

Dr.ssa Mariagioconda Zotti

UOC Pneumologia

Ospedale S.M. Goretti – ASL Latina

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Latina

CENTRO SOCIO-CULTURALE ANZIANI CSA APS Viale Vittorio Veneto, 22 - Latina

Centro Socio Culturale Anziani APS V. Veneto in collaborazione con l'ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Latina organizzano:





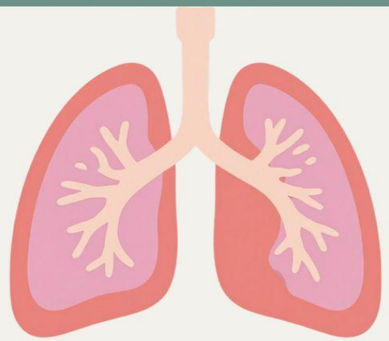
BPCO (Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva)

29 MAGGIO 2026
16-17:30
(presso Aula Falcone)

A cura della:

Dott.ssa M. Zotti

(Pneumologa Ospedale Santa Maria Goretti Latina)



IL CONSIGLIO DIRETTIVO DEL C.S.A. V.Veneto di Latina

La BPCO è una **malattia respiratoria cronica prevenibile e trattabile**; variabilmente associata a significativi effetti extrapolmonari e comorbilità, specie cardiovascolari, che possono contribuire alla sua gravità



EPIDEMIOLOGIA



➢La BPCO rappresenta un importante sfida, poiché è una patologia sia trattabile che prevenibile.

➢La BPCO è la terza causa di morte nel mondo e la sua incidenza è destinata ad aumentare nelle prossime decadi per la continua esposizione a fattori di rischio e per l'invecchiamento progressivo della popolazione.

➢In Europa il 5-10 % degli adulti sopra i 40 anni è affetto da BPCO, la prevalenza è maggiore negli uomini: 23 mil di P. con 1,1 mil di ricoveri e 150.000 decessi / per anno

➢In Italia 2,6 milioni di persone sono affette da BPCO. La prevalenza è stimata tra il 4 e 6.7% ; nei paz. >75 anni è del 15 %

HealthSearch Dashboard

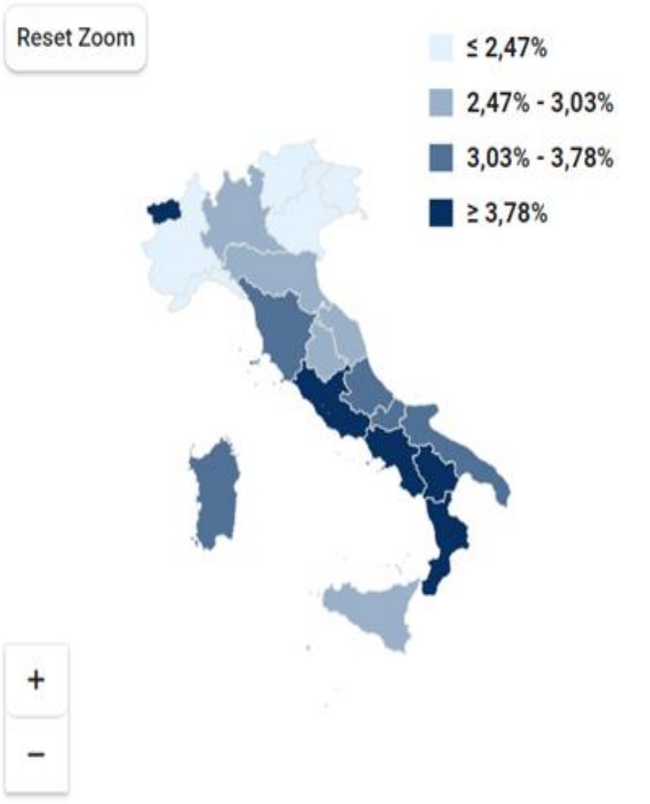
Epidemiologia › BPCO › Prevalenza

- Home
- Panel Ricercatori HS
- Epidemiologia
- Carico di Lavoro
- Impatto della co-morbosità
- Carte del Rischio
- Simulazione scenari di Salute Pubblica
- Modelli HS di predizione
- Richieste dei Ricercatori HS

1 Prevalenza | 2 Incidenza | 3 Trattamento farmacologico

Anno 2018 | Regione | Sesso | Classe di età

Prevalenza "lifetime" - Analisi per regione

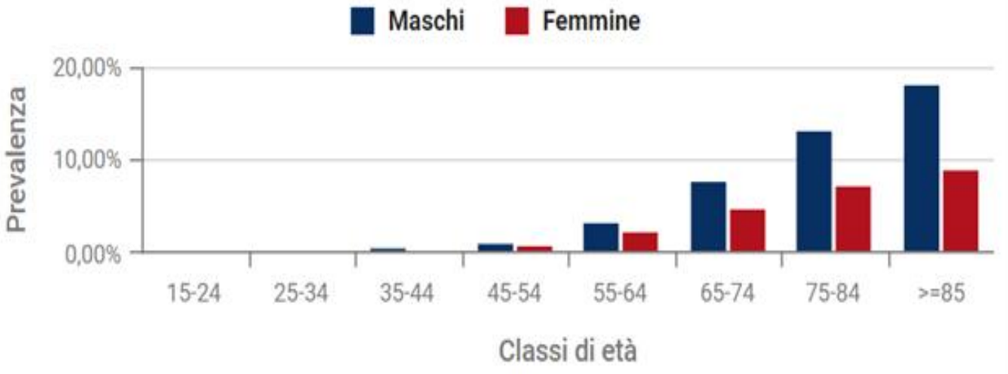


Anno
2018

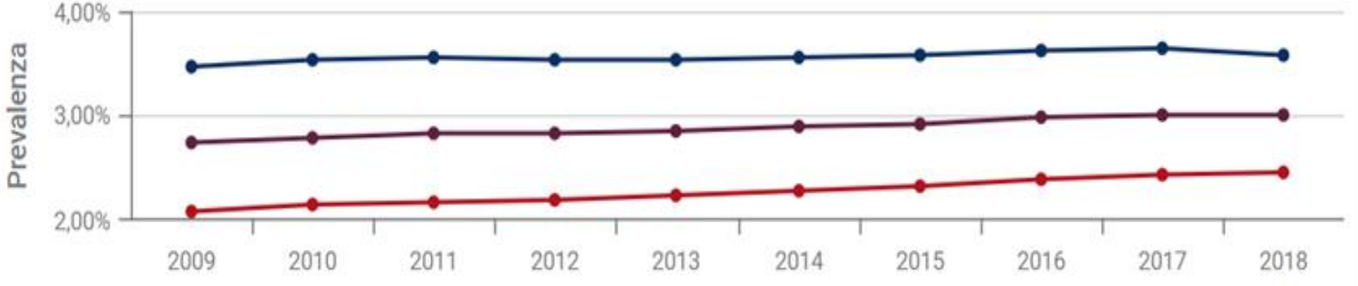
Prevalenza
3,01 %

Pazienti con BPCO
30.500

Prevalenza "lifetime" - Analisi per sesso e classi di età



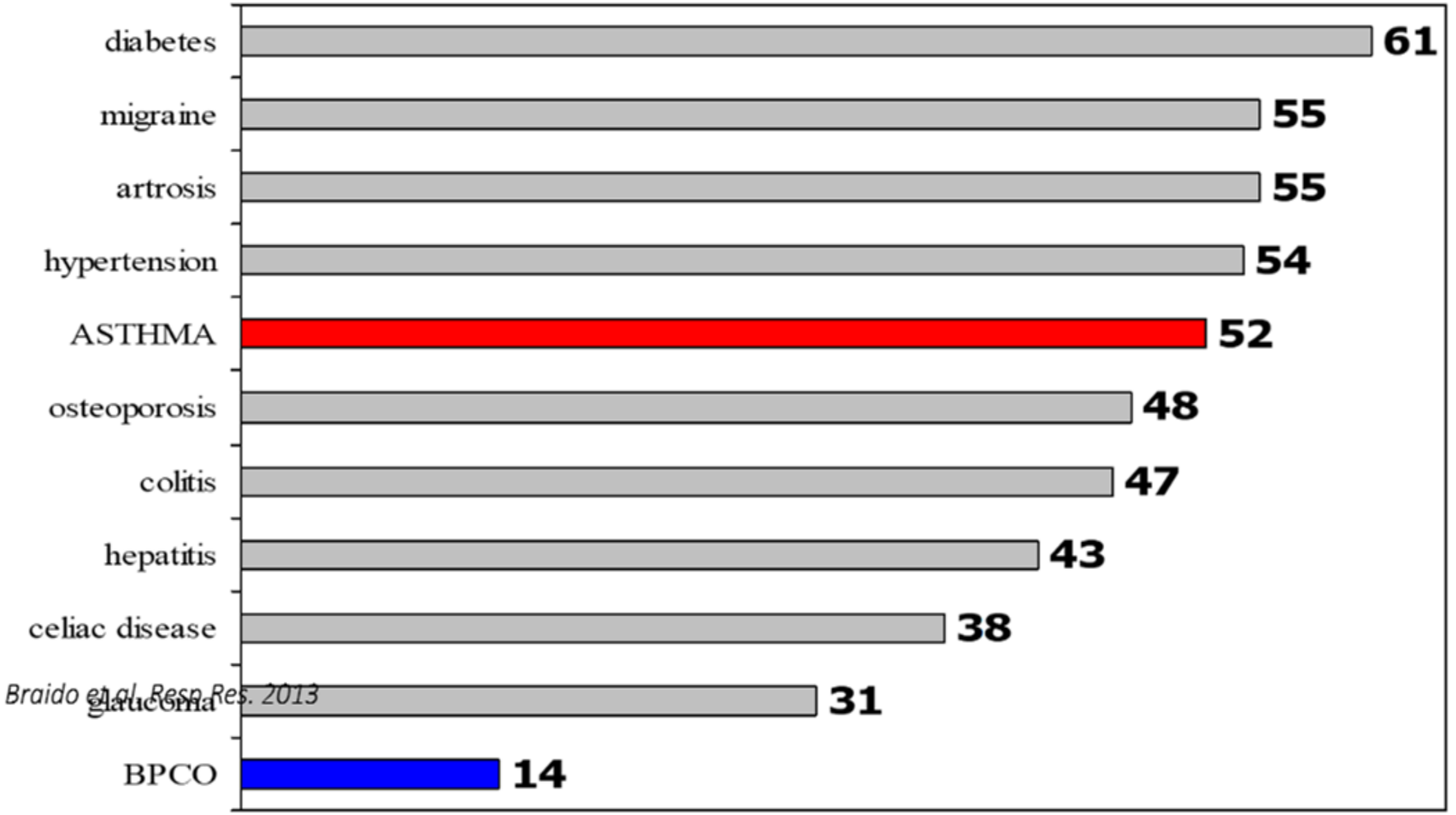
Prevalenza "lifetime" - Analisi per sesso e anno



Consapevolezza dell'esistenza della malattia nella popolazione generale e della sua importanza nella classe medica

Indagine doxa: domanda posta alla popolazione generale:

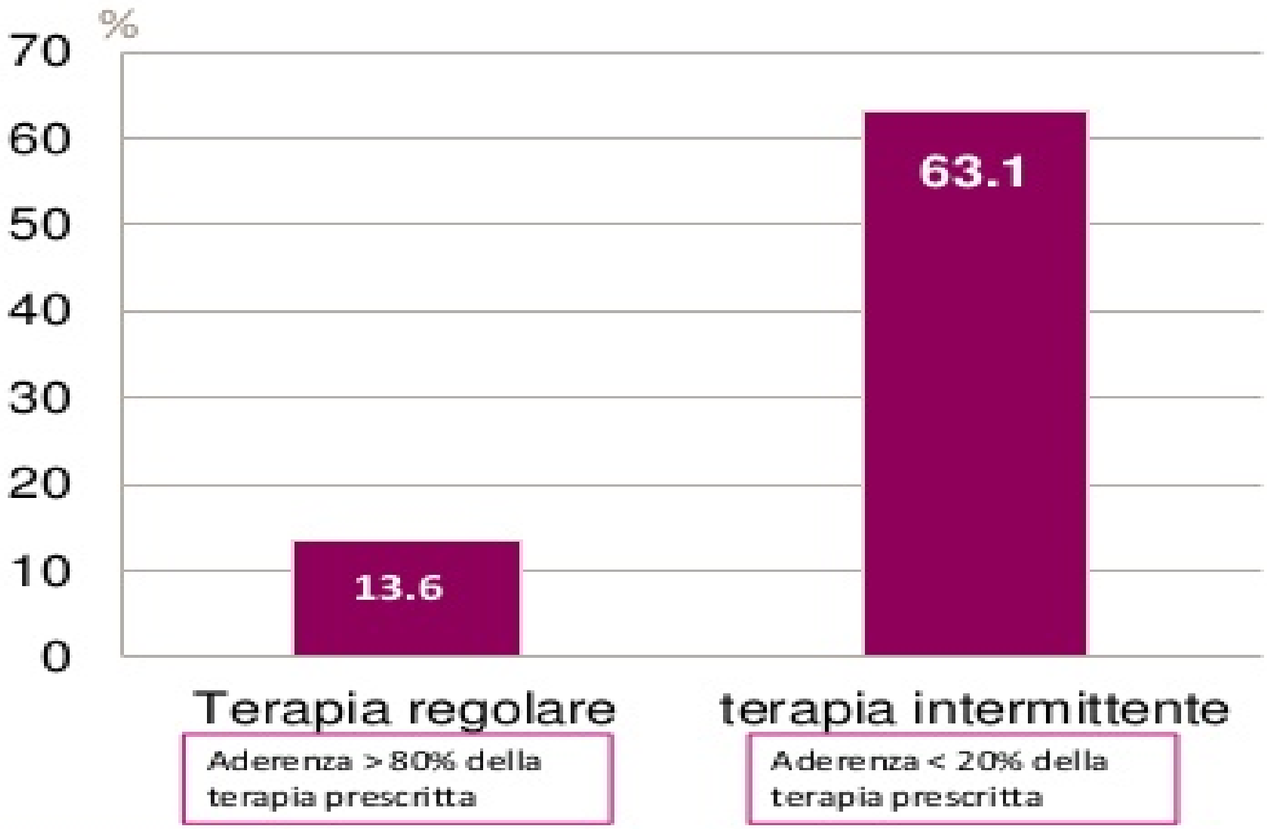
hai mai sentito parlare di questa malattia?



Braido et al. Resp Res. 2013

Scarsa aderenza alla terapia inalatoria in Italia

Prevalenza di pazienti che assumono la terapia inalatoria in modo regolare o intermittente (Rapporto OsMed gennaio 2016)

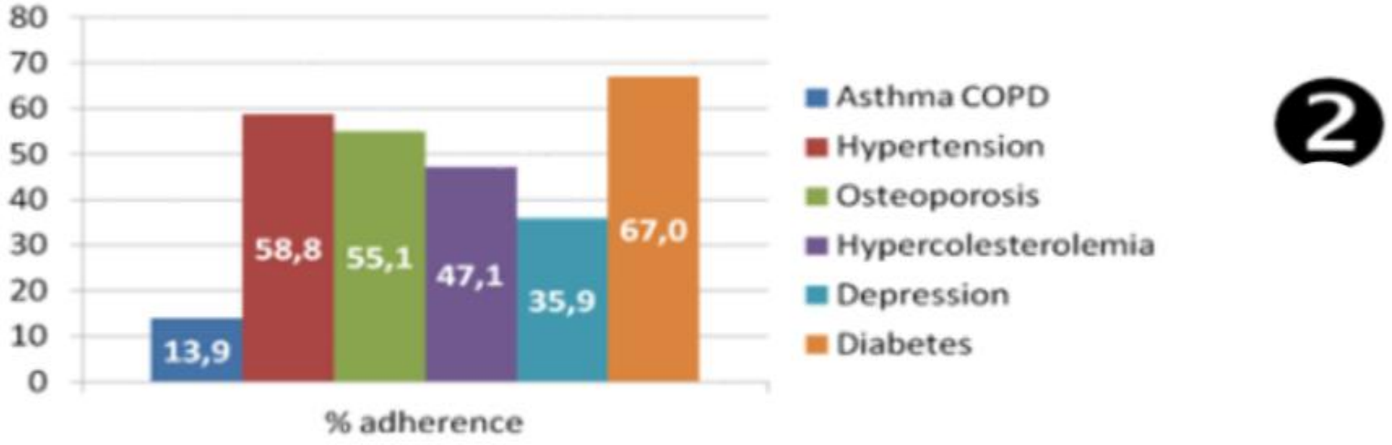




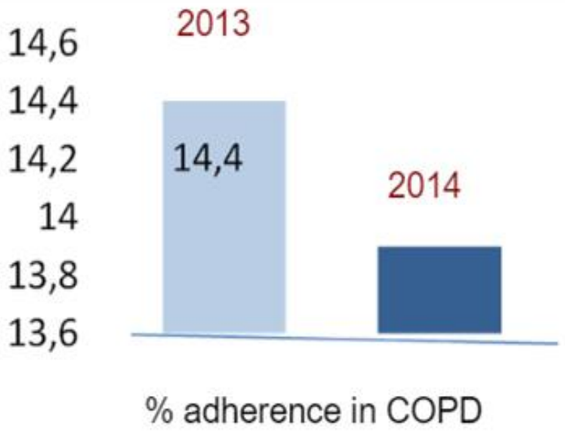
Rapporto OSMed
http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/rapporti-osmed-luso-dei-farmaci-italia

ERS

ADHERENCE TO CHRONIC DISEASES THERAPY 2014



2

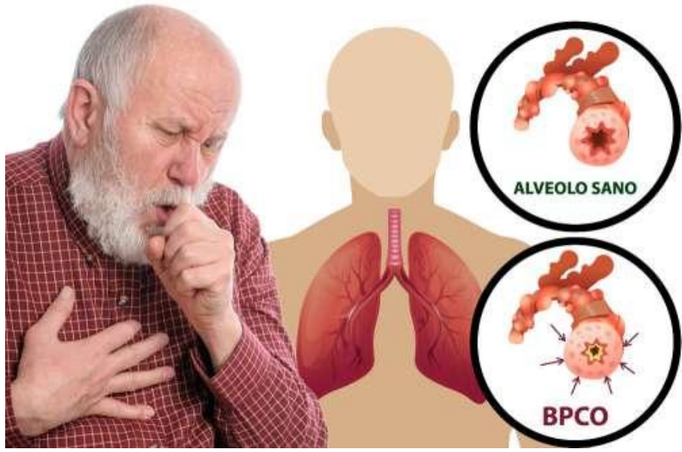


2014
2013

Source : AIFA – Italian Drug Agency
Osmed August 2015

european respiratory society every breath counts

Le alterazioni patologiche della BPCO sono costituite da:

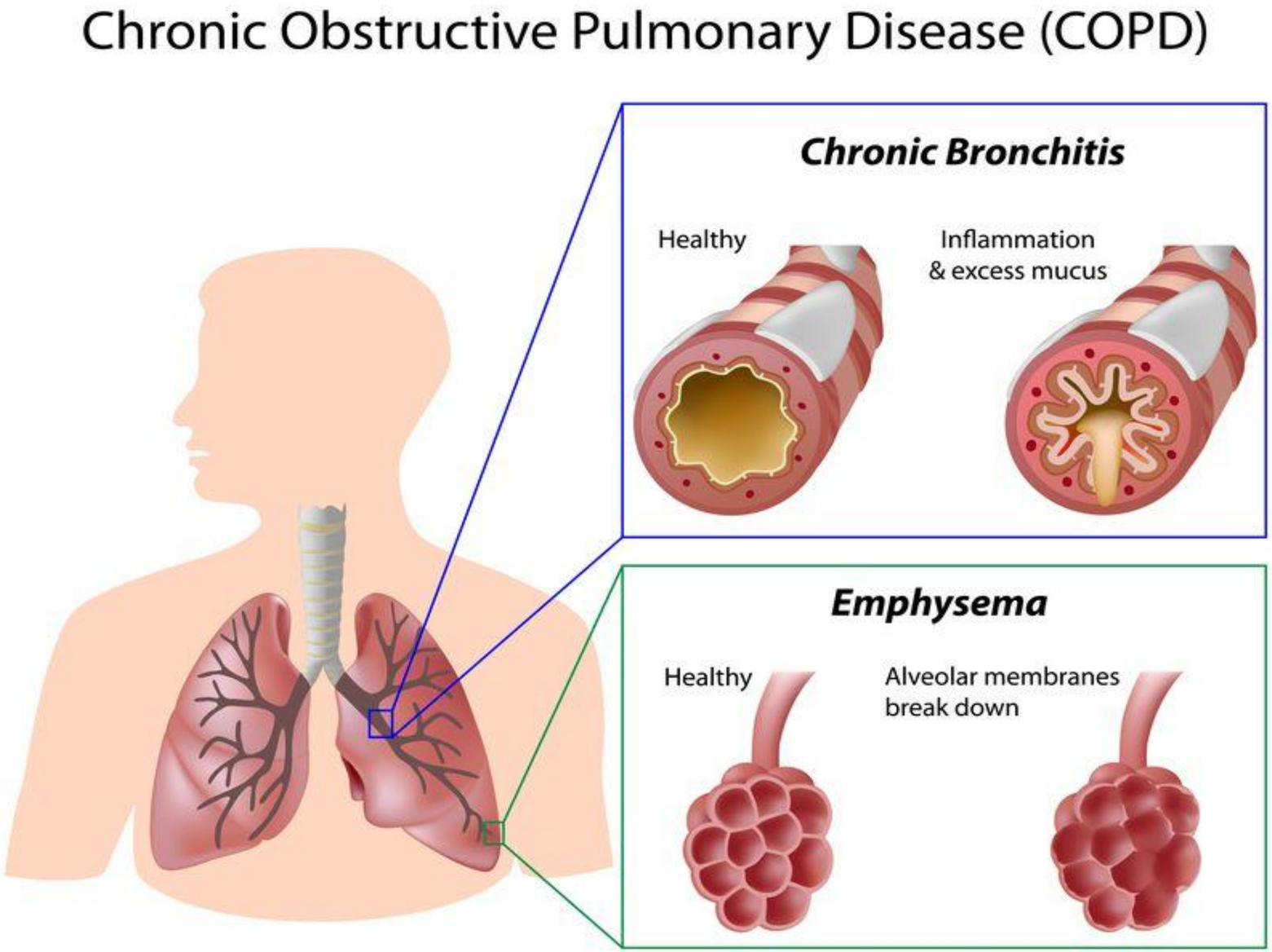


-Rimodellamento delle vie aeree periferiche
-Enfisema

} **OSTRUZIONE AL FLUSSO persistente ed evolutiva**

L’ostruzione, il rimodellamento delle vie aeree periferiche e l’enfisema sono dovuti ad una **abnorme risposta infiammatoria** delle vie aeree, del parenchima polmonare e sistemica all’inalazione di fumo di sigaretta o di altri inquinanti

BPCO


Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)
Chronic Bronchitis
Healthy
Inflammation
& excess mucus
Emphysema
Healthy
Alveolar membranes
break down

BPCO



- I SINTOMI respiratori possono precedere lo sviluppo della limitazione al flusso aereo e possono essere associati con lo sviluppo di eventi respiratori acuti
- Inoltre un significativo numero di fumatori senza una limitazione al flusso aereo ha una malattia polmonare che si può manifestare con enfisema.
- La BPCO è considerata una patologia sistemica poiché coinvolge l'apparato cardiovascolare, causa un aumentato rischio di sviluppare neoplasie polmonari, sindrome metabolica, osteoporosi, depressione.

1.Kim W., Crapo J.,ZhaoH., et al.Comparison between an alternative and the classic definition of chronic bronchitis in CODPGene.Annals of the American Thoracic Society.2015)
2.Rabe, NEJM 356, 851;2007

L’evoluzione naturale della BPCO



CRITICITA’

- Scarsa attenzione alla BPCO come grave problema di sanità pubblica
- Scarsa conoscenza della malattia e delle sue complicanze
- Sensibilizzare i MMG per una **diagnosi precoce** nei soggetti a rischio
- Diagnosi tardiva:
    a) 1\2 dei P. sono over 65 aa
    b) 3°- 4° stadio della malattia
- **59% non hanno una spirometria**
- Cessazione del fumo
- Migliorare l’aderenza alla terapia farmacologica e riabilitativa
- Prevenire le riacutizzazioni: vaccinazioni, attività fisica





Indicazioni alla spirometria

- Sintomi e fattori di rischio non sono di per se diagnostici ma devono essere suggestivi per l'indicazione ad effettuare una spirometria in soggetti >40 anni di età
- La diagnosi deve essere confermata da una sprirometria pre e post-bronchodilatazione
- **La spirometria rappresenta lo strumento diagnostico meglio standardizzato, più riproducibile ed obiettivo; esso costituisce il *gold standard* nella diagnosi e nella valutazione della BPCO**



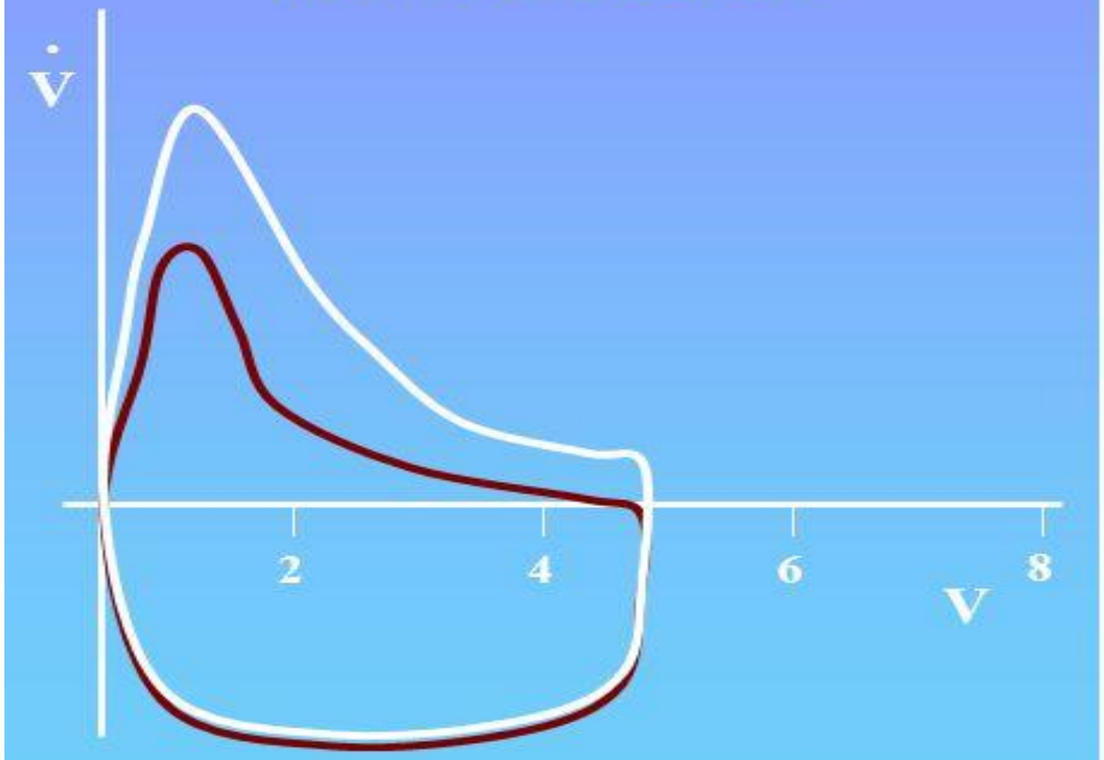
Una diagnosi precoce:



- Riduce perdita di FEV1 (che avviene nelle prime fasi)
- Approccio farmacologico corretto già dalle prime fasi
- Evita rimodellamento anatomico

Test di broncodilatazione o reversibilità

Valutazione della reversibilità dell'ostruzione



Dopo 20' dalla somministrazione di 200-400 mcg di beta 2 agonista o 80 mcg di anticolinergico si rivaluta il VEMS con una manovra di espirazione forzata.
Si possono verificare 3 possibilità:

1. il FEV1 aumenta di > 12% e 200 ml rispetto al basale tornando a valori normali (> 80% del predetto): DEFICIT VENTILATORIO DI TIPO OSTRUTTIVO COMPLETAMENTE REVERSIBILE. (tipica dell'Asma bronchiale)

2. il FEV1 è aumentato del 12% o di 200 ml rispetto al valore basale ma resta < 80% del teorico e VEMS/CVF < 70: DEFICIT VENTILATORIO DI TIPO OSTRUTTIVO PARZIALMENTE REVERSIBILE . (tipico della BPCO parzialmente reversibile)

3. il FEV1 aumenta < 12% o di 200 ml rispetto al valore basale: DEFICIT VENTILATORIO NON REVERSIBILE . (tipico della BPCO non reversibile)

Lung function testing: selection of reference values and interpretative strategies. American Thoracic Society. Am J Respir Crit Care Med 1991; 144: 1202-18

STADIAZIONE

Le linee guida GOLD inizialmente utilizzavano il FEV1 (espresso in % del predetto) per stadiare la gravità della malattia.

Due pazienti con la stessa percentuale di FEV1 possono avere tolleranza allo sforzo e prognosi sostanzialmente diversa.

Il FEV1 esprime solo una componente di gravità della malattia.


PT # 1
58 y
FEV1: 28 %
MRC: 2/4
PT # 4
72 y
FEV1: 34%
MRC: 4/4
PT # 3
69 y
FEV1: 35%
MRC: 3/4
PT # 2
62 y
FEV1: 33%
MRC: 2/4

Cote & Celli

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

L'IMAGING NON È NECESSARIO PER DIAGNOSTICARE LA BPCO

RX e TC torace sono in genere eseguite quando:

- **la causa della dispnea o della tosse è poco chiara (identificare cause alternative)**
- **durante le riacutizzazioni nel sospetto di complicanze (ad es., polmonite)**
- **nei pazienti più gravi per ricercare i segni di enfisema**
- **ricerca di eventuali comorbidità (ad es., cancro del polmone, bronchiectasie, malattia pleurica, interstiziopatia, insufficienza cardiaca)**

TERAPIA



TASK FORCE REPORT
ERS STATEMENT



Statement on smoking cessation in COPD and other pulmonary diseases and in smokers with comorbidities who find it difficult to quit

Carlos A. Jiménez-Ruiz[1], Stefan Andreas[2], Keir E. Lewis[3], Philip Tonnesen[4], C.P. van Schayck[5], Peter Hajek[6], Serena Tonstad[7], Bertrand Dautzenberg[8], Monica Fletcher[9], Sarah Masefield[10], Pippa Powell[10], Thomas Hering[11], Stefano Nardini[12], Thomy Tonia[13] and Christina Gratziou[14]

TABLE 1 Benefits of smoking cessation in chronic obstructive pulmonary disease (COPD)

- È la cosa più efficace per controllare la progressione della BPCO
- Riduce la progressiva riduzione annuale della capacità di espirazione forzata (FEV1)
- Migliora la risposta ai farmaci inalatori (sia broncodilatatori che corticosteroidi)
- Riduce la ricorrenza delle riacutizzazioni
- Riduce le infezioni bronchiali

FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI

Fumo di tabacco

Il 40-50% dei fumatori, che continua a fumare per tutta la vita, sviluppa BPCO (rispetto a solo il 10% dei non fumatori)

Segni o sintomi di BPCO

↓

40-50% fumatori



FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI

Fumo di tabacco

Nei fumatori diminuzione del FEV1: da 7 a 33 ml/anno → 200 ml/anno

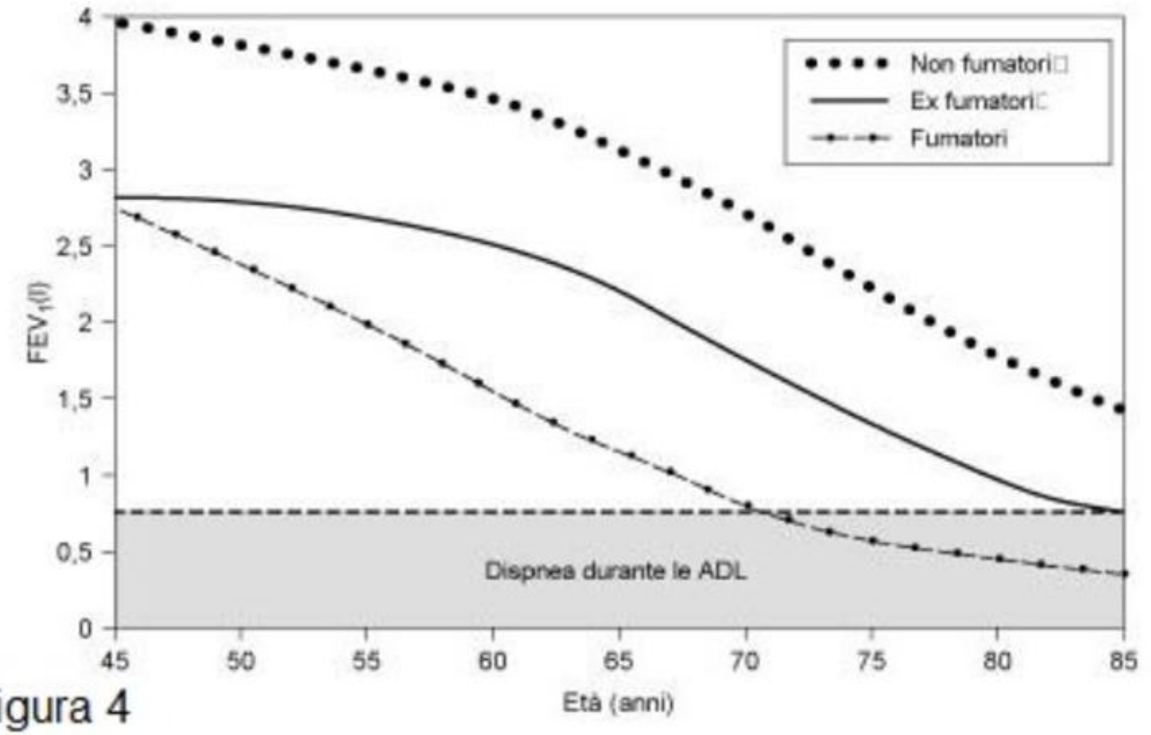


figura 4

da Snider GL: "Chronic obstructive pulmonary disease," in Stein JH, editor: Internal Medicine, ed. 5, St. Louis, 1998, Mosby-Year Book, Inc.;

Prevenzione e terapia di mantenimento

PUNTI CHIAVE:

FUMO

- La cessazione del fumo è fondamentale. La terapia farmacologica e la terapia sostitutiva a base di nicotina aumentano i tassi di astinenza a lungo termine. I divieti imposti dalla legge e la consulenza di professionisti sanitari migliorano il tasso di cessazione.
- L'efficacia e la sicurezza delle sigarette elettroniche, come aiuto per smettere di fumare, al momento non sono comprovate.

VACCINAZIONI

- La vaccinazione anti-influenzale riduce l'incidenza di infezioni delle basse vie respiratorie.
- La vaccinazione anti-pneumococcica riduce le infezioni delle basse vie respiratorie.

© 2019 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

Tante possibilità di scelta













SUCCESSO DELLA TERAPIA INALATORIA

- Target ben definito
- Farmaco idoneo
- Sistema di somministrazione del farmaco ottimale (dispositivo e formulazione)
- ADDESTRAMENTO DEL PAZIENTE AL CORRETTO UTILIZZO DEL DISPOSITIVO

Fornire una formazione all' uso corretto degli inalatori

Scelta

- Scegliere un device appropriato prima della prescrizione. Tenere in considerazione le varie opzioni terapeutiche, la presenza di artrite, le capacità del paziente e i costi. Per ICS con pMDI, prescrivere anche uno spacer
- Evitare più tipologie di inalatori se possibile

Controllo

- Controllare la tecnica in ogni occasioni– "*Mi può mostrare come usa l'inalatore*?"
- Riconoscere gli errori specifici per ogni tipo di device

Correzione

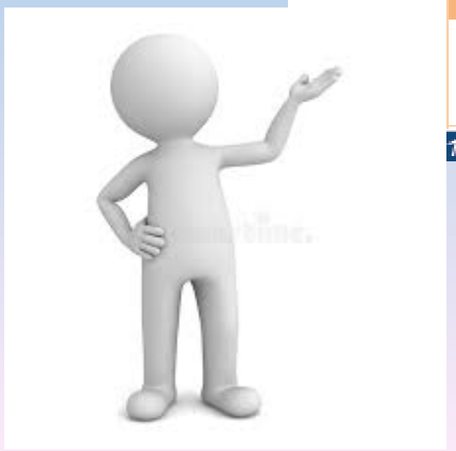
- Mostrare al paziente come va usato il device
- Controllare di nuovo (almeno 2-3 volte)
- Ricontrollare frequentemente la tecnica inalatoria visto che gli errori si ripetono spesso entro 4-6 settimane

Conferma

- Sai mostrare la tecnica d'uso corretto degli inalatori che prescrivi?
- Una breve formazione tecnica migliora il controllo dell'asma

15, Box 3-11

© Global Initiative for Asthma





Respiratory Medicine CME 3 (2010) 125–131

Contents lists available at ScienceDirect

Respiratory Medicine CME

journal homepage: www.elsevier.com/locate/rmedc



CME Article

Choosing inhaler devices for people with asthma: Current knowledge and outstanding research needs☆

John Haughney[a,*], David Price[a], Neil C. Barnes[b], J. Christian Virchow[c], Nicolas Roche[d], Henry Chrystyn[e]

Un’inadeguata tecnica inalatoria può essere associata ad una riduzione fino al 50% della quantità di farmaco che si deposita nel polmone. E’importante scegliere l’inalatore adeguato al paziente

Haughney J et al., Respir Med 2010; 3: 125-131

OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO

- **SINTOMI**
  - ridurre i sintomi
  - migliorare la tolleranza allo sforzo
  - migliorare la qualità della vita



- **RISCHIO**
  - prevenire l’evoluzione della malattia
  - prevenire e trattare le riacutizzazioni

Valutazione dei sintomi

FIGURA 2.3. Valutazione CAT

Per ogni voce riportata sotto, barrare (X) la casella corrispondente che meglio descrive al momento le vostre attuali condizioni. Assicurarsi di selezionare solo una risposta per ogni domanda.

Esempio:	Sono molto contento	0 X 2 3 4 5	Sono molto triste	PUNTEGGIO
	Non ho mai tosse	0 1 2 3 4 5	Tossisco sempre	
	Il mio petto è completamente libero da catarro (muco)	0 1 2 3 4 5	Il mio petto è tutto pieno di catarro (muco)	
	Non avverto alcuna sensazione di costrizione al petto	0 1 2 3 4 5	Avverto una forte sensazione di costrizione al petto	
	Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale non avverto mancanza di fiato	0 1 2 3 4 5	Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale avverto una forte mancanza di fiato	
	Non avverto limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	0 1 2 3 4 5	Avverto gravi limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	
	Mi sento tranquillo ad uscire di casa nonostante la mia malattia polmonare	0 1 2 3 4 5	Non mi sento affatto tranquillo ad uscire di casa a causa della mia malattia polmonare	
	Dormo profondamente	0 1 2 3 4 5	Non riesco a dormire profondamente a causa della mia malattia polmonare	
	Ho molta energia	0 1 2 3 4 5	Non ho alcuna energia	
			PUNTEGGIO TOTALE	

Bibliografia: Jones et al. ERJ 2009; 34 (3); 648-54.

► COPD Assessment Test (CAT ™)

L'interpretazione

Punteggio CAT	Impatto della BPCO sulla vita del paziente
> 30	Molto alto
> 20	Alto
10-20	Medio
< 10	Basso

2023

Modified MRC Dyspnea Scale

Table 2.7

PLEASE TICK IN THE BOX THAT APPLIES TO YOU | ONE BOX ONLY | Grades 0 - 4

mMRC Grade 0	mMRC Grade 1	mMRC Grade 2	mMRC Grade 3	mMRC Grade 4
I only get breathless with strenuous exercise ☐	I get short of breath when hurrying on the level or walking up a slight hill ☐	I walk slower than people of the same age on the level because of breathlessness, or I have to stop for breath when walking on my own pace on the level ☐	I stop for breath after walking about 100 meters or after a few minutes on the level ☐	I am too breathless to leave the house or I am breathless when dressing or undressing ☐

Reference: ATS (1982) Am Rev Respir Dis. Nov;126(5):952-6.

© 2022, 2023 Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

▶ ALTRI TRATTAMENTI FARMACOLOGICI



Terapia di integrazione della alfa1-antitripsina

La terapia di integrazione endovenosa può rallentare la progressione dell'enfisema (**Evidenza B**).

Sedativi della tosse

Non sono disponibili dati sul ruolo benefico dei sedativi della tosse nei pazienti con BPCO (**Evidenza C**).

Vasodilatatori

I vasodilatatori non migliorano i risultati clinici e possono peggiorare l'ossigenazione (**Evidenza B**).

TAKE-HOME-MESSAGE

- La BPCO è una patologia prevenibile e curabile che ha un importante impatto sul SSN in termini di costi diretti e indiretti
- I costi maggiori sono attribuibili soprattutto allo scarso controllo della patologia ed alle conseguenti riacutizzazioni
- Controlli periodici anche della corretta assunzione del farmaco e aggiustamento terapeutico (escalation – descalation)
- Come per le molecole, anche i device NON sono tutti uguali
- Educazione comportamentale (fumo, attività fisica, controllo del peso corporeo)






SPORTELLO
ASCOLTO
E
DIALOGO


thank you
danke
謝謝
ngiyabonga
teşekkür ederim
gracias
tapadh leat
спасибо
Баярлалаа
рахмат
dank je
mochchakkeram
dziękuję
sukriya
sagolun
hvala
mauruuru
köszönöm
kiitos
dankie
faafetai lava
vinaka
blagodaram
mersi
barka
welalin
tack
spas
misaotra
matondo
paldies
grazzi
mahalo
хвала
asante
manana
obrigada
tenki
murakoze
djiere dieuf
tau
дякую
mamnun
chnorakaloutioun
gratias ago
gràcies
sulpáy
akun
dankon
aciù
sobodi
dèkuji
mèsi
didi madloba
najis tuke
kam sah hamnida
rahmat
তোমাকে ধন্যবাদ
감사


Parliamone



MAURO DI GIROLAMO - IL TRIONFO DELLA VITA