente al fumo passivo, presenti negli ambienti di vita indoor. Nell'ambito della prevenzione delle esposizioni indoor costituiscono importanti riferimenti gli Accordi tra Ministro della Salute e Regioni recanti: 1) "Linee guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati" (G.U.276 del 27.11.2001, SO 252) e 2) "Linee guida per la definizione di protocolli tecnici di manutenzione predittiva sugli impianti di climatizzazione" (GU n.256 del 3.11.2006, SO n.207). Presso la DG della Prevenzione sanitaria è stato costituito, inoltre, un gruppo di lavoro ad hoc per la revisione e l'aggiornamento del documento di indirizzo tecnico per la realizzazione di un programma specifico di prevenzione ambientale delle allergie e dell'asma nelle scuole, che potrà acquisire la veste giuridica di Accordo.

In questi ultimi anni, sono state promosse importanti politiche di limitazione del fumo, compresi i provvedimenti a tutela dei non fumatori, come il divieto di fumare nei luoghi pubblici.

Altri esempi sono rappresentati dal Piano di Prevenzione attiva, oggetto di accordo tra lo Stato e le Regioni, integrato come Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, allegato 2 all'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005. Tale piano riconosce nel Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie un importante punto di integrazione istituzionale-scientifico tra i livelli di governo centrale ed i governi territoriali. Il CCM ha investito molte delle sue risorse nell'ambito del programma di governo "Guadagnare salute". In particolare nel settore della lotta al tabagismo, sono state previste azioni di sostegno per consentire di mantenere nel tempo l'osservanza della legge sul fumo, come la valutazione del rispetto della normativa nei luoghi di lavoro pubblici e privati, conferendo ai dipartimenti di prevenzione un ruolo attivo di vigilanza e rispetto del divieto e prevedendo anche un piano di formazione rivolto ai decisori ed agli operatori locali. Il CCM ha anche promosso un progetto nazionale per la costruzione di un sistema di sorveglianza sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico da polveri sottili, con lo scopo principale di individuare i gruppi di popolazione suscettibili e di fornire indicazioni per programmi di prevenzione delle patologie respiratorie e cardiocircolatorie.

Sempre nell'ambito del CCM è stato finanziato il "Piano operativo nazionale per la prevenzione degli effetti del caldo sulla salute", finalizzato a diffondere sul territorio nazionale i sistemi locali di allerta e risposta alle ondate di calore (Heat health watch warning system), identificare e sorvegliare attivamente la popolazione a maggior rischio durante un'ondata di calore e definire misure di prevenzione mirate alle persone suscettibili (persone molto anziane, malati di BPCO, cardiopatici ecc).

Si segnala, infine, che un gruppo di coordinamento composto da dirigenti della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria e della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, ed esperti nazionali, ha il compito di produrre la GARD Italiana (Global Alliance Against Chronic Respiratory Disease), il cui obiettivo principale è migliorare la gestione, il trattamento ed il monitoraggio delle patologie croniche respiratorie.

"La salute pubblica dovrebbe prestare attenzione principalmente alle cause fondamentali delle malattie ed alle regole del vivere sano, per prevenire conseguenze negative sulla salute stessa"
(*Ethical Practice of Public Health, Tomas, 2002*).

Bibliografia

1. Smith KR, Corvalán CF, Kjellström T "How Much Global Ill Health is Attributable to Environmental Factors?". *Epidemiology* 1999;10(5):573-84.
2. Il piano d'azione europeo per l'ambiente e la salute 2004-2010. COM 2004; 416.
3. 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.
4. de Marco R, Accordini S, Cerveri I et al. An international survey of chronic obstructive pulmonary disease in young adults according to GOLD stages. *Thorax* 2004;59:120-125.
5. Forastiere F, Ippoliti D, Pistelli R. Airborne particles are associated with increased mortality and hospital admissions for heart and lung diseases. *Eur Respiratory Monograph* 2002;7:93-107.

6. Antò J, Sunyear J. Epidemic asthma and air pollution. In: D'Amato G, Holgate ST. The impact of air pollution on respiratory health. *Eur Resp Mon* 2002; pp.108-116.
7. Impatto sanitario del PM10 e dell'ozono in 13 città italiane www.euro.who.int; www.apat.gov.it.
8. MISA "Metanalisi Italiana degli studi sugli effetti a breve termine dell'inquinamento atmosferico" (Biggeri et al, 2001; Biggeri et al, 2004).
9. Rapporto APAT-OMS. Cambiamenti climatici ed eventi estremi: rischi per la salute in Italia, 2007 .
10. Cecchi L et al., 2006. Fonte Ibidem.

Il Progetto LIBRA: Linee Guida per BPCO, Rinite e Asma

Lorenzo Corbetta

Delegato Nazionale GOLD

Professore Associato Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

LIBRA è il progetto italiano di divulgazione congiunta delle Linee Guida per BPCO, Rinite, Asma patrocinato dalle principali Società Scientifiche Nazionali, che integra in una struttura unica nazionale le iniziative GINA, ARIA e GOLD-ERS/ATS e promuove iniziative educative e formative di divulgazione del materiale, prodotto dalle Commissioni Internazionali e adattato alla realtà italiana.

Gli obiettivi del progetto sono:

- Sensibilizzare le istituzioni pubbliche, gli operatori sanitari e la popolazione generale sull'importanza delle malattie ostruttive croniche, che dovrebbero essere considerate e affrontate come un serio problema di salute pubblica.
- Promuovere iniziative educative e formative degli operatori sanitari, per diffondere la conoscenza delle linee guida e modificare le attitudini diagnostico-terapeutiche attraverso la divulgazione in Italia dei documenti internazionali adattati alla realtà italiana e condivisi con le Società Scientifiche e gli esperti italiani.
- Migliorare la qualità dell'intervento sanitario per ridurre il numero di casi misconosciuti, migliorare il trattamento dei pazienti diagnosticati e ottimizzare i costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Il Comitato Esecutivo è formato dai referenti nazionali delle Linee Guida Internazionali: Prof. L.M. Fabbri (Modena), Prof. S. Bonini (Roma), Prof. G.W. Canonica (Genova), Prof. P.L. Paggiaro (Pisa), Prof. L. Corbetta (Firenze) e Dr. G. Passalacqua (Genova).

Il materiale prodotto da LIBRA viene messo a disposizione per progetti speciali organizzati dalle Società Scientifiche e dai partner aderenti al progetto come attività formative residenziali e a distanza e survey sull'efficacia dell'implementazione delle linee guida.

L'unificazione delle forze per la divulgazione dei messaggi riguardanti le patologie respiratorie croniche è in linea con la filosofia di iniziative mondiali come la Global Alliance for Respiratory Diseases (GARD), che raccoglie le principali associazioni internazionali con il medesimo obiettivo finale: ridurre l'impatto delle malattie respiratorie croniche nella popolazione generale e di cui LIBRA è membro partecipante.

Attività di Libra nell'anno 2007: È stato un anno particolarmente impegnativo per LIBRA, in quanto si è concretizzato nella traduzione dei nuovi documenti GOLD per la BPCO e GINA per l'asma pubblicati a fine 2006 dalle relative Commissioni Internazionali.

Già a settembre tutto il materiale ARIA, GINA e GOLD è stato pubblicato ufficialmente sui tre siti ed è stata inviata la Newsletter di “alert” a circa 3.000 iscritti. Materiale tradotto e pubblicato:

<i>GINA</i>	Slide Kit, aggiornamento 2007; Pocket Guide ADULTO; Pocket Guide BAMBINO; Executive Summary; Workshop Report
<i>GOLD</i>	Slide Kit, aggiornamento 2007; Pocket Guide; Executive Summary; Workshop Report
<i>ARIA</i>	Slide Kit, aggiornamento 2007

LIBRA collabora con le Associazioni Pazienti in attività divulgative e condividendo l'organizzazione delle Giornate Mondiali dell'Asma (2 maggio 2007) e della BPCO (14 novembre 2007); un'iniziativa di recente avvio in questo ambito è stata “L'Angolo del Paziente” di comunicazione interattiva via internet con i malati attraverso il sito www.progettolibra.it. Tutte le informazioni e i materiali realizzati da LIBRA sono disponibili e scaricabili dal portale www.progettolibra.it che dà accesso ai siti delle singole patologie www.ginasma.it, www.goldcopd.it, www.progettolibra.it. La registrazione al portale consente di ricevere la newsletter di informazioni sulle news e gli eventi LIBRA.

Sindrome metabolica, BPCO ed esercizio fisico

Enrico Clini

Università degli Studi di Modena-Reggio Emilia. Ospedale e Fondazione Villa Pineta, UO di Pneumologia e Riabilitazione Respiratoria. Pavullo (MO)

Nel corso degli ultimi anni sono state pubblicate linee guida basate sulla evidenza in relazione alla patogenesi, diagnosi e trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) nei suoi vari stadi di gravità¹.

Ciò che di più interessante emerge nelle conoscenze della letteratura recente appare la rappresentazione di un paziente BPCO complesso che, sempre con maggiore frequenza, si presenta alla osservazione dello specialista con problematiche sanitarie caratterizzate dalla associazione di pluripatologie. Dati in fase di consolidamento confermano che in oltre il 60% dei casi il paziente BPCO presenta almeno una altra patologia cronica associata², e che di per sé la malattia respiratoria produce un rischio di sviluppare comorbidità maggiore rispetto a quello presente nella popolazione di pari età senza BPCO³. Se da un lato questa nuova epidemiologia è da ascrivere al sempre più preoccupante ritardo diagnostico in questi pazienti già anziani al presentarsi più tipico della sintomatologia, dall'altro appare affascinante la emergente cultura che vorrebbe ricondurre la patogenesi della malattia ad evento infiammatorio sistemico, comune ad altre affezioni croniche tipicamente associate⁴. Di fatto, al momento, prevale tra i più ancora l'idea che la BPCO sia una malattia con una propria peculiarità ma con manifestazioni sistemiche rilevanti e tali da configurare anche quadri di concomitanza morbosa.

25

BPCO E SINDROME METABOLICA

Tra le condizioni comorbose che caratterizzano con una certa preoccupante frequenza la BPCO vi è la sindrome metabolica, della quale l'obesità rappresenta il fenotipo clinico più comunemente associato.

Come è noto la obesità espone di per sé l'individuo a dei rischi di malattia sistemica rilevante e gradualmente proporzionali all'incremento della massa corporea adiposa⁵, il che naturalmente indica un incremento dei rischi aggiuntivi per la salute allorché si manifesta in un soggetto con BPCO⁶. Da un punto di vista epidemiologico l'impatto di questa associazione morbosa non è ampiamente descritto in letteratura. Una indagine su un campione limitato di pazienti BPCO che afferivano a programmi ambulatoriali di riabilitazione mostra che il paziente BPCO presenta una prevalenza di singoli componenti della sindrome metabolica (aumento del grasso viscerale, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, ipertensione arteriosa sistemica, iperglicemia) significativamente maggiore che in soggetti di pari età ma senza BPCO (43% verso 21%)⁷. Un nostro più recente dato su una numerosa coorte di pazienti BPCO (circa 3000) arruolati alla riabilitazione respiratoria conferma ed estende oltre tale reperto (circa il 60% dei pazienti BPCO con almeno una comorbidità associata)⁸.

Entrambe queste condizioni morbose esprimono, in particolare, un elevato rischio di disabilità (benché raggiunta con differenti meccanismi) conseguente alla riduzione della *fitness* indivi-

duale^{9,10}, fattore dimostratosi incontrovertibilmente sfavorevole quanto a prognosi *quoad vitam* in questi pazienti^{11,12}.

Il modello riabilitativo si propone, per questa peculiare caratteristica clinica di questa tipologia di pazienti, come una modalità di intervento che abbraccia prevenzione avanzata e trattamento con lo scopo di modificare potenzialmente la storia clinica del malato.

Ai più è oggi noto il vantaggio clinico che la Riabilitazione Respiratoria (RR) può determinare nel recupero della disabilità del paziente con malattia respiratoria cronica e che incorpora, secondo le più recenti e aggiornate linee guida, programmi di attività fisica, educativa, psicologica, nutrizionale¹³. In pratica la RR si rivolge al trattamento di una serie di problemi che non possono essere adeguatamente e solamente risolti mediante la terapia farmacologica. Tali problemi, specie negli stadi avanzati di malattia, sono rappresentati dalla perdita di capacità all'esercizio, dalla perdita di trofismo muscolare e dalla insorgenza di alterazioni del tono dell'umore (soprattutto in senso depressivo), problemi che conducono il paziente all'isolamento e al noto "circolo vizioso" della BPCO. Altrettanto diffusi i programmi di intervento conservativo sulla promozione di un migliore stile di vita che abbracciano la sfera della obesità, specie dell'età adulta¹⁴. In via di sviluppo sono infine i modelli di intervento sulla disabilità del paziente obeso complesso che trovano ampia collocazione e vocazione all'interno di programmi ospedalieri di riabilitazione¹⁵. Benché ad oggi non siano noti e del tutto certi gli effetti complessivi delle interazioni fra queste singole patologie è verosimile attendersi un aumento delle conseguenze cliniche individuali. Dati preliminari confermano, ad esempio, che la presenza di sindrome metabolica od obesità nel paziente BPCO può negativamente condizionare gli effetti di un intervento riabilitativo⁸.

CONCLUSIONI

La malattia cronica complessa condivide numerosi fattori patogenetici. L'infiammazione sistemica ha un sicuro ruolo nella patogenesi della BPCO e della sindrome metabolica/obesità. Gran parte dei pazienti BPCO presentano sindrome metabolica. L'intervento riabilitativo rappresenta un potenziale modello per l'intervento individualizzato in pazienti BPCO tanto più se complessi e con comorbidità associate che producono un sicuro danno alla funzione individuale e alla successiva sopravvivenza, benché la presenza di sindrome metabolica possa condizionarne il potenziale beneficio.

Bibliografia

1. GOLD. Progetto mondiale per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione della BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva. Aggiornamento nazionale 2006.
<http://www.goldcopd.it/materiale/2007/wr.pdf>.
2. Charlson M, et al. Can disease management target patients most likely to generate high costs? The impact of comorbidity. *Soc Gen Intern Med* 2007; 22: 454-469.
3. Soriano JB, et al. Patterns of comorbidities in newly diagnosed COPD and asthma in primary care. *Chest* 2005; 128: 2099-2107.
4. Fabbri LM, Rabe K. From COPD to chronic systemic inflammatory syndrome? *Lancet* 2007; 370: 797-799.

5. National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute in cooperation with the National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in adults. The Evidence Report. *NIH Publication No. 98-4083* September 1998.
6. Nowbar S, et al. Obesity-associated hypoventilation in hospitalized patients: prevalence, effects, and outcome. *Am J Med* 2004; 116: 1-7.
7. Marquis K, et al. The metabolic syndrome in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Cardiopulm Rehab* 2005; 25: 226-232.
8. Crisafulli E, et al. Impact of co-morbidities on the rehabilitation outcome in COPD patients. *Eur Respir J* 2007; 30(suppl.): 454s.
9. Pitta F, et al. Characteristics of physical activities in daily life in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171: 972-977.
10. Blair SN, et al. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. *JAMA* 1989; 262(17): 2395-2401.
11. Garcia-Aymerich J, et al. Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a population based cohort study. *Thorax* 2006; 61: 772-778.
12. Wei M, et al. Relationship between low cardiorespiratory fitness and mortality in normal-weight, overweight, and obese men. *JAMA* 1999; 282: 1547-1553.
13. Troosters T, et al. Pulmonary rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 172: 19-38.
14. Italian Ministry of Health. Recommendations for the prevention, diagnosis and treatment of overweight and related diseases. 2004 (<http://www.sio-lombardia.org/php/html/aaaa/ministero/Consensus.pdf>).
15. Clini EM, et al. Interdisciplinary rehabilitation in morbidly obese subjects: an observational pilot study. *Monaldi Arch Chest Dis* 2006; 65: 89-95.

I problemi aperti: screening, educazione del paziente, accesso alle terapie

Pierluigi Paggiaro

*Professore Ordinario Malattie Respiratorie,
Dipartimento Cardio-Toracico Respiratorio, Università di Pisa*

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è definita attualmente come una malattia “prevenibile e curabile”, per sottolineare la possibilità di intervenire positivamente sulla storia naturale della malattia, in termini di miglioramento della qualità della vita e di arresto della progressione, fondamentalmente attraverso l’allontanamento dai fattori di rischio. Questo atteggiamento “positivo” è importante, dato che i recenti dati epidemiologici confermano l’incremento nella prevalenza della malattia (che secondo i dati del recente studio BOLD colpisce oltre il 10% dei soggetti, specialmente nelle fasce di età più avanzata)¹. Anche la gravità della malattia è in aumento, e i dati dello studio NHANES III mostrano che l’1,4% della popolazione appartiene agli stadi III e IV della classificazione di gravità della BPCO secondo le linee guida GOLD², cioè a quelle categorie di soggetti sicuramente sintomatici e spesso marcatamente resi invalidi dalla malattia. Infine, anche la complessità della malattia è aumentata, in relazione all’aumentata età media dei pazienti, alla sempre maggiore compresenza delle varie comorbidità e alle varie conseguenze sistemiche causate dalla malattia respiratoria stessa sui vari organi e apparati.

28

Il problema che si pone quindi oggi è quali interventi sono possibili per modificare la storia naturale della malattia. La progressione della malattia è esponenziale e diventa sempre più evidente mano mano che la malattia progredisce; inoltre, la cessazione dei fattori di rischio (in primis la cessazione del fumo) ha effetti migliori quando si realizza precocemente nella storia naturale della malattia, mentre ha risultati scarsi se effettuata in fasi avanzate. È quindi importante fare una diagnosi precoce della malattia e poter avere la possibilità di ridurre o eliminare i fattori di rischio quando la malattia è agli inizi. Uno studio recente sembra dimostrare che la diagnosi precoce di BPCO (tramite spirometria in soggetti a rischio anche se asintomatici) aiuta ad un maggior tasso di cessazione dal fumo³. L’intervento di cessazione del fumo è essenziale a tutti i livelli, ed anche un minimo intervento (chiedere ed avvisare sui rischi del fumo) si è dimostrato efficace nell’aumentare il tasso di cessazione del fumo. Anche l’intervento in condizioni particolari (come nei pazienti in attesa di interventi chirurgici maggiori o in ogni ambito ospedaliero) deve essere sempre raccomandato. L’intervento di diagnosi precoce è possibile a livello del medico di medicina generale, come numerose esperienze nei paesi del Nord Europa hanno dimostrato⁴. Le esperienze italiane sono state meno confortanti, anche se alcuni studi hanno dimostrato che questi interventi di screening sono possibili ed aumentano la capacità del medico nel gestire il paziente.

Un altro aspetto importante è conoscere le possibilità di intervento terapeutico farmacologico. Gli studi degli ultimi anni hanno chiaramente dimostrato che la terapia farmacologica è in grado di ridurre i sintomi, migliorare la tolleranza allo sforzo e ridurre la frequenza e la gravità delle riacutizzazioni. Tutto ciò si traduce in un miglioramento della qualità della vita. Il re-

cente studio TORCH ha mostrato inoltre che la terapia farmacologica può ridurre la mortalità per tutte le cause, suggerendo un ruolo importante della prevenzione delle riacutizzazioni nel modificare la storia naturale della malattia⁵. L'educazione del paziente è essenziale a questo proposito, per conoscere le possibilità terapeutiche e convivere adeguatamente con la malattia. L'addestramento del paziente a riconoscere precocemente le riacutizzazioni è estremamente importante, in quanto è dimostrato che molte volte non vengono riconosciute dal paziente, e che il ritardo nel riconoscimento e nel trattamento delle riacutizzazioni si associa ad un più lento recupero, un minor tasso di successo e ad un maggiore decremento nel tempo della funzione polmonare⁶. L'educazione relativamente allo stile di vita è importante anche nell'avviare il paziente ai programmi di riabilitazione respiratoria, la cui efficacia nel migliorare i sintomi e nel ridurre il consumo di risorse sanitarie è stata dimostrata da tempo. Gli interventi riabilitativi sono ancor più attuali alla luce della frequente ed importante comorbilità (specie cardiovascolare), che contribuisce alla limitazione delle attività quotidiane e risente anch'essa positivamente del trattamento riabilitativo.

Infine, l'accesso alle cure deve essere garantito e facilitato. In un'epoca di limitazione delle risorse, è essenziale sviluppare tutte le strategie per ottimizzare il consumo di risorse sanitarie. Le prestazioni sanitarie per i pazienti con BPCO non sono esenti dal contributo economico, e ciò può riguardare una porzione considerevole di pazienti in età relativamente giovane. È quindi importante riproporre la BPCO come "malattia sociale", per la sua frequenza ed importanza, allo scopo di favorire l'accesso alla diagnostica e alle cure, specialmente nelle fasi iniziali della malattia. Infine, nei casi più gravi, che richiedono un consumo elevato di risorse sanitarie (per i frequenti ricoveri, la necessità di una gestione domiciliare, l'uso frequente dell'ossigenoterapia domiciliare e talora della ventilazione meccanica non invasiva) è importante una stretta integrazione tra ospedale e territorio, con programmi di "continuità assistenziale" che permettano di gestire nella maniera migliore il paziente fuori dall'ospedale, garantendo comunque una elevata professionalità e qualità del servizio⁷.

Bibliografia

1. Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM, Gillespie S, Burney P, Mannino DM, Menezes AM, Sullivan SD, Lee TA, Weiss KB, Jensen RL, Marks GB, Gulsvik A, Nizankowska-Mogilnicka E; BOLD Collaborative Research Group. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet* 2007;370(9589):741-50
2. Sin DD, Stafinski T, Ng YC, Bell NR, Jacobs P. The impact of chronic obstructive pulmonary disease on work loss in the United States. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;165(5):704-7.
3. Bednarek M, Gorecka D, Wielgomas J, Czajkowska-Malinowska M, Regula J, Mieszko-Filipczyk G, Jasionowicz M, Bijata-Bronisz R, Lempicka-Jastrzebska M, Czajkowski M, Przybylski G, Zielinski J. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. *Thorax* 2006;61(10):869-73.
4. Van Schayck CP, Loozen JM, Wagena E, Akkermans RP, Wesseling GJ. Detecting patients at a high risk of developing chronic obstructive pulmonary disease in general practice: cross sectional case finding study. *Br Med J.* 2002;324(7350):1370.

5. Calverley PM, Anderson JA, Celli B, Ferguson GT, Jenkins C, Jones PW, Yates JC, Vestbo J. TORCH investigators. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2007;356(8):775-89.
6. Wilkinson TM, Donaldson GC, Hurst JR, Seemungal TA, Wedzicha JA. Early therapy improves outcomes of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2004;169(12):1298-303.
7. Progetto di continuità assistenziale ospedale-territorio per i pazienti affetti da insufficienza respiratoria cronica. I.A.01- P.A. 23 Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, 2006, <http://www.ao-pisa.toscana.it>

Che cosa chiedono i media

Carla Massi

Giornalista, Il Messaggero

“*Raccontare una malattia*“: i giornalisti e le associazioni dei malati, troppo spesso, hanno modelli di comunicazione assai diversi tra loro. Nei casi in cui le due “parti” riescono a dialogare si arriva ad un felice, direi felicissimo, compromesso. Nei casi in cui, invece, le posizioni si irrigidiscono possono uscirne messaggi distorti. E a pagare, in questo secondo caso, sono soprattutto i pazienti. Che, in molti casi, chiedono di applicare con i media le stesse strategie adottate per la comunicazione interna, con le istituzioni o con i medici. Con i giornali e le tv, invece, va adottato un linguaggio diverso, vanno cercati i “cavalli di troia” in grado di far passare le informazioni che possono interessare anche un pubblico più vasto. Su questo punto è il caso di continuare a lavorare insieme, trovare delle soluzioni condivise in grado di attirare l’attenzione, informare e aiutare chi ha la stessa malattia e non sa a quale porta bussare.

Che cosa chiedono i media? Va, prima di tutto, ricordato che i media non sono tutti uguali e che, ognuno, ha un linguaggio diverso e “mittenti” diversi. Nonostante questo per tutti vale una regola: trovare delle strade per far partecipare più persone possibili alla problematica della malattia. Lavoro arduo, dal momento che le associazioni dei pazienti sono sempre di più e le richieste si moltiplicano. Quello che i media chiedono è avere una vasta documentazione in grado di far capire l’identikit della malattia e, al tempo stesso, “aprire” il problema ad un numero sempre maggiore di persone. A volte, questa operazione, rischia di far perdere dei dettagli, di peccare (apparentemente) di superficialità ma non è così. È, infatti, assolutamente impossibile trasportare in un articolo di giornale o in un pezzo televisivo tutte le informazioni e tutte le richieste che arrivano dall’associazione. Impossibile replicare il sito, impossibile fare la fotocopia dei giornali dell’associazione, etc.

Il giornalista deve, per questioni di spazio e di tempo, prendere una parte del tutto. Deve prendere quello che meglio si sposa con le notizie emergenti di quel periodo, deve inserire le richieste dei malati con altri problemi sociali, etc. I pazienti non si sentano non capiti, non si sentano non ascoltati ma, purtroppo, le regole della comunicazione sono molto ferree per tutti. Per chi legge e per chi scrive.

Importante è riuscire sempre a posizionare il paziente in un quadro sociale, analizzare i comportamenti, il contesto economico. Purtroppo, non è possibile trasformare l’articolo di un giornale o di un telegiornale in una sorta di spot per questa o quella malattia. Nel caso della BPCO gli spunti sono vari e l’associazione è riuscita più volte ad inserirli in una cornice universalmente comprensibile. Lo sforzo, è chiaro, è tanto ma i risultati si vedono.

Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari

Un grande investimento per la salute pubblica

Daniela Galeone

Direttore Ufficio II – Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Ministero della Salute

“GUADAGNARE SALUTE: rendere facili le scelte salutari”, promosso dal Ministero della Salute, e frutto inizialmente del lavoro di nove Ministeri, è stato approvato dalla Conferenza Unificata nel marzo 2007 e successivamente recepito con DPCM del 4 maggio 2007.

Il programma nasce dall’esigenza di favorire l’adozione di comportamenti che influiscono positivamente sulla salute della popolazione, modificando i fattori di rischio che causano l’insorgenza di patologie croniche, facendo guadagnare “anni di vita in salute” ai cittadini.

IL PROBLEMA

Secondo i più recenti dati dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete sono responsabili della maggior parte delle morti, delle sofferenze e dei costi sanitari nel mondo.

In Italia ed in Europa questo gruppo di malattie croniche, che hanno in comune pochi principali fattori di rischio legati a stili di vita non salutari (fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione, sovrappeso e/o obesità, inattività fisica) è responsabile dell’86% dei decessi, del 77% degli anni di vita in salute persi e del 75% dei costi sanitari. Non è un fenomeno associato al benessere, anzi tali patologie colpiscono maggiormente le classi sociali più svantaggiate.

Elemento comune a questi fattori di rischio è che essi sono in gran parte legati a comportamenti individuali, anche se fortemente condizionati dal contesto economico, sociale ed ambientale in cui si vive e si lavora.

Ecco quindi che:

- Malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete colpiscono soprattutto le classi sociali meno favorite, perché le classi più istruite e con reddito elevato sono particolarmente attente alle informazioni sulla salute e possono con maggiore facilità adottare stili di vita salutari e usufruire di prodotti e servizi migliori.
- La cronicizzazione delle malattie causate dagli stili di vita comporta disabilità, grave sofferenze e costi insostenibili per il sistema sanitario ispirato al principio della tutela e dell’assistenza universale senza esclusioni e discriminazioni.
- Occorre un intervento “etico” per prevenire malattie e morti evitabili e per evitare disuguaglianze sociali, e un intervento “economico” per garantire in termini di spesa e di efficienza il sistema sanitario universalistico.

UN’EMERGENZA PREVENIBILE

Prevenire le malattie croniche è possibile. In molti settori esistono politiche ed interventi di provata efficacia che possono agire sui fattori di rischio, modificando i comportamenti individuali ad essi connessi, e determinare una drastica riduzione dei “killer” più insidiosi per la salute.

UN PROGRAMMA CONDIVISO

GUADAGNARE SALUTE è un investimento per il futuro, una sfida per la nostra società con l'obiettivo di migliorare nel breve periodo le condizioni di vita dei cittadini e nel lungo periodo di ridurre il peso delle malattie croniche sulla società e sul sistema sanitario. Il programma ha un approccio preventivo che mira a modificare i comportamenti dei cittadini tenendo conto dei molteplici fattori non solo individuali, ma anche economici, sociali, ambientali, psicologici che sono alla base delle scelte individuali.

Il programma è fondato sulla necessità dell'**alleanza fra forze diverse**: accanto ad interventi per informare, educare, assistere, stimolare la responsabilità individuale - affinché ogni persona diventi partner attivo della propria salute - sono indispensabili **strategie intersettoriali**, tra loro coordinate, per poter agire anche sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici che condizionano l'insorgenza delle malattie croniche, coinvolgendo soggetti, settori e responsabilità differenti a livello centrale, Regionale e locale. Il Programma, pertanto, si fonda sulla necessità di una cultura condivisa in cui la "salute" diviene preoccupazione globale del Paese e non solo del sistema sanitario.

Amministratori centrali, Amministratori locali (regioni, province, comuni), mondo della scuola, mondo del lavoro e dell'industria, professionisti della salute, operatori del volontariato, privato sociale, sono chiamati a lavorare insieme, per sviluppare sinergie per i cittadini e per trasformare le buone pratiche in interventi consolidati, mettendo in rete tutti i sistemi, tutte le competenze, tutte le responsabilità di settori diversi per promuovere la salute dei cittadini.

LE AREE DI AZIONE

Il programma prevede quattro aree di azione, una per ciascun fattore di rischio, che individuano specifici percorsi sia di prevenzione sia di comunicazione e puntano sul coinvolgimento di tutta la comunità.

LA PIATTAFORMA

In coerenza con il Programma "Guadagnare salute", con **DM del 326 aprile 2007**, presso il Ministero della Salute è stata costituita la "Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo" con il compito di formulare proposte ed attuare iniziative per favorire, in tutta la popolazione, una sana alimentazione e una maggiore attività fisica, per contrastare l'abuso di alcol e ridurre il fumo di tabacco.

Tale tavolo tecnico è composto da rappresentanti delle Amministrazioni centrali interessate, delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, delle Associazioni di categoria della filiera alimentare, delle Associazioni dei consumatori e delle Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale.

L'ALLEANZA CON IL MONDO DELLA SCUOLA E IL PROTOCOLLO D'INTESA CON IL MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE

Per fornire ai bambini ed ai ragazzi le competenze necessarie ad una crescita libera, ma anche le opportunità di sperimentare e mantenere comportamenti salutari è necessaria una vera e propria **alleanza** con il mondo della scuola, sviluppando una fattiva cooperazione interistituzionale, in particolare tra mondo della scuola e mondo della salute, al fine di promuovere comportamenti sani

nelle persone in formazione, in fasi della vita in cui si acquisiscono e si radicano abitudini che andranno poi a costituire i principali fattori di rischio delle malattie croniche.

Il Ministero della Salute ed il Ministero della Pubblica Istruzione, con il Protocollo d'Intesa siglato il 5 gennaio 2007, si sono impegnati a definire strategie comuni e a realizzare un programma d'interventi, che impegni il sistema scolastico ed il sistema sanitario per la prevenzione di patologie croniche e il contrasto di fenomeni tipici dell'età giovanile.

Tra gli obiettivi previsti, particolare rilievo riveste la collaborazione su azioni specifiche quali la promozione di attività di formazione, l'attivazione di interventi di educazione alla salute e di prevenzione.

In fase di prima attuazione dell'Intesa sono state programmate ed avviate alcune iniziative, avvalendosi della collaborazione degli Uffici Scolastici Regionali del Lazio e del Piemonte.

I PROTOCOLLI CON LE ASSOCIAZIONI

Il 3 maggio 2007, alla presenza del Presidente del Consiglio Romano Prodi, si è avuta la firma di protocolli d'intesa tra il Ministro della Salute ed i rappresentanti di 22 organizzazioni appartenenti al mondo delle imprese, del sindacato e dell'associazionismo. Tra questi soggetti vi rientrano le Associazioni di categoria rappresentative della filiera alimentare che nell'ambito delle loro specifiche competenze, possono svolgere un ruolo fondamentale nel favorire i comportamenti salutari, orientando l'offerta e promuovendo tipologie di alimentazione in linea con le raccomandazioni citate, soprattutto di quei prodotti e diete che richiedono una particolare consapevolezza dei consumatori per i possibili effetti sulla salute. Tali Associazioni si impegnano a definire, sostenere e realizzare un programma di interventi per il conseguimento di obiettivi specifici tra cui:

1. promuovere la disponibilità e la diffusione dei dati sull'alimentazione e sui consumi alimentari della popolazione e sulle relazioni con la condizione di obesità e sovrappeso
2. sviluppare la ricerca tecnologica per innovazioni di prodotto
3. sostenere politiche commerciali orientate a favorire nei consumatori comportamenti salutari attraverso interventi sulle dinamiche dell'offerta (tipologia di prodotti, prezzi)
4. promuovere la diffusione e l'applicazione dei codici di autoregolamentazione della pubblicità approvati a livello nazionale ed internazionale
5. sostenere strategie per promuovere un aumento dei consumi di prodotti ortofrutticoli freschi, anche attraverso una ottimizzazione dei canali di distribuzione, ivi compresa una migliore offerta nella distribuzione automatica
6. sviluppare il rapporto fiduciario con i consumatori, fornendo al pubblico, nel rispetto delle vigenti regole comunitarie sull'etichettatura dei generi alimentari, informazioni coerenti e comprensibili sul contenuto nutritivo degli alimenti che consentano di effettuare scelte alimentari informate e oculate
7. stabilire criteri di valutazione e misurazione dell'efficacia delle iniziative e delle azioni intraprese e strumenti di verifica dell'implementazione degli accordi presi

IL PROTOCOLLO D'INTESA CON IL DIPARTIMENTO POLITICHE GIOVANILE

In questa ottica di integrazione, coordinamento ed ottimizzazione delle risorse si inserisce il Protocollo d'Intesa tra il Ministro della Salute ed il Ministro delle Politiche Giovanili e lo Sport, siglato il 19 settembre 2007.

Il protocollo mira a sensibilizzare la popolazione, e in particolare i giovani, sulla rilevanza di uno stile di vita attivo, quale efficace strumento per la prevenzione dei rischi per la salute.

In particolare i due Ministri intendono focalizzare l'attenzione alla necessità di sviluppare azioni finalizzate a promuovere l'idea che per mantenersi in salute è necessario “muoversi” e non cercare “performance” agonistiche, riservate a pochi. Sport per tutti, invece, significa favorire il movimento a tutte le età, ma anche lavorare per ridurre le disuguaglianze e l'esclusione sociale per alcune fasce di cittadini.

I due Ministri, pertanto, condividono l'esigenza di favorire l'inserimento nella pratica sportiva delle persone diversamente abili o portatrici di ritardo, disagio psichico o malattia mentale; lo sport, il movimento diventano, dunque, strumenti di prevenzione di forme di disagio ed anche strumenti terapeutico-riabilitativo.

Un altro elemento di punta dell'Intesa nasce dalla constatazione che, mentre lo stile di vita degli adolescenti è spesso caratterizzato da un'insufficiente attività fisica e da un'alimentazione non equilibrata, esiste la necessità di favorire fra i giovani un rapporto equilibrato con l'immagine corporea, di promuovere modelli estetici positivi e di contrastare quei fattori socio-culturali implicati nell'insorgenza e nella diffusione dei disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, obesità psicogena e altri disordini alimentari).

LE AZIONI IN CORSO

L'Italia sta già andando nella direzione giusta, attraverso l'adozione di misure diverse che hanno portato ai primi risultati positivi. Leggi (si pensi alla tutela dei non fumatori dal fumo passivo, intervento *evidence based* che ha avuto un impatto importante anche sui fumatori), programmi e piani regionali, interventi integrati tra più attori a livello di comunità locali, hanno dato luogo a positive esperienze di lavoro in rete.

Il Piano Nazionale della Prevenzione, previsto dall'Intesa del 23 marzo 2005, ha attivato tutte le Regioni su prevenzione cardiovascolare, screening tumorali, prevenzione dell'obesità, gestione e prevenzione del diabete, tutti temi di assoluta centralità per il paese.

La terapia del tabagismo

Giacomo Mangiaracina

Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica, II Facoltà di Medicina,

Università di Roma "La Sapienza"

Presidente SITAB, Società Italiana di Tabaccologia

Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori - Area Tabagismo

Si riduce il numero di coloro che parlano di Fumo come “fattore di rischio” non considerando la “patologia da dipendenza”. Per decenni abbiamo fatto medicina delle conseguenze, mentre la domanda di aiuto dei fumatori c’è sempre stata ed è in crescita. I “metodi per smettere”, molti e vari, eccentrici e fantasiosi, sono in declino, oggi del tutto soppiantati dal concetto appropriato di “terapia del tabagismo”. Chi ancora si ostina a parlare di “disassuefazione” e “cessazione” commette un errore reiterato di inquadramento nosografico. Siamo in pieno ambito terapeutico, al punto di usare farmaci importanti e dedicati, fondati sui solidi principi della ricerca scientifica. D’altro canto non esiste possibilità di fare terapia senza una opportuna diagnosi.

A riprova di questa posizione, c’è da dire che la diagnosi di “dipendenza” verte su precisi canoni definiti dal quarto manuale statistico diagnostico dell’American Psychiatric Society (DSM IV) e dalla decima revisione della classificazione internazionale delle malattie proposta dall’OMS (ICD-10). La dipendenza da Fumo non si esime da questi inquadramenti, ma si connota per la sua peculiarità, definibile come rapporto complesso tra la persona e l’oggetto. Il grado di complessità si può individuare attraverso la varietà delle variabili: la persona, la sostanza, l’atteggiamento, il comportamento, il contesto sociale, il terreno culturale, la promozione, i media.

Gli studi sulla neurobiologia nicotinic hanno permesso, da una dozzina d’anni a questa parte, sulla base di modelli sperimentali¹ neurochimici, elettrofisiologici e comportamentali, di comprendere con maggiore accuratezza gli aspetti più strettamente “somatici” di questa dipendenza. La virgolettatura del “somatico” è dettata dalla impossibilità di scindere questo aspetto da quello più propriamente psicologico, in virtù della *Cue Reactivity* ovvero della capacità di reagire in modo differenziato e complesso agli stimoli a cui i fumatori sono costantemente soggetti. Lo studio della *Cue Reactivity* rappresenta oggi un modello multidisciplinare per lo studio del neuro-adattamento, dalla genetica alla clinica.² Pertanto non parleremo neppure di dipendenza come “Abuso” da sostanze, primo perché il tabacco non è una sostanza; poi perché l’Abuso presuppone un “Uso” sociale che nel tabacco non esiste, mentre è di totale pertinenza nell’ambito dei problemi Alcol-correlati.

Le evidenze scientifiche hanno emarginato l’agopuntura e l’ipnosi per l’efficacia non documentata. Molto realisticamente, e sulla base delle evidenze oggi esistenti in materia, la terapia del Tabagismo verte su tre pilastri:

1. l’approccio cognitivo-comportamentale e motivazionale, individuale e di gruppo
2. il trattamento sostitutivo con Nicotina
3. i farmaci.

I modi in cui questi interventi si sviluppano sono diversi nel loro percorso, ma partono sempre e sistematicamente da un Colloquio clinico, vero cardine dell’intervento. Nel Colloquio si

esplora la disponibilità a cambiare, si va a stadiare il processo di cambiamento, si eseguono appropriati test e controlli basilari, come la misurazione del monossido di carbonio espirato, si valuta la compliance del paziente al trattamento. Il Colloquio clinico al pari di un counselling individuale, permette in ultima analisi di conoscere, capire, orientare e decidere.

Conoscere

La relazione “faccia a faccia” porta già in sé dei contenuti terapeutici. Il cliente esplora il contesto terapeutico e la capacità dell’operatore ad infondergli fiducia, mentre l’operatore ha la possibilità di sondare la sua storia, i percorsi, il contesto familiare, lavorativo e sociale, la *compliance* al programma e l’adesione alle proposte terapeutiche. Questa conoscenza è accresciuta dalla raccolta di dati del cliente attraverso una cartella anamnestica.

Capire

La valutazione dello stadio di cambiamento del soggetto permette un approccio mirato sul processo, ma anche le sue reali intenzioni, nonché gli elementi probativi per l’inserimento o l’esclusione dal programma. Il fumatore deve conoscere la struttura del programma e capire l’importanza e la necessità di realizzare un cambiamento personale.

Orientare

I consigli, l’incoraggiamento, la fiducia, la competenza, sono gli strumenti attraverso cui l’operatore guida il soggetto nella decisione.

Decidere

L’adesione al programma ha un proprio valore nel processo di cambiamento. E’ la condizione conclusiva del Colloquio clinico, obiettivo verso cui verte terapeuticamente il sistema operatore-paziente. L’operatore offre al cliente l’opportunità di realizzare il suo personale percorso. La decisione del cliente poggia sulla fiducia nell’operatore e nel programma.

Tutto questo non si improvvisa, ma viene attuato sulla base di una adeguata preparazione sia del medico, sia dello psicologo, sia dell’infermiere. Il medico e l’infermiere devono integrare la preparazione tecnica con le modalità della relazione terapeutica propriamente detta, che non viene insegnata in medicina ma in psicologia. D’altro canto lo psicologo deve in un certo senso destrutturare la sua impostazione “psicoterapica” a vantaggio della relazione umana complessa, principalmente per il fatto che un counselling tabaccologico o una terapia di gruppo, in alcun modo potranno essere etichettabili come “psicoterapie”. Il contratto che lega terapeuti e pazienti è unicamente la dipendenza dal Fumo. Ogni altro aspetto psicopatologico che possa emergere in sede trattamentale, sarà oggetto di approfondimento in altri setting terapeutici e con figure professionali specifiche.

TERAPIA DI GRUPPO

Nel 1953, Mc Farland e Folkemberg diedero vita negli USA alla prima terapia di gruppo per fumatori, ma in Italia arrivò vent’anni dopo, nel 1973. Nel 1975 iniziai a sperimentare questo metodo, che nel 1985 divenne il programma GFT, ovvero dei gruppi di fumatori in trattamento, ispirandomi

ai CAT (Club di Alcolisti in Trattamento) di Vladimir Hudolin, con cui ho collaborato per una decina d'anni nei trattamenti alcolici. Nel 1986 diedi vita al programma "Stop al Fumo" della Lega tumori, più tardi divenuto il programma GDF, ovvero dei gruppi per la disassuefazione dal fumo. Questo tipo di intervento terapeutico è importante per due motivi: ha una efficacia maggiore rispetto a qualsiasi altro tipo di intervento, ed è costo-efficace, ovvero permette il trattamento di molti fumatori in uno stesso arco di tempo, rispetto al counselling individuale.

LA TERAPIA SOSTITUTIVA NICOTINICA

Si tratta di un intervento il cui razionale risiede nel fatto che la nicotina è l'unica sostanza in grado di indurre dipendenza fisiologicamente e strutturalmente. Oggi se ne conoscono in modo preciso la neurobiologia e le modalità di azione. La somministrazione di nicotina avrebbe lo scopo di ridurne il bisogno endogeno facendo diminuire il desiderio di fumare.

La teoria è valida e produce indubbiamente dei risultati considerati a tutti gli effetti terapeutici. C'è da dire però che si registrano molti insuccessi per il fatto che le aspettative dei fumatori spesso volte sono quelle del farmaco "antifumo" per eccellenza, ovvero di ciò che "ti fa smettere". Riconduco l'attenzione alla *Cue Reactivity* già citata, ma occorre anche tenere conto del fatto che nessuna somministrazione di nicotina per qualsiasi via è paragonabile allo *spike*, ovvero al picco di concentrazione di quella inalata aspirando il fumo dalla sigaretta e assorbita dalla superficie respiratoria. In 8-10 secondi arriva al cervello in quantità di molto superiore a quella di una gomma o di un cerotto. Tuttavia gli effetti sono documentati e a condizione che venga supportato da un adeguato counselling, il prodotto a base di nicotina rappresenta un raccomandabile ausilio terapeutico, anche per giovani e per gestanti. E' un prodotto da banco e non necessita dunque di prescrizione medica.

38

FARMACI

Sotto questa voce inserisco i farmaci che necessitano di prescrizione medica. In particolare cito i più importanti, ossia il Bupropione e la più recente Vareniclina.

Bupropione

Si tratta di un farmaco di vecchia fattura, nel senso che lo si conosce da trent'anni, sperimentato e usato nella cura della depressione, ma riscoperto da qualche anno, quando durante la sperimentazione si scoprì che incrementando la dopamina cerebrale, migliorava l'umore e favoriva l'astensione dal fumo. Si annovera nella categoria degli psicofarmaci ad azione dopaminergica. L'effetto collaterale più conosciuto è rappresentato dall'insonnia. Ha varie controindicazioni, come le malattie cardiovascolari, respiratorie e renali, ma soprattutto l'epilessia e le sindromi epilettiformi correlate, in quanto abbassa la soglia convulsivante. Troverebbe una sua collocazione terapeutica più specifica in una maggiore componente depressiva che si può associare all'astinenza dal tabacco. Utile anche per controllare l'aumento del peso in chi smette di fumare.

Vareniclina

E' il farmaco di recente immissione sul mercato nella cura del Tabagismo. La sua azione è quella di agonista parziale sui recettori nicotinici "*Alfa4-Beta2*". Vuol dire che da un lato, legandosi al recettore nicotinico, produce un rilascio di dopamina sufficiente a ridurre il craving

e l'astinenza; dall'altro impedisce alla nicotina di legarsi al recettore riducendo il piacere del fumare. Si tratta di un farmaco meglio tollerato e con minori effetti collaterali rispetto al Bupropione. Il maggiore effetto collaterale, riscontrato con una frequenza superiore al 50% tra i corsisti del centro antifumo del Policlinico Umberto I di Roma, è la nausea. Tutto sommato si tratta di un disturbo che ostacola ulteriormente il desiderio per la sigaretta, dunque viene talvolta accolto favorevolmente dal fumatore in trattamento.

Sintesi degli interventi terapeutici del Tabagismo

1. **Counselling individuale** *(Adlaf E, Ivis F, Paglia A, Ialomiteanu A., 1999)*
2. **Terapia di Gruppo** (modelli)
 - Piano dei 5 Giorni *(McFarland e Folkemberg, 1950)*
 - Gruppi di Fumatori in Trattamento (GFT) *(Mangiaracina G, 1985)*
 - Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo (GDF) *(Colarizi C, Morasso G, Ceruti C, Mangiaracina G, 1986)*
3. **Terapia Sostitutiva Nicotinica** (cerotti, gomme, pastiglie, inalatori,...)
4. **Farmaci**
 - Bupropione
(incrementa la produzione di Dopamina nel segmento ventrale dell'encefalo)
 - Vareniclina
(agisce come agonista parziale dei recettori cerebrali per la Nicotina)
 - Clonidina
(usato nella cura dell'ipertensione sembra avere efficacia superiore al placebo)
 - Ansiolitici e Antidepressivi
(sono da considerarsi come coadiuvanti in un approccio sistemico)
5. **Self-care assistito** (Quit-Line, Web-Care)

SELF-CARE E ASSISTENZA “A DISTANZA”

Una particolare menzione in questo sintetico quadro generale meritano due modalità di intervento che si sono fatti strada negli ultimi anni e che sono destinati a svilupparsi, ovvero la possibilità di seguire terapeuticamente i fumatori “a distanza”. E' il caso delle Quit-Line e del Web-Care.

Quit-Line

Sono una modalità recente di intervento che si avvale del telefono. Le prime Quit-Line nacquero nel Nord Europa e in particolare in Svezia. Al momento una ridotta percentuale di fumatori accetta un trattamento per via telefonica, ma il telefono rimane comunque il primo contatto tra fumatore ed operatore. In Italia è la Lega contro i Tumori (LILT) che offre questo servizio a livello nazionale, con il numero verde 800.998877. La media dei risultati terapeutici, sulla base di un primo campione di circa 150 fumatori, ruota al momento intorno al 15% dopo sei mesi dalla conclusione del programma. Questa modalità di intervento è destinata comunque a svilupparsi nel tempo e a perfezionarsi, con operatori professionisti sempre più capaci nelle tecniche di colloquio “*blinded*”, a distanza.

Web-Care

Il primo *self-help* assistito venne creato in Italia nel 1997 da GEA Progetto Salute³, dove medici e psicologi offrivano aiuto ai fumatori per via telematica (*Internet NO Smoke*). Il servizio si è poi trasformato nel 2005 con il sito *Tabagismo.it* che rappresenta l'interfaccia italiana del sito multilingue *Stop-tabac.ch*, diretto dal prof. Jean Francois Etter, del dipartimento di Salute Pubblica dell'Università di Ginevra. Da una verifica eseguita dal 1999 al 2003, il sito ebbe 595.000 accessi, di cui 80.000 fumatori parteciparono al programma terapeutico interattivo. Uno studio randomizzato dimostrò che per ogni 28 fumatori iscritti 1 aveva smesso. In totale il servizio di web-care aveva prodotto 3.000 non fumatori in 4 anni. (Etter JF, 2001)

LE LINEE-GUIDA

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ha per la prima volta sollevato il problema del Fumo e la necessità di intervenire in termini di necessità e di priorità. Nel 2001, il Ministero della Salute ha finalmente varato le Linee-Guida cliniche, a seguito di revisione della letteratura scientifica, indirizzate ai professionisti della salute. L'intervento clinico è quello delle "5A" (o delle "5 C" proposte dal Dott. Claudio Poropat) qui rappresentato:

- ASK (CHIEDI) - chiedere se fuma
- ADVICE (CONSIGLIA) - raccomandare di smettere
- ASSESS (COMPRENDI) - valutare la disponibilità al cambiamento e al trattamento
- ASSIST (CURA) - mettere in atto il programma terapeutico
- ARRANGE (CONTROLLA) - valutare il risultato attraverso un adeguato follow-up

40

Il documento originale è scaricabile integralmente via internet (www.ossfad.iss.it).

Bibliografia

1. Abbot NC, Stead LF, White AR, Barnes J, Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1999;4.
2. Adlaf E, Ivis, F, Paglia, A, Ialomiteanu, A. Ontario Drug Monitor 1998: Technical Guide. (CAMH Research Document Series No. 3). Toronto, ON: *Centre for Addiction and Mental Health*, 1999a.
3. Ashenden R, Silagy CA, Lodge M, Fowler G. A meta-analysis of the effectiveness of acupuncture in smoking cessation. *Drug and Alcohol Review* 1997; 16: 33-40.
4. Baraldo M, Chiamulera C, Poropat C. Vareniclina: fatti e opinioni a confronto. *Tabaccologia* 2006; 4:15-18.
5. Colarizi C, Morasso G, Ceruti C, Mangiaracina G. Stop al Fumo, metodo per la disassuefazione dal Fumo. *Manuale per conduttori. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Ministero della Sanità*, Roma, 1986.
6. Drobos H, David J. Cue Reactivity in Alcohol and Tobacco Dependence Alcoholism: *Clin Exp Res* 1928-1929; 26 (12). doi: 10.1111/j.1530-0277, 2002.
7. Etter JF, et al. Efficacité du programme interactif stop-tabac.ch. *Arch Int Med* 2001; 161:2596-601.
8. Ferry LH, Burchette RJ. Efficacy of bupropion for smoking cessation in non-depressed smokers. *J Addic Diss* 1994; 13: 249.

9. Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB. The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation: a meta-analysis. *J Am Med Ass* 1994; 271: 1940-7.
10. Flay BR. Mass media and smoking cessation: a critical review. *Am J Public Health* 1987; 77: 153-60.
11. Giebfried J, Miele A. Quitlines: telephone support for quitting smoking. *J Mass Dent Soc* 2001 Spring;50:22-4.
12. Gonzales D, Rennard SI, Nides M, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296: 47-55.
13. Hughes JR, Goldstein MG, Huart RD, Shiffman S. Recent advances in the pharmacotherapy of smoking. *J Am Med Ass* 1999; 281: 72-6.
14. Hughes JR, Shiffman S, Callas P, et al. A meta-analysis of the efficacy of over-the-counter nicotine replacement. *Tob Control* 2003; 12: 21-7.
15. Jorenby DE, Hays T, Rigotti NA, et al. *Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial.* *JAMA* 2006; 296(1):56-63. Erratum in: *JAMA* 2006; 296(11): 1355.
16. Lancaster T, Stead LF. Self-help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, 1999;4.
17. Lichtenstein E, Glasgow RE, Lando HA, Ossip-Klein DJ, et al. Telephone counseling for smoking cessation: rationales and meta-analytic review of evidence. *Health Education Research: Theory and Practice* 1996;1:243-257.
18. Mangiaracina G. Curare il Fumo. *EDUP Ed.*, Roma, 2003.
19. Miller N, Frieden TR, Liu SY, et al. Effectiveness of a large-scale distribution programme of free nicotine patches: a prospective evaluation. *Lancet* 2005; 365: 1849-54.
20. National Cancer Institute. Population based smoking cessation: Proceedings of a conference on what works to influence cessation in the general population. *Smoking and Tobacco Control Monograph 12*. Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, National Cancer Institute, NIH Pub. No.1 00-4.
21. Pierce JP, Gilpin EA. Impact of over-the-counter sales on effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation. *JAMA* 2002; 288: 1260-4.
22. Schwartze JL. Review and evaluation of Smoking Cessation Methods. US Department of Health and Human Services, *NIH*, Pub n.822840, 1987.
23. Stead LF, Lancaster T. Telephone counseling for smoking cessation (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2):CD002850.
24. Tonstad S, Tonnesen P, Hajek P, et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. *JAMA* 2006; 296(1):64-71.
25. Velicer WF, Prochaska JO, Rossi JS, Snow MG. Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychol Bul* 1992; 111: 23-41.
26. Zhu S, Anderson CM, Tedeschi GJ, et al. Evidence of Real-World Effectiveness of a Telephone Quitline for Smokers. *New Engl J Med* 2002; 347:1087-93.

Ruolo dell'Associazione: interagire con i pazienti

Mariadelaide Franchi

Presidente Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

MISSION DELL'ASSOCIAZIONE

La *mission* dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus è quella di tutelare i diritti dei pazienti, dei loro familiari e dei *caregiver* e di rappresentarne il punto di vista, focalizzando due grandi momenti:

A. La prevenzione

- Promuovere attività per contrastare lo sviluppo della malattia
- Favorire la diagnosi precoce e corretta
- Assicurare una migliore qualità dell'aria *outdoor* e *indoor*

B. La gestione e il controllo della BPCO in atto

- Migliorare le condizioni di salute e la qualità della vita dei pazienti e delle famiglie
- Ottenere servizi e prestazioni socio-sanitarie di standard elevati, rispondenti ai bisogni reali dei pazienti
- Garantire l'uguaglianza su tutto il territorio nazionale.

42

Le *priorità* individuate dall'Associazione sono le seguenti:

STRATEGIE DI COMUNICAZIONE

Per conseguire questi obiettivi l'Associazione ha sviluppato strategie di comunicazione con i pazienti, mirate a offrire servizi specifici, quale risposta diretta a esigenze, interessi o diritti dei pazienti e strategie di rappresentanza nei confronti delle Istituzioni, sollecitando interventi, anche di tipo legislativo, volti a attuare la propria *mission*.

ACQUISIZIONE DELLE COMPETENZE

È evidente che il compito dell'Associazione non è semplice e richiede competenza in materia di politica sanitaria in generale e nel settore specifico delle malattie respiratorie croniche e della BPCO.

È dunque indispensabile per i volontari, rappresentanti le associazioni di pazienti, una formazione specifica per il necessario riconoscimento del ruolo svolto. La strada seguita per acquisire competenza coinvolge:

- Il rapporto con le Società Scientifiche
- Il supporto del Comitato medico-scientifico
- La partecipazione all'aggiornamento annuale delle Linee guida GOLD ad altre riunioni scientifiche
- La collaborazione con le Istituzioni
- L'attività in rete con strutture nazionali, europee e internazionali.

CAPACITÀ DI RAPPRESENTANZA

Il vero ruolo si misura dalla capacità di rispondere alla richiesta di aiuto da parte dei cittadini e di essere punto di riferimento e d'incontro per quanti hanno il più grande bisogno di farsi ascoltare e di fare valere i loro diritti.

L'Associazione deve saper raccogliere ed elaborare le informazioni, sulle base del vissuto e delle esperienze dirette dei pazienti, e di usarle per la continuità delle attività di tutela dei diritti, per la ricognizione delle criticità e l'individuazione delle soluzioni più idonee. Questo confronto diretto ha un valore perché può suggerire interventi, anche di tipo legislativo, rispondenti a concreti bisogni dei cittadini oppure consentire di esprimere pareri qualificati su provvedimenti normativi che le Istituzioni intendono varare.

Ai fini di esprimere le vere esigenze dei pazienti l'Associazione si basa sui seguenti *criteri di valutazione*:

- Riunione con pazienti e familiari
- Numero Verde
- Indagini specifiche presso cittadini, pazienti e familiari.

Riunioni con i pazienti e i familiari

I malati con BPCO soprattutto negli stadi moderato e grave, sono normalmente in età avanzata e fortemente limitati nella loro mobilità e tendono ad isolarsi peggiorando così la propria condizione. Principalmente per questa ragione l'Associazione ha preso l'iniziativa di avvicinarsi ai pazienti organizzando con la collaborazione delle strutture locali, una serie di incontri in varie Regioni che hanno visto una larga partecipazione e ricevuto un consenso positivo anche dai familiari. Il contatto diretto con il malato e con i familiari è il momento privilegiato per accrescere la conoscenza e la consapevolezza della malattia.

Numero verde

Nel primo anno di attività l'Associazione ha registrato più di 500 contatti. Le maggiori richieste riguardano le seguenti tematiche:

■ Dove curarsi	41%
■ Informazioni su attività, eventi e richieste documenti	32%
■ Informazioni sulla BPCO	16%
■ Diritti e procedure amministrative	12%

Surveys

- Indagine su circa 500 pazienti e familiari per la valutazione di riunioni educative effettuate in 17 Centri Ospedalieri nel 2005-2006. I risultati sono stati pubblicati nel n. 1/2007 e nel 2/2007 della Rivista Aria, Ambiente e Salute, di AIMAR
- Indagine sulla prevenzione e gli stili di vita. Sono state effettuate circa 200 interviste telefoniche a pazienti in cura presso Centri specialistici. I risultati sono stati pubblicati nel FOCUS n. 12, 2007.
- Indagine su 300 pazienti in ossigenoterapia in collaborazione con la ASL RM A. I risultati sono stati presentati in occasione della VI Giornata Mondiale BPCO
- Indagine su circa 700 cittadini condotta in collaborazione con Cittadinanzattiva nell'ambito

della campagna di informazione e sensibilizzazione per la prevenzione e diagnosi della BPCO, nel 2007 in Puglia e in Sicilia (Progetto Butterfly)

- Indagine sulla percezione della malattia da parte dei pazienti su un campione di circa 300 intervistati. I risultati saranno disponibili nel 2008.

PRIORITÀ

- Prevenzione e controllo ambientale
- Diagnosi precoce e corretta
- Trattamento e piano di cura personalizzato
- Approccio globale al paziente
- Percorsi clinico-assistenziali
- Continuità dell'assistenza socio-sanitaria.

COSA CHIEDIAMO

Una Task Force Internazionale dei pazienti con BPCO, denominata ICOPA (International COPD Patients in Action), composta da organizzazioni di tutto il mondo, ha lavorato nel 2007 allo scopo di accrescere la conoscenza di questa malattia con una nuova prospettiva positiva. In conformità con quanto evidenziato dal Progetto GOLD, esistono oggi i presupposti per affermare che la BPCO è prevenibile e curabile e che è possibile dare al paziente e alla sua famiglia maggiori tranquillità sulle reali possibilità offerte dai progressi scientifici.

Per questo la Task Force invita politici, Istituzioni e Società Scientifiche di tutto il mondo ad assumere un approccio più ottimistico nei confronti della gestione della BPCO e a realizzare i progetti seguenti:

- Riconoscere l'impatto epidemiologico e socio-economico della BPCO
- Promuovere campagne di educazione e formazione per accrescere la conoscenza dei sintomi, dei fattori di rischio e delle reali possibilità terapeutiche della BPCO
- Raccomandare alle persone con sintomi respiratori o esposte ai fattori di rischio di farsi visitare il prima possibile dal medico di famiglia e, se richiesto, di sottoporsi al test spirometrico per ottenere una diagnosi precoce
- Sviluppare interventi, servizi e prestazioni per migliorare la diagnosi e il trattamento della BPCO e l'assistenza socio-sanitaria
- Ridurre l'impatto sociale della malattia per i pazienti e i loro familiari
- Garantire che i pazienti siano curati secondo le più recenti Linee guida basate sulle evidenze scientifiche e che il trattamento sia personalizzato, per rispondere ai bisogni individuali e alle patologie concomitanti
- Focalizzare l'attenzione dei pazienti con BPCO che continuano a fumare sull'assoluta necessità di smettere. Per coloro che fumano il trattamento della dipendenza dal tabacco deve essere l'intervento prioritario
- Promuovere corretti stili di vita, raccomandare lo svolgimento dell'attività fisica per ridurre il peso, migliorare la circolazione e la funzione respiratoria
- Ottimizzare la ricerca, lo sviluppo e l'uso di terapie nuove e più efficaci per ridurre l'impatto che la BPCO ha nel contesto sanitario mondiale.

Il ruolo del medico di famiglia

Germano Bettoncelli

Coordinatore Nazionale Area Pneumologia, Società Italiana Medicina Generale-SIMG (Brescia)

La BPCO costituisce una delle principali cause di disabilità nel mondo e sulla base degli indici di DALY (Disability Adjusted Life Year) si stima che nel 2020 essa salirà al 5° posto tra le patologie causa di effetti particolarmente invalidanti. Un problema a così vasto impatto socio-sanitario deve necessariamente coinvolgere l'area delle cure primarie, proprio perché si tratta di una patologia prevenibile ed oggi anche curabile, attraverso interventi in buona misura adeguati a questo livello assistenziale. La medicina di famiglia dovrebbe avere un ruolo determinante nell'intervenire sul problema del tabagismo, causa principale della BPCO, specialmente nella fascia di popolazione in età adolescenziale, quando di solito avviene il primo contatto con la sigaretta.

La possibilità di mantenere un rapporto col paziente esteso nel tempo, consente al medico di reiterare i propri interventi accompagnandoli, col mutare dell'età del paziente, con la valutazione del suo rischio personale, in particolare quello relativo alle malattie cardiovascolari e respiratorie (Carte del Rischio Cardiovascolare e Respiratorio, Istituto Superiore di Sanità).

Per una condizione clinica che nell'adulto arriva a colpire il 10% della popolazione, il processo di diagnosi deve necessariamente muovere da atti semplici e facilmente applicabili ad una vasta fascia di popolazione. La formulazione di un sospetto clinico di BPCO è certamente alla portata anche del medico di medicina generale e si basa sulla raccolta di una corretta anamnesi, condotta mediante alcune specifiche domande. Tale sospetto deve essere successivamente confermato mediante l'esecuzione di un esame spirometrico.

I dati del principale *database* della medicina di famiglia italiana, *Health Search*, curato dalla SIMG (Società Italiana di Medicina Generale), ci dicono che attualmente la prevalenza diagnosticata su scala nazionale della BPCO arriva al 2,5% circa, con una evidente sottostima del fenomeno rispetto a quanto atteso. Inoltre solo nel 30% circa dei casi tali diagnosi sono accompagnate dall'esecuzione di un esame spirometrico. Le conseguenze di queste osservazioni sono che nella maggior parte dei casi i medici generali non effettuano la stadiazione di gravità della malattia e quindi, verosimilmente, anche l'approccio terapeutico non avviene secondo la progressione di intensità raccomandata dalle Linee guida internazionali. L'evoluzione del paziente verso il progressivo peggioramento delle condizioni respiratorie rischia così di essere percepito ormai in fase già avanzata o a seguito di episodi acuti di insufficienza respiratoria, molto spesso causa di ricovero ospedaliero e di grave rischio per il paziente.

Una corretta diagnosi è quindi il presupposto per una buona gestione del paziente BPCO, anche in considerazione del fatto che questi spesso presenta altre patologie concomitanti che ne aumentano la fragilità e l'invalidità. L'aumento della complessità e della gravità della malattia fanno sì che nelle fasi avanzate solo un approccio integrato medico generale-specialista possa garantire al paziente i livelli assistenziali di cui ha bisogno.

Un sistema integrato di servizi medici, infermieristici e socio-assistenziali, capace di operare in rete, che condivide uno stesso modello operativo e che consente l'accesso ai dati del paziente,

rappresenta una risposta adeguata alle esigenze del paziente BPCO in rapporto al suo stadio di gravità. I dati di previsione circa la morbilità e la mortalità di questa malattia fanno sì che l'obiettivo più realistico per il futuro sia quello di garantire l'assistenza necessaria al paziente mantenendolo il più possibile nel proprio ambiente e circondandolo dei servizi di cui abbisogna: in questa prospettiva un medico di famiglia, opportunamente aggiornato ed organizzato, potrà continuare ad esercitare un ruolo fondamentale.

Bibliografia

1. Caramori G, Bettoncelli G, Carone M, Tosatto R, Di Blasi P, Pieretto A, Invernizzi G, Novelletto BF, Ciaccia A, Adcock IM, Papi A. Degree of control of physician-diagnosed asthma and COPD in Italy. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2007; 67(1):15-22.
2. Caramori G, Bettoncelli G, Tosatto R, Arpinelli F, Visonà G, Invernizzi G, Novelletto BF, Papi A, Adcock IM, Ciaccia A. Underuse of spirometry by general practitioners for the diagnosis of COPD in Italy. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2005; 63(1):6-12.

Indagine sulla percezione del servizio da parte dei pazienti in ossigenoterapia

Teresa Calamia

Responsabile Area del Farmaco, ASL Roma A

Le Linee guida internazionali GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) classificano la BPCO in quattro classi (lieve, moderata, grave e molto grave) e definiscono lo stadio più grave quando i pazienti manifestano una insufficienza respiratoria e di conseguenza sono in ossigenoterapia o ventilazione meccanica assistita. Il peso epidemiologico e sociale e i costi sanitari ed economici di questa condizione sono particolarmente rilevanti. In Italia si stima che le persone in ossigenoterapia siano circa 62.000 e le persone in ventilazione meccanica assistita più di 20.000. In altri termini, più di una persona su mille è aiutata a respirare. In tale contesto si inserisce il lancio di un'indagine pilota che parte dalla ASL RMA, su circa 600 pazienti in ossigenoterapia, per conoscere la qualità dei servizi offerti e le esigenze di coloro che sono in gravi condizioni. Ricordiamo che nel Lazio più di 6 mila pazienti sono costretti all'ossigenoterapia.

L'indagine è stata effettuata sulla base di un questionario anonimo, elaborato da un Gruppo di Lavoro congiunto al quale partecipano Mariadelaide Franchi e Francesco Tempesta per l'Associazione dei malati BPCO e Teresa Calamia, Coordinatore Area del Farmaco della ASL RMA.

L'obiettivo principale è stato quello di valutare la percezione del servizio offerto dalla ASL RMA ai pazienti in ossigenoterapia. 308 risposte ai questionari sono state inviate direttamente all'Associazione, che ne ha elaborato le informazioni raccolte, concernenti:

- Dati anagrafici e clinici
- Modalità di attivazione del processo di fornitura e di consegna di ossigeno
- Caratteristiche delle apparecchiature
- Qualità della vita

La ricognizione ha consentito di riscontrare un'alta soddisfazione del servizio offerto (superiore al 90%), ma allo stesso tempo ha evidenziato le complessità burocratiche legate al rinnovo del piano terapeutico e pesanti limitazioni, come per esempio difficoltà ad uscire da casa per carenza del doppio stroller (7%) o rinuncia alle vacanze perché non si conoscono le procedure per viaggiare o per ottenere l'ossigeno nel luogo di villeggiatura (9%).

Il desiderio di una vacanza per un paziente su due non è realizzato, perché è certamente più complesso gestire l'ossigenoterapia in queste occasioni, ma anche perché il paziente considera di non potere viaggiare in auto, in treno o in aereo.

Ad un anno dall'avvio del progetto di erogazione dell'ossigeno domiciliare direttamente dalla ASL è positivo riscontrare un buon livello di efficacia del servizio.

La collaborazione attiva con l'Associazione dei pazienti BPCO ha reso possibile la realizzazione di questa indagine che si è rivelata un utile strumento per il miglioramento della qualità assistenziale. Obiettivo dell'ASL RMA è quello di completare e migliorare l'informazione ai pazienti e l'informatizzazione delle procedure per offrire al cittadino una effettiva assistenza contenendone i costi di gestione.

Distribuzione e funzionamento delle UTIR

Antonio Corrado

Presidente Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri-AIPO

Le malattie respiratorie sono state inserite per la prima volta tra le grandi patologie nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 insieme alle malattie cardiovascolari, ai tumori e al diabete¹. Lo stesso Piano Sanitario Nazionale fornisce suggerimenti in merito alla concentrazione dell'offerta ospedaliera che deve essere di alta specialità in strutture dotate di moderne tecnologie, tra cui appunto la terapia intensiva respiratoria. Tali strutture devono essere collegate in un sistema di rete ospedale-territorio che faciliti l'individuazione e l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutici riabilitativi adeguati. Le unità di terapia intensiva respiratoria devono farsi carico della gestione completa del paziente respiratorio cronico riacutizzato al fine di ridurre l'utilizzo della terapia intensiva generale con i relativi costi ad essa associati. L'attuazione di tecniche ventilatorie non invasive nelle terapie intensive respiratorie permette inoltre di ridurre le complicanze e ovviamente le giornate di degenza ospedaliera. I letti di terapia intensiva generale vengono spesso impropriamente utilizzati non per trattamento intensivo, ma per monitorare alcune condizioni critiche di pazienti ricoverati in questi setting.

Da uno studio del 1962 risultava che il 30% della casistica era rappresentata da pazienti con BPCO che necessitavano di monitoraggio, più che di trattamento intensivo.

48

Nel 1994 e nel 2004 sono stati pubblicati sulla Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio (Organo Ufficiale dell'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – AIPO) il Documento "Unità di Terapia Intensiva Respiratoria" elaborato dal Gruppo di Studio Riabilitazione e Terapia Intensiva dell'AIPO³ e un successivo up-date dello stesso documento⁴. In entrambi i documenti l'UTIR veniva definita come "Area per il monitoraggio e il trattamento dei pazienti con Insufficienza respiratoria acuta da causa primitivamente polmonare e dei pazienti con Insufficienza respiratoria cronica riacutizzata. Tecniche di monitoraggio non invasivo e ventilazione meccanica non invasiva dovrebbero essere principalmente impiegate come prima linea di intervento; tuttavia, se necessario, tecniche di monitoraggio invasivo dovrebbero essere impiegate; inoltre quando la ventilazione meccanica non invasiva fallisce la ventilazione meccanica convenzionale tramite intubazione endotracheale o tracheostomia dovrebbe essere prontamente istituita. La tracheostomia dovrebbe essere eseguita in loco o presso la Terapia Intensiva generale".

Nell'up-date del 2004 recependo le indicazioni della Task Force dell'European Respiratory Society "Epidemiology of Respiratory Intermediate Care Unit"⁵ venivano proposti per i pazienti respiratori critici tre differenti livelli di cure a secondo del grado di criticità con standard quantitativi e qualitativi per il personale infermieristico dedicato.

REALTÀ ATTUALE INERENTE LA FUNZIONE DI TERAPIA INTENSIVA RESPIRATORIA

Nel 1996 il Gruppo di studio AIPO di Terapia Intensiva Respiratoria ha promosso un Censimento delle UTIR operanti su territorio nazionale e i dati sono stati pubblicati successivamente sulla Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio⁶. Da questo censimento emergeva che

in Italia erano operanti 26 Unità di Terapia Intensiva Respiratoria con un totale di 158 posti letto su un fabbisogno stimato di 600. Di queste 26 UTIR: 8 avevano un riconoscimento formale regionale mentre 18 erano state istituite con atti deliberativi della Azienda Sanitaria di appartenenza. Tutte le Unità erano a direzione ospedaliera (8 Autonome, 11 nell'ambito di una Divisione di Pneumologia, 2 accorpate a un servizio di Fisiopatologia respiratoria, 1 aggregata a un reparto di riabilitazione respiratoria).

Dal novembre 1997 al gennaio 1998 il Gruppo di studio di Terapia Intensiva Respiratoria ha promosso una raccolta dati delle strutture precedentemente censite che ha permesso di raccogliere informazioni su: tipologia dei pazienti ammessi, tipo di interventi eseguiti, esito del trattamento, giorni di degenza⁷. Uno studio di analisi costo efficacia di recente pubblicazione⁸ ha evidenziato i vantaggi in termini economici e di outcome della Terapia Intensiva Respiratoria nei confronti della Rianimazione generale, a parità di complessità della casistica trattata in pazienti con BPCO riacutizzata e necessitanti di supporto ventilatorio.

Nel 2006 un nuovo censimento⁹, promosso dal Gruppo di studio di terapia Intensiva dell'AIPO, ha individuato la presenza di 72 strutture di cure respiratorie ad elevato livello assistenziale su tutto il territorio nazionale con 250 letti, ancora ben lontani dal fabbisogno stimato di 600 letti. Secondo i dati di questo censimento risultano disponibili sul territorio nazionale 1 letto di terapia intensiva respiratoria ogni 220.000 abitanti verso un fabbisogno stimato di 1-2 letti ogni 100.000 abitanti.

Delle 72 strutture solo 49 hanno un riconoscimento ufficiale di tipo aziendale o regionale. Le rimanenti 13 strutture, anche se non riconosciute ufficialmente, hanno un livello organizzativo analogo a quelle riconosciute. Per quanto concerne la differenziazione del livello di cure le strutture che hanno avuto una maggior diffusione sono le Unità di monitoraggio che sono passate da 7 a 24, mentre le Unità di terapia intermedia sono cresciute da 13 a 18, e le Unità di cura a più alta intensità di trattamento sono passate da 4 a 7.

VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA E SISTEMA DRG

Un recente lavoro¹⁰ del GdS AIPO di Terapia Intensiva Respiratorio ha evidenziato che il peso medio dei pazienti assistiti in UTIR è di 2.53 con il sistema ICD9-CM integrato dalla correzione delle schede di dimissione ospedaliera. Questo dato risulta essere più elevato rispetto a quello di altre realtà assistenziali specialistiche di tipo intensivo quali ad esempio le Unità Coronariche. Nonostante questo ottimo risultato, l'attuale applicazione del sistema DRG per la valutazione dell'attività assistenziale svolta in UTIR comporta una notevole sottostima del consumo delle risorse impiegate rispetto al bisogno assistenziale della casistica trattata.

Tale discrepanza è determinata dal fatto che la valutazione prevista dall'ICD9CM, nel nostro caso, sottostima notevolmente le procedure terapeutiche applicate:

- a) la ventilazione meccanica continua effettuata con modalità non invasive tramite polmone d'acciaio risulta equiparata ad altre tecniche non invasive (corazza, poncho, IPPB) che vengono usate in modo discontinuo a scopo fisioterapico e/o per gradi di gravità molto modesti (93.99).
- b) analogamente la ventilazione meccanica continua effettuata tramite ventilatori a pressione positiva con modalità non invasiva tramite maschere facciali e/o nasali (93.91) viene ugualmente sottostimata.

Al trattamento dei pazienti con grave insufficienza respiratoria acuta e/o cronica riacutizzata tramite tecnica ventilatoria non invasiva non si può attribuire il codice ICD-9-CM 96.70 che fa scattare il DRG 475 in quanto è quello che viene attribuito ai pazienti intubati e ventilati artificialmente con ventilatori meccanici.

Bibliografia

1. Piano Sanitario Nazionale 2006-2008.
2. Apolone G, et al. The performance of SAPS II in a cohort of patients admitted to 99 italian ICUs: results from GiViTi. *Intensive Care Med* 1996.
3. Corrado A, Ambrosino N, Rossi A, Donner CF, e il Gruppo di Lavoro AIPO "Riabilitazione e Terapia Intensiva Respiratoria: Documento su "Unità di Terapia Intensiva Respiratoria". In: *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio* 1994; 2: 125-138.
4. Corrado A, Ambrosino N, Cavalli A, Gorini M, Navalesi P, Confalonieri M, Vitacca M, Mollica C, Sturani C. Unità di Terapia Intensiva Respiratoria: Up Date. In: *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio* 2004; 19: 18-34.
5. Corrado A, Roussus C, Ambrosino N, Confalonieri M, Cuvelier A, Elliott M, Ferrer M, Gorini M, Gurkam O, Muir JF, Quareni L, Robert D, Rodenstein D, Rossi A, Schoenhofer B, Simonds AK, Strom K, Torres A, Zakynthinos S. Respiratory Intermediate Care Units: an European Survey. *Eur Respir J* 2002; 20: 1343-50.
6. Confalonieri M, Mollica C, Nava S, Corrado A. Censimento delle Unità di Terapia Intensiva Respiratoria in Italia. In: *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio* 1998; 13: 186-192.
7. Confalonieri M, Gorini M, Mollica C, Ambrosino N, Corrado A for the Scientific group on Respiratory Intensive Care of the Italian Association of Hospital Pneumologists (AIPO). Respiratory Intensive Care Unit in Italy: a national census and prospective cohort study. *Thorax* 2001; 56: 373-378.
8. Bertolini G, Confalonieri M, Rossi C, Rossi G, Simini B, Gorini M, Corrado A, for the GiViTi (Gruppo italiano per la Valutazione degli interventi in Terapia Intensiva), AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) groups. Costs of the COPD. Differences between intensive care unit and respiratory intermediate care unit. *Respiratory Medicine* 2005; 99: 894-900.
9. R. Scala, A. Corrado, C. De Michelis, S. Marchese, M. Confalonieri, M. Gorini, N. Ambrosino per il Gds AIPO di Terapia Intensiva Respiratoria Unità di Terapia Intensiva Respiratoria in Italia: risultati preliminari del secondo censimento nazionale AIPO. In: *Atti XXXIX Congresso Nazionale AIPO- VIII Congresso UIP, Firenze 4-7 Dicembre 2007*
10. Potena A, Ballerin L, Gorini M, Corrado A, Cavalli A, Sturani C, Mollica C, Confalonieri M. Le Unità di Terapia Intensiva Respiratoria in Italia: analisi dell'attività clinica e dei suoi sistemi di codifica. In: *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio* 2002; 17: 96-105.

Home care e ossigenoterapia domiciliare

Giuseppe Di Maria

Dipartimento di Medicina Interna - Sezione di Malattie Respiratorie, Università di Catania

Ogni anno un numero crescente di pazienti affetti da BPCO, con o senza insufficienza respiratoria, richiede assistenza al proprio medico di medicina generale e alle strutture specialistiche territoriali e ospedaliere per l'insorgenza acuta di un improvviso peggioramento della sintomatologia, che interrompe bruscamente la loro condizione di stabilità clinica.

Se da un lato tutto ciò comporta un onere economico e organizzativo eccessivo e superfluo per il sistema sanitario assistenziale, dall'altro un certo numero di studi osservazionali e informazioni desunte dall'esperienza medica indicano che molti accessi in pronto soccorso, ricoveri in ospedale e interventi medici potrebbero essere evitati attraverso l'istituzione di un'assistenza domiciliare (*Home care*) rivolta ai pazienti più gravi che vanno incontro a frequenti riacutizzazioni e a quelli che richiedono un trattamento continuo di ossigenoterapia domiciliare particolarmente intenso e gravoso.

Alcune esperienze, condotte soprattutto in Francia e nel Regno Unito, hanno dimostrato chiaramente che i pazienti con BPCO, a seconda delle esigenze, possono trarre vantaggio da un regime di assistenza domiciliare (*Home care*) o dal ricovero tra le mura domestiche (*Hospital at home*). I pazienti sottoposti a questo trattamento hanno riacutizzazioni meno frequenti e meno gravi, e naturalmente gravano di meno in termini assistenziali ed economici sul Sistema Sanitario Nazionale.

Analoghe considerazioni possono essere fatte per l'ossigenoterapia. Secondo alcuni studi clinici ormai noti da tempo, i pazienti con insufficienza respiratoria cronica secondaria a BPCO, che ricevono ossigeno per almeno 15-18 ore al giorno, incluse le ore notturne, hanno un miglioramento della loro performance, una migliore qualità di vita e una sopravvivenza più lunga. Nonostante queste ben consolidate evidenze, allo stato attuale in Italia l'assistenza erogata a domicilio del paziente e l'ossigenoterapia a lungo termine presentano difformità tra le diverse Regioni, creando così una situazione piuttosto variegata e disomogenea che tende a causare disuguaglianze tra cittadini con le stesse esigenze e gli stessi diritti.

Il Progetto Butterfly

Campagna di prevenzione e tutela della salute respiratoria

Francesca Moccia, Mariateresa Palma

Cittadinanzattiva - Tribunale per i Diritti del Malato

Il Report presenta i risultati di una indagine condotta nell'ambito della campagna di informazione e sensibilizzazione per la prevenzione e diagnosi della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) che Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato ha realizzato nel 2007 in Puglia e in Sicilia

La ricognizione si inserisce in un contesto di attenzione che Cittadinanzattiva da anni dedica alla prevenzione delle malattie croniche e proprio la sensibilità maturata su queste patologie ha fatto sviluppare l'interesse al tema delle malattie respiratorie.

Il progetto è stato realizzato con la collaborazione dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus, della FIMMG-Federazione Italiana Medici di Medicina Generale, dell'AIPO-Associazione Italiana Pneumologo Ospedalieri e della SIMeR-Società Italiana di Medicina Respiratoria, in partnership con Boehringer Ingelheim.

La ricognizione ha coinvolto:

- in Sicilia: 432 cittadini, 20 medici specialisti e 35 medici di medicina generale
- in Puglia: 339 cittadini, 37 medici specialisti e 31 medici di medicina generale.

I dati hanno puntato essenzialmente a reperire informazioni sulla percezione della patologia, sull'offerta delle strutture presenti sul territorio per il trattamento dei pazienti BPCO e sugli aspetti di gestione da parte del medico di medicina generale.

I risultati emersi dalla ricognizione nelle due Regioni hanno messo in evidenza diverse questioni tra cui:

La conoscenza della BPCO

La scarsa conoscenza della BPCO da parte dei cittadini si riflette anche sulle cause e sui fattori di rischio. La BPCO è una malattia multifattoriale determinata da elementi genetici, comportamentali e ambientali e il più importante fattore di rischio è il fumo di sigaretta. In Sicilia, solo un cittadino su tre segnala il fumo di sigaretta come fattore di rischio della BPCO.

Si riscontra inoltre che all'interno delle strutture specialistiche esiste una particolare carenza di materiale informativo che permette al cittadino di conoscere le malattie respiratorie, soprattutto per i pazienti più gravi, in ossigenoterapia o in ventilazione assistita (30%). Purtroppo la scarsa conoscenza della BPCO incide sul ritardo diagnostico provocando gravi conseguenze perché la patologia viene trattata solo nelle fasi più avanzate.

In Puglia il 64,6% dei cittadini non conosce la BPCO e il solo 33% segnala il fumo di sigaretta come causa principale della malattia. All'interno degli ambulatori si riscontra una carenza di materiale informativo in modo particolare per i pazienti più gravi in ossigenoterapia e ventilazione assistita (6,4%).

La situazione migliora nelle strutture specialistiche dove il cittadino ha a disposizione materiale informativo per gestire la patologia.

Le strutture

In Sicilia, le strutture che dispongono di terapisti e quelle che hanno dei programmi dedicati alla riabilitazione pneumologica sono ancora poche. Nel 45% dei casi la struttura dispone di terapisti della riabilitazione, un dato importante se si considera che la riabilitazione è parte integrante del trattamento della BPCO, che aiuta a migliorare la forma fisica e a uscire da un isolamento sociale.

In Puglia, poco più della metà delle strutture coinvolte nell'indagine, dispone di un locale dedicato alla palestra (51,3%). Inoltre nel 54% dei casi la struttura non fornisce un servizio di supporto per il paziente necessario per rispondere ai bisogni.

La spirometria

In Sicilia, il 71,2% dei cittadini intervistati non ha mai effettuato la spirometria, un esame semplice e indolore che consente una diagnosi rapida e precisa della funzionalità respiratoria. Nel 57,1% dei casi il medico di medicina generale non è fornito dello spirometro in ambulatorio per il controllo sistematico della funzionalità respiratoria degli assistiti. In Puglia invece, la percentuale dei cittadini che non hanno mai effettuato la spirometria è del 43,6%, inoltre il 90,3% dei medici di medicina generale non è dotato dello spirometro in ambulatorio.

Il medico di medicina generale

Il medico di medicina generale rappresenta per il cittadino la figura di riferimento con cui parlare della propria malattia e della gestione della stessa. I medici non hanno un collegamento con i Centri anti-fumo, (in Puglia 74,2%, in Sicilia 97,1%) e con i Centri pneumologici (in Puglia 25,8%, in Sicilia 28,6%), che consentirebbe di attivare una procedura di cura per i pazienti in stato di bisogno.

CONCLUSIONI

I risultati portati alla luce dalla ricognizione condotta nelle due Regioni rendono necessarie alcune proposte di intervento per superare le criticità:

- Favorire la partecipazione civica dei cittadini affetti da cronicità e delle loro organizzazioni alla definizione, controllo ed informazione dei percorsi diagnostico-terapeutici
- Definire e favorire la diffusione di strumenti per il potenziamento delle competenze dei pazienti
- Aumentare l'attenzione alla prevenzione e alla gestione della patologia
- Potenziare la riabilitazione respiratoria, che nella BPCO è parte integrante del trattamento.

Riabilitazione nel paziente con BPCO

Margherita Neri

Direttore Scientifico dell'Istituto di Tradate, Fondazione Salvatore Maugeri-IRCCS, Tradate (Varese)

La riabilitazione respiratoria ha lo scopo di recuperare le persone con malattia respiratoria cronica ad uno stile di vita indipendente, produttivo e soddisfacente e di impedire l'ulteriore deterioramento clinico compatibile con la malattia.

La riabilitazione è parte integrante del trattamento della BPCO, come viene riportato in tutti i documenti ufficiali e nelle linee-guida sul trattamento della malattia. Gli scopi principali dell'intervento di riabilitazione sono quelli di:

- Ridurre la difficoltà di respiro (dispnea), che è il sintomo principale che affligge i pazienti con BPCO
- Aumentare la tolleranza allo sforzo fisico, che è ridotta solitamente proprio a causa della dispnea
- Migliorare la qualità della vita di queste persone malate, molto scadente in particolare nella malattia in fase avanzata.

La riabilitazione respiratoria ha dimostrato di poter ottenere tali risultati, come documentano molti lavori pubblicati in letteratura

54

Le Linee guida GOLD per il trattamento della malattia polmonare cronica ostruttiva insistono sulla necessità e sull'efficacia della riabilitazione respiratoria per i pazienti affetti da BPCO a qualsiasi stadio di gravità. È necessario che la persona avviata al programma di riabilitazione ne comprenda la necessità, i fini e le modalità, li accetti e si impegni a portarlo a termine, mentre lo stadio della malattia non è mai da considerarsi né troppo lieve né troppo grave perché il paziente possa trarne giovamento.

Il razionale di programmi di riabilitazione respiratoria risiede nella evidenza che il paziente con malattia polmonare cronica presenta disfunzioni che coinvolgono non solo l'apparato respiratorio, ma molti altri organi ed apparati (cuore, encefalo, apparato locomotore, ecc). Tale coinvolgimento comporta un peggioramento dello stato di salute generale, una diminuzione della capacità di svolgere esercizio fisico e di conseguenza dell'attività sociale, infine depressione e riduzione della qualità della vita. Evidenze scientifiche recenti documentano che una cattiva qualità della vita è associata ad un maggior rischio di riacutizzazione e ad un maggior uso di risorse tecniche ed economiche indipendentemente dal livello di gravità della malattia. I programmi di riabilitazione respiratoria sono messi in atto per aiutare il paziente a modificare il suo stile di vita: smettere di fumare, effettuare regolare quotidiana attività fisica compatibile con le sue limitazioni funzionali, seguire una dieta adeguata, eventualmente per dimagrire o ingrassare se necessario. In alcuni casi sono basati su interventi educazionali che insegnano come dosare le proprie limitate energie per far fronte alle normali e semplici attività quotidiane, come camminare in casa, lavarsi, vestirsi, ecc.

Nei casi di BPCO grave, la riabilitazione è importante perché non solo può servire a migliorare la forma fisica, ma anche a fare uscire il paziente dal suo isolamento sociale e dallo stato di depressione che caratterizza i malati di BPCO soprattutto nelle età più avanzate. Il beneficio della riabilitazione è sempre elevato, ma quasi sempre ha durata limitata, in generale dopo un anno gli effetti

positivi si riducono notevolmente e ricompaiono o si aggravano sintomi più importanti. Per questa ragione i programmi riabilitativi devono essere ripetuti periodicamente con regolarità.

Gli aspetti peculiari del programma riabilitativo sono:

- Personalizzazione del programma
- Multidisciplinarietà delle prestazioni
- Pluralità degli interventi
- Continuità delle cure.

Molti studi hanno ormai documentato con certezza che programmi multidisciplinari di riabilitazione respiratoria riducono i sintomi, migliorano la capacità di svolgere attività fisica e di conseguenza la qualità di vita dei pazienti e permettono di risparmiare in risorse sanitarie soprattutto riducendo i ricoveri ospedalieri. La durata deve essere di almeno tre settimane, ma tanto più è lungo il periodo tanto migliore è il risultato che può essere conseguito.

Il programma di riabilitazione deve svolgersi in Centri specializzati dotati di personale qualificato e di strutture adeguate, oltre che di equipe sanitaria che comprende varie figure specializzate, dal medico, all'infermiere, al terapeuta della riabilitazione, allo psicologo, ecc.

In molti casi è consigliabile il ricovero ospedaliero o in Day Hospital. Il regime ambulatoriale può essere utile, ma comporta problemi seri per l'impegno che viene chiesto al paziente e spesso alla famiglia e deve comunque essere evitato durante i periodi con clima sfavorevole: in estate per il gran caldo e in autunno o inverno per l'umidità, le precipitazioni ed il freddo, tutti potenziali fattori di rischio per il paziente con BPCO.

Per tutti i motivi esposti, la riabilitazione respiratoria è una parte integrante della cura del paziente con BPCO o altra patologia respiratoria cronica e deve essere accessibile a tutte le persone che ne hanno bisogno e ne possono trarre giovamento. L'accessibilità passa attraverso la strutturazione in sede ospedaliera, ambulatoriale, territoriale, domiciliare, di adeguate attrezzature e di personale preparato in modo specifico per poter costituire una "rete" di cura ed assistenza usufruibile da tutti i pazienti in tutte le circostanze ove se ne verifichi la necessità.

Bibliografia

1. Troosters T, Casaburi R, Gosselink R, Decramer N. Pulmonary rehabilitation in COPD *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 172: 19-38.
2. Romain A, Pauwels A, Buist S et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163:1256-1276.
3. Nici L, Donner C, Wouters E on behalf of the ATS/ERS Pulmonary Rehabilitation Writing Committee. American Thoracic Society/European Respiratory Society. Statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173: 1390-413.
4. Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW et al. Pulmonary rehabilitation: joint ACCP/AACVPR evidence-based clinical practice guidelines. *Chest* 2007; 131(suppl 5): 4S-42S.
5. Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 3: CD003793.

Patrocini

56

- Ministero della Salute
- Istituto Superiore di Sanità
- Regione Lazio
- Provincia di Roma
- Assessorato alle Politiche Sociali e Promozione della Salute del Comune di Roma
- Ageing Society - Osservatorio della Terza Età
- Associazione Italiana Fisioterapisti-AIFI Regione Lazio
- Associazione Italiana Medici di Famiglia-AIMEF
- Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri-AIPO
- Associazione Italiana Tecnici di Fisiopatologia Respiratoria-AITFR
- Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie-AIMAR
- Cittadinanzattiva-Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici-CnAMC
- Coordinamento delle Associazioni dei malati RESpiratori-CARE
- Federasma
- Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi-FIMPST
- 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-OMCeO
- 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

INDICE

Dalla BPCO alla sindrome infiammatoria sistemica cronica?

Leonardo M. Fabbri pag. 5

Il progetto GARD

Giovanni Viegi pag. 11

Il ruolo delle Istituzioni europee

On. Umberto Guidoni pag. 15

La prevenzione delle malattie croniche respiratorie

Annamaria De Martino pag. 17

Il Progetto LIBRA: Linee Guida per BPCO, Rinite e Asma

Lorenzo Corbetta pag. 23

Sindrome metabolica, BPCO ed esercizio fisico

Enrico Clini pag. 25

I problemi aperti: screening, educazione del paziente, accesso alle terapie

Perluigi Paggiaro pag. 28

Che cosa chiedono i media

Carla Massi pag. 31

Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari

Un grande investimento per la salute pubblica

Daniela Galeone pag. 32

La terapia del tabagismo

Giacomo Mangiaracina pag. 36

Ruolo dell'Associazione: interagire con i pazienti

Mariadelaide Franchi pag. 42

Il ruolo del medico di famiglia

Germano Bettoncelli pag. 45

INDICE

Indagine sulla percezione del servizio da parte dei pazienti in ossigenoterapia

Teresa Calamia

pag. 47

Distribuzione e funzionamento delle UTIR

Antonio Corrado

pag. 48

Home care e ossigenoterapia domiciliare

Giuseppe Di Maria

pag. 51

Il Progetto Butterfly

Campagna di prevenzione e tutela della salute respiratoria

Francesca Moccia, Mariateresa Palma

pag. 52

Riabilitazione nel paziente con BPCO

Margherita Neri

pag. 54

Patrocini

pag. 56

Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus
www.pazientibpco.it

Consiglio Direttivo

Presidente: **Mariadelaide Franchi**
Vicepresidente: **Fausta Franchi**
Segretario: **Ciro Filosa**
Tesoriere: **Grazia Arangio-Ruiz**
Consiglieri: **Francesco 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

59

Sede operativa

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: **Dott. Claudio M. Sanguinetti**

Segreteria

c/o **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 onlus
broncopneumopatia cronica ostruttiva



Linee guida Italiane BPCO, Rinite, Asma