

Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO)

Healthy Aging
Buone pratiche
raccomandate a tutti
nella prevenzione della
broncopneumopatia
cronica ostruttiva
(BPCO)

**Redazione a cura del Gruppo
di lavoro UPO SoGuD**

*Adattamento per i cittadini
a cura di*

Carmela Rinaldi
Diego Concina
Massimiliano Panella
Patrizia Salvaterra



Gruppo di lavoro UPO SoGuD

Prof. Gianluca Aimaretti

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Prof. Massimiliano Panella

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Prof. Mattia Bellan

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Dott.ssa Carmela Rinaldi

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale; AOU Maggiore
della Carità, Novara

Prof. Francesco Barone Adesi

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Dott. Carlo Smirne

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Dott. Diego Concina

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Dott.ssa Alessandra Vasile

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Dott. Gianmarco Cotrupi

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Prof. Fabrizio Faggiano

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Prof. Mario Malerba

Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale

Indice

- 4 Perché è importante prevenire la BPCO
- 5 Metodologia

- 6 Quali sono i fattori di rischio
- 6 Fattori di rischio non modificabili
- 7 Fattori di rischio modificabili
- 8 Altri fattori di rischio

- 9 Come valutare il proprio rischio di BPCO
- 9 Percorso di diagnosi della malattia
- 10 Chi gestisce le riacutizzazioni della malattia
- 11 Quali esami eseguire per la conferma della diagnosi

- 14 Come prevenire la BPCO
- 14 Smettere di fumare
- 15 Il ruolo dei professionisti sanitari
- 16 Gli interventi non farmacologici
- 17 Se non si vuole smettere di fumare
- 17 Gli interventi farmacologici
- 19 Ridurre l'esposizione a sostanze inalabili irritanti

- 20 Cosa fare dopo
- 20 Supporto multidisciplinare
- 20 Piano di self-management
- 21 Piano di follow-up

- 22 Bibliografia

Perché è importante prevenire la BPCO

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'OMS (in inglese, *World Health Organization* o WHO) (<https://www.who.int/>) ci dice che la popolazione mondiale dei paesi più evoluti ha oggi un'aspettativa di vita molto più estesa rispetto alle generazioni precedenti. Tuttavia l'aumento della quantità di vita spesso non si accompagna ad un pari aumento della qualità di vita: in sintesi, **non è detto che vivere più a lungo voglia anche dire vivere in buona salute.**

Spesso il peggioramento delle condizioni di salute legato all'età è conseguente alla graduale perdita di autonomia e autosufficienza, a sua volta causata da malattie spesso prevenibili.

Secondo il *Global Burden of Disease Study*, riferito al periodo pre-COVID, una causa importante di invecchiamento patologico

sono **le malattie croniche respiratorie**, che incidono a livello mondiale per il 7,13%. Queste malattie

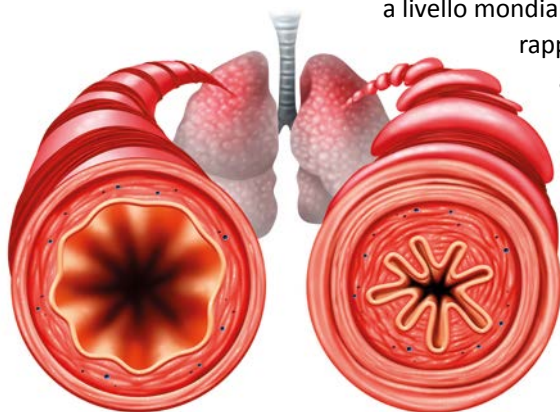
rappresentano la terza causa di morte

al mondo, precedute dalle malattie cardiovascolari e dal cancro. Si calcola che in Italia muoiano circa 30 mila persone a causa di malattie croniche respiratorie, con un aumento del 18% dei decessi rispetto al 1990.

La più frequente fra queste malattie è la **broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)**, che colpisce

il 3,92% della popolazione, circa 6 casi su 100 abitanti. In termini di mortalità, la BPCO rappresenta la **quarta causa di morte al mondo.**

In Italia sono circa 450 mila le persone affette da BPCO, ovvero il 4,96% della popolazione. I pazienti affetti da BPCO restano in ospedale più a lungo – si calcola una media di 9,4 giorni – spesso



anche per la presenza di altre malattie legate all'età. Inoltre, dai dati raccolti negli ultimi 30 anni, è emerso con evidenza come la BPCO sia una malattia legata sia all'incremento dell'aspettativa di vita, sia all'esposizione continua ad alcuni **fattori di rischio**. È dunque una malattia che **si può prevenire e curare**, ma che allo stato attuale costituisce una sfida per la salute pubblica, in termini di **impatto sociale** e di **peso economico** sui sistemi sanitari e sulle famiglie.

Il **gruppo di esperti dell'Università del Piemonte Orientale** denominato UPO SoGuD ha raccolto alcune raccomandazioni utili per aiutare le persone a prevenire l'insorgere della malattia attraverso la messa in atto di alcuni comportamenti corretti.

Metodologia

Il gruppo di lavoro UPO SoGuD, formato da esperti dell'Università del Piemonte Orientale con competenze in diverse discipline, ha selezionato le raccomandazioni contenute nelle principali Linee Guida internazionali sulla gestione e cura della BCPO, e ne ha identificate in particolare 94 utili per lo sviluppo di un percorso di diagnosi e di prevenzione della malattia. Il metodo di valutazione oggettiva delle raccomandazioni è descritto nel documento **UPO SoGuD Prevention – Summaries of Guidelines upon Diseases Prevention: Methods**. L'elenco completo delle raccomandazioni, di seguito riportate fra parentesi in apice, è contenuto nel documento **UPO SOGuD Prevention: COPD – Summaries of Guidelines upon Diseases Prevention: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (Healthy Aging – Buone pratiche nella prevenzione della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva)**

Quali sono i fattori di rischio

Fattori di rischio non modificabili

I fattori di rischio non modificabili sono quelle condizioni che possono favorire la BPCO, ma su cui non è possibile intervenire. A differenza dei fattori di rischio evitabili, quindi, non possono essere ridotti, ma può essere utile conoscerli per sapere se si è a rischio, e per rivolgersi di conseguenza al proprio medico.

Tali fattori comprendono alcuni **fattori genetici** ed altri **fattori socio-demografici**.



Fattori genetici

Alcuni geni sembrano correlati al peggioramento della funzione polmonare ed al rischio di BPCO.

- Il fattore di rischio genetico più documentato è quello da **deficit alpha-1 antitripsina (AATD)**, il principale inibitore circolante della serina proteasi, associato ad un aumentato rischio di BPCO
- È l'**interazione tra geni ed ambiente** che influenza la predisposizione di una persona alla BPCO. Per esempio è stato osservato un maggior rischio familiare di riduzione del respiro nelle persone che fumano, e sono fratelli di pazienti con BPCO grave.

Fattori socio-demografici

Insieme all'età, il **genere e lo stato socio-economico** sono fattori che possono aumentare il rischio di ammalarsi di BPCO.

- Oggi la **prevalenza e la mortalità** della BPCO **non è più correlata al genere**. Se storicamente la BPCO era ritenuta una malattia prevalentemente maschile, a causa dell'abitudine all'uso di tabacco, oggi le evidenze

suggeriscono che siano le donne a subire maggiormente gli effetti del fumo di tabacco rispetto agli uomini, sviluppando malattie più gravi per quantità equivalente di sigarette consumate

- Lo stato socio-economico è un fattore che può favorire la BPCO: la povertà è associata all'ostruzione del flusso aereo, e uno **stato socioeconomico basso** espone

Fattori di rischio modificabili

I fattori di rischio modificabili sono legati allo stile di vita o alle abitudini, pertanto possono essere evitati.



Esposizioni a particelle nocive

- Il **fumo di sigaretta** è il principale fattore di rischio nelle persone affette da BPCO. I fumatori di sigarette mostrano più anomalie della funzione polmonare, e soprattutto un tasso di mortalità per BPCO maggiore rispetto ai non fumatori. C'è inoltre un rischio legato al fumo, indipendente dal modo in cui si consuma, sia esso tabacco (pipa, sigaro, pipa ad acqua) o marijuana. Anche l'**esposizione passiva al fumo** di sigaretta può contribuire ai sintomi respiratori e alla BPCO, così come **fumare durante la gravidanza** può rappresentare un rischio per il feto, poiché influenza lo sviluppo dei polmoni.
- L'**esposizione professionale** a polveri organiche e inorganiche, agenti chimici e fumi, è un fattore di rischio sottovalutato per la BPCO, che pesa per il 10-20%. Intere categorie di lavoratori considerate a basso rischio – tra cui scultori, giardinieri e magazzinieri – sono a rischio di BPCO indipendentemente dall'essere fumatori o asmatici. L'esposizione professionale a polveri e fumi nell'ambiente di lavoro non è solo associata a una maggiore limitazione del flusso d'aria e a sintomi respiratori, ma anche ad enfisema sia negli uomini sia nelle donne.

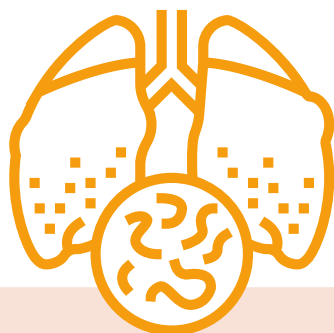
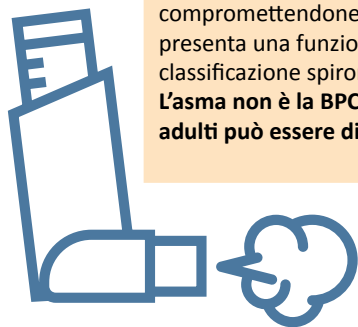
la persona a condizioni di vita – a partire dal periodo di gestazione – che aumentano il rischio di sviluppare la malattia: tra queste, gli inquinanti atmosferici sia interni ed esterni, l'affollamento, le abitudini alimentari non salutari, l'esposizione al fumo e le infezioni polmonari contratte già nella prima infanzia.

Altri fattori di rischio

Asma

È una malattia caratterizzata da un'**infiammazione cronica delle vie aeree**, con sintomi respiratori variabili nell'arco della giornata – stridore inspiratorio, dispnea (difficoltà a respirare), tosse e limitazione al flusso espiratorio. È da considerarsi un disordine che può favorire in futuro un disturbo cronico del respiro, con un rischio 12 volte più alto rispetto ai non asmatici. L'asma contribuisce al declino della crescita polmonare, compromettendone la funzionalità. L'11% dei bambini con asma presenta una funzionalità polmonare compromessa, coerente con la classificazione spirometrica di BPCO nella prima età adulta.

L'asma non è la BPCO, ma talvolta distinguere l'asma dalla BPCO negli adulti può essere difficile per un medico.



Infezioni respiratorie

Gravi infezioni respiratorie nell'infanzia sono associate ad una ridotta funzionalità polmonare, e ad aumentati sintomi respiratori nell'età adulta.

- Le **infezioni polmonari** giocano anche in età adulta un ruolo nelle riacutizzazioni della BPCO, contribuendo all'instaurarsi di circoli viziosi in cui il danno polmonare si autoamplifica. Alcuni studi dimostrano come le persone HIV positive siano a maggior rischio di BPCO.
- La **tubercolosi** è stata identificata come un possibile fattore di rischio per la BPCO, anche se l'Italia è considerato un paese con una bassa presenza di questa malattia. Alcuni studi sostengono che la tubercolosi polmonare possa contribuire all'ostruzione cronica delle vie aeree.

Come valutare il proprio rischio di BCPO

La BCPO è una **malattia cronica che si può prevenire**, causata da una significativa esposizione a particelle nocive o gas, e influenzata da fattori individuali. I **sintomi tipici** sono difficoltà respiratorie persistenti e limitazione del flusso respiratorio per alterazioni delle vie aeree, o anomalie alveolari (enfisema), con periodiche riacutizzazioni (o esacerbazioni). Il principale sintomo è la **dispnea** (mancanza di respiro) **cronica e progressiva**, associata o preceduta da **tosse cronica e grassa**.

Percorso di diagnosi della malattia

In una prospettiva di prevenzione, e in assenza di una politica di screening generale, il gruppo di lavoro UPOSoGuD ritiene che per identificare nella popolazione coloro che possono trarre beneficio dalla prevenzione vanno escluse le persone a cui è già stata diagnosticata la BCPO.

Tuttavia è abbastanza frequente che coloro che hanno ricevuto la **diagnosi di BCPO** non abbiano poi ricevuto **conferma tramite spirometria**, un esame che determina il grado di ostruzione non reversibile delle vie aeree^[02.01] *. La conferma diagnostica di BCPO si ha in presenza di un rapporto FEV1/FVC **<0,7** misurato tramite spirometria, ovvero il rapporto fra volume d'aria massimo espirato in 1 secondo e capacità vitale forzata (indice di Tiffeneau)^[01.03] calcolato in base all'età, al genere, all'altezza e all'etnia della persona, e non reversibile al test di broncodilatazione^[01.03; 02.01].

Spetta al **medico di medicina generale (MMG)** il compito di raccomandare a coloro che non hanno una diagnosi confermata di

* Il riferimento in apice fra parentesi è alla raccomandazione contenuta nel documento *UPO SoGuD Prevention: COPD – Summaries of Guidelines upon Diseases Prevention; Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BCPO). Healthy Aging – Buone pratiche nella prevenzione della Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BCPO)*.

BPCO, e indipendentemente dalla presenza di sintomi compatibili, di misurare il rischio di BPCO, utilizzando una strategia case-finding [04.03; 02.24; 04.05; 04.06].

Sebbene asma e BPCO siano considerate come due malattie differenti – che però talvolta presentano alcuni tratti e sintomi comuni – le persone con asma senza concomitante diagnosi di BPCO possono comunque rientrare nel percorso di diagnosi e prevenzione.

Quando invece la diagnosi di BPCO è confermata tramite spirometria, l'OMS raccomanda che la persona si sottoponga all'**esame per il deficit di alpha-1-antitripsina** [03.35]. Coloro che risultano affetti da deficit di alpha-1-antitripsina dovrebbero essere indirizzati verso un centro specialistico di riferimento [05.17].

Quando gli esami escludono il deficit di alpha-1-antitripsina, la persona con BPCO deve essere controllata per la **presenza di periodiche riacutizzazioni** della malattia.

Chi gestisce le riacutizzazioni della malattia

Durante il decorso della malattia è possibile che si manifestino delle riacutizzazioni, che il MMG può diagnosticare anche senza sottoporre la persona ad ulteriori esami. La **riacutizzazione rappresenta un peggioramento significativo**, superiore alle consuete variazioni quotidiane dei sintomi della BPCO. Fra i sintomi più comuni ci sono il peggioramento della dispnea e della tosse, con aumento o variazione del colore del catarro, talvolta con febbre e dolori diffusi.

Tuttavia, alcune condizioni acute – polmonite, pneumotorace, versamento pleurico, embolia polmonare, edema polmonare cardiogeno, aritmie cardiache etc. – possono non appartenere alla malattia, ed alcuni esami specifici che il MMG, o lo specialista, prescriverà possono essere utili per escluderle.

Se non sono presenti i sintomi tipici delle riacutizzazioni, la persona è indirizzata ad un **piano di follow-up del MMG o di uno specialista pneumologo** per la conferma di diagnosi di BPCO, che preveda anche l'esecuzione della **spirometria**. La spirometria consente anche di verificare l'eventuale progressione della malattia, e di rivalutare la diagnosi nelle persone che mostrano una risposta positiva al trattamento [05.04; 01.21; 05.27; 05.29].



In presenza di sintomi tipici delle fasi acute della BPCO, il MMG valuta di volta in volta la necessità di un **ricovero ospedaliero** della persona, anche in base alla classificazione seguente dei sintomi:

- A. **Lievi:** trattabili con broncodilatatori a breve durata d'azione
- B. **Moderati:** trattabili con broncodilatatori a breve durata d'azione, associati ad antibiotici e/o a terapia orale con corticosteroidi
- C. **Severi:** necessario ricovero ospedaliero o invio in pronto soccorso.

Quando la riacutizzazione non richiede il ricovero in ospedale, il **MMG può impostare una terapia domiciliare**. Tuttavia, se dopo 7–10 giorni non si osserva un miglioramento, è consigliato il ricovero ospedaliero. Se invece la fase acuta viene superata, allora la persona dovrebbe essere sottoposta ad una rivalutazione del grado di severità della malattia tramite spirometria^[01.04].

In ospedale la persona con BPCO è **gestita da un team multidisciplinare** di professionisti sanitari, perché possa ricevere un adeguato trattamento specialistico e integrato^[01.27].

Il team di supporto specializzato dovrebbe prevedere figure quali: internista, pneumologo, cardiologo, endocrinologo, psichiatra, geriatra, personale infermieristico specializzato e terapista occupazionale^[01.20; 01.26; 01.29; 01.25; 01.31]. Superata la riacutizzazione il team multidisciplinare valuterà eventuali modifiche del piano di riabilitazione polmonare e del **piano di self-management (auto-gestione) della malattia, in collaborazione con il MMG**. Alla persona con BCPO dovrebbe essere offerta nuovamente l'opportunità di seguire un percorso per eliminare quei fattori di rischio evitabili, ed essere reinserita in un piano di follow-up per rivalutare il grado di ostruzione tramite spirometria^[01.20; 01.21; 01.24; 01.25; 01.26; 01.29; 01.31; 05.04; 05.27; 05.29].

Quali esami eseguire per la conferma della diagnosi

Nonostante la spirometria sia un test affidabile e riproducibile, non è raccomandato per uno screening di massa^[04.03; 02.24] della malattia, in quanto è difficile diagnosticare stadi precoci o moderati di BPCO^[04.10]. Sappiamo però che la maggioranza delle persone si reca dal MMG almeno una volta all'anno^[01.23]; in questa occasione il medico può effettuare una prima valutazione clinica, e porre alcune semplici domande sulle abitudini della persona per identificare le persone

a rischio^[01.02]. La visita medica dal proprio MMG è considerato il primo gradino del percorso di diagnosi della BPCO. Sappiamo che il principale fattore di rischio per la BPCO è il fumo di tabacco: **circa l'80% delle persone con diagnosi confermata di BPCO è costituito da fumatori o ex fumatori**^[01.01]. La **dispnea da sforzo**, che spesso precede la **tosse cronica e grassa**, rappresenta il **principale sintomo di BPCO**, ed è il motivo che spinge la persona a cercare l'aiuto del medico^[04.08]. Le persone tendono infatti a rivolgersi al medico quando ormai i sintomi della BPCO influenzano negativamente la vita quotidiana; spesso però tali sintomi in forma lieve sono già presenti prima dello sviluppo della difficoltà respiratoria^[05.07], e questo può contribuire ad un ritardo nella diagnosi^[01.19].

Le persone che rientrano in uno dei tre casi seguenti sono da considerare **a rischio di BPCO**:

- A. abitudine al **fumo**, calcolata come numero di pacchetti di sigarette fumate per anno, ovvero numero di sigarette al giorno diviso 20, e moltiplicato per il numero di anni di uso di tabacco^[05.33].
- B. esposizione a **fattori inalatori irritanti** – fumo passivo, fumi o sostanze chimiche in ambiente di lavoro, inquinanti ambientali interni od esterni – e **infezioni croniche** delle vie aeree^[04.02].
- C. segni di **enfisema o malattia cronica delle vie aeree**, anche in assenza di sintomi, visibili con radiografia del torace (RX) o tomografia computerizzata (CT scan).

La spirometria è raccomandata a tutte le persone a rischio di BPCO per valutare la presenza o assenza di limitazione al flusso respiratorio e il grado di severità^[01.21; 01.23; 02.23; 04.04; 05.01; 05.02; 05.04; 05.07; 05.12; 05.13; 05.14; 05.13; 05.27; 05.28; 05.29].

La spirometria deve quindi essere eseguita sia per diagnosticare la malattia, ma anche per monitorare l'eventuale progressione della malattia, o per rivalutare la diagnosi nelle persone che mostrano una risposta positiva al trattamento^[05.04; 01.21; 05.27; 05.29]. Prima di procedere con la spirometria, tutte le persone considerate a rischio di BPCO dovrebbero



eseguire i seguenti esami [01.21; 01.23; 02.23; 04.04; 05.01; 05.02; 05.04; 05.07; 05.12; 05.13; 05.14; 05.13; 05.27; 05.28; 05.29; 05.15]:

- **calcolo del BMI**
- **emocromo completo** per identificare anemia o policitemia a cui far seguire una **visita** per accertare la presenza dei seguenti sintomi tipici, in particolare nelle persone sopra i 35 anni, per una probabile diagnosi di BPCO:
 - *tosse cronica* – intermittente e con respiro sibilante – o *tosse con catarro*, e frequenti infezioni delle vie aeree, come le bronchiti nella stagione invernale
 - *dispnea* sotto sforzo, che peggiora e aumenta quando lo sforzo fisico si intensifica.

La diagnosi può invece essere di **BCPO grave** in presenza di questi ulteriori sintomi:

- dimagrimento non voluto
- scarsa resistenza all'attività fisica
- apnee notturne
- gonfiore (edema) delle gambe
- debolezza generale (astenia)

Coloro che non mostrano i sintomi di cui sopra sono comunque adatti ad un intervento di prevenzione per eliminare i fattori di rischio evitabili per la BPCO, e il MMG programmerà un piano di follow-up.

I casi sospetti e non trattati di BPCO possono essere distinti dai casi d'asma in base alla storia clinica della persona condivisa durante la prima visita, ed a sintomi e disturbi tipici della malattia [05.19; 04.09].

Di fronte ad alcuni sintomi – per esempio, dolore toracico persistente o catarro con presenza di sangue o pus – il medico potrà prescrivere **ulteriori esami per escludere altre malattie** [01.06; 05.15; 05.16]:

- coltura del catarro per identificare la causa
- radiografia del torace
- elettrocardiogramma, peptide natriuretico ed ecocardiogramma
- dosaggio della alpha-1-antitripsina
- diffusione alveolo-capillare del monossido di carbonio (DLCO).



Come prevenire la BPCO

In termini di prevenzione, il gruppo di lavoro UPO SoGuD raccomanda che tutte **le persone non a rischio di BPCO**:

- A. mantengano gli **stili di vita sani** che hanno adottato, per ridurre il carico sul sistema sanitario determinato dalle malattie croniche non trasmissibili causate da abitudini non salutari
- B. siano inserite in un **piano di follow-up** volto a controllare il mantenimento degli stili di vita salutari, e a diagnosticare la BPCO nel caso compaiano i primi sintomi^[01.16; 01.22; 01.23; 02.21; 02.22; 03.07; 03.06; 04.23; 05.119].

Smettere di fumare

Essendo **l'abitudine al fumo il principale fattore di rischio** per la BPCO^[01.01; 03.05], le raccomandazioni del gruppo di lavoro UPO SoGuD sono indirizzate in particolare ai fumatori attivi, con l'obiettivo di aiutarli a smettere di fumare, ma **si rivolgono anche ai non fumatori** – che possono essere esposti al fumo passivo – per fornire loro consigli su come evitarlo^[04.19].

In presenza di una persona esposta al fumo passivo, l'intervento sarà indirizzato direttamente ai fumatori attivi, affinché ricevano consigli, informazioni e interventi per smettere di fumare e ricevere trattamenti specialistici, basati sulle evidenze presenti nelle linee guida relative a questa problematica^[05.93; 05.37].

Va considerato che smettere di fumare non è un evento singolo, bensì un processo che si sviluppa nel tempo, e si inserisce in un **percorso di cambiamento articolato in 5 fasi**:

1. **pre-contemplazione** – il fumatore non è intenzionato a smettere
2. **contemplazione** – il fumatore sta prendendo in considerazione l'ipotesi di smettere di fumare ma è ancora insicuro
3. **preparazione** – il fumatore sta programmando di smettere di fumare a breve termine



4. **azione** – il fumatore smette di fumare
5. **mantenimento** – il fumatore continua a non fumare ma sono pur sempre possibili delle ricadute, ed i consigli forniti devono essere personalizzati in base allo stadio in cui la persona si trova.

È utile sapere che smettere di fumare:

- preserva la funzionalità polmonare o può far migliorare una funzione polmonare già compromessa^[04.01]
- migliora la sopravvivenza^[02.03]
- rallenta il declino funzionale indipendentemente dal grado di severità della malattia
- migliora entro certi limiti il tono dell'umore
- non favorisce il deterioramento mentale
- non aggrava malattie come la depressione, la schizofrenia o il disturbo da stress post-traumatico.

Il ruolo dei professionisti sanitari

Va riconosciuto che, a livello comunitario, il controllo del consumo di tabacco necessita di un'ampia strategia di politica pubblica coordinata ed integrata, affinché risulti efficace nel promuovere la salute e favorire l'accesso ai servizi per interrompere l'abitudine al fumo, soprattutto di tabacco^[06.10]. Sono dunque necessari, insieme agli interventi dei professionisti sanitari mirati alla singola persona, diversi programmi di disseminazione delle informazioni attraverso i media, e di educazione sanitaria nelle scuole e nei luoghi di lavoro^[06.10]. L'efficacia degli interventi per smettere di fumare è dimostrata in entrambi i generi, in tutti i gruppi etnici e nelle donne in gravidanza, e il rapporto costo-efficacia dipende dall'intensità dell'intervento.

La maggioranza delle persone che cercano assistenza per smettere di fumare considera **il proprio MMG** come



una **figura di riferimento**. Insieme agli altri professionisti sanitari, il MMG riveste un ruolo essenziale nel **motivare la persona a smettere di fumare più velocemente**^[03.05; 01.22]. Il fumatore sarà identificato dal MMG, o dagli altri professionisti sanitari, per essere informato sui servizi territoriali disponibili, o sui trattamenti utili per risolvere la dipendenza da nicotina. I depliant e i documenti sui danni del fumo resi disponibili in sala d'attesa, o il counseling breve offerto dal personale sanitario in occasione delle visite^[06.02], sono pratiche e strumenti che possono facilitare l'interruzione dell'abitudine al fumo, e che si associano ad un maggior successo. A causa della dipendenza da nicotina potrebbe essere necessario anche un supporto comportamentale e farmacologico.

Gli interventi non farmacologici

In aggiunta ai divieti di fumo imposti dalla legge^[03.05], alcuni interventi non farmacologici sono raccomandati a tutti i fumatori attivi^[01.11; 06.10]:

- servizi di supporto telefonico^[06.10]
- interventi nelle scuole^[06.10]
- supporto comportamentale individuale o di gruppo^[06.01]
- Counseling individuale motivazionale breve^[06.01] per ricevere sostegno, aderire al trattamento o sviluppare un piano per smettere di fumare, e ricevere consigli sulla gestione del proprio peso.

Attualmente è considerata una buona pratica **la strategia delle 5 A** (Ask, Assess, Advise, Assist, Arrange) che prevede una serie di domande poste dal proprio MMG:

- **Ask**: la persona fuma?
- **Assess**: qual è il grado di dipendenza di nicotina? C'è l'intenzione a smettere di fumare?
- **Advise**: la persona è informata sui rischi tabacco-correlati e benefici connessi con la cessazione, e conosce le opzioni disponibili?
- **Assist**: la persona è inserita in un percorso terapeutico che può includere specifiche informazioni su interventi farmacologici, oppure su altri programmi per smettere?
- **Arrange**: la persona è indirizzata ad un piano di follow-up?

Altre risorse disponibili

I Centri AntiFumo (CAF) in Italia sono 292 (dato aggiornato al 2019), ma esistono altre risorse disponibili, sia telefoniche che web-based:

- in Italia il **Telefono Verde contro il Fumo** (TVF) 800-554088, o Quitline SOS LILT 800-998877
- alcuni programmi online internazionali come **QuitCoach** (<http://www.quitcoach.org.au/>); **iCanQuit** (www.icanquit.com.au); **NHS Smoke free** (<https://www.nhs.uk/better-health/quit-smoking/>); **Mobile health (mHealth) for tobacco control** (<https://www.who.int/tobacco/mhealth/en/>)
- alcuni servizi di messaggistica come **QuitTxt** (www.quitcoach.org.au/QuitTextInformation.aspx) e **StopSmoking London** (<https://stopsmokinglondon.com/professional>).

Se non si vuole smettere di fumare

Coloro che non vogliono, o **non si sentono pronti a smettere di fumare**, devono essere consapevoli che ^[06.09; 05.13]:

- smettere di fumare riduce il rischio di sviluppare malattie collegate al fumo, o di aggravare quelle su cui ha già un impatto
- c'è un rischio di sviluppare malattie polmonari in futuro
- il riscontro di un eventuale enfisema dopo la CT scan, anche se eseguita per altri motivi, rappresenta un fattore di rischio indipendente per lo sviluppo di tumori polmonari

Va ricordato inoltre che quasi tutti i fumatori hanno interesse a smettere di fumare, e molti sono scoraggiati da tentativi non andati a buon fine negli anni passati: circa il 40% dei fumatori ha tentato di smettere di fumare almeno una volta nella vita.

Gli interventi farmacologici

Nonostante questa tipologia di intervento esuli dagli obiettivi del percorso diagnostico preventivo, il gruppo di lavoro UPO

SoGuD concorda con le raccomandazioni che indicano come opportuno offrire alle persone fumatrici di età superiore ai 12 anni – che vogliono smettere di



Le sigarette elettroniche

Le sigarette elettroniche non rientrano tra i farmaci venduti sotto licenza, e sono regolate dalle norme sul tabacco e prodotti correlati dal 2016.

L'associazione tra fumo tradizionale e sigarette elettroniche è da evitare perché dannosa per la salute. Secondo una recente revisione sistematica pubblicata dalla *Cochrane Collaboration* lo scorso Aprile 2021, le evidenze a favore dell'efficacia delle sigarette elettroniche contenenti nicotina, a confronto con le sigarette elettroniche prive di nicotina, o con la terapia sostitutiva con nicotina, sono ancora moderate. Inoltre non ci sono ancora conclusioni robuste in relazione agli effetti avversi: sono pertanto necessari ulteriori studi.



fumare – terapie sostitutive con nicotina a breve o lunga durata d'azione^[06.06].

Il trattamento farmacologico raccomandato per ottimizzare i tassi di astinenza dal fumo è vareniclina o bupropione, secondo i casi e salvo controindicazioni, in combinazione con programmi di supporto appropriati, di gruppo o individuali^[05.36; 06.01; 06.04; 06.03]. Nel caso

si concordi di ricorrere all'uso di terapie farmacologiche, la persona deve smettere di fumare entro 2 settimane dall'inizio del trattamento^[06.05]. Per l'uso appropriato di queste tipologie di trattamenti farmacologici si rimanda alle linee guide specifiche^[05.38]. Va inoltre ricordato che, proprio in considerazione della possibilità che una persona riprenda a fumare, lo status di fumatore/non fumatore verrà rivalutato durante ogni visita.^[01.22]

Ridurre l'esposizione a sostanze inalabili irritanti

L'inquinamento esterno e interno, insieme all'esposizione a sostanze inalabili irritanti nell'ambiente di lavoro, costituiscono – dopo il fumo di tabacco con il quale possono interagire – i fattori di rischio più importanti, e potenzialmente prevenibili, responsabili della BPCO.

Essendo noto il pericolo di sviluppare malattie respiratorie croniche in relazione all'esposizione ai **fumi da combustibili fossili**, la

Fumare nell'ambiente di lavoro

L'intervento di prevenzione della BPCO causata dal fumo si estende anche all'ambiente di lavoro. I lavoratori dovrebbero ricevere informazioni dal MMG e dai professionisti sanitari su quali servizi sono disponibili a livello locale per il supporto alla decisione di smettere di fumare, e su come accedervi nel rispetto dei propri bisogni e preferenze individuali. L'accesso ai servizi dovrebbe essere consentito durante gli orari di lavoro senza perdita di stipendio. Dove non presenti, in collaborazione con lo staff e i rappresentanti sindacali, i professionisti sanitari potrebbero promuovere lo sviluppo di politiche per la creazione di ambienti dove non si fuma (smoke-free)^[06.07; 07.01; 07.02; 07.03].

riduzione del loro uso è cruciale per ridurre la prevalenza della BPCO^[03.17], e per questo un intervento incisivo di prevenzione e di cambiamento culturale richiede l'azione congiunta e sinergica dei singoli, dei professionisti sanitari e delle politiche di sanità pubblica^[03.17].

Il gruppo di lavoro UPO SoGuD concorda pertanto nell'avvisare le persone a ridurre l'esposizione a potenziali sostanze irritanti ovunque sia possibile^[03.18; 04.20].

Nell'ambiente domestico una **ventilazione efficace** e l'uso di piani di cottura non inquinanti sono interventi fattibili e raccomandati^[03.17].



Cosa fare dopo

Il MMG dovrebbe collaborare con un team multidisciplinare di supporto per migliorare la qualità di vita della persona con BPCO, inserendola in un **piano di follow-up** e aiutandola ad **eliminare i fattori di rischio evitabili**.

Supporto multidisciplinare

La persona con BPCO ha bisogno di essere seguita in modo integrato^[01.27] da un team di supporto multidisciplinare, che dovrebbe prevedere figure specialistiche quali l'**internista**, lo **pneumologo**, il **cardiologo**, l'**endocrinologo**, lo **psichiatra**, il **geriatra**, l'**infermiere specializzato**, il **terapista occupazionale** e il **fisioterapista** per la riabilitazione respiratoria e il corretto esercizio fisico^[01.11; 01.20; 01.25; 01.26; 01.28; 01.29; 01.31; 01.36; 01.35].

I **nutrizionisti** e i **dietisti** hanno un ruolo centrale nella gestione dei problemi legati alla perdita di peso o all'obesità nei pazienti con BPCO^[01.34], in collaborazione con i **logopedisti** per l'identificazione precoce e la gestione della difficoltà a deglutire (disfagia)^[01.32]. In aggiunta, a supporto delle persone con BPCO e dei loro familiari dovrebbero essere coinvolti gli **assistenti sociali**^[01.30].

Piano di self-management

Il piano di self-management della malattia - sia nei momenti di routine che durante la gestione delle riacutizzazioni - deve includere alcuni **interventi educativi** e di **tipo cognitivo-comportamentale**, che possono contribuire a migliorare la propria qualità di vita e ridurre l'ospedalizzazione. Come componenti del piano di self-management **non è indicata la telemedicina**, poiché non migliora la qualità di vita, non riduce i ricoveri ospedalieri e aumenta i costi^[05.160; 03.59].

Una recente revisione sistematica, pubblicata in Aprile 2021 dalla *Cochrane Collaboration* per valutare l'efficacia della tecnologia

digitale – telefonia mobile e applicazioni per smartphone – per la gestione della BPCO negli adulti ha stabilito che, in base alle evidenze, gli effetti su alcuni comportamenti – quali attività fisica, smettere di fumare, gestione del peso, self-management, qualità di vita, dispnea e riacutizzazioni – sono incerti, e pertanto sono necessari ulteriori studi.

Piano di follow-up

La persona con BCPO verrà inserita dal MMG, con il supporto del team multidisciplinare, in un **piano di follow-up ovvero una serie di controlli durante e dopo il percorso di cura** mirato all'identificazione del momento più opportuno per ripetere la spirometria, sulla base del monitoraggio dei sintomi^[01.20; 01.23; 01.22].

Alla persona con BPCO si raccomandano le **vaccinazioni anti-influenzale e anti-pneumococcica**, che possono ridurre sia le complicazioni gravi a carico delle basse vie respiratorie, con conseguente ospedalizzazione, sia la mortalità^[03.06; 01.16].

La vaccinazione anti-influenzale e anti-pneumococcica sono comunque raccomandate a tutte le persone sane o con fattori di rischio per BPCO di età superiore ai 65 anni^[01.16; 04.23; 02.21; 02.22].

In presenza di significative comorbidità – ovvero in combinazione con altre malattie cardiache croniche e polmonari – o per alcune categorie a rischio, entrambe queste vaccinazioni sono raccomandate anche in persone sotto i 65 anni^[03.07].

Le persone in follow-up con diagnosi confermata di BPCO saranno seguite nel tempo per la rivalutazione della presenza di sintomi compatibili con le riacutizzazioni di BPCO.

Le persone in follow-up che non sono affette da BPCO saranno seguite nel tempo e rivalutate utilizzando la strategia case-finding, per identificare il momento più opportuno per effettuare la spirometria evitando ritardi nella diagnosi.

Bibliografia

WHO – World Health Organization. World report on ageing and health [Internet] 2015, in: (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=E5A8AEC2DF7D6321FB1BEC24FBD5E4A?sequence=1).

Gruppo di Lavoro GARD-Italy. Sorveglianza nell'ambito delle patologie respiratorie [Internet] 2015, in: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2386_allegato.pdf

WHO – World Health Organization. COPD fact sheet 2017 [Internet]. [cited 2021 Jun 3], in: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

Catapano GA, Brunelleschi G, Ciaccio S, Cozzalupi M, Mannucci A, Pancani R, et al. "Dimensione BPCO" condivisione dei percorsi gestionali. QJPH [Internet] 2016;5(3):1-20, in: <https://www.ijph.it/pdf/2016-v5-n3.pdf>

Epicentro – Il portale di epidemiologia per la sanità pubblica.
Broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2020 Report [Internet] 2020, in: <https://goldcopd.org/gold-reports/>

NICE – The National Institute for Health and Care Excellence. Chronic obstructive pulmonary disease in over 16s: diagnosis and management [Internet] 2019, in: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng115>

Lung Foundation Australia. The COPD-X Plan: Australian and New Zealand Guidelines for the management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease 2019 [Internet] 2019, in: <https://copdx.org.au/>

Istituto Superiore di Sanità. Guida ai servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (aggiornamento maggio 2019) [Internet] 2019, in: https://www.iss.it/documents/20126/45616/19_S1_web.pdf/98f2f396-afbe-d8ea-d93b-04590f9e2a2b?t=1581095928142

LILT – Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Lotta al tabagismo [Internet]. [cited 2021 May 25], in: <https://www.lilt.it/prevenzione/primaria/lotta-al-tabagismo>

Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet] 2021, in: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010216.pub5>

Ministero della Salute. Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2021-2022 [Internet] 2021, in: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=79647&parte=1&serie=null>

Ministero della Salute. Vaccinazioni per età, categoria e condizione - Persone di età ≥ 65 anni [Internet]. 2019 [citato 2021 Jun 8], in:

<https://www.salute.gov.it/portalevaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4810&area=vaccinazioni&menu=fasce>

Ministero della Salute. Piano nazionale prevenzione vaccinale [Internet]. 2021 [citato 2021 Jun 8] in: <https://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4828&area=vaccinazioni&menu=vuoto>



Il lavoro per la realizzazione di questo prodotto è stato finanziato con i fondi dell'Aging Project, DIMET, Dipartimento di Eccellenza dell'Università del Piemonte Orientale