

Direttore Responsabile:  
Anna Maria Angela Invernizzi

Redazione:  
Mariadelaide Franchi

Impaginazione e grafica:  
Effetti srl

Stampatore:  
Tecno Sound Service

Direzione,  
amministrazione:  
Via Gallarate, 106  
20151 Milano  
Tel. 02/3343281

Registrazione  
presso il Tribunale  
di Roma n. 579/2007  
del 21 dicembre 2007

n° 1/2  
ottobre 2009

# focus

## broncopolmonopatia cronica ostruttiva

# BPCO

Notiziario dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

Numero Verde  
**800 961 922**

Da Lunedì a Venerdì  
ore 10.00 - 13.00



L'Unione Italiana Pneumologia (UIP), l'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO), la Società Italiana Medicina Respiratoria (SIMeR) e la Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tuberculosis (FIMPST) hanno promosso l'ANNO DEL RESPIRO, dando il via ad una campagna di sensibilizzazione a livello nazionale con l'obiettivo di fornire a cittadini ed Istituzioni gli strumenti necessari per svolgere un'efficace prevenzione ed un tempestivo trattamento delle malattie respiratorie.

L'ANNO DEL RESPIRO è stato ufficialmente indetto con la Direttiva del Consiglio dei Ministri del 27 marzo 2009.

L'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus ha aderito all'iniziativa insieme a numerose altre organizzazioni.

**Maggiori informazioni:**  
[www.annodelrespiro.it](http://www.annodelrespiro.it)

## ADOTTATA A ROMA LA CARTA MONDIALE DEI DIRITTI DEI PAZIENTI BPCO

La presentazione ufficiale della Carta Mondiale dei Diritti dei Pazienti BPCO è avvenuta a Roma in occasione della Prima Conferenza Mondiale dei Pazienti BPCO, che ha visto la presenza di più di 150 specialisti, rappresentanti delle Istituzioni e delle Associazioni dei pazienti di tutto il mondo. La Conferenza, che si inserisce nelle iniziative dell'Anno del Respiro e nell'ambito dell'Assemblea Generale della GARD (Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases), ha visto all'opera Associazioni dei pazienti, Istituzioni sanitarie, Società Scientifiche impegnate a conseguire un consenso globale sul riconoscimento dei diritti dei pazienti e sulla predisposizione di un piano di tutela mondiale. Acquisire una migliore conoscenza delle strategie per il trattamento della BPCO e



dell'impatto delle comorbidità, saperne di più sullo sviluppo e l'attuazione delle strategie di prevenzione, capire le modalità per costituire un'associazione di pazienti e renderne operativi i programmi sono stati i principali punti sviluppati durante la Conferenza.

## Carta dei Diritti dei Pazienti BPCO

1. Il diritto di ricevere una diagnosi precoce e accurata
2. Il diritto di ricevere informazioni e educazione sulla malattia
3. Il diritto di essere supportati e compresi
4. Il diritto di ricevere un trattamento ed una assistenza sanitaria che migliori le condizioni di salute del paziente
5. Il diritto alla solidarietà e ad un equo intervento da parte della società per l'assistenza e per il trattamento
6. Il diritto di promuovere insieme ad altri pazienti e sostenitori iniziative per la prevenzione ed il trattamento della BPCO
7. Il diritto ad un'aria e ad un ambiente sicuri

*In questo numero vengono presentati gli abstract della Prima Conferenza Mondiale dei Pazienti BPCO di Roma*

## Le malattie croniche respiratorie nel mondo: a Roma Focus su prevenzione e controllo

Si sono riuniti a Roma, dall'11 al 14 giugno 2009, più di 150 rappresentanti mondiali di Istituzioni, Società Scientifiche e Associazioni di pazienti a confronto sul tema delle strategie di prevenzione e controllo delle malattie croniche respiratorie.

Nel mondo centinaia di milioni di persone soffrono di malattie respiratorie: 300 milioni sono asmatici, 210 milioni sono affetti da BPCO, 400 milioni da rinite allergica e 100 milioni sono colpiti da OSAS (*Obstruction Sleep Apnea Syndrome*). Oltre 4 milioni sono stati i decessi per malattie croniche respiratorie nel 2005.



L'OMS riconosce la priorità della prevenzione e del controllo delle malattie respiratorie croniche, con particolare riferimento ai paesi a medio e basso reddito. A tal fine, nel 2006, ha costituito la GARD (*Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases*), un'alleanza volontaria, nazionale ed internazionale, comprendente organizzazioni, istituzioni ed agenzie che lavorano per il comune obiettivo di migliorare la salute respiratoria nel mondo.

L'obiettivo della GARD è quello di coinvolgere direttamente ogni paese per un impegno globale e condiviso, contrastando l'aumento dei malati affetti da patologie croniche respiratorie.

## Assemblea Annuale della GARD

La Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases lavora per e con i pazienti affetti da malattie respiratorie, per un mondo in cui tutti possano respirare liberamente



Il 12 e 13 giugno 2009 si è tenuta presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali l'Assemblea Annuale della GARD.

Sono intervenuti all'Assemblea più di 150 rappresentanti mondiali di Istituzioni, Società Scientifiche, Università e Associazioni di pazienti per rafforzare l'attuazione del **Piano di Azione GARD 2008-2013**, per le strategie di prevenzione e di controllo delle malattie respiratorie.

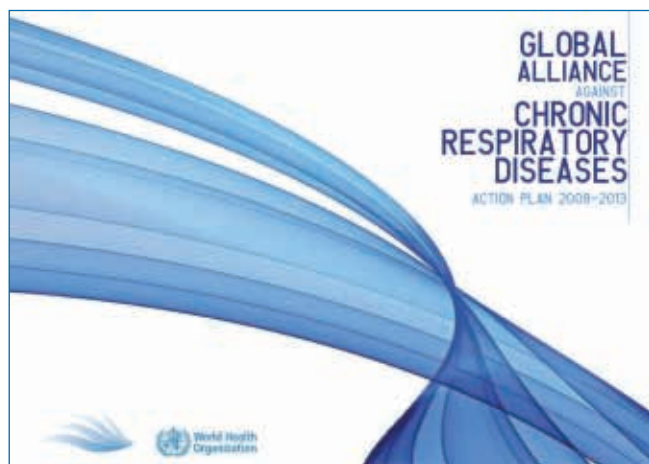
La visione perseguita della GARD è un mondo dove tutti possano respirare liberamente, l'obiettivo è ridurre l'impatto globale delle malattie croniche respiratorie e promuovere un approccio globale contro queste malattie.

Per ottenere questo, la GARD persegue questi obiettivi strategici:

- **Sostegno:** promuovere la consapevolezza dell'importanza delle malattie respiratorie croniche a livello globale e di ogni paese, e sostenere l'integrazione tra prevenzione e controllo di queste malattie all'interno delle politiche dei diversi governi;
- **Alleanze:** promuovere la collaborazione per la prevenzione ed il controllo delle malattie respiratorie croniche.

Gli obiettivi strategici con cui la GARD supporta gli impegni dell'OMS sono:

- **Piani nazionali di prevenzione e controllo:** per stabilire e rafforzare le politiche nazionali e i piani per la prevenzione e il



controllo delle malattie respiratorie croniche, utilizzando gli stessi metodi e approcci dell'OMS;

- **Sorveglianza:** supportare l'OMS nel monitoraggio delle malattie respiratorie croniche e dei suoi determinanti e valutare i progressi ottenuti a livello regionale e globale.

L'EFA-European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations e l'ICC-International COPD Coalition aderiscono alla GARD.

## Lancio del progetto GARD Italia

L'Assemblea Annuale è stata preceduta dalla presentazione della GARD Italia, un progetto mirato a definire strategie per contrastare le malattie croniche respiratorie nel nostro Paese.

L'11 giugno 2009, si è tenuta presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, la riunione di lancio della Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases (GARD) Italia, un progetto mirato a definire strategie per contrastare le malattie croniche respiratorie nel nostro Paese.

Il Ministero, che dal 2008 aderisce al progetto GARD, ha riunito le Società Scientifiche e le Associazioni di pazienti per la sottoscrizione di un piano di strategia efficace da attuare in Italia.

L'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus, condividendone gli obiettivi, ha sottoscritto questo progetto insieme ad altre 50 organizzazioni.

L'obiettivo generale di salute che la GARD-Italia persegue è quello di ridurre l'incidenza, morbosità e mortalità delle malattie respiratorie nel lungo periodo attraverso un approccio integrato.

Obiettivi specifici sono rappresentati da:

- costruzione di alleanze;
- creazione di un data base per le malattie respiratorie;
- *advocacy*;
- implementazione di politiche per la promozione della salute e prevenzione delle malattie respiratorie (intervento sulla popolazione);
- implementazione di strategie per il *management* delle malattie respiratorie croniche (intervento individuale);
- implementazione di politiche di intersectorialità.



### Maggiori informazioni:

[www.pazientibpco.it](http://www.pazientibpco.it)  
[www.ccm-network.it/node/717](http://www.ccm-network.it/node/717)  
[www.aiponet.it](http://www.aiponet.it)

In questa occasione, ed in particolare in questo anno, definito come Anno del Respiro, le Associazioni dei pazienti hanno voluto sottolineare la grande sfida per il riconoscimento dell'impatto sociale delle malattie respiratorie e delle allergie, con l'organizzazione di due eventi, che si sono tenuti in concomitanza delle riunioni della GARD, la XIII Conferenza dell'EFA e la Prima Conferenza Mondiale dei Pazienti BPCO.

## XIII Conferenza dell'EFA: "Allergia e Asma. Il futuro delle Associazioni dei pazienti"

La XIII Conferenza dell'EFA (*European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations*) ha avuto l'obiettivo di evidenziare come le Associazioni dei pazienti nazionali e internazionali si preparino ad affrontare le sfide future.

Per questo, relatori qualificati hanno selezionato più di dodici progetti attuali sull'asma e sulle allergie, che vedono il coinvolgimento dell'EFA ed esempi concreti di *best practice*.

L'incontro si è svolto il 12 e 13 giugno 2009 contemporaneamente all'Assemblea della GARD. Durante la Conferenza, i parte-

cipanti hanno avuto la possibilità di assistere alla Sessione sui "Bisogni dei pazienti", che si è tenuta nell'ambito dell'Assemblea della GARD.

### Maggiori informazioni:

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



## Un mandato globale per il trattamento della BPCO: a Roma la Prima Conferenza Mondiale dei Pazienti BPCO

La Conferenza è stata organizzata dall'ICC-International COPD Coalition e dall'EFA, in collaborazione con l'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus, l'Australian Lung Foundation, l'Asian Pacific Society of Respiratory, il Progetto Mondiale

GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease), l'International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) e la World Organization of Family Doctors (Wonca). Ha avuto luogo il 14 giugno 2009 subito dopo l'Assemblea della GARD.

*Un evento importante per tracciare, insieme alle Associazioni dei pazienti con BPCO, alle autorità sanitarie, agli esperti BPCO e ai leader di altre organizzazioni, la Carta Mondiale dei Diritti del Paziente BPCO e diffonderla in ogni paese per migliorarne la qualità della vita e il trattamento in tutte le regioni del mondo.*

### Programma

#### I Sessione

##### **Impatto delle comorbidità nel trattamento dei pazienti BPCO**

**Presidenti:** S. Hurd (USA) - M. Franchi (Italia)

**Relatore:** L. Fabbri (Italia)

#### II Sessione

##### **Attuazione di effettivi programmi di gestione della BPCO**

**Presidenti:** M. Salapatas (Grecia) - Y. Mohammad (Siria)

**Relatore:** L. Corbetta (Italia) - N. Zhong (Cina)

#### III Sessione

##### **Barriere al trattamento dei pazienti BPCO**

**Presidenti:** V. Lopez (Uruguay) - S.E. Myrseth (Norvegia)

**Relatore:** Y. Hoshino (Giappone) - B. Thoonen (Olanda)

#### IV Sessione

##### **Attuazione di programmi nazionali/regionali di prevenzione della BPCO**

**Presidenti:** E. Mantzouranis (Svizzera) - J. Walsh (USA)

**Relatore:** J-P Zellweger (Svizzera) - N. Zhong (Cina)

#### V Sessione

##### **Accrescere la consapevolezza della BPCO: cosa si può fare per migliorare il trattamento della BPCO?**

**Presidenti:** G. Viegi (Italia) - M. Fletcher (UK)

**Relatore:** C. Lenfant (USA) - G. Gallo (Lussemburgo) - J. Bousquet (Francia)

#### VI Sessione

##### **Costituire Associazioni di Pazienti BPCO**

**Presidenti:** O. Spranger (Austria) - D. Price (UK)

**Relatore:** P. Frith (Australia) - M. Franchi (Italia)

#### VII Sessione

##### **Conclusioni e Carta dei Diritti dei Pazienti con BPCO**

**Presidenti:** M. Franchi (Italia) - Y. Mohammad (Siria)

**Relatore:** V. Lopez (Uruguay) - M. Salapatas (Grecia) - J. Scheld (Svizzera)

*Nelle pagine che seguono vengono presentati gli abstract delle relazioni tenute durante la Conferenza.*

**Per maggiori informazioni, si può visitare il sito dedicato:** [www.internationalcopd.org/conference/default.aspx](http://www.internationalcopd.org/conference/default.aspx)



*L'Associazione ringrazia tutti coloro che hanno contribuito alla riuscita della Prima Conferenza Mondiale dei Pazienti BPCO, ed in particolare: il Dott. Paul Mike Carvalho per l'assistenza fornita ai partecipanti alla Conferenza, Francesca Rea per aver rallegrato con il suo sassofono il ricevimento di benvenuto, Carla Assogna, Emiliano Avellini, Guglielmo De Luca, Anna Esposito, Françoise Khayat, Micaela Mau, Elisabetta Rea, Carla Maria Santori, Sandra Romano, Annamaria Tempesta per la collaborazione alle attività di segretariato insieme a Laura Brockwell Davis (Società Evolve Group inc.). Hanno collaborato alla traduzione degli atti e alla preparazione di questa pubblicazione Anna Esposito e Daniela Finizio. Ringraziamo, inoltre, gli Sponsor internazionali AstraZeneca, Chiesi, Novartis nonché Boehringer Ingelheim Italia per la traduzione simultanea inglese-italiano, GlaxoSmithKline Italia per le attività comunicazionali, Sanofi Pasteur MSD per aver favorito la partecipazione dei pazienti, Novartis Italia per la preparazione degli abstract della Conferenza e la MIR (Medical International Research) per aver facilitato ed effettuato i test spirometrici durante la giornata.*

## Verso un maggior riconoscimento dei diritti dei pazienti BPCO

La Conferenza è stata aperta da un messaggio augurale del Prof. Ferruccio Fazio, Vice Ministro al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e ha visto la partecipazione di rappresentanti dell'OMS, della GARD, dell'Unione Europea, del Progetto Mondiale GOLD, delle principali Società Scientifiche e delle Associazioni dei pazienti provenienti da tutto il mondo. Significativo il supporto di tutte le organizzazioni del nostro paese, che hanno mostrato grande interesse per questa iniziativa sia attraverso la presenza dei loro rappresentanti sia attraverso la divulgazione dell'evento attraverso i loro siti o *newsletter*.

Tutti i partner, provenienti da più di 40 paesi, tra cui Cina, Giappone, India, Australia, America del Nord e del Sud, Medio Oriente e molti Paesi Europei hanno contribuito attivamente con i loro differenti approcci a tradurre le conoscenze mediche più recenti nella pratica quotidiana per il miglioramento della qualità della vita del paziente con BPCO.

La conferenza si è sviluppata in sette sessioni, legate da un unico filo conduttore, quello di riconoscere l'impatto economico e sociale e promuovere in tutto il mondo un migliore accesso alla prevenzione, all'informazione, alla diagnosi precoce, e al trattamento corrispondente ai progressi scientifici alla riabilitazione, all'educazione e alla continuità dell'assistenza socio-sanitaria.

### Lettera del Prof. Ferruccio Fazio, Vice Ministro al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali



*"La Conferenza congiuntamente promossa dall'International COPD Coalition (ICC) e dall'European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA), rappresenta un ulteriore importante passo verso un sempre maggiore riconoscimento dei diritti dei malati.*

*E' pertanto con assoluta convinzione che sono*

*lieto di associare all'impegno delle Associazioni dei pazienti, delle Società Scientifiche e degli esperti convenuti, il mio impegno personale e quello del Ministero.*

*Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ritiene fondamentale e necessario il contributo da parte delle Associazioni dei pazienti sia alla sensibilizzazione della popolazione, del mondo politico e sanitario e dei mass media sui problemi della salute respiratoria, sia alla costruzione di efficaci piani per la salute.*

*La manifestazione di quest'anno assume, peraltro, particolare rilievo in quanto inserita nel contesto più ampio di GARD e viene a costituire una vera e propria opportunità per la costruzione di una strategia globale per la prevenzione delle malattie respiratorie che si fonda sulla collaborazione fra Istituzioni, professionisti e pazienti.*

*Nell'auspicare che Ministero ed Associazioni dei pazienti continuino a percorrere insieme la proficua strada intrapresa, invio a tutti gli auguri di buon lavoro."*

## Indice degli abstract pervenuti

### ■ **Impatto delle comorbidità sulla cura dei pazienti con BPCO**

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)

### ■ **Attuazione di programmi efficaci di gestione della BPCO: l'esperienza italiana**

Prof. Lorenzo Corbetta, Delegato Nazionale GOLD, Professore Associato Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

### ■ **I bisogni negati dei pazienti BPCO**

Yuma Hoshino, MD, PhD e Michiaki Mishima MD, PhD, Asian Pacific Society of Respiratory, Kyoto University, Giappone

### ■ **Ostacoli al trattamento e ai bisogni dei pazienti BPCO**

B.P.A. Thoonen, MD, World Organization of Family Doctors (WONCA), Netherlands

### ■ **Smettere di fumare: aspetti clinici**

Jean-Pierre Zellweger, MD, IUATLD-International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (Union)

### ■ **Costituire un'Associazione di Pazienti BPCO**

Mariadelaide Franchi, Co-Presidente International COPD Coalition, Italia

### ■ **L'esperienza dell'Australian Lung Foundation (ALF): un ruolo consolidato di supporto e di Gruppi di pressione**

Peter Frith, MB BS, FRACP, FCCP, e Heather Allen. National COPD Program, The Australian Lung Foundation, Australia

### ■ **La BPCO in America Latina: nuovi spunti dallo Studio PLATINO**

Dott.ssa Maria Victorina Lopez Varela, Università di Montevideo e Ospedale "Maciel", President ALAT (Asociacion Latino Americana del Torax), Uruguay

### ■ **Impatto della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva in Bangladesh: risultati del Primo Studio Nazionale sulla Prevalenza della BPCO**

Prof. M. Rashidul Hassan (Principal Investigator) e Dr. Kazi Saifuddin Bennoor (Co-Investigator), Bangladesh

### ■ **OMS: politica di disassuefazione dal fumo**

Eva Mantzouranis Chronic Respiratory Diseases and Arthritis Unit NMH/CHP Department WHO, World Health Organisation, Geneva, Switzerland

### ■ **La riabilitazione pneumologica per la BPCO**

Chris Garvey US Academy of Pulmonary Rehabilitation, USA

### ■ **Conclusioni della Conferenza e Carta dei Diritti dei Pazienti con BPCO**

J. Scheld, coordinatore ed editor ICC, Svizzera



## Impatto delle comorbidità sulla cura dei pazienti con BPCO

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)

**Nonostante la natura infiammatoria della BPCO, nessuna delle terapie esistenti ha mostrato di poter modificare il declino a lungo termine della funzionalità respiratoria, che è la caratteristica della malattia**

La Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una delle malattie più importanti causate dal fumo (1). Secondo le linee guida GOLD smettere di fumare è il solo trattamento che può influenzare l'evoluzione della BPCO.

L'obiettivo della gestione della BPCO è dunque la riduzione dei sintomi, il miglioramento della tolleranza allo sforzo e della qualità della vita, la prevenzione e la gestione delle riacutizzazioni, se possibile con i minori effetti secondari possibili dovuti al trattamento. Questi risultati si possono raggiungere attraverso la riduzione dei fattori di rischio, il controllo della BPCO in fase stabile e delle sue comorbidità, e la rapida individuazione e gestione delle riacutizzazioni (1).

**Smettere di fumare** è l'intervento più efficace per ridurre il rischio di sviluppare o di fare progredire la BPCO e per ridurre la mortalità. La terapia farmacologica (terapia sostitutiva, bupropione/nortriptilina e/o vareniclina,....) può aiutare i pazienti a smettere di fumare.

Inoltre, si devono **evitare esposizioni agli inquinanti professionali e agli inquinanti outdoor e indoor**.

Il **trattamento farmacologico** della BPCO può migliorare i sintomi, ridurre la frequenza e la gravità delle riacutizzazioni, migliorare la condizione di salute e la tolleranza all'esercizio fisico.

Anche se attraverso meccanismi non del tutto compresi, i beta2 agonisti e/o gli anticolinergici per via inalatoria sono essenziali per il trattamento farmacologico della BPCO, ambedue al bisogno per alleviare i sintomi intermittenti o il loro peggioramento e, in particolare, i beta2 agonisti a lunga durata d'azione (LABA) e gli anticolinergici (LAMA) su base continua per prevenire/ridurre i sintomi e prevenire le riacutizzazioni.

Il **trattamento non farmacologico** comprende la riabilitazione, l'ossigenoterapia e interventi chirurgici (1).

La diagnosi, la valutazione della gravità e il trattamento della BPCO possono essere fortemente influenzati dalla **presenza di comorbidità**. Per questa ragione, la misura della funzionalità respiratoria, la valutazione non invasiva della funzione del ventricolo sinistro (per es. ecocardiografia e dosaggio del brain natriuretic peptide), e/o la glicemia, possono essere utili per identificare queste comorbidità in tali pazienti. Allo stesso modo, la prevenzione e la cessazione del fumo, il controllo del peso e la dieta, l'attività fisica e la riabilitazione possono apportare effetti benefici non solo alla BPCO ma anche alle sue co-morbidità (2-4).

Il trattamento farmacologico delle co-morbidità croniche della BPCO è molto complesso, dato che i farmaci sono normalmente sviluppati per singoli organi o malattie (5).

È interessante sapere che si può imparare molto da altre condizioni croniche, come il diabete. Il controllo del glucosio con l'insulina e/o agenti antidiabetici orali, non solo consente di monitorare il diabete, ma previene e contribuisce a trattare gli effetti sistemici e di comorbidità del diabete, in particolare le malattie cardiovascolari (5). Allo stesso modo, agenti antipertensivi non solo aiutano a controllare la pressione del sangue, ma si associano alla drammatica prevenzione delle malattie coronariche e cerebrovascolari, con una forte riduzione della mortalità (6,7).

Più recentemente, farmaci usati per il trattamento della disfunzione erettile, l'ipertensione, l'insufficienza cardiaca cronica o disturbi lipidici hanno mostrato di avere inattesi effetti benefici nei pazienti BPCO. Le statine, che sono usate in primo luogo come agenti per l'abbassamento dei lipidi, hanno potenti effetti antinfiammatori anche sui polmoni, hanno dimostrato di agire positivamente sulla sindrome metabolica, per esempio insufficienza cardiaca cronica, malattie vascolari e BPCO (7-9). I betabloccanti, che sono considerati farmaci salvavita nell'insufficienza cardiaca cronica, anche se possono comportare alcuni rischi per i pazienti BPCO con una componente asmatica, hanno mostrato di recente di fornire benefici anche in questi pazienti (10).

Effetti benefici sono stati riportati per gli ACE inibitori e i bloccanti del recettore dell'angiotensina (7). È peraltro interessante rilevare che farmaci sviluppati in modo specifico e usati per trattare la BPCO, per esempio broncodilatatori per via inalatoria (11, 12) e cortisonici per via inalatoria da soli o in combinazione con broncodilatatori per via inalatoria (13-20), possono avere significativi effetti benefici sulle malattie cardiovascolari o altre frequenti comorbidità croniche della BPCO.

### REFERENCES

1. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of BPCO, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2008. Available from: <http://www.goldcopd.org>.
2. Fabbri, L.M., F. Luppi, B. Beghe, and K.F. Rabe. 2008. Complex chronic comorbidities of BPCO. *Eur Respir J* 31(1):204-12.
3. Fabbri, L.M., and K.F. Rabe. 2007. From BPCO to chronic systemic inflammatory syndrome? *Lancet* 370(9589):797-9.
4. Fabbri, L.M., P. Boschetto, and C.E. Mapp. 2007. BPCO guidelines: the important thing is not to stop questioning. *Am J Respir Crit Care Med* 176(6):527-8.

Libra

### Principali comorbidità

- Insufficienza cardiaca cronica
- Coronaropatia e Infarto miocardico
- Vasculopatia periferica
- Embolia polmonare
- Aritmie
- Neoplasia polmonare
- Sindrome metabolica
- Osteoporosi
- Depressione

Progetto Mondiale BPCO

5. Boyd, C.M., J. Darer, C. Boulton, L.P. Fried, L. Boulton, and A.W. Wu. 2005. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *Jama* 294(6):716-24.
6. Mancini, G.B. 2007. Clarion call for trials assessing "cardiopulmonary" agents to reduce morbidity and mortality in inflammatory lung diseases. *Chest* 131(4):950-1.
7. Mancini, G.B., M. Etminan, B. Zhang, L.E. Levesque, J.M. FitzGerald, and J.M. Brophy. 2006. 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* 47(12):2554-60.
8. Soyseth, V., P.H. Brekke, P. Smith, and T. Omland. 2007. Statin use is associated with reduced mortality in BPCO. *Eur Respir J* 29(2):279-83.
9. Keddissi, J.I., W.G. Younis, E.A. Chbeir, N.N. Daher, T.A. Dernaika, and G.T. Kinasewitz. 2007. The use of statins and lung function in current and former smokers. *Chest* 132(6):1764-71.
10. Dransfield, M.T., S.M. Rowe, J.E. Johnson, W.C. Bailey, and L.B. Gerald. 2008. Use of beta blockers and the risk of death in hospitalised patients with acute exacerbations of BPCO. *Thorax* 63(4):301-5.
11. Suissa, S., P. Ernst, K.L. Vandemheen, and S.D. Aaron. 2008. Methodological issues in therapeutic trials of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J*.
12. La Vecchia, C., and L.M. Fabbri. 2007. Prevention of death in BPCO. *N Engl J Med* 356(21):2211-2; author reply 2213-4.
13. Calverley, P.M., J.A. Anderson, B. Celli, G.T. Ferguson, C. Jenkins, P.W. Jones, J.C. Yates, and J. Vestbo. 2007. Salmeterol and fluticasone propionate and survival in chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 356(8):775-89.
14. Canis, R., S.S. Demirkok, Z. Osar, H. Balci, and G. Can. 2007. Effects of inhaled budesonide on insulin sensitivity in nondiabetic patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *Adv Ther* 24 (3): 560-70.
15. Huiart, L., P. Ernst, X. Ranouil, and S. Suissa. 2005. Low-dose inhaled corticosteroids and the risk of acute myocardial infarction in BPCO. *Eur Respir J* 25(4):634-9.
16. Parimon, T., J.W. Chien, C.L. Bryson, M.B. McDonnell, E.M. Udriș, and D.H. Au. 2007. Inhaled corticosteroids and risk of lung cancer among patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 175(7):712-9.
17. Sin, D.D., and S.F. Paul Man. 2006. Cooling the fire within: inhaled corticosteroids and cardiovascular mortality in BPCO. *Chest* 130(3):629-31.
18. Suissa, S., T. Assimes, P. Brassard, and P. Ernst. 2003. Inhaled corticosteroid use in asthma and the prevention of myocardial infarction. *Am J Med* 115(5):377-81.
19. van den Berg, R.M., H. van Tinteren, N. van Zandwijk, C. Visser, A. Pasic, C. Kooi, T.G. Sutedja, P. Baas, K. Grunberg, W.J. Mooi, P.J. Snijders, P.E. Postmus, and E.F. Smit. 2007. The influence of fluticasone inhalation on markers of carcinogenesis in bronchial epithelium. *Am J Respir Crit Care Med* 175(10):1061-5.
20. Wedzicha, J.A., P.M. Calverley, T.A. Seemungal, G. Hagan, Z. Ansari, and R.A. Stockley. 2008. The prevention of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations by salmeterol/fluticasone propionate or tiotropium bromide. *Am J Respir Crit Care Med* 177(1):19-26.



## Attuazione di programmi efficaci di gestione della BPCO: l'esperienza italiana

Prof. Lorenzo Corbetta, Delegato Nazionale GOLD, Professore Associato Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, Firenze

Vi sono sempre maggiori evidenze che un programma di gestione della malattia cronica per i pazienti BPCO è in grado di ridurre i ricoveri ospedalieri e i giorni di degenza. Determinanti sono la partecipazione dei pazienti e lo scambio di informazioni tra gli operatori che lo hanno in cura.

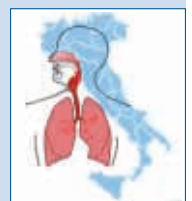
Il successo della Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) non è solo legato al suo profilo scientifico, ma anche alla divulgazione di Linee guida mondiali. In Italia abbiamo cominciato quest'esperienza nel 2002, subito dopo il lancio dell'iniziativa GOLD e durante gli ultimi 8 anni abbiamo sviluppato un piano che comprende 10 punti chiave:

1. Meeting scientifici per discutere le Linee Guida Internazionali, che dal 2002 si tengono ogni anno nel mese di marzo
2. Traduzione e pubblicazione di tutti i materiali GOLD e dell'adattamento al livello nazionale delle Linee guida a cui possono accedere liberamente gli specialisti e i medici di medicina generale a scopi educativi
3. Preparazione di un progetto condiviso con Leader italiani sui principali orientamenti internazionali nel campo della Pneumologia: GOLD, GINA, ARIA, che è chiamato LIBRA (Linee Guida Italiane BPCO, Rinite, Asma)
4. Stretta collaborazione con le Società Scientifiche operanti nell'area pneumologica, con le Organizzazioni dei medici di medicina

- generale e con le Associazioni di pazienti per la divulgazione
5. Organizzazione della Giornata Mondiale della BPCO con l'Associazione Italiana dei Pazienti BPCO Onlus
6. Sviluppo del sito [www.goldcopd.it](http://www.goldcopd.it) e di materiali multimediali
7. Organizzazione di corsi CME sulla BPCO utilizzando materiali ufficiali GOLD e LIBRA
8. Raccolta fondi
9. Collaborazione con i media per accrescere la conoscenza della BPCO
10. Partecipazione ufficiale al programma GARD di WHO

### Il Progetto Libra

Progetto di divulgazione delle linee guida italiane su BPCO, Rinite e Asma Bronchiale, che integra le attività internazionali GOLD/ERS/ATS, ARIA e GINA e promuove iniziative educazionali e divulgative del materiale prodotto dalle Commissioni Internazionali e adattato alla realtà italiana.





## I bisogni negati dei pazienti BPCO

Yuma Hoshino, MD, PhD e Michiaki Mishima MD, PhD, Asian Pacific Society of Respiriology, Kyoto University, Giappone

Secondo i risultati di una ricerca nazionale denominata NICE (*Nippon COPD Epidemiology*), i pazienti affetti da BPCO in Giappone sono 5,3 milioni, di cui il 95% risulta sottodiagnosticato e riceve cure mediche insufficienti.

Per questa ragione, la Società Respiratoria Giapponese (JRS) ha lavorato per accrescere la conoscenza della BPCO al fine di renderne tempestivi la diagnosi e il trattamento, così come la prevenzione.

Tra le attività vi è una rete di forum sulla Giornata Mondiale BPCO e sull'educazione del paziente secondo *l'età del polmone*.

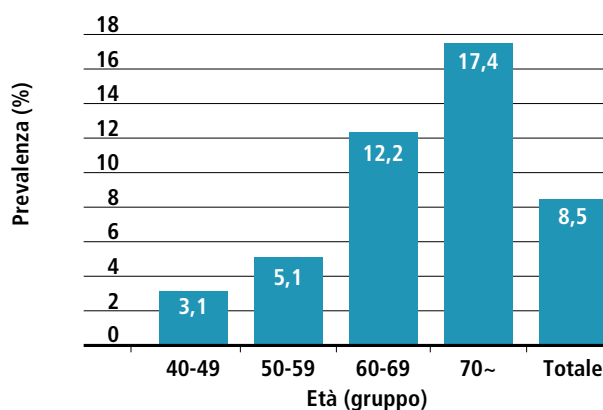
JRS ha anche effettuato una ricerca sui pazienti con problemi respiratori, un terzo dei quali sono BPCO, *Japanese White Paper on Home Respiratory Care*, pubblicata nel 2005.

In questo documento, vengono evidenziati i bisogni negati dei pazienti, per:

1. migliorare le attività della vita quotidiana
2. consentire l'accesso a programmi di educazione, così come a quelli di riabilitazione
3. ricevere un sostegno economico diretto e indiretto per le spese mediche
4. la designazione di un'assicurazione per l'handicap fisico e la cura a lungo termine
5. un servizio domiciliare di ossigenoterapia.

Questi bisogni sono strettamente correlati con la Carta Mondiale dei Diritti del Paziente presentata durante questa Conferenza.

### Prevalenza della BPCO secondo l'età (studio NICE)



Fukuchi Y, Nishimura M, Ichinose M, et al : Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Japan: results from the Nippon COPD epidemiology NICE study. Eur Respir J 2001; 18 suppl 33 : 275s

Sulla base di quanto messo in rilievo dalla ricerca, JRS ha proposto Linee guida nazionali per il trattamento delle malattie respiratorie e ha lavorato con il Ministero della Salute del Giappone e le Associazioni dei pazienti per l'attuazione di dette Linee guida.



## Ostacoli al trattamento e ai bisogni dei pazienti BPCO

B.P.A. Thoonen, MD, World Organization of Family Doctors (WONCA), Paesi Bassi

La BPCO è una malattia invalidante e la maggior parte delle persone che ne sono affette soffrono di molte limitazioni nello svolgimento delle loro normali attività quotidiane.

La sfida di un trattamento efficace consiste nel ridurre questi limiti, nel migliorare la qualità di vita dei pazienti e nel rallentare la progressione della malattia.

Questi sono gli obiettivi fissati dalla maggior parte delle Linee guida e la gestione della BPCO ha lo scopo di conseguire questi risultati.

Per far sì che i pazienti ricevano un trattamento efficace, sono necessarie l'accessibilità al sistema sanitario e la diagnosi appropriata.

Comunque, i pazienti nella loro quotidianità devono frequentemente affrontare le conseguenze della BPCO e occuparsi di far fronte alle problematiche che ciò comporta.

Al fine di gestire in modo efficace la BPCO, i pazienti dovranno essere in grado di controllare la loro malattia in ogni luogo e in qualsiasi momento, con il supporto medico ove necessario.

Per venire incontro ai bisogni dei pazienti è necessario mettere in



atto un'adeguata autogestione della malattia nell'ambito di una solida collaborazione medico-paziente.

La pratica generale offre buone possibilità di fornire il necessario trattamento.





## Smettere di fumare: aspetti clinici

Jean-Pierre Zellweger, MD, IUATLD-International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Svizzera

Il fumo è la causa principale di BPCO e smettere di fumare è il solo intervento che abbia un effetto comprovato sull'esito della malattia.

Perciò, consigliare il fumatore affetto da BPCO e offrirgli il supporto e l'assistenza per smettere è considerato un metodo efficace per il trattamento della malattia e per ridurre significativamente i costi. In un contesto in cui terapia sostitutiva della nicotina e supporto farmacologico non sono disponibili (così come nella maggior parte dei paesi), la migliore opzione è quella cosiddetta di minimo intervento, dispensata dal medico e da ogni altro operatore che si occupi di assistenza sanitaria dei pazienti BPCO.

Informazioni chiare sugli effetti del fumo sulla salute, consigli per smettere e supporto ad ogni tentativo di smettere aumentano significativamente la possibilità che un fumatore riesca nell'intento. Può essere efficace anche un breve intervento (da 3 a 10 min).

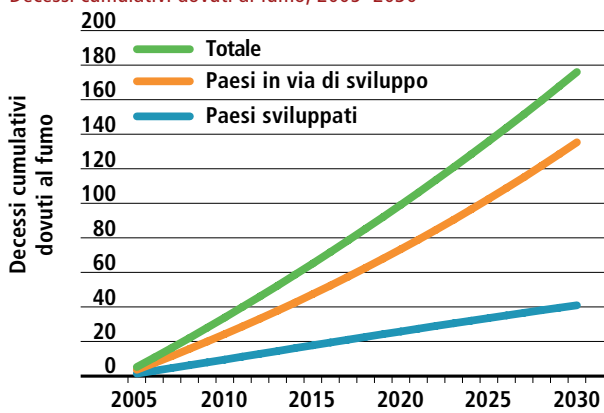
Di sicuro, non tutti i fumatori smetteranno subito dopo avere ricevuto il consiglio del medico, ma la maggior parte comincerà a riflettere sui motivi per smettere.

Alcuni fumatori ne sperimentano le difficoltà con i sintomi legati alla crisi d'astinenza, all'aumento di peso o ai cambiamenti d'umore, che possono richiedere la consulenza e il supporto clinico.

Una buona conoscenza da parte del medico dei vantaggi di smet-

### Il fumo di tabacco sarà responsabile del decesso di oltre 175 milioni di persone entro il 2030

Decessi cumulativi dovuti al fumo, 2005-2030



Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.

tere di fumare e dei possibili problemi legati all'astinenza è un importante requisito per accrescere la possibilità di successo.



## Costituire un'Associazione di Pazienti BPCO

Mariadelaide Franchi, Co-Presidente International COPD Coalition

### Le Associazioni dei pazienti BPCO nel mondo

Il ruolo delle Associazioni dei pazienti BPCO è riconosciuto ovunque.

Purtroppo queste operano in un limitato numero di paesi, e spesso incontrano difficoltà a svilupparsi per rappresentare l'impatto reale della BPCO nella società.

### Aspetto giuridici

Costituire una nuova Associazione richiede la corretta applicazione delle disposizioni legislative locali in materia di organizzazioni no-profit.

### Mission

La **mission** di una Associazione di pazienti BPCO è quella di migliorare le condizioni di salute, la qualità della vita e la sopravvivenza delle persone affette da questa malattia, e di tutelare i diritti dei pazienti, delle famiglie e dei *caregiver*.

L'Associazione deve rappresentare le opinioni, il punto di vista e gli interessi dei pazienti BPCO.

### Strategia

La strategia dovrebbe focalizzare due grandi momenti:

#### 1. La prevenzione

- Promuovere iniziative per prevenire lo sviluppo della malattia
- Favorire diagnosi precoci e precise
- Garantire una migliore qualità dell'aria indoor e outdoor.

#### 2. La gestione e il trattamento della BPCO in atto

- Migliorare le condizioni di salute e la qualità della vita dei pazienti, delle loro famiglie e dei *caregiver*
- Disporre di servizi sanitari di standard elevati, corrispondenti ai bisogni dei pazienti
- Assicurare trattamento paritetico in tutto il mondo

### Competenze

Il lavoro dell'Associazione richiede qualificazioni nel settore delle politiche sanitarie e in particolare in quello delle malattie respiratorie.

Acquisire competenze è possibile, attraverso:

- Supporto da parte di un Comitato medico-scientifico
- Partnership con le Società Scientifiche
- Collaborazione con le Istituzioni sanitarie
- Partecipazione alla definizione e all'aggiornamento delle linee guida sulla BPCO
- Partecipazione a riunioni scientifiche
- Lavoro in rete con altre organizzazioni internazionali, nazionali e locali

#### Valore e riconoscimento

Il vero riconoscimento dell'Associazione si realizza attraverso la capacità di fornire aiuto ai cittadini e nell'essere un punto di riferimento per tutte le persone che lo richiedono. L'Associazione deve sapere come raccogliere e analizzare le informazioni dalla testimonianza diretta dei pazienti e come usarle per il migliorare i loro diritti, valutare le criticità e cercare le soluzioni più efficaci.

#### Priorità

- Prevenzione e controllo ambientale
- Diagnosi precoce
- Piano Terapeutico Personalizzato
- Approccio globale al paziente
- Continuità dell'assistenza socio-sanitaria

#### Principali iniziative

- Fornire servizi che rispondano ai bisogno, agli interessi e alle aspettative dei pazienti
- *Advocacy* a livello locale, nazionale e internazionale per ottenere interventi pubblici in favore dei pazienti BPCO

- Promuovere campagne di informazione, educazione e prevenzione
- Incoraggiare la ricerca scientifica

#### Come comunicare con i pazienti

- Numero Verde
- Pubblicazioni
- Sito web
- Campagne di sensibilizzazione
- Indagini specifiche

#### Partnership

Per attuare i programmi dell'Associazione è necessario avere validi alleati, come:

- Istituzioni sanitarie
- Società Scientifiche (Pneumologi, Medici di Famiglia, Infermieri, terapisti e altri operatori sanitari)
- Altre organizzazioni di pazienti

#### Codice etico e di condotta

L'associazione deve dotarsi di un codice etico e di condotta, allo scopo di assicurare che tutte le sue attività e iniziative si sviluppino secondo principi di trasparenza e indipendenza nei confronti dei suoi interlocutori.

#### Sponsorizzazioni e gestione

L'associazione ha bisogno di risorse umane e finanziarie appropriate.

Fin dall'inizio l'Associazione dovrebbe definire la sua politica di raccolta fondi.



## L'esperienza dell'Australian Lung Foundation (ALF): un ruolo consolidato di supporto e di gruppi di pressione

Peter Frith, MB BS, FRACP, FCCP, e Heather Allen, National COPD Program, The Australian Lung Foundation, Australia

L'*Australian Lung Foundation* (ALF) è l'organizzazione di supporto *leader* in Australia nell'ambito delle malattie respiratorie.

Questa istituzione *non-profit* di carattere nazionale si occupa di raccogliere fondi per promuovere la ricerca scientifica, realizzare materiale educativo per i pazienti, sviluppare ed aggiornare Linee guida cliniche per i medici, fare pressione per promuovere cambiamenti di politiche a livello di governo e delle comunità, ed aumentare la diffusione della **Rete nazionale dei gruppi di sostegno ai pazienti** (*Lung Net*).

Una Commissione per il programma nazionale sulla broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) supervisiona le attività concernenti lo sviluppo di Linee guida, una *task-force* di pazienti, un *kit* per la riabilitazione polmonare, i medici di medicina generale, gli operatori specializzati nell'educazione dei malati asmatici e respiratori, partner e sponsor farmaceutici ed industriali.



Un supporto diretto al paziente è garantito dalla *Lung Net*, da un numero verde nazionale, da una *newsletter*, da un *forum online* e da una vasta gamma di materiali educativi gratuiti.

L'ALF è stata direttamente impegnata nella conduzione di programmi, nelle aree regionali e remote dell'Australia, volti ad incoraggiare la diagnosi precoce della BPCO grazie ad un'augmentata consapevolezza pubblica ed azioni mirate negli ambulatori territoriali e nelle farmacie, così come nella riabilitazione polmonare (*Lungs in Action*).

Un documento di alto profilo, basato su aspetti di economia sanitaria, è stato recentemente presentato al governo nazionale, ed ha generato una collaborazione con i decisori politici in ambito sanitario, nonché un migliore coordinamento con altre organizzazioni di sostegno (soprattutto per l'asma).





## La BPCO in America Latina: nuovi spunti dallo Studio PLATINO

Dott.ssa Maria Victorina Lopez Varela, Università di Montevideo e Ospedale "Maciel", President ALAT (Asociacion Latino Americana del Torax), Uruguay

La BPCO è una delle cause principali di morbidità cronica e mortalità. Vari studi hanno recentemente mostrato un aumento nella prevalenza di questa malattia in tutto il mondo.

Sono state pubblicate linee guida per la diagnosi e la gestione di pazienti con BPCO.

Lo studio PLATINO è uno studio epidemiologico sulla popolazione concepito per valutare la prevalenza della BPCO in cinque città latino-americane (San Paolo, Brasile; Santiago del Cile, Cile; Città del Messico, Messico; Montevideo, Uruguay; Caracas, Venezuela).

Questo studio ha riscontrato un tasso di BPCO, stadi I-IV secondo la definizione GOLD, compreso tra il 7,8% e il 19,7% a seconda della nazione. Alcuni lavori mettono in rilievo il fatto che la BPCO è spesso sottodiagnosticata e sotto-trattata dai medici e poco riconosciuta dai pazienti.

Alcuni dati dello studio PLATINO confermano che la BPCO è sottodiagnosticata o diagnosticata erroneamente in America Latina.

Di conseguenza, i pazienti non vengono trattati adeguatamente, anche in casi in cui la funzionalità polmonare è gravemente compromessa, e la gestione della malattia spesso non rientra nelle direttive delle Linee guida.

Un'altra conseguenza di questi dati è che, a causa di una diagnosi non corretta, è possibile che soggetti non affetti da BPCO usino farmaci respiratori.

Nello studio PLATINO la metà dei soggetti trattati usava medicinali per l'ostruzione del flusso aereo senza che fossero ostruiti.

Più di recente, è stato rilevato che i pazienti riconoscono poco la gravità della loro malattia: nello studio PLATINO, metà dei soggetti allo stadio II, secondo la definizione GOLD, ed un terzo allo stadio III e IV, giudicavano il proprio stato di salute da buono a eccellente. Vi sono delle disparità tra punteggio di dispnea, limitazioni dell'attività fisica, gravità dell'ostruzione delle vie respiratorie e stato di salute generale.

Nei pazienti affetti da BPCO sono comuni: deterioramento dello stato di salute e peggioramento acuto ricorrente dei sintomi.

Aggravamenti frequenti sono associati ad un più rapido declino della funzionalità polmonare (Volume espiratorio forzato in un secondo, VEMS), ad uno stato di salute compromesso, ad alterazioni come l'aumentata infiammazione sistemica delle vie respiratorie, ad un aumento del numero e della durata dei ricoveri, e ad una diminuzione della sopravvivenza.

Inoltre, l'aggravamento ha un rilevante impatto socio-economico, dal momento che questa voce ha il peso maggiore nel computo dei costi diretti per il trattamento della BPCO.

Lo studio PLATINO ha mostrato che, tra gli individui con problemi alle vie respiratorie, una percentuale significativa ha riportato un'intensificazione dei sintomi in maniera direttamente proporzionale all'aumento della gravità della malattia.

La BPCO viene definita come associata a manifestazioni extra-polmonari clinicamente rilevanti, e le conseguenze sistemiche sono riconosciute come tratti importanti della malattia.

Esse contribuiscono all'intolleranza all'esercizio fisico, ad una peg-

giore condizione di salute e ad un aumento della mortalità.



PROYECTO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN OBSTRUCCIÓN PULMONAR



Tra i tratti sistemici studiati più approfonditamente vi sono la perdita di peso improvvisa, le alterazioni dell'indice di massa corporea (BMI) e modificazioni nella composizione corporea. Le alterazioni del BMI erano comuni nei soggetti affetti da BPCO identificati dallo studio PLATINO, e la proporzione delle persone con BPCO aumentava progressivamente con la diminuzione del BMI.

In conclusione, i dati raccolti dallo studio epidemiologico sulla popolazione in America Latina (PLATINO) riflettono la sottovalutazione della malattia da parte dei pazienti, anche quando essa è grave, e sottolineano la necessità di migliorare la prevenzione della BPCO e le misure di *screening*, in modo da ridurre il peso della malattia sulla popolazione.

I dati dello studio PLATINO riflettono anche le incertezze sulla BPCO da parte dei medici che fanno le diagnosi, evidenziando il bisogno di migliorare l'implementazione delle Linee guida sulla BPCO.

## Impatto della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva in Bangladesh: risultati del Primo Studio Nazionale sulla prevalenza della BPCO

Prof. M. Rashidul Hassan, (Principal Investigator) e Dr. Kazi Saifuddin Bennoor (Co-Investigatore), Bangladesh

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una delle principali cause di morbidità e mortalità in tutto il mondo, e si prevede possa diventare la quarta causa di disabilità nel 2020. In Bangladesh, i medici si trovano ad affrontare regolarmente la BPCO nei pazienti anziani.

Ciononostante, finora, non sono disponibili dati epidemiologici sulla prevalenza della BPCO in Bangladesh. per misurare la portata della BPCO è stato avviato uno studio trasversale, denominato BOLD-BD. Lo studio BOLD-BD ha coinvolto un totale di 2.947 soggetti, a partire dai 40 anni di età, provenienti sia dalle aree rurali sia da quelle urbane e da tutte le regioni del paese. Tutti i soggetti sono stati intervistati con un questionario pre-testato e sono stati sottoposti ad un esame spirometrico con test di reversibilità con broncodilatatore.

Il criterio diagnostico per la BPCO consisteva in una quantità stabilita di FEV1/FVC < 70% senza miglioramento dopo broncodilatazione con 200 mcg di salbutamolo per via inalatoria.

E' stata riscontrata una prevalenza di BPCO del 21,58% tra persone con almeno 40 anni, e stimato che **in Bangladesh 6.042.400 di persone sono affette da BPCO.**

Si calcola che la prevalenza di BPCO nella popolazione del Bangladesh sia del 4,32%, simile alla prevalenza di BPCO riscontrata nella vicina India.

La maggior parte dei pazienti studiati (45,13%) era affetto da una forma di BPCO moderata.

Si rileva che la malattia colpisce in maniera più severa i soggetti che sono ancora nella fase produttiva (il 42% di ammalati di BPCO, nel nostro studio, aveva tra i 40 e i 50 anni, con una prevalenza che diminuiva con l'aumento dell'età). In generale, gli uomini sono affetti più delle donne (62,47% vs. 37,26%).

I nostri risultati mostrano che la BPCO è una malattia che colpisce maggiormente la gente povera. Oltre l'80% dei pazienti appartiene a gruppi socio-economici meno abbienti, e circa il 50% è analfabeta.

La gran parte dei pazienti individuati nel nostro studio proviene dai centri urbani (61,52%) piuttosto che dalle zone rurali (38,4%), sebbene tra le donne affette da BPCO la distinzione città-campagna è quasi assente (rispettivamente 50,21% e 49,79% con una prevalenza più alta di BPCO nei villaggi).

L'esposizione al fumo emesso da combustibili a biomassa (stufe/luce di legna) sembra essere un fattore di rischio significativo per la BPCO. Oltre l'82% dei pazienti uomini e l'86% delle donne sono esposti a tale rischio. La maggior parte dei pazienti affetti da BPCO individuati nel nostro studio (63%) era fumatore.

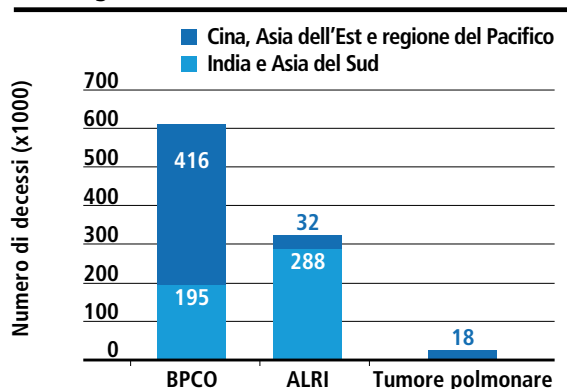
La percentuale di fumatori è alta tra gli uomini (circa l'88%) e molto più bassa tra le donne (solo il 20%).

E' stata riscontrata una correlazione positiva tra la prevalenza di BPCO ed il crescente consumo annuale di sigarette. In questo studio, alla maggioranza dei fumatori (80%) bastava fumare solo dieci pacchetti di sigarette all'anno per sviluppare la malattia.

Questo dato offre un quadro molto più allarmante rispetto a quello delineato dagli studi internazionali che hanno indicato 20 pacchetti all'anno come punto di riferimento per il rischio di sviluppare la BPCO.

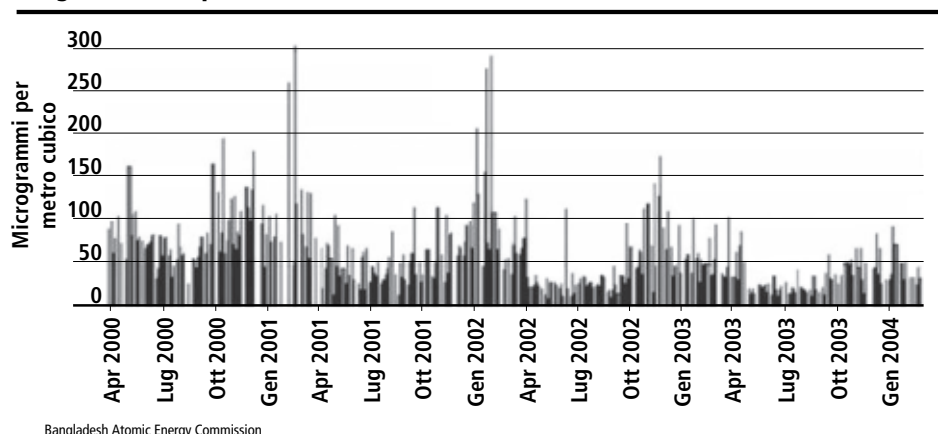


**Mortalità stimata di infezione respiratoria acuta delle vie inferiori (ALRI), BPCO e tumore polmonare attribuibile al fumo passivo di combustibili solidi nella regione dell'Asia Pacifico**



Fuel for life: household energy and health. Geneva, World Health Organization, 2006. <http://www.who.int/indoorair/publications/fuelforlife/en/index.html>

**Concentrazioni medie di particelle sottili nelle 24 ore in centro città a Dhaka, Bangladesh, tra aprile 2000 e marzo 2004**



Bangladesh Atomic Energy Commission



## OMS: politica di disassuefazione dal fumo

Eva Mantzouranis, Chronic Respiratory Diseases and Arthritis Unit NMH/CHP Department WHO, World Health Organisation, Ginevra, Svizzera



Una politica di disassuefazione dal fumo dovrebbe far parte di ogni intervento per il controllo del tabacco se si vuole che gli sforzi per far smettere di fumare siano efficaci e sostenibili:

- Un ambiente di supporto, che comprenda una diminuzione dell'accessibilità ai prodotti di tabacco, una riduzione dell'accettazione sociale del consumo di tabacco e un aumento delle informazioni migliorerà la possibilità per i fumatori di smettere
- A tutti i fumatori dovrebbe essere offerto un adeguato trattamento per la dipendenza tabagica
- Gli Stati Membri dovrebbero sviluppare linee guida nazionali basate sulle evidenze per il trattamento della dipendenza tabagica; si dovrebbe accrescere la consapevolezza degli operatori sanitari, degli amministratori e dei decisori politici sui benefici in termini di costi della disassuefazione dal fumo rispetto ad altri interventi di assistenza sanitaria
- Occorre provvedere alla formazione di tutti coloro che dispensano una cura primaria, a tutti i Medici di Medicina Generale, per consentire loro di fornire efficacemente interventi per smettere di fumare
- Sono necessarie nuove partnership per aumentare i gruppi di supporto finanziario e tecnico e per l'attuazione di trattamenti basati sulle evidenze.

### Report WHO 2008 sull'epidemia del fumo di tabacco: MPOWER

[www.who.int/tobacco/mpower/mpower\\_report\\_full\\_2008.pdf](http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf)

Tre tipi di trattamento dovrebbero essere inclusi in ogni azione di prevenzione dal tabacco:

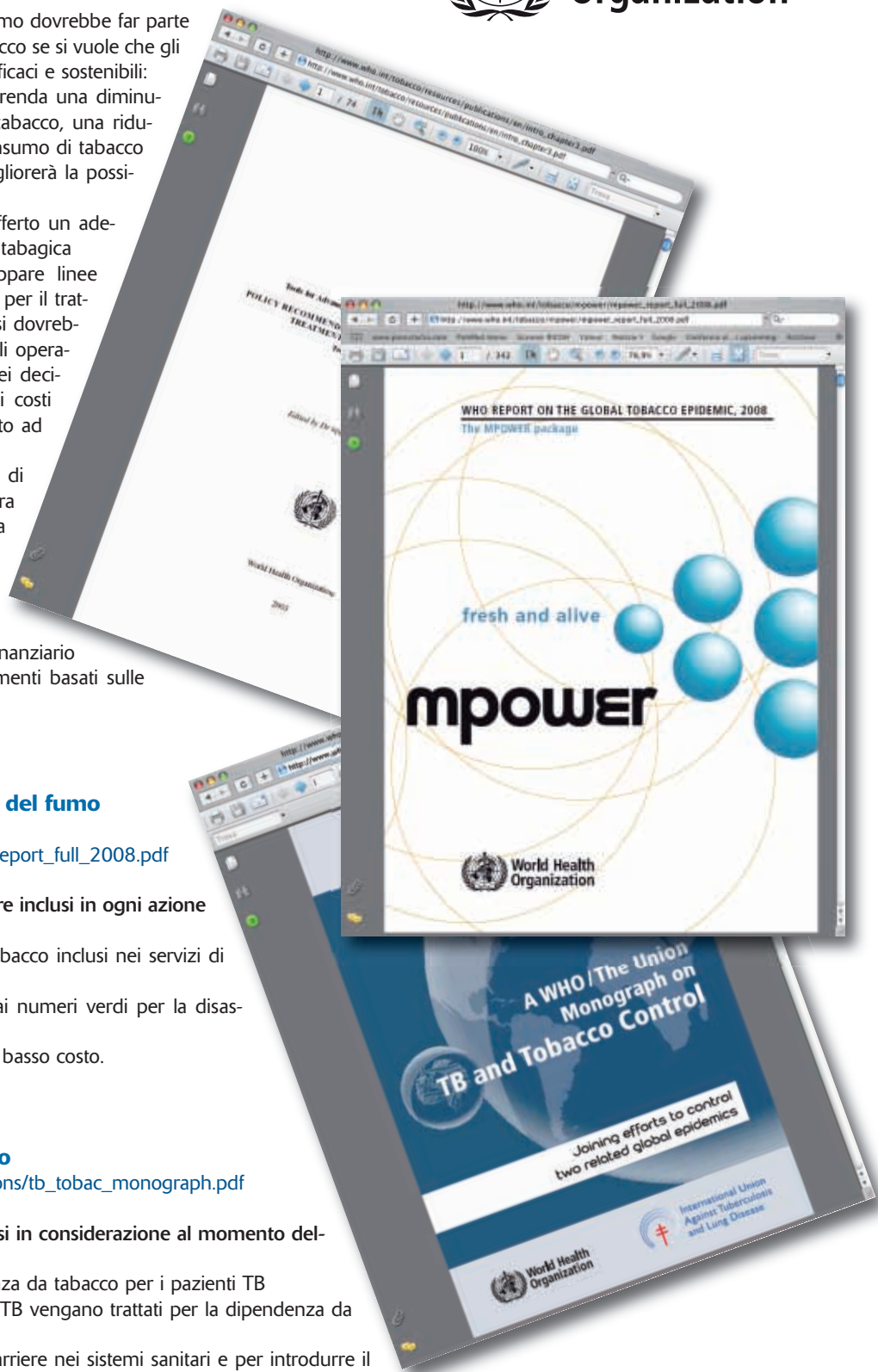
1. Consigli per la disassuefazione dal tabacco inclusi nei servizi di assistenza primaria
2. Indicazioni per accedere facilmente ai numeri verdi per la disassuefazione dal fumo
3. Accesso a trattamenti farmacologici a basso costo.

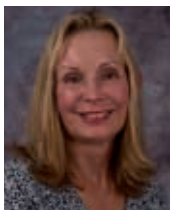
### TB e controllo dell'uso del tabacco

[www.who.int/tobacco/resources/publications/tb\\_tobac\\_monograph.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tb_tobac_monograph.pdf)

Tre tipi d'azione dovrebbero essere presi in considerazione al momento dell'assetto clinico:

- Fornire il trattamento per la dipendenza da tabacco per i pazienti TB
- Costruire gli ospedali dove i pazienti TB vengano trattati per la dipendenza da tabacco
- Prendere decisioni per superare le barriere nei sistemi sanitari e per introdurre il trattamento della dipendenza tabagica.





## La riabilitazione pneumologica per la BPCO

Chris Garvey, US Academy of Pulmonary Rehabilitation, USA

La riabilitazione pneumologica è stata definita dalla Società Toracica Americana (ATS) come un intervento multidisciplinare per i pazienti con malattie croniche respiratorie che sono spesso sintomatici e limitati nello svolgere le attività della vita quotidiana.

La riabilitazione pneumologica (RP) ha lo scopo di ridurre i sintomi, ottimizzare lo stato funzionale, aumentare la partecipazione sociale e ridurre i costi dell'assistenza sanitaria, attraverso la stabilizzazione o la regressione delle manifestazioni sistemiche della malattia.

I programmi coordinati di RP comprendono una visita multidisciplinare del paziente, svolgimento di esercizi, educazione, supporto psicosociale. È stato dimostrato che la RP nella BPCO riduce la dispnea, migliora lo stato funzionale, la qualità della vita e riduce l'uso di risorse sanitarie.

Linee guida internazionali con riferimento alla riabilitazione pneumologica comprendono sintomi e discrepanze nello stato funzionale (ATS/ERS) e nella funzione polmonare (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease/Gold, stages II-IV).

La riabilitazione pneumologica è indicata ai pazienti che presentano dispnea o altri sintomi respiratori, una ridotta tolleranza allo sforzo e limiti nello svolgimento delle attività a causa della loro malattia. È stato dimostrato che la RP è sottoutilizzata dai medici che curano i pazienti BPCO.

Occorre un modello internazionale per:

- Migliorare la conoscenza dei medici e dei pazienti sull'efficacia di



un intervento di RP per la BPCO

- Promuovere la disponibilità dei programmi di RP, disponibilità di programmi alternativi se l'accesso alla RP non è possibile, strumenti per realizzare la RP
- Identificare sistemi per migliorare dei programmi di accesso di medici e pazienti
- Sostenere la ricerca per identificare meglio il ruolo della RP nella cura dei pazienti BPCO.



## Conclusioni della Conferenza e Carta dei Diritti dei Pazienti con BPCO

J. Scheld, coordinatore ed editor ICC, Svizzera

La BPCO è una malattia polmonare grave e devastante, la cui prevalenza è in aumento, ed attualmente rappresenta la quarta causa di morte nel mondo.

Il fumo di sigaretta e l'inquinamento indoor (generato in primo luogo da biomasse combustibili per la cucina e per il riscaldamento) sono le cause principali della BPCO. Per questo, la malattia è molto diffusa in tutte le regioni del mondo.

Sfortunatamente, questa malattia è ancora ampiamente sottodiagnosticata e sottotrattata ed i pazienti con BPCO sono spesso affetti da comorbidità che rendono più difficile la gestione della malattia e compromettono ulteriormente la loro qualità della vita.

In molte parti del mondo c'è una scarsa consapevolezza della malattia, delle sue cause e dei modi per prevenirla.

Inoltre, in alcune zone, la diagnosi ed il trattamento, inclusa la terapia farmacologica, non sono disponibili o economicamente accessibili a tutti.



Questa Conferenza mostra che, per combattere la BPCO a livello mondiale, è necessario uno sforzo comune delle organizzazioni di pazienti, dei medici, delle strutture sanitarie e delle istituzioni che devono collaborare per:

- Aumentare la consapevolezza della malattia, della diagnosi e del trattamento
  - Introdurre severi divieti al fumo nei luoghi pubblici
  - Creare e mettere in atto programmi di prevenzione della BPCO
  - Creare e mettere in atto programmi di gestione della BPCO
  - Assicurare che i farmaci siano disponibili ed accessibili ai pazienti.
- Sulla base delle discussioni e dei *workshop*, tutti i partecipanti della Con-

ferenza hanno concordato su una serie di principi che sono alla base della "Carta Mondiale dei Diritti dei Pazienti con BPCO":

- Il diritto di ricevere una diagnosi precoce ed accurata
- Il diritto all'informazione ed all'educazione sulla BPCO
- Il diritto al sostegno ed alla solidarietà
- Il diritto di ricevere cure e trattamenti che siano di reale beneficio
- Il diritto ad una giusta attenzione da parte della Società e ad adeguati investimenti per la salute e la cura
- Il diritto di promuovere miglioramenti nella cura e nella prevenzione della BPCO insieme ad altri pazienti e *supporter*
- Il diritto ad un'aria ed un ambiente sani.

## LE ASSOCIAZIONI INTERNAZIONALI

### The European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations - EFA



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

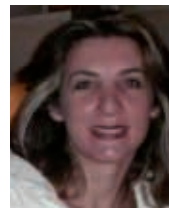
EFA è un vasto network europeo, indipendente e no-profit, di Associazioni nazionali contro le allergie e le malattie respiratorie. Ci sono più di 400.000 pazienti e *caregiver* soci delle Associazioni che aderiscono all'EFA.

L'EFA ha la missione di riunire in una comunità europea le organizzazioni di pazienti che condividono la responsabilità di diminuire sostanzialmente la prevalenza e la gravità delle allergie, dell'asma e della BPCO, riducendone l'impatto sociale, migliorando la qualità della vita dei pazienti e assicurando la piena cittadinanza alle persone affette da queste condizioni, nonché perseguendo l'uguaglianza delle opportunità nel settore della salute, sia per le allergie sia per le

malattie respiratorie. L'EFA è membro della GARD-Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases.

**Presidente: Marinella Salapatas**

EFA European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations



35, Rue du Congrès, 1000 Brussels, Belgium

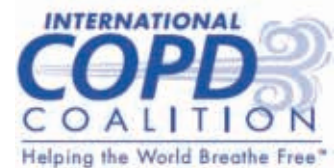
Tel. +32 (0)2 227 2712

Fax. +32 (0)2 218 3141

Email: [susanna.palkonen@efanet.org](mailto:susanna.palkonen@efanet.org)

### International COPD Coalition - ICC

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



L'ICC è una organizzazione *no-profit* fondata nel 1999. Comprende 75 organizzazioni membro e corrisponde con altre 30 organizzazioni in 62 paesi. L'ICC è tra i membri fondatori della GARD. Scopo dell'ICC è progettare, gestire e finanziare progetti pilota concernenti pazienti con BPCO, con particolare attenzione ai paesi in via di sviluppo e alle aree depresse.

Recentemente l'ICC ha promosso *The Medication Delivery Initiative*, allo scopo di raccogliere e sviluppare informazioni mirate a migliorare l'aderenza dei pazienti alle prescrizioni e raccomandazioni del

medico e a fornire al personale sanitario materiale educativo sul corretto uso della terapia per via inalatoria.

**Co-Presidenti:**

a sinistra

Mariadelaide Franchi (Italia),

a destra

Youssef Mohammad (Siria)



**VIII** Giornata Mondiale **BPCO**  
**18** Novembre **2009**

La **BPCO** è una malattia dei  
**Bronchi** e dei  
**Polmoni**  
**Cronica**  
**Ostruttiva**

**“Senza fiato...  
 ma non soli!”**

  
 La Giornata Mondiale BPCO è promossa dal Progetto Mondiale GOLD di divulgazione delle Linee Guida per la diagnosi, la prevenzione ed il trattamento della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS)  
[www.goldcopd.it](http://www.goldcopd.it)

**Hai un parente, un familiare, un amico, un vicino di casa che soffre di BPCO?**  
**NON LASCIARLO SOLO**  
**REGALAGLI UN PO' DEL TUO TEMPO**  
**Mercoledì 18 Novembre telefonagli, fagli compagnia, chiedigli di uscire insieme, accompagnalo a fare qualcosa che possa fargli piacere**

 **Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus**  
[www.assoziazioneitalianapazientibpcoonlus.it](http://www.assoziazioneitalianapazientibpcoonlus.it)

**Sede Operativa:** Via Cassia 605 - 00189 Roma  
 Tel. 06 33253020 - Fax 06 33259798 - e-mail: [franchima@tin.it](mailto:franchima@tin.it)

**Segreteria:** Effetti Srl - Via Gallarate, 106 - 20151 Milano - tel. 02 3343281

**Sede Legale:** Unita O. C. di Pneumologia, Azienda C. O. S. Filippo Neri - Roma

 **800 961 922** Da lunedì a venerdì ore 10.00 - 13.00

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



**Consiglio Direttivo**  
 Presidente: **Mariadele Franchi**  
 Vicepresidente: **Fausta Franchi**  
 Segretario: **Ciro Filosa**  
 Tesoriere: **Grazia Arangio-Ruiz**  
 Consiglieri: **Francesco Attolico, Paolo Pasini, Francesco Tempesta**

**Sezione di Parma**  
 Coordinatore: **Paolo Pasini**

**Sezione di Cecina**  
 Coordinatore: **Luciano Guerrieri**

**Comitato Medico Scientifico**  
**Roberto Bernabei**  
 Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG)

**Germano Bettoncelli**  
 Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)  
**Lorenzo Corbetta**  
 Delegato Nazionale GOLD  
**Giuseppe Di Maria**  
 Società Italiana di Medicina Respiratoria (SIMeR)  
**Vincenzo Fogliani**  
 Associazione Pneumologia Interattiva  
**Giacomo Mangiaracina**  
 Società Italiana di Tabaccologia (SITAB)  
**Margherita Neri**  
 Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO)  
**Claudio M. Sanguinetti**  
 Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie (AIMAR)

**Garante del Codice Etico e di Condotta**  
 Dott.ssa **Giovanna Strollo**

**Sede operativa**  
 Via Cassia, 605 - 00189 Roma  
 Tel. 06 33253020 - Fax 06 33259798  
 E-mail: [franchima@tin.it](mailto:franchima@tin.it)

**Sede Legale**  
 U.O.C. Pneumologia,  
 A.C.O. San Filippo Neri, Roma

**Segreteria**  
**c/o Effetti Srl** - Via Gallarate, 106 - 20151 Milano  
 Tel. 02 3343281 - Fax 02 38002105

**Come aderire**  
 La quota sociale annuale minima è di € 6,00, da versare sul conto corrente postale n° 19848407, intestato ad Associazione Italiana Pazienti BPCO.

**Conto Corrente Bancario**  
 Banca Popolare Commercio e Industria  
 IBAN: IT90 M 05048 03208 000000010033

**Codice Fiscale**  
 03202030965

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



Da Lunedì a Venerdì  
 ore 10.00 - 13.00

L'Associazione Italiana Pazienti BPCO aderisce a:

- Cittadinanzattiva e Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC)
- European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA)
- Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases (GARD)
- International COPD Coalition (ICC)