



**CORTE DI GIUSTIZIA POPOLARE
PER IL DIRITTO ALLA SALUTE
I° CONGRESSO NAZIONALE
IL DIRITTO ALLA SALUTE: UN DIRITTO INALIENABILE
CRITICITA' A CONFRONTO**

**COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE
DIPARTIMENTO
MALATTIE RESPIRATORIE**

1. INTRODUZIONE

In Italia, le malattie respiratorie, dopo le malattie cardiovascolari e quelle neoplastiche, rappresentano la terza causa di morte e si prevede che, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione, la prevalenza di tali patologie sia destinata ad aumentare [1].

Nel presente elaborato si propone di analizzare l'impatto sociale, nella popolazione italiana, delle BPCO e dell'Asma.

La **Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)** è definita dall'Organizzazione Mondiale della Salute, non come una singola malattia, ma come un termine generico usato per descrivere malattie polmonari croniche che causano limitazioni del flusso d'aria ai polmoni [2].

La BPCO è infatti un insieme di patologie dell'apparato respiratorio caratterizzate da un'ostruzione irreversibile delle vie aeree, di entità variabile a seconda della gravità, solitamente progressive, associate a uno stato di infiammazione cronica del tessuto polmonare. La conseguenza a lungo termine è un vero e proprio rimodellamento dei bronchi, che provoca una riduzione consistente della capacità respiratoria.

Ad aggravare questo quadro clinico è l'aumento della predisposizione alle infezioni respiratorie di origine virale, batterica o fungina. Non esiste al momento una cura efficace, ma sono disponibili diversi trattamenti per controllare i sintomi e per evitare pericolose complicanze. Fondamentale è invece la prevenzione, per ridurre al minimo i fattori di rischio (fumo di sigaretta in primis) [3].

L'**asma** è una malattia cronica caratterizzata da attacchi ricorrenti di dispnea e respiro sibilante, che variano in gravità e frequenza da persona a persona (definizione WHO).

Si tratta di una malattia complessa che si manifesta attraverso una infiammazione cronica delle vie aeree; l'infiammazione genera un aumento della reattività bronchiale che, a sua volta, causa episodi ricorrenti (i cosiddetti 'attacchi d'asma') di crisi respiratorie, senso di costrizione toracica e tosse. Durante gli attacchi, che possono essere improvvisi o gradualmente peggiorano i sintomi e la funzionalità respiratoria. Se non trattati in modo adeguato, gli attacchi possono essere anche molto gravi e addirittura fatali. Aver individuato nell'infiammazione cronica il punto chiave della definizione della patologia, come avvenuto in anni recenti, ha avuto importanti ricadute sia a livello diagnostico che di terapeutico [4].

La BPCO si differenzia dall'asma bronchiale in quanto quest'ultima è caratterizzata da crisi dispnoiche di tipo accessuale che regrediscono spontaneamente o dopo terapia, mentre nella BPCO la dispnea insorge lentamente, si aggrava progressivamente e non regredisce.

Benché la BPCO e l'asma siano considerate entità distinte, rispetto ai meccanismi fisiopatologici e cellulari, è innegabile che l'asma cronica persistente può complicarsi evolvendo verso una forma irreversibile di ostruzione al flusso delle vie aeree. Quando ciò si realizza, l'asma deve essere compresa nell'acronimo BPCO, come chiaramente dimostrato nel diagramma non proporzionale di Venn, pubblicato nel documento della Società American Thoracic Society (ATS) del 1995 [7].

2. PREMESSE

- La BPCO costituisce la **quarta causa di morte a livello mondiale**. Nel 2002, il Global Burden of Disease Study, condotto sotto il controllo dell'Oms e dalla Banca mondiale, ha stimato che la BPCO ha provocato 2,75 milioni di morti (rispettivamente 1,41 milioni fra gli uomini e 1,34 milioni fra le donne), che rappresentano il **4,8%** del totale di tutti i **decessi** [2].
- L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) stima il passaggio della BPCO a **terza causa di morte e quinta causa di invalidità su scala mondiale nel 2020** [6];

- nell'adulto ed anziano, prevalentemente di sesso maschile, **al di sopra dei 60 anni** può raggiungere **tassi del 20% di prevalenza** (1 su 5) [4];
- le patologie respiratorie figurano al **terzo posto tra le cause di assenza dal lavoro** per malattia: tra queste la BPCO è responsabile del 56% per il sesso maschile e del 24% per il sesso femminile. Si stimano, pertanto, **annualmente, 10 milioni di giornate lavorative perse** [4].

In Italia

- **i decessi attribuiti alle patologie respiratorie sono stati 37.782** (periodo 1900-2000), di cui il **43,3% causati dall'Asma e dalla BPCO**, per la quale la mortalità per anno varia tra 13.849 e 16.876 soggetti;
- la **prevalenza di asma e BPCO** (fine 2009) è pari rispettivamente al **6,10%** e al **2,8%**;
- la prevalenza dell'asma è maggiore nelle donne di tutte le fasce d'età (tranne quella compresa tra i 15 e 34 anni), mentre la prevalenza della BPCO è maggiore negli uomini in tutte le fasce d'età;
- la prevalenza di BPCO mostra una marcata differenza tra i sessi **dopo i 64 anni di età: 14,1% negli uomini e 6,61% nelle donne** [1].

La relazione sullo stato di sanitario del Paese (Ministero della Salute 2009-2010), evidenzia che la presenza di BPCO aumenta la prevalenza di altre patologie, come sintetizzato in Tabella 1:

Tabella 1: Prevalenza di altre patologie in pazienti con BPCO

Patologia	Prevalenza popolazione generale	Prevalenza pazienti con BPCO
Cardiopatía ischemica	6,9%	13,6%
Aritmia cardiaca	6,6%	15,9%
Insufficienza cardiaca	2,0%	7,9
Altre forme di malattie cardiache	10,7%	23,1%
Diabete mellito	10,5%	18,7%
Osteoporosi (% di rischio)	10,8%	14,8%

- Non esiste una cura efficace per la BPCO che consenta di ripristinare la funzionalità respiratoria perduta, tuttavia, esistono diversi trattamenti farmacologici per gestire la malattia, in termini di riduzione dei sintomi, miglioramento dello stato di salute generale e delle capacità sotto sforzo, prevenzione delle complicanze e riduzione della mortalità;
- Altre possibilità terapeutiche sono l'**ossigenoterapia**, ovvero la somministrazione di ossigeno puro, e la **ventilazione meccanica**, che supplisce all'insufficiente attività respiratoria.

L'obiettivo del presente studio è quello di individuare le criticità dei pazienti, in termini di informazione e conoscenza della patologia, terapie possibili e accessibilità alle stesse; attraverso un approccio multidisciplinare.

3. VALUTAZIONE

3.1 Patologia e trattamenti

Prima della diagnosi, i due sintomi principali della BPCO sono la tosse e la dispnea, qualche volta accompagnati da respiro sibilante. Spesso la tosse è cronica, più intensa al mattino e

caratterizzata dalla produzione di muco. La dispnea compare gradualmente nell'arco di diversi anni e nei casi più gravi può arrivare a limitare le normali attività quotidiane. In genere, queste persone sono soggette a infezioni croniche dell'apparato respiratorio, che occasionalmente provocano ricadute accompagnate da una sintomatologia aggravata. Con il progredire della malattia questi episodi tendono a divenire sempre più frequenti.

I fattori di rischio

La **BPCO** insorge a causa dell'azione di un insieme di fattori di rischio, individuali ed ambientali. Di seguito si riportano i principali fattori di rischio che concorrono all'insorgenza della patologia.

Fattori di rischio Individuali:

- Tra i **fattori genetici**, l'unico di provata importanza patogenetica è un grave deficit ereditario di un potente inibitore della proteasi (alfa-1-antitripsina);
- la presenza di un'**anamnesi** positiva per infezioni respiratorie in età pediatrica si associa spesso a quadri di BPCO in età adulta, specialmente se è presente, contemporaneamente, una storia di fumo;
- **familiarità**: vi è una significativa tendenza per la BPCO ad aggregarsi all'interno dello stesso nucleo familiare, anche indipendentemente dall'abitudine al fumo.

Fattori di rischio Ambientali:

- Il **fumo di tabacco**, in particolare quello di sigaretta, costituisce il principale fattore di rischio per lo sviluppo di BPCO. Il fumo, infatti, rende più precoce e accentua il normale declino della funzionalità respiratoria: l'entità del danno broncopolmonare è direttamente proporzionale alla quantità globale di sigarette fumate durante la vita, ma anche il numero di sigarette fumate quotidianamente riveste una notevole importanza.
- L'associazione tra **l'esposizione professionale** a sostanze nocive, quali polveri, fumi e sostanze chimiche, e l'insorgenza della BPCO è nota da tempo. Categorie di lavoratori particolarmente esposti a rischio sono: edili, metallurgici, addetti alla lavorazione di cotone e carta e coltivatori di grano. È stato calcolato che la percentuale del rischio per la popolazione attribuibile all'esposizione professionale è del 18% considerando le alterazioni della funzione polmonare compatibili con un quadro di BPCO.
- Incrementi anche modesti di concentrazione di **inquinanti atmosferici** (polveri, ossidi di azoto e di zolfo) sono associati ad incrementi di mortalità e di ricoveri per BPCO, specialmente nei soggetti anziani.
- **L'inquinamento interno**, rappresentato soprattutto dal fumo passivo (responsabile di aumento del particolato) e della presenza di stufe e cucine a gas o cherosene (responsabili di aumento degli ossidi di azoto), costituisce un fattore di rischio, considerando che la maggior parte della popolazione passa gran parte della giornata in ambienti confinati domestici, di lavoro o di svago.
Inoltre un basso livello di stato socio-economico si associa a prevalenze di BPCO più elevate rispetto alla popolazione generale.
- Anche una **dieta povera di sostanze antiossidanti** (frutta e verdura) e **l'abuso di alcool** sembrano correlati al rischio di sviluppare patologie respiratorie croniche di tipo ostruttivo [6].

Per quanto riguarda i fattori di rischio professionali il DM del 9 aprile 2008 "Nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura" (Ministero del Lavoro e delle politiche sociali di concerto con il Ministero della Salute) inserisce sia la BPCO (per lavorazioni che comportano esposizione all'azione dell'acido solforico, acido nitrico, cemento, cadmio, leghe e composti, fusione del vetro, ecc.), sia l'asma (per esposizioni a polvere di granaglie e/o farine e cereali, lavorazioni che espongono all'azione di aldeidi e

derivati, cadmio leghe e composti, ecc.) tra le malattie professionali riconosciute, indennizzabili dall'INAIL.

La diagnosi

Il principale strumento diagnostico per la BPCO è la **spirometria**, che permette di misurare la capacità polmonare residua. La malattia è stata classificata in quattro diversi livelli di gravità, descritti in Tabella 2 [4].

Tabella 2: Classificazione* di gravità della BPCO

STADIO	DESCRIZIONE	CARATTERISTICHE
0	Soggetto a Rischio <i>(sintomi cronici quali tosse e produzione di espettorato, funzionalità respiratoria normale alla spirometria)</i>	/
I	Malattia Lieve <i>(caratterizzata da una leggera riduzione della capacità respiratoria)</i>	VEMS \geq 80% del predetto
II	Malattia Moderata <i>(caratterizzata da una riduzione più consistente della capacità respiratoria e da dispnea in caso di sforzo)</i>	50% \leq VEMS < 80% del predetto
III	Malattia Grave <i>(caratterizzata da una forte riduzione della capacità respiratoria oppure dai segni clinici di insufficienza respiratoria o cardiaca)</i>	30% \leq VEMS < 50% del predetto
IV	Malattia Molto Grave <i>(segni clinici di insufficienza respiratoria o scompenso cardiaco destro)</i>	VEMS < 30% del predetto

L'esame spirometrico, unitamente alla presenza di sintomi, risulta necessario e fondamentale per confermare la diagnosi di BPCO, in quanto permette di individuare la gravità della patologia e può indicare il trattamento per lo ogni stadio di malattia (cfr. Tabella 3).

Il valore del VEMS diminuisce negli anni e più velocemente nei soggetti affetti da BPCO, rispetto a soggetti sani. La Spirometria è uno strumento utile per il monitoraggio della progressione della malattia, e si raccomanda di eseguirla ad intervalli minimi di 12 mesi.

Ulteriori indagini diagnostiche di supporto alla valutazione della BPCO sono rappresentate da:

- **Radiologia:** *consigliabile in caso di dubbio diagnostico, al fine di escludere diagnosi alternative e per stabilire la presenza di comorbilità significative (es. fibrosi polmonare, malattie della pleura, malattie cardiache).*
- **Misurazione dei volumi polmonari e capacità di diffusione:** *metodica che consente di identificare l'intrappolamento aereo (aumento del volume residuo), tipico delle fasi iniziali della malattia, e l'iperinsufflazione statica (aumento della capacità polmonare totale) che si sviluppa appena l'ostruzione bronchiale peggiora.*
- **Saturimetria e misurazione dei gas arteriali:** *utilizzata per valutare la saturazione di ossigeno del paziente e l'eventuale necessità di ossigenoterapia.*
- **Screening per il deficit di alfa-1 antitripsina:** *l'OMS raccomanda lo screening del deficit genetico per pazienti provenienti da zone ad alta prevalenza del deficit.*
- **Test da sforzo:** *la ridotta tolleranza all'esercizio fisico misurata oggettivamente è un potente indicatore di compromissione dello stato di salute e predittore di prognosi, in*

* Classificazione GOLD basata su VEMS (Volume Espiratorio Massimo ad 1 Secondo) post-broncodilatatore, in pazienti con VEMS/CVF <70% (CVF: Capacità Vitale Forzata)

grado di identificare condizioni coesistenti oppure condizioni alternative, per esempio le diagnosi cardiache.

In alcuni pazienti con asma cronico non è possibile una chiara distinzione dalla BPCO, pertanto si assume che entrambe le patologie coesistano.

Opzioni Terapeutiche

La **terapia farmacologica** per la BPCO è volta a ridurre i sintomi, la frequenza e la gravità delle riacutizzazioni, a migliorare lo stato di salute e la tolleranza allo sforzo. Oggi nessuno dei farmaci disponibili per la BPCO si è dimostrato capace di modificare effettivamente il declino a lungo termine della funzionalità polmonare

Le classi di farmaci utilizzate comunemente nel trattamento della BPCO sono:

- Broncodilatatori (β_2 agonistici, anticolinergici, Metilxantine o terapia di combinazione): *somministrati per via inalatoria, che sono in grado di dilatare le vie aeree e garantire così il maggior flusso possibile di aria;*
- Corticosteroidi (inalatori e/o sistemici): *in caso di forme gravi o acute, evitandone però l'uso prolungato a causa dei pesanti effetti collaterali;*
- Inibitori fosfodiesterasi-4

Altri trattamenti farmacologici di supporto possono essere rappresentati da: Vaccini (*raccomandati contro malattie come l'influenza o la polmonite da pneumococchi, che potrebbero aggravare una funzionalità polmonare già fortemente compromessa*), Antibiotici, Immunoregolatori, Sedativi della tosse, Vasodilatatori.

Le terapie **non farmacologiche**, i cui principali obiettivi sono la riduzione dei sintomi, il miglioramento della qualità della vita e l'incremento della partecipazione fisica ed emotiva del paziente alle attività quotidiane, sono:

- **Riabilitazione respiratoria:** *comprende allenamento fisico, cessazione del fumo, consulenza nutrizionale ed educazione. Consente di aumentare il picco di carico di lavoro, di consumo di ossigeno e il tempo di resistenza. La durata minima di un efficace periodo di riabilitazione è di 6 settimane; più a lungo continua il programma, più sono efficaci i risultati.*
- **Ossigenoterapia:** *la somministrazione dell'ossigeno a lungo termine (>15 ore al giorno) in pazienti con insufficienza respiratoria cronica ha mostrato di aumentare la sopravvivenza in pazienti con grave ipossemia a riposo.*
- **Supporto ventilatorio:** *l'impiego della ventilazione meccanica non invasiva (VMN) è in aumento nei pazienti con BPCO stabile molto grave.*
- **Terapie chirurgiche:** *comprende la chirurgia di riduzione del volume polmonare (LVRS), riduzione broncoscopia del volume polmonare (BLVR) e trapianto del polmone per pazienti con BPCO molto grave.*

Infine ai pazienti viene consigliato di controllare il peso, per non affaticare ulteriormente il sistema respiratorio, e di praticare una serie di esercizi specifici per tenere in attività i muscoli del respiro. **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**

Si riportano le terapie raccomandate dalle Linee Guida GOLD in funzione dello stadio della patologia.

Tabella 3: Terapia della BPCO ad ogni stadio

CLASSIFICAZION				
0: A Rischio	I: Lieve	II: Moderata	III: Grave	IV: Molto Grave
CARATTERISTICHE				
- Sintomi cronici - Esposizione a fattori di rischio - Spirometria normale	- FEV ₁ /CVF <70% - FEV ₁ ≥ 80% - Con o senza sintomi	- FEV ₁ /CVF <70% - FEV ₁ > 50% < 80% - Con o senza sintomi	- FEV ₁ /CVF <70% - FEV ₁ > 30% < 50% - Con o senza sintomi	- FEV ₁ /CVF <70% - FEV ₁ < 30% o presenza di insufficienza respiratoria cronica o scompenso cardiaco destro
Evitare i fattori di rischio; vaccinazioni antinfluenzale				
		+ broncodilatatori a breve durata d'azione al bisogno		
		+ trattamento regolare con uno o più broncodilatatori a lunga durata d'azione + riabilitazione		
		+ steroidi per via inalatoria in caso di ripetute riacutizzazioni + O₂ terapia a lungo termine in caso di insufficienza respiratoria. Considera i trattamenti chirurgici		

3.2 Normativa di riferimento

Il **DM del 28 dicembre 91** e smi del Ministero della Salute ha istituito la Scheda di dimissione ospedaliera (Sdo), strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative a ogni paziente dimesso dagli istituti di cura pubblici e privati su tutto il territorio nazionale.

Sulla base delle informazioni raccolte nella Sdo, ogni ricovero viene classificato in categorie specifiche denominate Diagnosis related groups (Drg), pertanto è possibile stimare i costi di una determinata patologia in termini di ricovero, esami diagnostici diagnosi e trattamenti terapeutici.

Il numero dei ricoveri ospedalieri per BPCO ed i relativi costi sono assai elevati in tutti i Paesi, anche se ciò appare particolarmente evidente in quelli più industrializzati.

Anche in Italia la BPCO ha manifestato, e continua purtroppo a farlo, un impatto socio-economico molto rilevante e sempre più preoccupante.

Nel 2003 è stato condotto uno studio, su un campione corrispondente ad oltre 5 milioni di abitanti, avente come obiettivo la valutazione del costo totale della BPCO in Italia. L'analisi dei risultati evidenzia:

- **Il costo medio annuo per paziente era pari a € 2100**
- il costo della malattia subisce variazioni significative a seconda della sua gravità clinica: **€ 1.500,8** delle forme più lievi (**65% dei casi**), **€ 3.001,1** di quelle moderate (**30% dei casi**) ed infine ai **€ 3.911,7** delle forme più gravi (**5% dei casi**).

Più recentemente ulteriori studi hanno aggiornato i dati relativi 2003, riportati in Tabella 4 [10].

Tabella 4: BPCO – costo medio annuo per paziente (diretto, indiretto e totale)

Parametri	Basale		Basale	
	Costo Medio per paziente (n=561) prima del follow-up		Costo medio per Paziente (n=561) dopo il follow-up	
	Val. in €	%	Val. in €	%
Terapia farmacologica principale	347,23	12.7	663,78	31.1
Terapia farmacologica concomitante	186,82	6.9	256,44	12.0
Ricoveri	1.519,67	55.8	823,12	38.6
Day Hospital	88,68	3.3	70,41	3.3
Accessi pronto soccorso	7,62	0.3	3,83	0.2
Visite MMG e Specialistiche	150,59	5.5	93,99	4.4
Esami *	162,68	6.0	124,66	5.8
Accertamenti per effetti collaterali	0,70	6.6	0,12	0.0
Profilassi ambientale e aiuti domestici	3,07	0.1	2,35	0.1
Terapia alternativa **	39,77	1.5	5,88	0.3
Totale costi diretti	2.506,84	92.0	2.044	95.9
Basale follow-up: -462.84 €				
Assenze lavoro	216,84	8.0	88,31	4.1
Totale costi indiretti	216,84	8.0	88,31	4.1
Basale follow-up: -128.53 €				
Totale costi	5.447,35		4.265,20	
Basale follow-up: -590.79 €	2.723,68	100	2.132,89	100

Spirometrie, emogasanalisi, prove allergiche cutanee, RX torace, escreato, test da sforzo, Walking test, bronco stimolazioni, test di bronco dilatazione, broncoscopie, ecc.

*** Cure termali, Omeopatia, ecc.*

Dalla Tabella 4 si evince che:

- il costo medio totale annuo è risultato pari a **€2.723,7**;
- i costi diretti sono risultati preponderanti e pressoché totalmente correlati alle voci "ospedalizzazioni" e "ricorso alle strutture ospedaliere di emergenza";
- assolutamente marginali si sono dimostrate invece le risorse dedicate al momento diagnostico della BPCO.

L'AIMAR (Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie) ha promosso un'indagine multicentrica nazionale per misurare il consumo di risorse sanitarie correlato alla BPCO, con particolare riferimento alle sue riacutizzazioni, e per stimare i relativi costi (diretti e indiretti). Tale indagine è stata battezzata **Studio ICE** (Italian Costs for Exacerbations in COPD) [9].

L'indagine si è basata su un campione di 24 Centri, adeguatamente dimensionato (719 casi osservati) e distribuito sul territorio nazionale (Nord, Centro, Sud; anche se, rispetto alla distribuzione generale della popolazione, il Sud risulta alquanto enfatizzato).

Come documenta la Tabella 4, più del 90% dei pazienti dimessi dopo il ricovero dovuto a riacutizzazione della BPCO è tutto raggruppato sotto due soli DRG: DRG 088 (Malattia polmonare cronica ostruttiva) e DRG 087 (Edema polmonare e insufficienza respiratoria).

Tabella 5: caratteristiche cliniche del campione – distribuzione DRG

Codice	Descrizione	N.	%
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	500	69,6
087	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	169	23,6
475	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita	13	1,8
089	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 con complicanze	9	1,3
144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con complicanze	7	1,0
Altro		21	2,7
Totale		719	100,0

Inoltre è stata compiuta un'analisi approfondita della variabilità dei costi di ricovero per riacutizzazioni, incrociando i DGR con le aree geografiche, come riportato in Tabella 5.

Tabella 6: Costo ricovero per riacutizzazione della BPCO secondo le aree e i DRG

	Nord	Centro	Sud	Italia
DRG 088				
N. ricoveri	137	74	289	500
Costo medio	2.783	2.843	2.531	2.646
DRG 087				
N. ricoveri	106	31	32	169
Costo medio	3.576	3.087	2.857	3.350
Altri DRG				
N. ricoveri	27	14	9	50
Costo medio	11.947	4.989	3.586	8.894
Tutti i DRG				
N. ricoveri	270	119	330	719
Costo medio	4.010	3.159	2.592	3.218

L'onere per la società da parte della BPCO è tradizionalmente distinto in costi diretti e costi indiretti. I primi includono le spese per ricoveri ospedalieri, visite mediche ed assistenza

domiciliare, e farmacologica. I secondi sono essenzialmente costituiti dagli effetti disabilitanti provocati dalla BPCO, causa della perdita di giorni lavorativi.

3.3 Il punto di vista dei Pazienti

Gli studi epidemiologici dimostrano “lo scarso” utilizzo degli esami diagnostici specifici da parte dei medici di medicina generale (primo step del paziente prima dello specialista), portano alla diagnosi della patologia in stato già grave-avanzato.

In particolare uno studio italiano multidisciplinare evidenzia le seguenti criticità riguardo la BPCO [5] :

- sottodiagnosi complessiva della BPCO,
- basso ricorso alla spirometria (diagnosi e stadi azione),
- sottotrattamento negli stadi iniziali e sovra trattamento negli stadi gravi,
- insufficiente continuità assistenziale,
- difficoltà di comunicazione tra operatori sanitari,
- impatto sociale della malattia poco percepito,
- insufficiente valutazione della comorbidità[†],
- BPCO trattata come patologia acuta,
- Obiettivo non prioritario per la Medicina Generale

Sulla base di dette criticità il gruppo di lavoro propone un modello operativo che, sulla base delle abituali modalità di presentazione dei casi clinici nell’ambulatorio del medico, propone obiettivi da perseguire, diagnosi da controllare e terapia da verificare sulla base delle risorse di cui il medico dispone.

Pertanto, gli step fondamentali risultano:

- stabilire una metodologia comune di rilevazione dei dati, partendo dalle informazioni a disposizione di coloro che sono chiamati alla gestione clinico-terapeutica dei singoli pazienti (in particolare i MMG);
- l’adeguamento alle linee guida disponibili costituisce una fase essenziale del processo in cui l’azienda sanitaria ha il compito di mettere a disposizione del MMG conoscenze, dati e strumenti nel framework della programmazione sanitaria a breve, medio e lungo termine [5].

4. ANALISI DEI DATI

La BPCO rappresenta una delle cause più importanti di mortalità e morbosità nei paesi industrializzati. I fattori di rischio per lo sviluppo di tale patologia sono numerosi, in primis il fumo di tabacco, ed interagiscono tra loro con modalità variabili.

La BPCO è, ad oggi, una patologia sotto-diagnosticata e, spesso, trattata solo nelle fasi avanzate, ed appare un rilevante problema socio-economico; è plausibile ipotizzare un incremento della prevalenza della patologia a cui contribuirà sicuramente l’invecchiamento della popolazione.

Per modificare la storia naturale “dell’epidemia di questa malattia non trasmissibile”, è fondamentale, quindi, spostare l’accento politico, economico e sociale da una medicina sostanzialmente diagnostico-terapeutica ad una medicina preventiva, che deve vedere l’impiego degli specialisti in sanità pubblica e di pneumologia unito a quello dei medici di medicina generale.

[†]La comorbidità è definita come la presenza concomitante di 2 o più malattie nello stesso soggetto ed è una caratteristica clinica del soggetto anziano [8].

L'auspicio della Corte di Giustizia Popolare è che il lavoro, fin'ora condotto e futuro, contribuisca ad evidenziare le criticità e difficoltà che i pazienti affrontano quotidianamente, al fine di favorirne la sensibilizzazione, informazione e qualità della vita.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Ministero della Salute, Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Sanitario – *"Relazione sullo Stato Sanitario del Paese, 2009-2010"* – Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato SpA. Disponibile on line da: <http://www.salute.gov.it/>
- [2] WHO - World Health Organization - <http://www.who.int/>
- [3] ISS - Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute. Disponibile online da: <http://www.epicentro.iss.it/>
- [4] GOLD - Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, *"Progetto mondiale BPCO, Strategia Globale per la diagnosi, il trattamento e la prevenzione della Broncopneumopatia cronica ostruttiva"* Revisione 2011. Disponibile online da: <http://www.goldcopd.it/>
- [5] *"Le dimensioni del problema BPCO. Risultati della discussione tra esperti di diverse discipline"* - Italian Journal Public Health 2010 Vol. 7 Nr.2, Suppl. 3
- [6] Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, in collaborazione con Dipartimento del Farmaco, CNR Istituto di Fisiologia Clinica di Pisa, Dipartimento Epidemiologia ASL RME- *"Fumo e patologie respiratorie, Le carte del rischio per Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva e Tumore al polmone"*, III ristampa ottobre 2004. Disponibile online da: <http://www.iss.it/ofad/>
- [7] American Thoracic Society, *"Standard for the diagnostic and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease"*. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152:77S-121S.
- [8] *"La comorbilità nell'anziano: epidemiologia e caratteristiche cliniche"*. - P. Abete, G. Testa, D. Della morte, F. Mazzella, G. Galizia, D. D'ambrosio, C. Visconti, G. Gargiulo, F. Cacciatore, F. Rengo - G GERONTOL 2004;52:267-272
- [9] *"I costi della broncopneumopatia cronica ostruttiva in Italia. Presentazione della prima fase dello studio ICE (Italian Costs for Exacerbations in COPD)"* - C. Lucioni, C.F. Donner, F. De Benedetto, M. Lusuardi, S. Mazzi, P.L. Paggiaro - Pharmacoeconomics - Italian Research Articles 6 (1): 5-14, 2004
- [10] *"Analisi dell'individuazione di procedure per una migliore gestione delle malattie cronicorespiratorie"* SIC Sanità in Cifre 2012

LAVORI DELLA COMMISSIONE TECNICA NAZIONALE

ANALISI DELLE CRITICITÀ

1. Il punto di vista dei pazienti
2. Il punto di vista legale
3. Il rischio di complicazioni dovute alla scarsa aderenza alla terapia farmacologica inalatoria
4. Conseguenze della insufficiente educazione del paziente al corretto utilizzo degli inalatori
5. Problematiche della generalizzazione della terapia inalatoria.
6. I criteri fondamentali per perseguirne una effettiva personalizzazione
7. L'accesso all'innovazione farmacologica in ambito respiratorio
8. Interazione tra medicina di base e specialistica nella gestione dell'asma e BPCO
9. Varie ed eventuali