



A.O.R.N. "G. Rummo" - Benevento  
Dipartimento di Scienze Mediche  
**U.O.C. di Pneumologia**

*Direttore: Prof. Mario Del Donno*



*Docente alle Scuole di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio  
Università degli Studi di Napoli "Federico II" e Seconda Università di Napoli (S.U.N.)*

LIBRO BIANCO  
SULLA BPCO

*Percorso Diagnostico Terapeutico  
Assistenziale della BPCO  
in Regione Campania*

Giovedì, 16 Giugno 2016  
ore 10.00

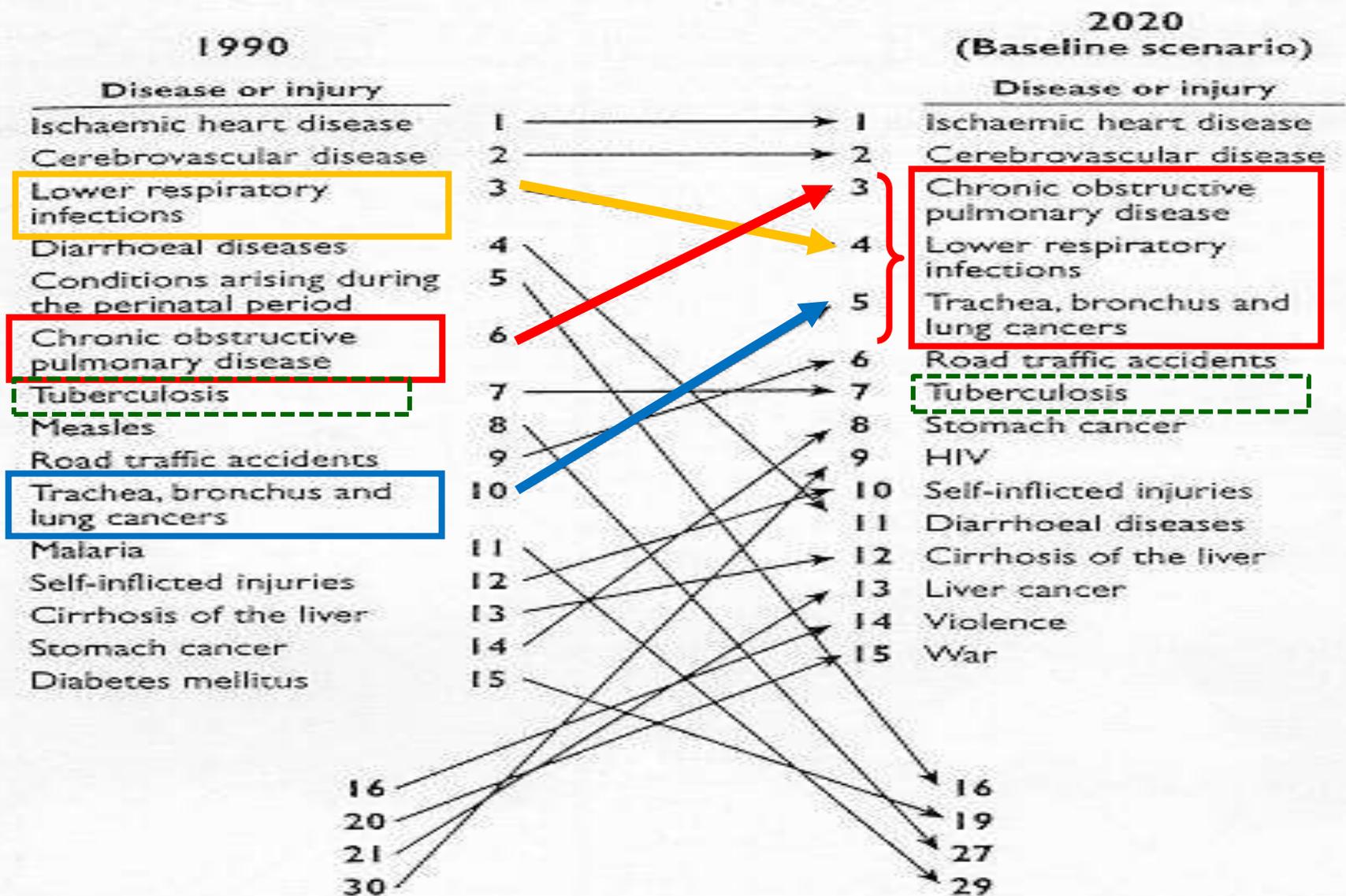
Auditorium  
Regione Campania



# I fattori di rischio e la prevenzione della BPCO

*Mario Del Donno*

## Change in rank order of deaths for the 15 leading causes, world 1990-2020



## Rilevanza delle malattie dell'apparato respiratorio

White Book, ERS 2013

“ Ogni anno nelle nazioni di EU28 la patologia respiratoria causa circa 660.000 morti e almeno 6 milioni di ricoveri ospedalieri, ed è responsabile di oltre 43 milioni di giorni di ricovero ”

Morti attribuite a	Nel mondo	Sezione europea di OMS
Cardiopatía ischemica	7.3 milioni (12.8%)	2.4 milioni (24.7%)
Malattia cerebrovascolare	6.2 milioni (10.8%)	1.40 milioni (14.0%)
<b>Infezioni del tratto respiratorio inferiore</b>	<b>3.5 milioni (6.1%)</b>	<b>0.23 milioni (2.3%)</b>
<b>BPCO</b>	<b>3.3 milioni (5.8%)</b>	<b>0.25 milioni (2.5%)</b>
Sindromi enteritiche	2.5 milioni (4.3%)	0.03 milioni (0.3%)
HIV/AIDS	1.8 milioni (3.1%)	0.08 milioni (0.8%)
<b>Cancro di trachea/bronchi/polmoni</b>	<b>1.4 milioni (2.4%)</b>	<b>0.38 milioni (3.9%)</b>
<b>Tubercolosi</b>	<b>1.3 milioni (2.4%)</b>	<b>0.08 milioni (0.8%)</b>
Diabete mellito	1.3 milioni (2.2%)	0.17 milioni (1.7%)
Incidenti stradali	1.2 milioni (2.1%)	0.12 milioni (1.2%)

**Tabella 1** – Le 10 cause più comuni di morte nel 2008. Fonte: Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) Statistiche della Salute nel Mondo 2011.

“

*In Europa oltre la metà di tutti i decessi per patologia respiratoria e almeno un quarto di tutti i ricoveri ospedalieri sono dovuti a malattie causate dal fumo*

”

White Book, ERS 2013

a)

**Asma nei bambini**



b)

**Asma nei giovani adulti**



c)

**BPCO nell'anziano**



d)

**Cancro del polmone**



e)

**Tubercolosi**



## Percentuali dei decessi causati da patologie respiratorie in nazioni selezionate di UE.

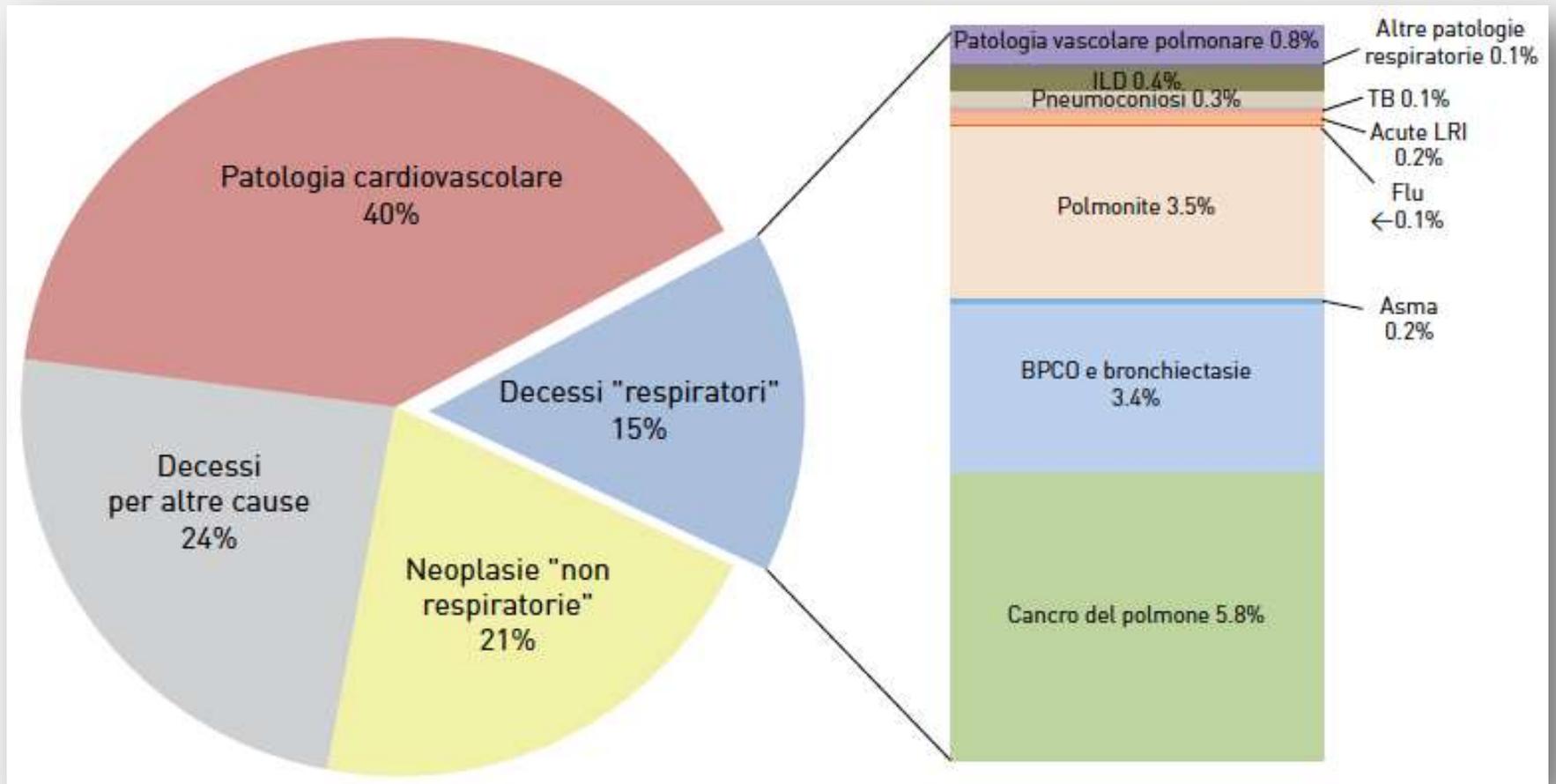


Figura 3 - Le nazioni rappresentate sono quelle che hanno fornito la disponibilità di una codifica completa ICD-10 sia per i ricoveri ospedalieri che per i decessi (Austria, Croazia, Cipro, Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Polonia, Slovenia, Slovacchia, Regno Unito). *Fonte: World Health Organization World and Europe Detailed Mortality Databases.*

## Percentuali dei ricoveri ospedalieri da patologie respiratorie in nazioni selezionate di UE.

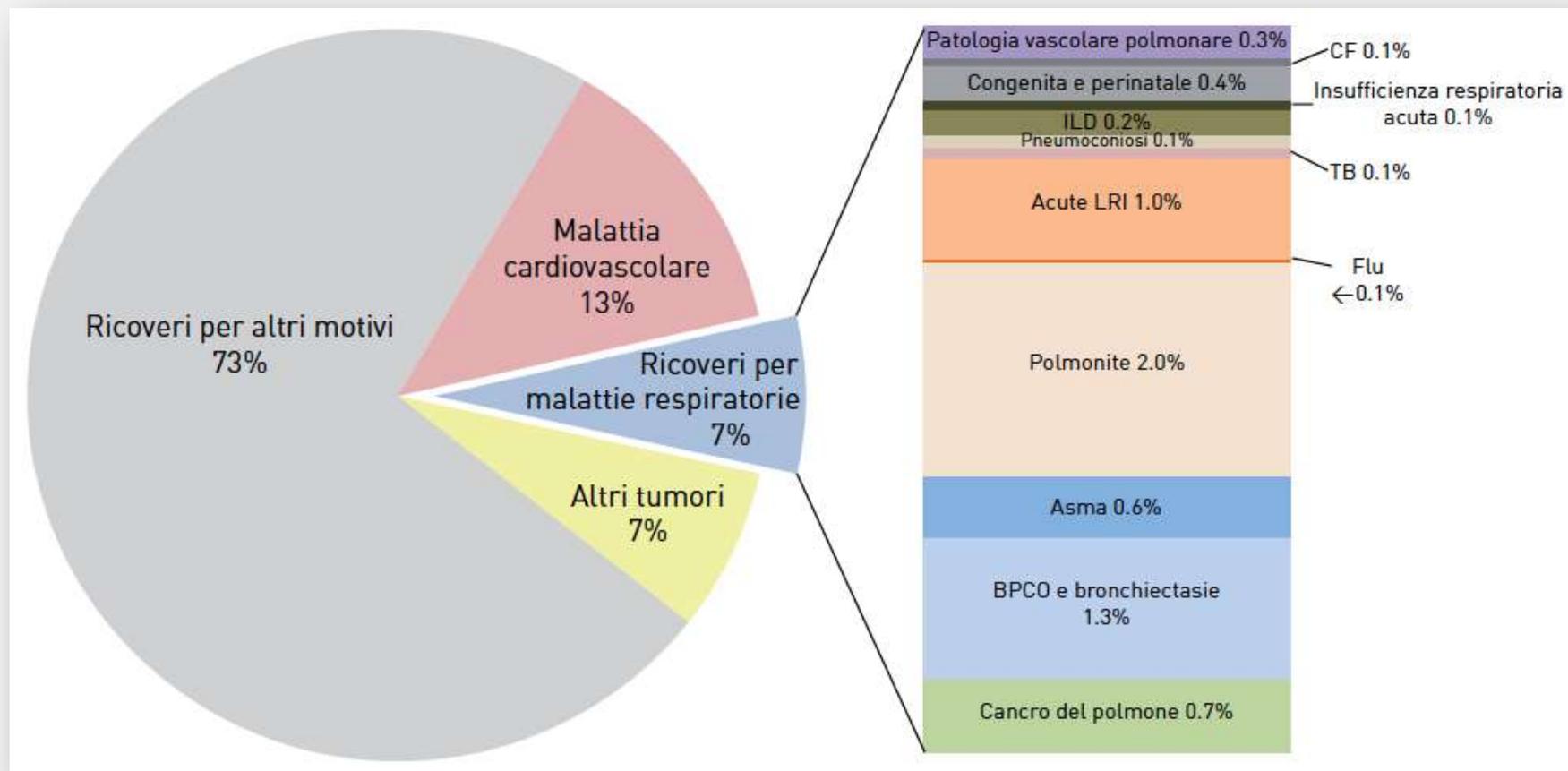


Figura 4 - CF: fibrosi cistica; ILD: malattie interstiziali polmonari; TB: tubercolosi; LRI: infezioni delle vie aeree inferiori; flu: influenza; BPCO: broncopneumopatia cronica ostruttiva. Le nazioni rappresentate sono quelle che hanno fornito la disponibilità di una codifica completa ICD-10 sia per i ricoveri ospedalieri che per i decessi (Austria, Croazia, Cipro, Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Polonia, Slovenia, Slovacchia, Regno Unito).

**Fonte:** World Health Organization World and Europe Detailed Mortality Databases.

# Lung Disease in a Global Context

## A Call for Public Health Action

Neil W. Schluger<sup>1,2,3</sup> and Ram Koppaka<sup>1,2</sup>

*Ann Am Thorac Soc*  
11,3,407-416,2014

The world's  
five leading  
lung diseases  
and their  
environmental  
drivers.

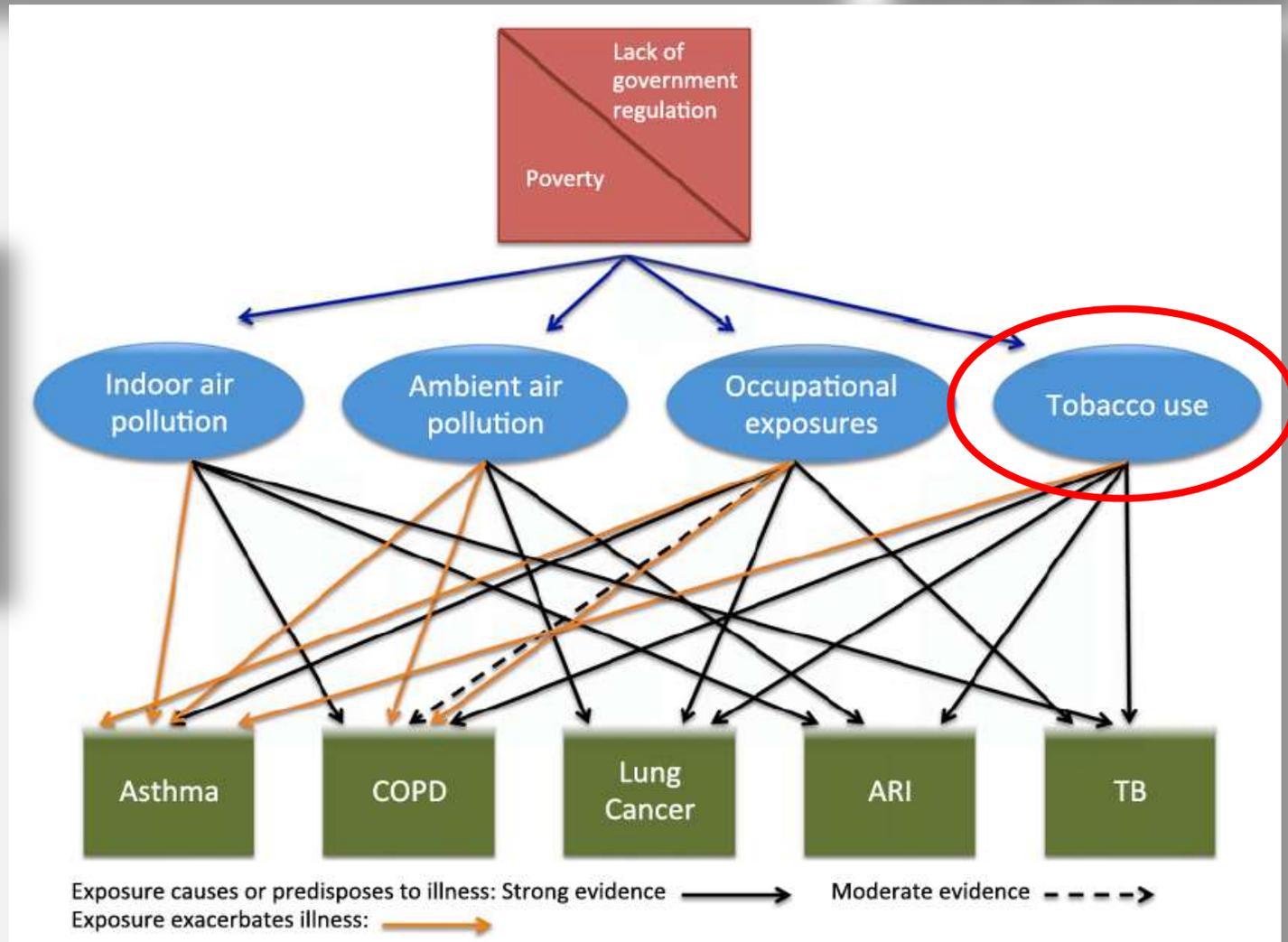
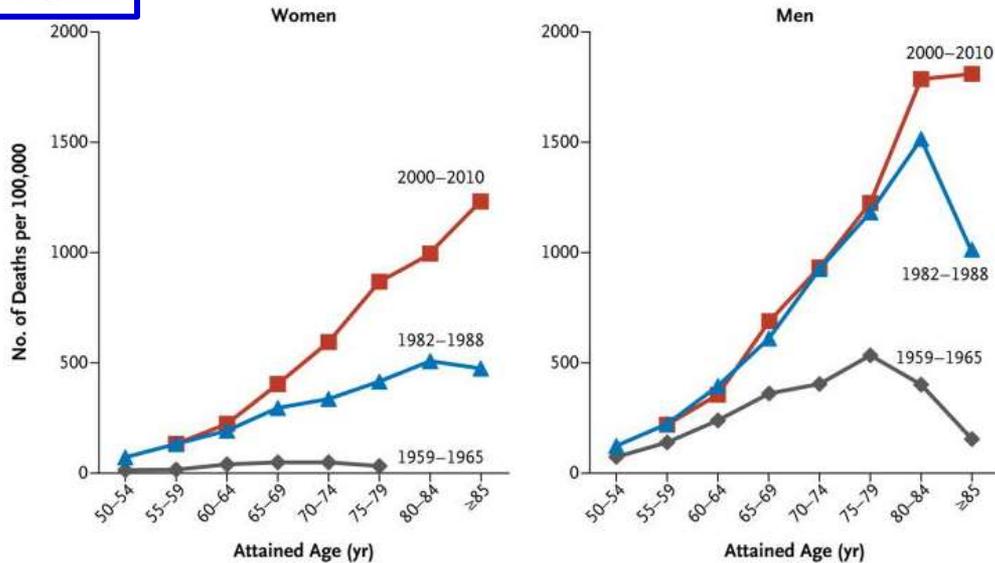


Table 4.

## Projected Global Tobacco-Caused Deaths, by Cause, 2015 Baseline Scenario

Cause	Tobacco-Caused Deaths	
	Number (Millions)	Percent of Total
<b>All causes</b>	6.43	100
Tuberculosis	0.09	1
Lower respiratory infections	0.15	2
<b>Malignant neoplasms</b>	2.12	33
Trachea, bronchus, lung cancers	1.18	18
Mouth and oropharynx cancers	0.18	3
Oesophagus cancer	0.17	3
Stomach cancer	0.12	2
Liver cancer	0.10	2
Other malignant neoplasms	0.34	5
<b>Diabetes mellitus</b>	0.13	2
<b>Cardiovascular diseases</b>	1.86	29
Ischaemic heart disease	0.93	14
Cerebrovascular disease	0.52	8
Other cardiovascular diseases	0.24	4
<b>Respiratory diseases</b>	1.87	29
COPD	1.76	27
<b>Digestive diseases</b>	0.20	3

## A Lung Cancer



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

## 50-Year Trends in Smoking-Related Mortality in the United States

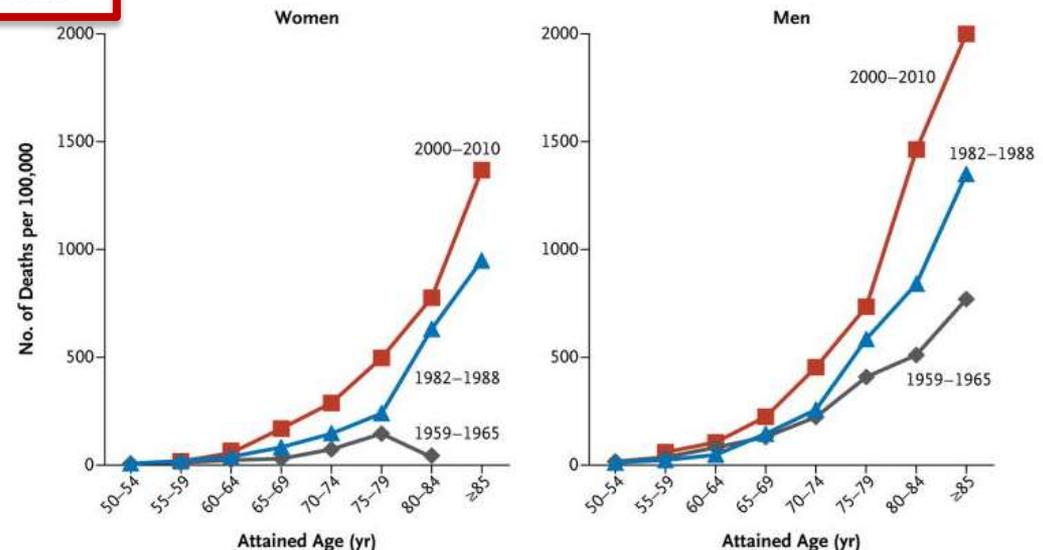
Michael J. Thun, M.D., Brian D. Carter, M.P.H., Diane Feskanich, Sc.D.,  
Neal D. Freedman, Ph.D., M.P.H., Ross Prentice, Ph.D., Alan D. Lopez, Ph.D.,  
Patricia Hartge, Sc.D., and Susan M. Gapstur, Ph.D., M.P.H.

*N Engl J Med 368:351-64; 2013.*

## Conclusioni

Il rischio di morte per fumo di sigaretta continua ad aumentare tra le donne e l'aumento del rischio è ormai quasi identico per uomini e donne, rispetto a persone che non hanno mai fumato. Tra gli uomini, i rischi associati al fumo si sono stabilizzati sui livelli elevati visti nel 1980, fatta eccezione per un continuo, aumento inspiegabile della mortalità per BPCO.

## B COPD



# Smoking cessation in patients with respiratory diseases: a high priority, integral component of therapy

P. Tønnesen\*, L. Carrozzi<sup>#</sup>, K.O. Fagerström<sup>†</sup>, C. Gratiou<sup>+</sup>, C. Jimenez-Ruiz<sup>§</sup>, S. Nardini<sup>†</sup>, G. Viegi<sup>\*\*</sup>, C. Lazzaro<sup>##</sup>, I.A. Campbell<sup>††</sup>, E. Dagli<sup>++</sup> and R. West<sup>SS</sup>

**ABSTRACT:** Smoking cessation is the one of the most important ways to improve the prognosis of patients with respiratory disease. The Task Force on guidelines for smoking cessation in patients with respiratory diseases was convened to provide evidence-based recommendations on smoking cessation interventions in respiratory patients.

Based on the currently available evidence and the consensus of an expert panel, the following key recommendations were made: (1) Patients with respiratory disease have a greater and more urgent need to stop smoking than the average smoker, so respiratory physicians must take a proactive and continuing role with all smokers in motivating them to stop and in providing treatment to aid smoking cessation. (2) Smoking cessation treatment should be integrated into the management of the patient's respiratory condition. (3) Therapies should include pharmacological treatment (i.e. nicotine replacement therapy, bupropion or varenicline) combined with behavioural support. (4) Respiratory physicians should receive training to ensure that they have the knowledge, attitudes and skills necessary to deliver these interventions or to refer to an appropriate specialist. (5) Although the cost of implementing these recommendations will partly be offset by a reduction in attendance for exacerbations, etc., a budget should be established to enable implementation.

Research is needed to establish optimum treatment strategies for patients.

ERS TASK FORCE

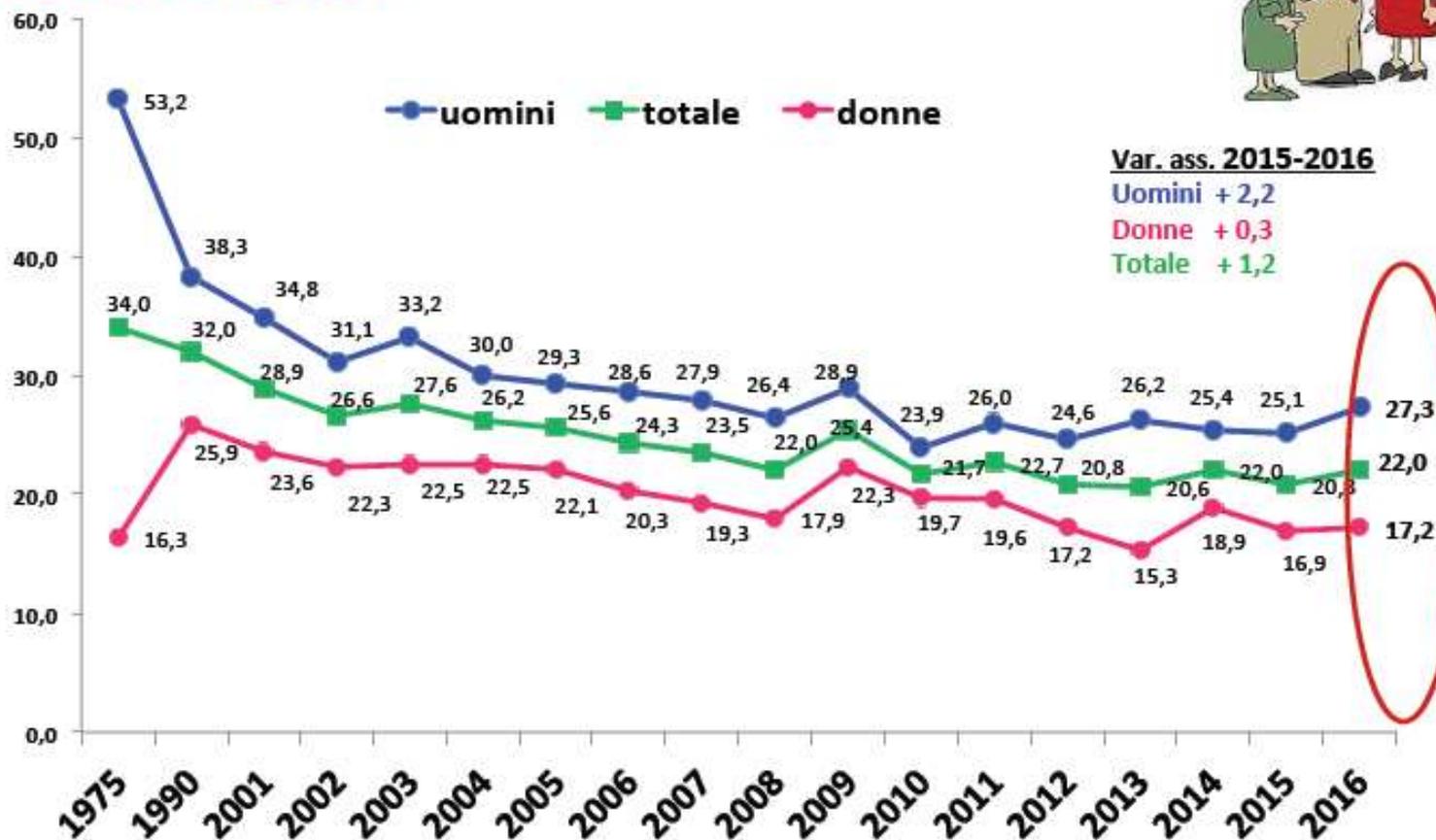
*E.R.J. 2007; 29: 390-417*

## I fumatori malati di malattie respiratorie HANNO URGENTE BISOGNO DI SMETTERE

Essi dovrebbero essere assistiti continuamente  
con:

- Valutazione regolare dello stato di fumatore
- Uso di terapia farmacologica
- Fornitura di supporto comportamentale

# Prevalenza del fumo di sigarette secondo le indagini DOXA condotte fra il 1975 e il 2016



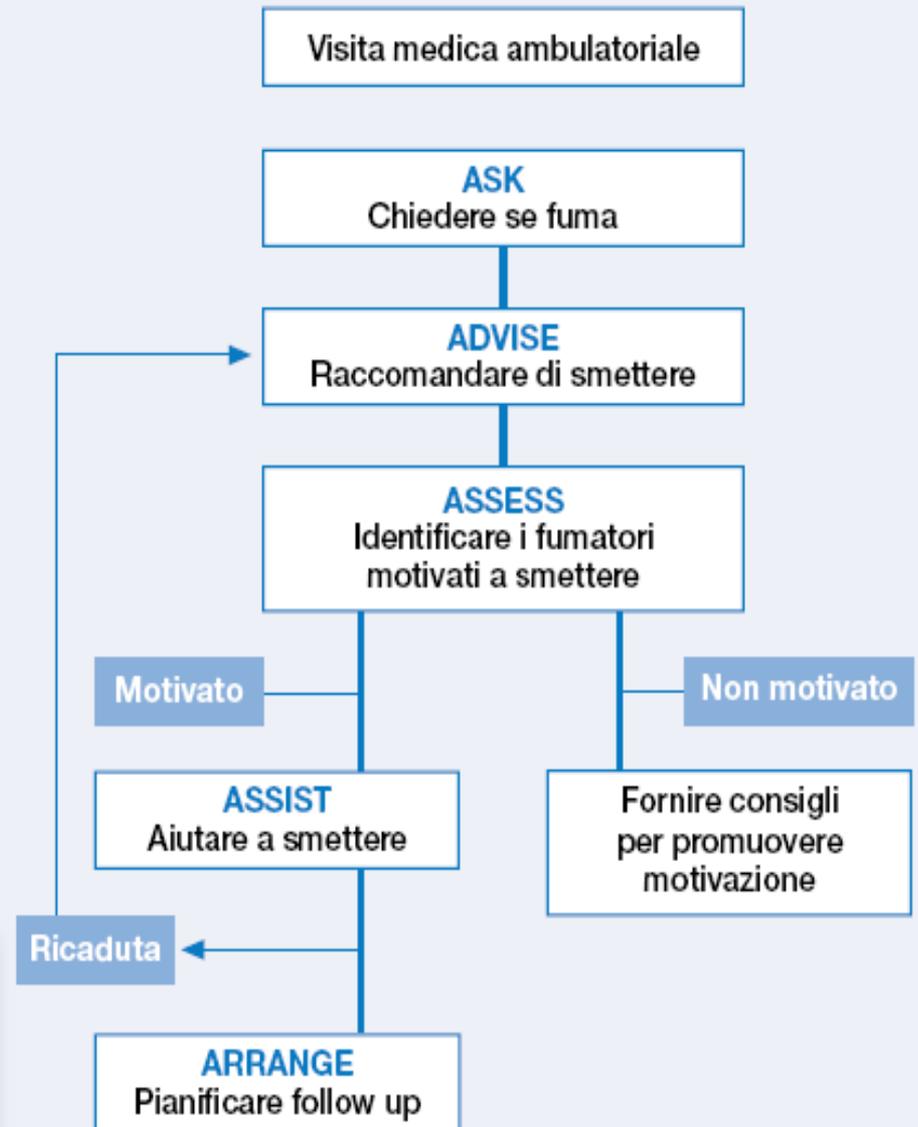
OSSFAD – Indagine DOXA-ISS 2016



# Come promuovere il cambiamento: Minimal Advice

(Agency for Health Care Policy and  
Research (AHCPR): linee guida per  
la dissuasione dal fumo;  
*JAMA 1996, 257/16: 1270-80*)

## Diagramma di flusso dell'intervento



# Centri Antifumo: Cosa é il centro di II livello?

Il centro di secondo livello offre **trattamenti completi e continuati**, che per solito comprendono la **terapia farmacologica e comportamentale**, applicate secondo protocolli qualificati dalla letteratura scientifica internazionale come "**la miglior pratica clinica**".

*West & Hayek, 1998*

DOCUMENTO

DOCUMENT

## **Raccomandazioni per la attivazione e la gestione di un ambulatorio per il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco in ambito pneumologico**

*Recommendations for Chest Physicians for opening and managing a clinic for tobacco dependence treatment*

**S. NARDINI, R. BERTOLETTI\*, L. CARROZZI\*\*, E. SABATO\*\*\***

**Task Force "AIPO - Ospedali senza Fumo"**

Regione Veneto, ASL 7 - Sinistra Piave, Ospedale Civile di Vittorio Veneto, Divisione di Pneumologia

\*Azienda Ospedaliera "E. Morelli", Sondalo

\*\*U.O. di Pneumologia e Fisiopatologia Respiratoria, Azienda Ospedaliera e Università di Pisa, Pisa

\*\*\* Servizio Pneumotisiologico A.U.S.L. BR/I Brindisi

**con la collaborazione di:**

E. ENZO, R. LATINI, L. MARINO, G. MATTEELLI, F. PISTELLI

**revisione di:**

G. BAZZERLA, S. CONTE, G. BARBANO, G. BETTONCELLI, L. CASALI, P. CANESSA, F. CORTI,

F. DALMASSO, C.F. DONNER, C. FAVARETTI, C. LAVECCHIA, C. LAZZARO, G. MOSCATO,

R. PACIFICI, P. PAOLETTI, C.M. SANGUINETTI, P. ZUCCARO, R. ZUIN

***Rass. Patol. App. Respir. 2000;15:201-231***



## Ottobre 2013

L'abolizione dei fattori di rischio è il primo provvedimento da adottare nella gestione della BPCO e in questo contesto è fondamentale la cessazione dell'abitudine al fumo di tabacco.

È necessario che i medici di medicina generale registrino in cartella la storia e lo status degli assistiti rispetto al fumo e fornire a tutti i fumatori almeno un avviso minimo per la cessazione. L'intervento minimo (minimal advice) dedicato al colloquio con il paziente in occasione della visita ambulatoriale, è considerato doveroso in quanto di dimostrata efficacia.

Data l'importanza della cessazione del fumo come misura terapeutica essenziale, tutti i pazienti fumatori con BPCO accertata, che non riescono a smettere con un intervento minimo, devono esser assistiti per la cessazione dell'abitudine al fumo con trattamento comportamentale e farmacologico (intervento di secondo livello) (1).

Sono oggi considerati farmaci di prima scelta per il trattamento del tabagismo i sostituti della nicotina nella varie formulazioni (cerotti, gomme da masticare, inalatori, compresse), il bupropione a lento rilascio e la vareniclina. La prescrizione di uno di questi farmaci associata ad un intervento di counseling prolungato è in grado di ottenere il maggior numero di cessazioni (vedi Tabella 3.2).

Lo pneumologo dovrebbe considerare il trattamento del tabagismo come parte integrante della terapia prescritta al paziente BPCO fumatore ed essere in grado di assicurare ogniqualvolta necessario un intervento di secondo livello effettuato in prima persona o ricorrendo ai Centri Antifumo (2).

TIPO DI INTERVENTO	ODDS RATIO (95% C.I.)	TASSO DI ASTINENZA STIMATO (95% C.I.)
<b>Counseling</b>		
Nessun contatto	1.0	10.9
Minimal advice (< 3 min)	1.3 (1.01 - 1.6)	13.4 (10.9 - 16.1)
Counseling 3 - 10 miinuti	1.6 (1.2 - 2.0)	16.0 (12.8 - 19.2)
Counseling > 10 minuti	2.3 (2.0 - 2.7)	22.1 (19.4 - 24.7)
<b>Terapia farmacologica</b>		
Placebo	1.0	13.8
Vareniclina	3.1	33.2 (28.9 - 37.8)
<b>Terapia sostitutiva nicotinicina</b>		
• Cerotto (6 - 14 settimane)	1.9 (1.7 - 2.2)	23.4 (21.3 - 25.8)
• Gomme (6 - 14 settimane)	1.5 (1.2 - 1.7)	19.0 (16.5 - 21.9)
• Inhaler	2.1 (1.5 - 2.9)	24.8 (19.1 - 31.6)
Bupropione SR	2.0 (1.8 - 2.2)	24.2 (22.1 - 26.4)

# Electronic Cigarettes

**Vapor vs Smoke**

- Tar Free
- Odorless
- Save \$\$\$
- Smoke Anywhere

- Tar & Ashes
- Deadly Smoke
- Nasty Smell
- Cigarette Butts



“LA SIGARETTA È INNOCUA SOPRATTUTTO SENZA NICOTINA”

DAL *CORRIERE DELLA SERA*



“SIGARETTA ELETTRONICA? DICO NO”

DAL *CORRIERE DELLA SERA*



MEDIASET

# D.L.vo N. 6 12 gennaio 2016: L'APPLICAZIONE

Il progetto CCM – MADES: Sistema di Monitoraggio dell'applicazione del DLgs di recepimento della direttiva 2014/40/UE e di valutazione degli Effetti sui comportamenti associati alla Salute

- **L'introduzione delle avvertenze combinate.**
- **Il divieto di fumo in auto**
- **Il divieto di fumo nelle pertinenze di ospedali**
- **L'inasprimento delle sanzioni per inosservanza del divieto di vendita ai minori**
- **L'eliminazione dei pacchetti da 10 sigarette**



CSC



ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE



“

*L'inquinamento dell'aria costituisce un'esposizione ambientale ubiquitaria involontaria, che può interessare il 100% della popolazione dal grembo materno alla morte*”

“

*Il numero giornaliero dei decessi rispecchia le fluttuazioni giornaliere dell'inquinamento aereo*”

6

## Ambiente esterno

White Book, ERS 2013

Indicatori di inquinamento aereo	Dati da questionari sulla salute respiratoria	Indicatori respiratori oggettivi	Indicatori biologici di effetto	Utilizzo del sistema sanitario	Effetto acuto sulla mortalità	Effetti a lungo termine su mortalità/ aspettativa di vita
<b>Particolati</b>	Sintomi respiratori	Funzionalità respiratoria diminuita, compromesso lo sviluppo funzionale	Infiammazione delle vie aeree, malattia respiratoria cronica	Accesso in P. S. per patologia respiratoria, asma	Incremento della mortalità giornaliera	Incremento della mortalità da patologia cardiopolmonare
<b>Ozono</b>	Sintomi respiratori	Diminuzione della funzionalità respiratoria	Infiammazione delle vie aeree	Accesso in P. S. per asma	Incremento della mortalità giornaliera	Suggestivo di morte per patologia respiratoria
<b>Ossidi di azoto</b>	Sintomi respiratori	Aumento della reattività bronchiale, compromesso lo sviluppo funzionale	Infiammazione delle vie aeree, alterazioni delle difese polmonari	Accesso in P. S. per patologia respiratoria	Incremento della mortalità giornaliera	Incremento della mortalità a lungo termine da patologia cardiorespiratoria

**Tabella 1** – Esempi di associazioni riconosciute tra gli indicatori di inquinamento aereo usati frequentemente e indicatori di esito respiratori. Gli indicatori dell'inquinamento aereo sono spesso correlati tra di loro con effetti aspecifici sulla salute. Anche se l'inquinamento dell'aria viene considerato causa di questi effetti negativi sulla salute, non possono essere discriminati i singoli meccanismi di azione.



## STORIA NATURALE DI MALATTIA



Una moderna programmazione sanitaria per le malattie respiratorie deve rivalutare la sua "mission" e riorganizzare la rete specialistica sulla base di una ridefinizione del ruolo dello specialista, avendo come

obiettivo principale la necessità di promuovere la salute piuttosto che curare una malattia, per spostare fuori dall'ospedale le cure in una visione centrata sul paziente.

### MACRO ATTIVITA'

- Programmi nazionali di prevenzione e controllo dei fattori di rischio
- Favorire un percorso di cura adeguato ai bisogni del paziente nel rispetto delle linee guida



### OBIETTIVI GENERALI

- Migliorare la consapevolezza sulla patologia e sui fattori di rischio collegati a livello politico e sociale.
- Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva del paziente nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate
- Migliorare l'aderenza alla profilassi, terapia farmacologica e riabilitativa.
- Creare livelli intermedi di assistenza fra ospedale e domicilio, tra cure primarie e ospedaliere.

### OBIETTIVI SPECIFICI

- Cessazione del fumo.
- Controllo dell'inquinamento indoor e outdoor - educazione sanitaria.
- Educazione del paziente/Caregiver all'autogestione della malattia.
- Prevenzioni delle riacutizzazioni.
- Miglioramento della qualità sia clinica sia strutturale, tecnologica e operativa delle strutture di cura.
- Sensibilizzare a attivare la formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di IRC e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/specialistiche per evitare condizioni complicanti.
- Prevenire infezioni ricorrenti.
- Favorire gli interventi di riabilitazione respiratoria.
- Garantire presa in carico unitaria della persona con IRC da MNM.
- Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato

### LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE

1. Implementare una carta di rischio respiratorio
2. Incrementare programmi e adottare strumenti che aumentino la consapevolezza sulla patologia
3. Implementare l'Integrazione multidisciplinare e multiprofessionale adottando i PDTA
4. Incrementare programmi che sviluppino l'empowerment del paziente e che rendano i professionisti sanitari e non sanitari consapevoli dell'importanza dell'aderenza sia farmacologica che tecnologica individuando strumenti che facilitino la compliance
5. Strutturare in maniera appropriata l'assistenza domiciliare (ossigenoterapia e ventiloterapia) ponendo attenzione alle cure di fine vita
6. Sperimentare modelli di strutture intermedie rispondenti a criteri strutturali, operativi, organizzativi, omogenei a livello nazionale
7. Implementare la riabilitazione respiratoria
8. Mettere a regime i modelli basati su sistemi di monitoraggio a distanza (telemedicina)
9. Sensibilizzazione e formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di IRC e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/specialistiche per evitare condizioni complicanti.
10. Potenziare l'assistenza domiciliare e prevedere programmi di addestramento del caregiver
11. Favorire la valutazione del funzionamento della persona (ICF) con approccio biopsicosociale.

# BPCO e IRC

## Piano Nazionale della Cronicità



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

15 FEBBRAIO 2016

### RISULTATI ATTESI

- Aumento della popolazione curata a domicilio, anche attraverso forme di teleassistenza
- Riduzione delle ospedalizzazioni

### INDICATORI

- % di popolazione con BPCO grave e IRC curata a domicilio rispetto alla popolazione affetta da BPCO grave e IRC.
- % di popolazione con BPCO grave e IRC inserita in programmi domiciliari che abbia avuto necessità di una o più ospedalizzazioni.
- % di popolazione con BPCO grave e IRC ospedalizzata e dimessa (SDO) rispetto al trend dell'anno precedente

## Progetti per la Prevenzione del Tabagismo e delle patologie fumo correlate

- ✓ Prevenzione del tabagismo rivolta ai giovani.
- ✓ Prevenzione del Tabagismo nella popolazione generale per intervento dei MMG e degli altri operatori della salute.
- ✓ Servizi per la cessazione del fumo/Centri Antifumo.
- ✓ Luoghi di lavoro liberi dal fumo (comprensivo del sottoprogramma "Ospedali e servizi sanitari senza fumo").

Lo specialista Pneumologo Ospedaliero, ha bisogno di essere integrato in un'unità specializzata al fine di avere piena conoscenza di tutti gli aspetti e mantenere la gestione diretta anche delle emergenze.

Per questo

le Unità di Pneumologia dovrebbero essere parte integrante delle Cure Intensive e non far parte dei reparti di Medicina, con un ruolo cruciale nelle attività di Cure Non Invasive Respiratorie Intensive (UTIR) e, quindi, di essere riconosciute e promosse a livello regionale e nazionale.