

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° 3
dicembre 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

VIII Giornata Mondiale BPCO

Firenze, 18 novembre 2009

In occasione della VIII Giornata Mondiale BPCO, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus insieme alla Delegazione Nazionale GOLD di divulgazione delle linee guida per la diagnosi, la prevenzione ed il trattamento della BPCO ed al Progetto LIBRA - Linee Guida per BPCO, Rinite e Asma, hanno organizzato un evento dal titolo "I Diritti del Paziente BPCO", celebrato a Firenze il 18 novembre 2009 presso il Salone dé Dugento di Palazzo Vecchio.

In questa occasione, l'Associazione ha lanciato un appello alle istituzioni, agli operatori sanitari e ai medici affinché siano attuati, anche nel nostro Paese, i diritti fondamentali dei pazienti con BPCO contenuti nella Carta Mondiale, adottata ufficialmente a Roma il 14 giugno 2009 dalla Prima Conferenza Mondiale dei Pazienti BPCO.

Come negli anni passati, inoltre, è stato promosso lo slogan "Senza fiato... ma non soli", al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica alle sofferenze dei pazienti con BPCO e dei loro familiari, affinché ottengano il giusto riconoscimento e ricevano una maggiore solidarietà sociale. Durante l'evento il Prof. Lorenzo Corbetta, Delegato Nazionale GOLD, ha proposto di istituire una Sezione dell'Associazione a Firenze, che avrà sede presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi. Inoltre, durante tutta la giornata in Piazza Signoria sono state eseguite spirometrie gratuite ed è stato distribuito materiale informativo.



Prof. Antonio Corrado, Prof. Lorenzo Corbetta, Salone dé Dugento - Palazzo Vecchio, Firenze



Dott.ssa Fausta Franchi, Vice-presidente, Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus



Camper attrezzato per spirometrie in Piazza della Signoria, Firenze



Il 2010 proclamato Anno Mondiale del Polmone

Il 6 dicembre 2009, in occasione della 40esima Conferenza Internazionale sulla Salute del Polmone dell'Unione Internazionale contro la Tuberculosis e le Malattie Respiratorie, svoltasi a Cancùn (Messico), il FIRS (Forum of the International Respiratory Societies) ha proclamato il 2010 quale Anno Mondiale del Polmone (The Year of the Lung).

Centinaia di milioni di persone nel mondo sono affette da malattie respiratorie quali la tubercolosi, la bronchite cronica, l'asma, il tumore al polmone e molte di queste sono prevenibili o trattabili. Si calcola, infatti, che le patologie respiratorie croniche rappresentino il 4% delle malattie a livello globale e causino ogni anno il 7% delle morti totali. Nel futuro si prevede un aumento dei costi socio-sanitari legati ai limiti e alla disabilità causati da tali patologie.

Il 2010 sarà caratterizzato, pertanto, da numerose campagne di sensibilizzazione, finalizzate all'accrescimento della consapevolezza dei cittadini e alla promozione della salute respiratoria.

A tale proposito verrà offerto sostegno a più di 160 Paesi che hanno ratificato il Primo Trattato Mondiale delle Nazioni Unite sul Tabacco promosso dall'OMS, affinché i governi locali destinino una quota maggiore di fondi alla ricerca, al fine di favorire la scoperta di nuovi trattamenti e strumenti diagnostici, nuovi vaccini e farmaci. Si cercherà di potenziare il sistema sanitario di questi Paesi con l'obiettivo di pianificare una più equa e trasparente distribuzione delle risorse.

Verranno promosse, infine, nuove legislazioni a tutela della qualità dell'aria *indoor* e *outdoor*.

L'Anno del Polmone, quindi, darà nuovo impulso all'accrescimento di una maggiore coscienza a tutti i livelli (operatori sanitari, leader politici e religiosi, datori di lavoro, opinione pubblica) dei rischi rappresentati dalle malattie respiratorie e dell'importanza di tutelare la salute dei polmoni.

Magiori informazioni: www.yearofthelung.com



Patto di adesione dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus e Cittadinanzattiva

Il 19 maggio 2009, l'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus, in ragione delle finalità generali indicate nello Statuto di Cittadinanzattiva e sulla base delle collaborazioni già sperimentate con tale organizzazione tramite il Tribunale per i diritti del malato (TDM) e il Coordinamento Nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC), ha sottoscritto un patto di adesione a tale movimento nelle forme specifiche di rete aderente, al fine di esercitare comuni azioni di tutela dei diritti dei cittadini affetti da patologie croniche, utilizzando gli strumenti previsti dalle leggi vigenti a favore dei diritti dei consumatori e degli utenti concorrendo, mediante la propria partecipazione e il proprio contributo di idee e di proposte, alla costruzione di una nuova cittadinanza.

Conferenza stampa su BPCO e Influenza A (H1N1) Roma, 16 novembre 2009

In vista dell'VIII Giornata Mondiale BPCO, il 16 novembre 2009, è stata organizzata a Roma una conferenza stampa dal titolo "BPCO e Influenza A (H1N1): alto il rischio di riacutizzazioni. Vaccino essenziale per i malati più fragili".

In questa occasione sono intervenuti rappresentanti delle maggiori Società scientifiche, delle Associazioni di pazienti respiratori ed esperti del settore. È stato affrontato il tema del pericoloso binomio BPCO e virus influenzali, dato che il rischio di riacutizzazione della malattia quest'anno è più alto, vista la concomitanza dell'influenza stagionale con la nuova influenza A (H1N1).

A questo proposito si è discusso del fatto che tutte le virosi causano un aumento dell'infiammazione nei malati BPCO e aggravano un quadro respiratorio già notevolmente compromesso: la riacutizzazione è un evento molto grave, che velocizza il decorso della malattia verso l'invalidità, lunghi e ripetuti ricoveri e, purtroppo talvolta, verso il decesso nel corso dell'episodio o nell'arco dei mesi successivi. Per questo la vaccinazione antinfluenzale è diventata una pratica preventiva corrente nelle persone affette da BPCO.

L'OMS tende a consigliare ogni anno una copertura fino all'80% dei malati, in particolare quelli portatori delle forme più severe. Ma quest'anno è risultato fondamentale che i pazienti cronici si sottoponessero alla vaccinazione contro l'influenza A (H1N1). L'Ordinanza del settembre 2009 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha incluso i malati di BPCO tra gli aventi diritto al vaccino, ma ha posto il limite a 65 anni, nonostante sia noto si tratti di persone particolarmente fragili e a rischio anche al di sopra di questa età.

A questo proposito la **Dott.ssa Fausta Franchi**, Vicepresidente dell'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus, nel corso della Conferenza ha spiegato che l'emergenza influenza A (H1N1) ha preoccupato tutto il mondo, tanto che forse oggi diventa difficile parlare di categorie a rischio, perché si è tutti esposti al virus. Indubbiamente, però, ci sono persone più fragili, tra cui sicuramente i malati di BPCO con o senza insufficienza respiratoria, cui è necessario prestare maggiore attenzione.

A tale proposito nel mese di novembre è stata presentata una istanza al Viceministro della Salute Ferruccio Fazio, affinché venisse abolito il limite alla somministrazione del vaccino alle persone con BPCO con più di 65 anni e si garantisse loro un reale diritto alla salute, tanto più che tale patologia è in costante crescita con ripercussioni sociali anche nel prossimo futuro. Infatti i malati BPCO sono in Italia 2 milioni e 600mila ed un miliardo nel mondo: nella maggior parte dei casi questi pazienti giungono alla diagnosi tardivamente perché i sintomi vengono confusi con quelli tipici dell'invecchiamento.

Il **Prof. Franco Falcone**, Presidente dell'AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) e Direttore Unità Operativa Complessa di Pneumologia all'Ospedale Bellaria, Azienda AUSL di Bologna, è intervenuto sul tema delle riacutizzazioni, spiegando che nel corso di molte virosi, tra cui l'influenza, il virus infetta le cellule bronchiali, causando un aumento dell'infiammazione cronica dei pazienti BPCO. Si tratta, quindi, di un evento molto grave per il paziente, che velocizza il decorso della malattia verso l'invalidità. Pertanto risulta fondamentale la vaccinazione contro l'influenza A (H1N1) per i soggetti con BPCO di forma severa o molto severa, perché tutte le perplessità sugli eventua-



Nella foto da sinistra i Prof. F. Falcone, V. Brusasco, G. Girbino, il Dott. A. Infantino e la Dott.ssa F. Franchi

li rischi del vaccino devono essere confrontate con i gravi rischi che il paziente con BPCO corre con l'infezione influenzale.

Il **Prof. Vito Brusasco**, Presidente della SIMeR (Società Italiana Medicina Respiratoria) e Ordinario di Malattie dell'Apparato Respiratorio all'Università degli Studi di Genova, ha riportato gli allarmanti dati epidemiologici in crescita della BPCO, nonostante le numerose campagne antifumo, anche considerando l'allungamento della vita media dei cittadini e l'aumento dell'inquinamento sia esterno che interno.

Il **Prof. Giuseppe Girbino**, Direttore dell'Istituto di Malattie Respiratorie dell'Università di Messina, ha sottolineato che la BPCO è una malattia cronica, che richiede il suggerimento continuo sul modo di prevenire le riacutizzazioni, sull'eliminazione dei fattori di rischio, sul valore intrinseco della cura, su quali farmaci è più opportuno contare, su quali atteggiamenti il paziente deve assumere, quali stili di vita deve adottare. Tutto ciò deve comportare un colloquio medico-paziente chiaro, continuativo e approfondito. In questo contesto è stato sviluppato il CAT (COPD Assessment Test), un questionario che i medici di famiglia dovranno sottoporre ai propri assistiti, che consentirà di qualificare nel complesso lo stato di salute del paziente e misurare alcuni elementi nella gestione della malattia, che investono la qualità della vita, gli aspetti funzionali, le riacutizzazioni, la valutazione dei tempi di recupero da un episodio di riacutizzazione, le decisioni da prendere sul piano del management e della terapia medica anche in rapporto allo stato di gravità delle condizioni del malato.

Il **Dott. Antonio Infantino**, Responsabile dell'Area Respiratoria dell'AIMEF (Associazione Italiana Medici di Famiglia), ha confermato, quindi, che il medico di famiglia, rappresentando normalmente il primo interlocutore del cittadino per problemi di salute in generale, è la prima figura sanitaria a valutare l'opportunità o meno di avviare le indagini diagnostiche necessarie a svelare una possibile malattia. Nello specifico è al medico di famiglia che una persona si rivolge ai primi sintomi come tosse ed espettorato persistenti o fiato corto, che in presenza di fattori di rischio possono costituire la prima espressione clinica di una BPCO. Il medico di famiglia ha un ruolo fondamentale, dunque, nella comparsa e nell'evoluzione della BPCO, avendo la responsabilità della diagnosi o almeno del sospetto diagnostico ed allo stesso tempo quello dell'educazione sanitaria, potendo e dovendo orientare o modificare i comportamenti dei suoi assistiti in particolare consigliando di modificare gli stili di vita tra cui smettere di fumare.

Cautela nell'utilizzo di acido IALURONICO per via aerosolica nelle malattie respiratorie

SIMeR Società Italiana di Medicina Respiratoria
AIPO Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri
AIMAR Associazione Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie

In merito alle proposte di utilizzo di acido IALURONICO per aerosol nella terapia di importanti malattie respiratorie quali asma, bronchite cronica ed enfisema, recentemente presentate in trasmissioni radiofoniche, televisive e su articoli o interviste su media e sulla stampa nazionale, abbiamo ricevuto molte sollecitazioni da parte di colleghi specialisti, nonché dagli stessi pazienti, e dalle diverse associazioni con richiesta di ulteriori e legittimi chiarimenti. In tal senso le Società Scientifiche SIMeR (Società Italiana di Medicina Respiratoria), AIPO (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri) e AIMAR (Associazione Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie) precisano e chiariscono che il trattamento di queste patologie con acido IALURONICO per via aerosolica non risulta ad oggi validato in studi clinici controllati eseguiti secondo le regole della

Buona Pratica Clinica, che ne abbiano dimostrato l'efficacia e la sicurezza e il cui risultato sia pubblicato e verificabile.

Per questo motivo e per l'esiguità dei dati scientifici disponibili, l'impiego terapeutico di acido IALURONICO per aerosol non è contenuto in alcuna linea guida nazionale ed internazionale per patologie respiratorie per le quali sono disponibili, viceversa, trattamenti di comprovata efficacia e sicurezza.

SIMeR, AIPO e AIMAR sottolineano come il preparato di acido IALURONICO per somministrazione aerosolica NON è attualmente registrato come farmaco presso il Ministero della Salute.

Pertanto, non necessitando di alcuna prescrizione medica (ricetta) per essere acquistato, il suo utilizzo avviene sotto la esclusiva e diretta responsabilità di chi lo assume o di chi eventualmente lo suggerisce.



La ventilazione assistita

Dott. Albino Sini, *Broncopneumologo, Roma*

La ventilazione meccanica viene impiegata con successo da anni non più solo nelle strutture di ricovero ma anche a domicilio del paziente, in tutte quelle malattie polmonari e non, che in alcuni casi sin dal loro esordio e in altri nel corso del tempo, si complicano con la comparsa dei sintomi dell'Insufficienza Respiratoria.

Si distingue l'*Insufficienza Respiratoria Semplice*, caratterizzata da un contenuto di ossigeno nel sangue arterioso più basso del normale, dall'*Insufficienza Respiratoria Globale* quando al minore contenuto di ossigeno si associa l'aumento dell'anidride carbonica. Entrambe le situazioni possono manifestarsi sia in malattie che interessano l'apparato respiratorio sia in altre patologie a carico di altri organi e apparati: quando ciò avviene in tempi anche brevissimi si parla di *Insufficienza Respiratoria Acuta*, mentre in presenza di tempi più lunghi, a volte anche anni, si parla di *Insufficienza Respiratoria Cronica*.

La diagnosi viene effettuata tramite un'emogasanalisi su un campione di sangue arterioso; questo esame permette di conoscere la percentuale di ossigeno e di anidride carbonica presenti.

L'*Insufficienza Respiratoria* può manifestarsi in malattie anche molto diverse tra loro, anche se si registrano i casi più frequenti in quelle a carico dell'apparato respiratorio, particolarmente nella BPCO. Questa patologia, infatti, col tempo può complicarsi con i sintomi dell'Insufficienza Respiratoria Semplice, per cui la terapia farmacologica deve essere integrata dalla somministrazione di Ossigeno per 18/24 h al giorno. A volte, però, la malattia può ulteriormente aggravarsi sfociando nell'*Insufficienza Respiratoria Globale* o ipossiemo-iperapnea, caratterizzata contemporaneamente da un basso contenuto di ossigeno e un alto contenuto di anidride carbonica nel sangue arterioso.

A questo stadio della malattia, l'apparato respiratorio non è più in grado di assicurare l'adeguato apporto di ossigeno dall'esterno ma anche di rimuovere dall'interno dell'organismo l'anidride carbonica: in questo caso la sola somministrazione dell'ossigeno, oltre ovviamente alla terapia farmacologica, non è più sufficiente e anzi,

se praticata senza adeguati controlli, può addirittura avere delle conseguenze negative.

Si interviene a questo punto mediante la *ventiloterapia*, ovvero si utilizzano delle macchine che nei casi più gravi si sostituiscono del tutto ai polmoni o, nei casi meno gravi, li integrano migliorandone la funzione ventilatoria. Negli ultimi anni, i progressi tecnologici hanno permesso di praticare i trattamenti ventilatori anche all'esterno delle strutture di ricovero, grazie all'uso di apparecchiature sempre più affidabili, maneggevoli e sicure, che vengono messe a disposizione dei pazienti dal nostro SSN.

Ovviamente non tutti i pazienti affetti da *Insufficienza Respiratoria* sono candidati alla ventiloterapia: si procede, infatti, alla selezione dei candidati tenendo conto della malattia di base, dell'eventuale presenza di altre malattie, dell'individualità psico-fisica, della situazione ambientale.

In questo trattamento il paziente e i suoi familiari svolgono un ruolo di attiva partecipazione, per cui già in corso di ricovero si valutano tutti i fattori di rischio e i benefici della terapia, non limitandosi ai soli dati funzionali e di laboratorio.

E' evidente che respirare con l'ausilio di una macchina a intervalli programmati per durata e frequenza delle sedute, se da una parte si traduce in migliori condizioni di salute, dall'altra implica una limitazione dell'autonomia personale e familiare. Proprio per questo, considerando anche i costi sociali della terapia, essa viene prescritta dai centri medici specializzati, dopo un adeguato periodo di adattamento del paziente e di osservazione della modalità con cui "quel" paziente interagisce con "quell'apparecchio".

I risultati del trattamento devono essere ancora correttamente valutati: mentre, infatti, esistono dati certi sugli effetti positivi della ossigenoterapia in termini di incremento di longevità e qualità di vita dei pazienti BPCO ma non abbiamo ancora dati inoppugnabili circa gli stessi effetti della ventilazione domiciliare, anche se ormai molti lavori scientifici segnalano risultati incoraggianti.



Cortisone per via inalatoria e BPCO

Dott.ssa Margherita Neri, *Primario Divisione di Pneumologia, Fondazione S. Maugeri IRCCS, Tradate (VA)*

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una patologia polmonare correlata al fumo caratterizzata da ripetuti episodi di tosse, produzione di espettorato e respiro corto.

Attualmente le linee guida americane ed internazionali raccomandano, ai pazienti con BPCO, una terapia che aumenta in dosaggio e numero di farmaci a seconda della gravità documentata dagli esami (spirometria, emogasanalisi) e dai sintomi più o meno gravi e persistenti. La raccomandazione per gli stadi meno gravi della BPCO è quella di usare farmaci broncodilatatori per poi passare negli stadi più gravi ad usare una terapia combinata di corticosteroidi per via inalatoria (ICS) e di broncodilatatori, associando anche vari tipi di broncodilatatori.

Il motivo per cui viene suggerito l'uso dei broncodilatatori, anche se l'ostruzione bronchiale che caratterizza la malattia è irreversibile per definizione, è che agiscono sui sintomi che tormentano il paziente, riducendoli. Gli steroidi per via inalatoria invece vengono raccomandati per la loro potenziale azione antinfiammatoria, anche se sappiamo che l'infiammazione presente nella BPCO è ben diversa da quella presente nell'asma, che risponde molto bene a questa terapia.

Recenti studi sulla terapia con farmaci corticosteroidi per via ina-

latoria nella BPCO hanno fornito risultati contrastanti relativamente al rischio di effetti collaterali anche gravi potenzialmente (quali: infezioni, polmoniti e aumento del rischio di osteoporosi).

Un solo studio ha dimostrato un miglioramento della sopravvivenza con una terapia associata ICS/LABA (long acting beta2-agonist = broncodilatatori a lunga durata di azione betastimolanti) in confronto ad una terapia con un altro broncodilatatore (anticolinergico a lunga durata d'azione), senza steroidi.

Altri studi hanno fornito prove di un aumento del rischio di osteoporosi e fratture ossee associate con un uso cronico di ICS, in particolare ad alte dosi, ma altre ricerche non hanno confermato tali risultati. Diversi studi hanno documentato risultati alterni e quindi non definitivi relativamente agli effetti degli ICS sulla qualità della vita, mentre ci sono molte ricerche che confermano la possibilità di migliorarla con l'utilizzo dei broncodilatatori, probabilmente perché questi agiscono sui sintomi e quindi sul benessere percepito dal paziente, mentre l'effetto antinfiammatorio degli steroidi nella BPCO è ancora incerto.

In conclusione, la terapia della BPCO va "tagliata su misura" per ogni paziente a seconda della sua situazione particolare e dei suoi specifici problemi, tenendo conto anche delle sue preferenze.



L'Associazione al Congresso UIP-AIPO di Milano

Dal 2 al 5 dicembre 2009 si è svolto a Milano il X Congresso UIP - XL Congresso Nazionale AIPO dal titolo "Certezze Scientifiche e Criticità Organizzative in Pneumologia". L'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus ha partecipato all'evento intervenendo nella Sessione "Implementazioni delle attività di promozione della salute respiratoria" del 3 dicembre 2009 e nella Sessione "Associazioni Pazienti: i bisogni assistenziali dei pazienti nella nuova alleanza" del 4 dicembre 2009. Inoltre, durante il corso dell'evento è stato distribuito materiale informativo presso uno stand messo a disposizione dagli organizzatori.

Associazione Pneumologia Interattiva



L'Associazione Pneumologia Interattiva è nata con lo scopo di superare vecchie logiche individualistiche e di "fare sistema" in nodi di una rete nella quale la comunicazione e l'interazione prevalgano: si propone, infatti, di favorire il dialogo e l'interattività tra specialità mediche e specialità chirurgiche, tra specialisti e generalisti (Medicina Generale e Medicina Interna), di definire linee guida condivise in maniera sinergica per le esigenze organizzative, per le realtà economiche nazionali e per la costruzione di percorsi integrati di gestione delle patologie.

Inoltre, risulta fondamentale la promozione dell'integrazione tra i sistemi di cura ospedaliero e territoriale come ambito in cui convergono e si integrano politiche per la promozione della salute e dell'unità ospedale-territorio e come luogo di formazione, con l'obiettivo di attivare un processo culturale che favorisca la conoscenza di metodi e tecniche di management. È necessario che si determini un iter di sviluppo professionale continuo, che rappresenti l'effettivo strumento per migliorare le competenze e le abilità clinico-assistenziali, tecniche, manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari partecipi al progresso scientifico e tecnologico. È fondamentale, inoltre, che si potenzi il rapporto ospedale-università-territorio, nel rispetto delle reciproche competenze, disegnando una rete formativo-assistenziale capace di ampliare l'offerta didattica per medici e specialisti in formazione, mediante il coinvolgimento di tutte le risorse intellettuali disponibili; questo deve essere attuato superando il dualismo tra la gestione degli interventi sanitari e l'erogazione delle cure, grazie alla definizione e all'attuazione dei percorsi assistenziali e all'imple-

mentazione di strumenti efficaci per la gestione del rischio clinico.

L'Associazione si propone di attivare, in sinergia con la strategia ministeriale, corrette procedure di gestione e comunicazione del rischio, sostenendo lo sviluppo di azioni interdisciplinari e multiprofessionali e promuovendo il "technology assessment", strumento essenziale per determinare cambiamenti che devono essere programmati e governati. Risulta, poi, essenziale l'interazione con le associazioni degli utenti, organismi di volontariato, che devono attivamente partecipare quali interlocutori delle politiche della salute per sviluppare un sistema sanitario, che assuma la centralità del cittadino. Tutto questo va perseguito con la volontà di superare vecchie logiche individualistiche ovvero di trasformare le vecchie forme associative della classe medica da "santuari della conoscenza parcellare" in nodi di una rete nella quale la comunicazione e l'interazione prevalgano sulla affermazione delle proprie particolari competenze.

A questo proposito è necessario che la classe sanitaria recuperi un ruolo "politico" forte e propositivo favorendo la convergenza di operatori di diverse estrazioni e competenze, intorno a valutazioni di priorità, indirizzi operativi e scelte strategiche da proporre alla classe politica.

Presidente: Anna Maria Moretti, *Pneumologo, Azienda Ospedaliera Policlinico Bari*

Consiglio Direttivo: Prof. Achille Caputi, *Farmacologo, Università di Messina*

Prof. Vincenzo Fogliani, *Pneumologo, Ospedale di Milazzo*

Dr. Saverio Mirabella, *Pneumologo, Ospedale di Catania*

Prof. Giuseppe Nicoletti, *Microbiologo, Università di Catania*

Maggiori informazioni: www.pneumologiainterattiva.org

La spirometria

Dott. Franco Falcone, *Presidente AIPO - Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri*

La ventilazione è il processo che consente il ricambio costante dell'aria alveolare per mantenere stabili in essa le concentrazioni di ossigeno e anidride carbonica, in modo da rendere costanti gli scambi di questi gas tra aria e sangue, ossigeno che entra ed anidride carbonica che esce.

La ventilazione richiede energia per vincere alcune principali resistenze: la resistenza al flusso dell'aria nelle vie aeree e la resistenza alla distensione della struttura elastica polmonare.

In inspirazione questa energia è fornita dai muscoli respiratori, prevalentemente il diaframma, mentre in espirazione essa è data dal ritorno elastico alveolare con assoluta prevalenza.

Nella fase espiratoria la struttura meccanica bronco-polmonare, costituita da un albero di bronchi sempre più piccoli che riforniscono piccolissimi palloncini alveolari (diametro 0,2 mm) è posta sotto stress in tutte le sue componenti.

Il progressivo collasso polmonare espiratorio riduce di diametro le vie aeree e le accorcia, aumentando le resistenze al flusso già nella fisiologia e rendendole critiche non appena la patologia modifica la pervietà bronchiale. Lo spasmo dei muscoli peribronchiali (asma), lo spessore della parete bronchiale e l'ingombro del lume con catarro (bronchite), la perdita dell'elasticità alveolare (enfisema) rappresentano le principali resistenze al flusso espiratorio.

La misura dei volumi e dei flussi ventilatori rappresenta il fondamento per l'interpretazione dello stato funzionale della ventilazione nel corso delle patologie respiratorie ostruttive.

Le patologie ostruttive, asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) in particolare, sono differenziabili perché la limitazione al flusso, causata da un processo infiammatorio cronico che si automantiene, si genera con meccanismi cellulari ed in risposta a fattori di rischio, individuali od esterni, differenziabili, rimodellando nel tempo in modo diverso i componenti anatomici della struttura bronco-alveolare.

La nomenclatura fondamentale della spirometria ed i relativi acronimi sono i seguenti:

- **Capacità Polmonare Totale** (CPT o TLC total lung capacity in inglese): volume di aria contenuto nei polmoni dopo un'inspirazione massimale
- **Capacità Vitale** (CV o VC vital capacity in inglese): se espiratoria (CVe) è il volume d'aria espulso dai polmoni con una espirazione massimale eseguita dopo una inspirazione massimale, se inspiratoria (CVi) è il volume d'aria introdotto nei polmoni con una inspirazione massimale eseguita dopo una espirazione massimale
- **Capacità Vitale Forzata** (FVC forced vital capacity in inglese): volume d'aria espirato dai polmoni passando da una inspirazione massimale ad una espirazione forzata massimale
- **Volume Residuo** (VR o RV residual volume in inglese): volume di aria presente nei polmoni dopo un'espirazione forzata ($RV = TLC - FVC$ oppure $VR = CPT - CV$ in italiano)
- **Volume Espiratorio Forzato nel 1° secondo** (FEV1 forced expiratory volume 1th second in inglese): volume di aria che viene misurato nel primo secondo di una manovra di espirazione forzata: fornisce informazioni sull'ostruzione delle vie aeree
- **Volume Espiratorio Massimo in un Secondo** (VEMS): volume di aria che viene misurato nel primo secondo di una manovra di espirazione forzata: fornisce informazioni sull'ostruzione delle vie aeree.

Le misure spirometriche basilari, CV o FVC, FEV1 o VEMS e capacità polmonare totale ed i relativi rapporti variano in rapporto a sesso, età ed altezza, sulla base dei quali vengono calcolati i valori teorici attesi per ogni individuo.

I risultati dell'esame spirometrico vengono pertanto espressi come numeri assoluti dei valori predescritti e come valori percentuali dei medesimi rispetto al valore teorico pre-calcolato sulla base di sesso, età ed altezza, consentendo di definire cut-off di normalità. La differenza tra spirometria semplice e spirometria globale risiede nel fatto che lo studio globale richiede la determinazione del volume residuo VR.

La spirometria semplice consente di studiare le malattie ostruttive ma non quelle restrittive (fibrosi, ad esempio) ed anche nelle malattie ostruttive non consente di calcolare la quota di enfisema. Pertanto la spirometria diagnostica deve comprendere il volume residuo mentre lo studio di follow-up e di stabilità terapeutica non necessita del volume residuo.

La spirometria è utilizzata per screening e ricerca, diagnosi, monitoraggio e valutazione della disabilità e segue una check-list costituita dalla raccolta dei dati anagrafici, antropometrici e di farmacoterapia, dal controllo del rispetto dello stato alimentare (non alcool da 4 ore, non pasto completo da 2 ore) e di fumo (non fumo da 1 ora), dal controllo dell'abbigliamento (indumenti che non ostacolano il movimento del torace e dell'addome) e dalla scelta della posizione (in piedi o in genere seduta in laboratorio, per prevenire i rarissimi eventi sincopali causati dalla riduzione del ritorno venoso in corso di espirazione forzata); l'affidamento a personale esperto garantisce il rispetto della check-list.





BPCO: la visione del geriatra

Prof. Roberto Bernabei, *Direttore, Dipartimento di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e Fisiatriche Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

Il termine broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) racchiude un gruppo di pneumopatie croniche lentamente progressive caratterizzate soprattutto da una limitazione, solo in parte reversibile, al flusso respiratorio. Essa rappresenta la seconda causa di disabilità nell'anziano (1) e la quarta causa di morte dopo cardiopatie, tumori ed ictus (2). Il fattore di rischio più frequentemente correlato alla sua patogenesi è l'esposizione cronica al fumo di sigaretta e, di fatto, la cessazione dell'abitudine tabagica è l'unico trattamento comprovato che può influenzare, in maniera significativa, l'evoluzione della patologia.

Il Dipartimento di Scienze Gerontologiche, Geriatriche e Fisiatriche del Policlinico Universitario Agostino Gemelli, diretto dal Prof. Roberto Bernabei, si pone come obiettivo primario l'assistenza a soggetti anziani considerati nella loro globalità. Attraverso una valutazione di tipo multidimensionale, che include uno studio dello stato funzionale, delle capacità cognitive, dello stato nutrizionale e di idratazione, del tono dell'umore e del comportamento, vengono indagati quelli che sono i punti deboli del singolo in modo da fornire una risposta globale ai bisogni, non solo medici, del paziente. Tale approccio risulta di grande aiuto nei pazienti affetti da BPCO alla luce del fatto che questa è, purtroppo, una patologia invalidante e che tende, nel corso della sua evoluzione, a ridurre il grado di autosufficienza del paziente.

Un errore comune è quello di considerare, infatti, la BPCO come un patologia esclusivamente respiratoria ed, invece, deve essere inquadrata come una malattia sistemica (3-5). Essa è strettamente correlata con scompenso cardiaco, sarcopenia, osteoporosi, depressione, diabete e ad altre condizioni croniche quali anemia, insufficienza renale cronica ed artrite reumatoide. Ad esempio, è stato calcolato che ad ogni riduzione del 10% del FEV1 corrisponde un aumento di circa del 30% del rischio di malattie cardiovascolari (6) così come l'uso di farmaci attivi sulla BPCO sono in grado di ridurre anche la mortalità cardiovascolare (7).

L'approccio olistico al paziente anziano, tipico dello specialista geriatra, non può, perciò, non considerare la BPCO quale importante causa di morbidità e di mortalità nel paziente ultrasessantacinquenne anche in considerazione del fatto che una corretta gestione dei sintomi, una strategia terapeutica adeguata e la prevenzione delle riacutizzazioni può ridurre la degenza ospedaliera ed il rischio di nuove ospedalizzazioni (8).

La BPCO è una delle patologie di più frequente riscontro tra i

pazienti ammessi al nostro centro sia in regime di Day Hospital/ambulatorio sia nell'Unità Operativa per Acuti ed in particolare le riacutizzazioni bronchitiche sono tra i più ricorrenti motivi di ricovero. Nel nostro Dipartimento, inoltre, vengono eseguite routinariamente delle spirometrie con l'obiettivo di eseguire uno *screening* per le patologie respiratorie e per definire la classe funzionale dei soggetti a rischio e di quelli affetti da BPCO. Va sottolineato, difatti, che, ad oggi, questa è una tra le malattie più sottodiagnosticate sia perché i sintomi possono essere sottostimati o possono comparire in una fase avanzata di malattia sia a causa della scarsa sensibilizzazione della classe medica nei confronti di tale patologia. Presso il Day Hospital, inoltre, è possibile accedere a sedute di ginnastica respiratoria che sono molto utili per ridurre il grado di dispnea, migliorare la tolleranza allo sforzo e la forma fisica. I pazienti affetti da BPCO possono imparare e far tesoro delle tecniche respiratorie loro insegnate, in modo da poterle eseguire anche a domicilio come in un *continuum* terapeutico anche al di fuori dell'ambito ospedaliero. Inoltre, nei casi in cui venga individuata la presenza di insufficienza respiratoria, una stretta collaborazione col Servizio di Fisiopatologia Respiratoria del nostro Policlinico ci consente di fornire al paziente la prescrizione pneumologica per l'ossigenoterapia domiciliare.

In questa ottica diventa importante una stretta collaborazione tra territorio ed ospedale in modo da consentire un continuo flusso di pazienti dall'uno all'altro setting assistenziale a seconda delle problematiche da gestire. Da geriatra, pertanto, non posso che quindi promuovere e sostenere tutte le iniziative volte alla prevenzione e al corretto management della BPCO. In particolare vanno sostenute le associazioni dei pazienti BPCO che hanno il compito di aprire e mantenere vivo il dibattito sulla patologia, promuovendone l'informazione e garantendo un aiuto pratico a pazienti, familiari o caregiver. Le strategie essenziali di contenimento della broncopneumopatia cronica ostruttiva e dei suoi costi dovrebbero essere rappresentate, a mio avviso, da diagnosi e terapie precoci e da interventi di ottimizzazione della terapia e di riabilitazione respiratoria per il massimo recupero psicofisico possibile ottenibile. Alla luce di quanto detto sarebbe auspicabile una sempre più stretta collaborazione tra SIGG (Società Italiana di Gerontologia e Geriatria che fa del soggetto anziano il suo target di studio e di cura) ed Associazione Italiana Pazienti BPCO per far sì che i pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva si possano sentire "senza fiato... ma non soli".

Bibliografia

1. Office for National Statistics. Health Statistics Quarterly. 8, 2000. London, HMSO.
2. Petty T.L., et al. Building a national strategy for the prevention and management of and research in chronic obstructive pulmonary disease. *JAMA* 1997; 277: 246-253.
3. Fabbri L.M. Complex chronic comorbidities of COPD. *Eur Respir J*. 2008 Jan; 31(1):204-12.
4. Sood A. Obesity, adipokines and lung disease. *J Appl Physiol* 2009; Nov 19.
5. Antonelli Incalzi R. Chronic renal failure: a neglected comorbidity of COPD. *Chest* 2009; Nov 10.
6. Antonisen N.R., et al. Effects of smoking intervention and the use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV1. The Lung Health Study. *JAMA* 1994; 272 1497-1505.
7. Tashkin D.P., et al. A 4-Year Trial of Tiotropium in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2008; 359:1543-54.
8. Ernst F.R., et al. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc* 2001; 41:192-199.

Per contrastare il fumo prezzi più alti e abolizione dei pacchetti da 10 sigarette



Secondo una indagine dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), condotta in collaborazione con la Doxa, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, il numero dei fumatori in Italia dopo sei anni è nuovamente cresciuto: attualmente fuma il 25,4% delle persone di 15 anni e più, corrispondenti a circa 13 milioni di cittadini italiani (7,1 milioni di uomini e 5,9 milioni di donne); i non fumatori sono il 60% (30,7 milioni di persone) e gli ex fumatori il 14,6% (7,5 milioni di persone). La fascia d'età in cui si registra la prevalenza maggiore di fumatori con una quota che arriva al 32,1% è quella dei 25-44 anni. Fino al 2008 si era verificato un lieve ma costante e graduale declino dei fumatori mentre ora si registra una inversione di tendenza con un aumento del 3,4% delle persone con abitudine tabagica in entrambi i sessi, ma più marcatamente in quello femminile. Conseguentemente a questo dato diminuiscono gli ex fumatori, passati dal 18,4% del 2008 al 14,6% del 2009.

Un dato interessante, inoltre, riguarda il numero medio di sigarette fumate quotidianamente, che rimane stabile a 14, ma contrariamente a quanto si potrebbe pensare non si è verificato un incremento delle vendite di tabacco, che anzi sono calate nel 2008 dello 0,9%.

Il fatto che l'aumento dei fumatori e la stabilità dei consumi medi non corrispondano a quanto accade nel mercato dei tabacchi lavorati può essere spiegato con il cambiamento della

strategia di acquisto dei prodotti di tabacco: i controlli della polizia doganale hanno registrato, infatti, una ripresa del contrabbando e dei traffici illeciti internazionali.

Per combattere la cattiva abitudine tabagica, soprattutto tra i giovani, è necessario aumentare l'efficacia delle campagne, ma soprattutto intervenire a livello legislativo.

Su questa linea si inserisce la proposta del Dott. Piergiorgio Zuccaro, Direttore dell'Osservatorio Fumo, Alcohol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità, di aumentare il prezzo dei pacchetti di sigarette portandolo a 5 euro e di vietare la vendita dei pacchetti da 10. In questo modo il ricavo aggiuntivo andrebbe allo Stato, che potrebbe così costituire un fondo per il controllo del tabagismo. L'Italia potrebbe diventare così capofila delle buone pratiche rendendo oggettivamente più difficile a un adolescente cominciare a fumare, visto che sarebbe costretto a spendere 5,00 euro invece che 1,80 euro, il costo di un minipacchetto di sigarette. Tra le altre proposte avanzate dall'Osservatorio, c'è l'inserimento delle terapie di disassuefazione dal fumo nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), garantendo così l'accesso gratuito ai centri antifumo e la rimborsabilità parziale o totale dei farmaci.

Maggiori informazioni: www.iss.it

Istituto Superiore di Sanità: 800 55 40 88

SOS Fumo - Lega contro i Tumori: 800 99 88 77

Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS)



Al convegno AIPO, che si è svolto a Milano a dicembre 2009, il Presidente dell'AIPAS, Associazione Italiana Pazienti con Apnee del Sonno - ONLUS, Dott. Enrico Brunello, durante la lettura della sua relazione, ha ribadito che uno dei problemi fondamentali per la Sindrome delle Apnee Ostruttive del Sonno (OSAS - Obstructive Sleep Apnea Syndrome), come per altre malattie respiratorie, è rappresentato dalla difficoltà di pervenire ad informazioni corrette sia sulla patologia stessa che sulle possibili vie diagnostiche e terapeutiche.

Ciò è causato dal fatto che molti dei medici di famiglia non sono in possesso delle informazioni basilari al riguardo e dai media che affrontano determinate tematiche in maniera troppo breve, dando così l'impressione, soprattutto per i disturbi respiratori del sonno, che in fondo non si tratti di un problema estremamente serio o importante.

Pur rimanendo vero il fatto che per chi soffre di OSAS, il problema si presenta in tutta la sua forza solo durante le ore dedicate al sonno, rimane anche vero che ciò non è solo un disturbo del dormire stesso, ma una vera e propria malattia respiratoria cronica, che nel tempo causa la nascita di patologie correlate, di cui alcune molto gravi e con un alto rischio per la salute generale del paziente stesso, come un maggior rischio di incorrere in un ictus cerebrale, un infarto e una costante ipertensione.

Per queste ragioni uno degli scopi principali dell'AIPAS è quello dell'informazione capillare su tutto il territorio nazionale, effettuata attraverso l'utilizzo di ogni mezzo a disposizione, la collaborazione attiva con tutte le Associazioni di Pazienti con Malattie Respiratorie Croniche, l'organizzazione, il patrocinio e la partecipazione ad eventi di carattere nazionale per permettere al maggior numero di persone di conoscere questa subdola patologia e di ricevere le indicazioni corrette per poter giungere in tempi brevi ad una eventuale diagnosi e terapia di cura.

Eventi come l'Anno del Respiro 2009, la costituzione della GARD - Italia, le giornate dedicate alla Spirometria, sono tra gli impegni che l'AIPAS ha assunto con piacere proprio perché come associazione di pazienti, possiamo insieme raggiungere quei risultati che si tramutano in un vero e concreto aiuto a chi è affetto da una patologia respiratoria.

Respirare bene e sano significa poter vivere.

Maggiori informazioni:

Associazione Italiana Pazienti con Apnee del Sonno - ONLUS

Tel: 02 3551727

Web: www.sleepapnea-online.it

E-mail: info@sleepapnea-online.it

Telemedicina: l'esperienza della ASL RM H

Dott.ssa M. Antonietta Ceccon, *Specialista in Pneumologia, Ospedale di Rocca Priora, Roma*

Anche nella ASL RM H è elevata l'incidenza della BPCO: molti sono i pazienti non diagnosticati ma altrettanti sono quelli seguiti nella nostra struttura, Ospedale "Antonio e Carlo Cartoni" di Rocca Priora (Roma). Offriamo loro sia un'assistenza di tipo tradizionale nei nostri ambulatori, nel Day Hospital riabilitativo e nel reparto di degenza ordinaria, sia il monitoraggio in "Telemedicina" riservato ai pazienti BPCO più gravi, soggetti a frequenti riacutizzazioni e/o ricoveri, in ossigenoterapia domiciliare. Responsabile del Servizio è la Dott.ssa M. Antonietta Ceccon, Specialista in Pneumologia, coadiuvata da due Infermieri professionali, il Sig. Luciano De Paolis e la Sig.ra Daniela Viselli. Nel programma di assistenza è previsto il moni-

toraggio settimanale dei parametri più importanti per il paziente BPCO: pulsossimetria notturna e frequenza cardiaca in continuo durante il sonno; il controllo specialistico viene effettuato periodicamente. Inoltre è possibile l'accesso non programmato ai Poliambulatori per le eventuali urgenze pneumologiche. Negli anni, per tutti i pazienti è stata documentata la riduzione non solo dei ricoveri ordinari e di quelli in terapia intensiva, ma anche degli accessi in Pronto Soccorso, una diminuzione del numero di riacutizzazioni annue, del consumo di farmaci e di O₂, fattori importanti che hanno senza dubbio contribuito a migliorare la qualità di vita di ogni paziente.

Maggiori informazioni: cecconma@yahoo.it

Nel 2009 l'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus ha parlato di BPCO a:

- | | |
|--|--|
| ■ Scanno - Incontri Pneumologici | ■ Milano - Respiro è Vita: il 2009 anno per la Salute del Respiro (Fondazione Smith Kline) |
| ■ Napoli - Congresso AIMAR | ■ Catanzaro - Respiro è Vita: il 2009 anno per la Salute del Respiro (Fondazione Smith Kline) |
| ■ Viterbo - Convegno Nazionale della Toscana | ■ Roma - Il paziente cronico e la continuità delle cure (ASSIMEFAC) |
| ■ Roma - GARD Italy (Ministero del Lavoro, della Salute e Politiche Sociali) | ■ Firenze - VIII Giornata Mondiale Pazienti BPCO |
| ■ Roma - EFA Conference | ■ Arezzo - IV Forum Risk Management |
| ■ Roma - Prima Conferenza Mondiale Pazienti BPCO | ■ Milano - AMOR - 25 anni di Respiro |
| ■ Bologna - Respiro è Vita: il 2009 anno per la Salute del Respiro (Fondazione Smith Kline) | ■ Milano - Premio Sapio per la Ricerca Italiana |
| ■ Torino - Respiro è vita: il 2009 anno per la Salute del Respiro (Fondazione Smith Kline) | ■ Milano - XL Congresso AIPO X Congresso UIP |

Le pubblicazioni dell'Associazione

Informazioni per seguire correttamente le prescrizioni e i consigli del medico e per gestire al meglio la malattia e migliorare la qualità della vita.



Informazioni per il paziente BPCO per continuare presso il proprio domicilio gli esercizi fisici appresi durante il training con il terapeuta respiratorio.



Diario per registrare e avere sempre a portata di mano informazioni sulle prescrizioni e i consigli del medico, con schede riservate al medico, per raccogliere i dati, valutare periodicamente i sintomi e lo stato di salute.



Agenda per annotare appuntamenti con il medico, eventuali esami da eseguire, date dei controlli medici e per registrare i periodi di riacutizzazione e i ricoveri ospedalieri.



Chi desidera ricevere tali pubblicazioni può richiederle per e-mail a franchima@tin.it oppure al Numero Verde 800 961 922 (da lunedì a venerdì ore 10.00 - 13.00)



Consiglio Direttivo
 Presidente: Mariadelaide 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

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

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)

Sede operativa
 Via Cassia, 605 - 00189 Roma
 Tel. 06 33253020 - Fax 06 33259798
 E-mail: 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 minima è di € 6,00, da versare sul nostro c/c postale n° 19848407

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

Codice Fiscale
 03202030965

www.pazientibpco.it

Numero Verde
800 961 922
 Da Lunedì a Venerdì
 da 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)