

Lo stato globale della BPCO

**SPEAK
UP**
for COPD

Promuovere il cambiamento per affrontare l'emergenza della salute dei polmoni



#SpeakUpforCOPD

Speak Up for COPD è un'iniziativa sostenuta da una coalizione di partner del settore no-profit e dell'industria farmaceutica per affermare la BPCO come priorità di salute pubblica. Il progetto è supportato da partner dell'industria farmaceutica. Tutti i partner hanno contribuito al presente documento.



Informazioni sul report

Questo report è stato elaborato per analizzare le azioni in risposta alla broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) messe in atto in tutto il mondo e per evidenziare le principali opportunità di policy e di cambiamento del sistema presentando le iniziative di valore che sono già in corso. Si basa su ricerche di letteratura e interviste a 26 esperti clinici e pazienti a livello nazionale, con particolare attenzione a 10 Paesi: Australia, Belgio, Brasile, Canada, Cina, Malesia, Nigeria, Polonia, Arabia Saudita e Regno Unito. Il report non ha l'obiettivo di mettere a confronto il valore dei differenti approcci di policy e gestione della BPCO, né i di rappresentare una revisione sistematica della letteratura.

Sono disponibili anche singoli profili dei dieci Paesi. Questi Paesi sono stati scelti dalla coalizione Speak Up for COPD in modo da rappresentare tutti i continenti, per ottenere prospettive da sistemi sanitari differenti.

Questo report di policy di natura non promozionale e basato sulle evidenze è stato avviato da Speak Up for COPD. L'analisi e la stesura del report sono state guidate da Laura Habashi, Aditi Karnad, Suzanne Wait e Catherine Whicher, mentre la redazione è stata curata da Madeleine Murphy, Mo Forman e Lisa Hillman, che fanno parte del The Health Policy Partnership. Il report è stato ideato da Inky Thinking. Le bozze sono state condivise con collaboratori esperti per ottenere il loro feedback e l'approvazione finale.

Ringraziamenti

Desideriamo esprimere la nostra profonda gratitudine a tutte le persone intervistate, in particolare alle persone con BPCO che hanno condiviso le loro storie, per aver contribuito allo sviluppo di questo report

Dott. Bamidele Olaiya Adeniyi, Isle of Wight NHS Trust; in precedenza Federal Medical Centre, Owo, Nigeria

Prof. Mohit Bhutani, University of Alberta, Canada

Prof. Joanna Chorostowska-Wynimko, Department of Genetics and Clinical Immunology, National Institute of Tuberculosis and Lung Diseases, Polonia

Prof. Chunhua Chi, Peking University First Hospital; General Practice Development Research Center, Peking University Health Science Center; Chinese Alliance for Respiratory Disease in Primary Care, Cina

Peter Deussen, NIHR Oxford Biomedical Research Centre (membro del Patient & Public Involvement), Regno Unito

Suzanne Edmonds, COPD Canada, Canada

Prof. Gregory Erhabor, Department of Medicine, Obafemi Awolowo University, Ile-Ife, Nigeria

Dott. Frederico Fernandes, Brazilian Respiratory Society, Brasile

Rita Ferraz, una persona con BPCO, Brasile

Prof. Mohammed Al Ghobain, College of Medicine, King Saud bin Abdulaziz University for Health Sciences, King Abdulaziz Medical City, National Guard Health Affairs, Arabia Saudita

Dott.ssa Angela Honda, ProAR Foundation, Brasile

Prof. John Hurst, University College London, Regno Unito

Prof. Dr Ahmad Izuanuddin Ismail, Faculty of Medicine, Universiti Teknologi MARA; Malaysian Thoracic Society, Malesia

Prof. Christine Jenkins, The George Institute for Global Health; UNSW Sydney, Australia

Prof. Onorario Ee Ming Khoo, Faculty of Medicine, Universiti Malaya, Malesia

Dott. Riyag Al-Lehebi, King Fahad Medical City, Arabia Saudita

Dott. Christopher Liciskai, Western University, Canada

Prof. Dr. Eric Marchand, Department of Pneumology, CHU-UCL-Namur, Godinne; Gruppo di lavoro BPCO della Belgian Respiratory Society, Belgio

Victor Nevelsteen, Vlaamse COPD Vereniging, Belgio

Uchenna Ogonnia, Asthma Relief Campaign Project, Nigeria

Dott. Rudi Peché, CHU Charleroi, Belgio

Ravijyot Saggu, UK Clinical Pharmacy Association Respiratory Committee, Regno Unito

Gitta Vanpeborgh, ex membro della Camera dei Rappresentanti del Belgio

Prof. Tom Wilkinson, University of Southampton; National Respiratory Audit Programme, Regno Unito

Russell Winwood, una persona con BPCO, Australia

Desideriamo inoltre ringraziare un caregiver di una persona con BPCO in Cina, che ha chiesto di rimanere anonimo.

Premessa

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia che colpisce i polmoni responsabile di milioni di decessi ogni anno a livello globale. Ha un impatto significativo, debilitante e spesso fatale su chi ne è affetto. Eppure, molte persone non sanno cosa sia la BPCO. In troppi Paesi, all'interno delle strategie governative e nei sistemi sanitari la malattia non è ancora considerata una priorità e non vengono stanziati sufficienti risorse economiche.

Sebbene la BPCO rappresenti un problema urgente, lo diventerà ancora di più negli anni a venire. La prevalenza della malattia è destinata ad aumentare con l'invecchiamento della popolazione. Anche il suo impatto aumenterà se non ne contrasteremo alcuni dei principali fattori di rischio, come il fumo, la scarsa qualità dell'aria e l'inquinamento interno ed esterno. La BPCO è una delle principali cause di ricovero ospedaliero in molti Paesi e i sistemi sanitari, già sottoposti a carichi eccessivi, continueranno a rimanere in difficoltà se non si allevia l'impatto della malattia.

In particolare, il prezzo che la BPCO esige dalle persone che ne sono affette è considerevole in termini di compromissione della qualità della vita e dell'indipendenza; molte persone con BPCO e i loro caregiver sono costretti ad andare in pensione anticipata a causa dell'impatto che comporta vivere con una ridotta funzionalità polmonare. Questo impatto colpisce in modo sproporzionato le popolazioni più svantaggiate ed emarginate della nostra società, che hanno maggiori probabilità di essere esposte a fattori di rischio e di non accedere in maniera adeguata ai trattamenti più appropriati.

Ma le cose non devono per forza andare così. La BPCO può essere gestita. Esistono misure efficaci. Importanti casi di studio provenienti da tutto il mondo dimostrano che una gestione migliore, e una vita migliore per le persone con BPCO, sia possibile. Ciò di cui abbiamo bisogno ora è un impegno congiunto e coeso da parte di tutti i soggetti coinvolti nella gestione della patologia per invertirne l'andamento attuale e per investire le nostre energie nell'affrontare la BPCO in modo proporzionale all'enorme impatto che essa comporta per le nostre società.

Questo report è stato elaborato per mettere in luce lo stato della prevenzione e della gestione della BPCO e per stimolare gli specialisti in malattie respiratorie, le associazioni di pazienti e i clinici nonché i responsabili dei sistemi sanitari a migliorare la gestione della BPCO e, in ultima analisi, la vita delle persone che vivono con questa patologia.

Il report si basa sull'impegno costante di Speak Up for COPD per aumentare la conoscenza e la visibilità della BPCO. Unitevi insieme a noi a favore della BPCO come priorità di salute pubblica, in modo che, insieme, possiamo migliorare gli outcome per tutti coloro che convivono con questa patologia.

Ricardo Baptista Leite



Dott. Ricardo Baptista Leite
Fondatore e Presidente, UNITE Parliamentarians
Network for Global Health

#SpeakUpforCOPD

Per saperne di più, segui il link
tramite il codice QR.



Contenuti

BPCO: serve un'azione politica immediata

5

Le basi per un cambiamento significativo

7



Proteggere la salute delle persone: ridurre la prevalenza e i fattori di rischio

9



Identificare precocemente la malattia: riconoscimento e diagnosi precoce

10



Facilitare un accesso equo e tempestivo per una gestione olistica alla BPCO

11



Rafforzare le strategie governative, la ricerca e i dati

12

Promuovere il cambiamento: cosa possono fare i decisori politici?

13

Riferimenti bibliografici

15

BPCO: serve un'azione politica immediata

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una patologia polmonare spesso pericolosa per la vita che colpisce milioni di persone in tutto il mondo. È difficile ottenere stime accurate del numero di persone con BPCO, poiché molti casi potrebbero non essere diagnosticati.¹ Recenti dati epidemiologici indicano che attualmente nel mondo 213 milioni di persone sono affette da BPCO, ma secondo altre stime la cifra potrebbe arrivare a 391 milioni.^{2,3} La BPCO rappresenta la terza causa di morte a livello globale (ad esclusione del COVID-19): ogni ora, 425 persone muoiono a causa di questa patologia.^{2,4,5} Contribuisce in maniera significativa alla mortalità prematura: il 90% dei decessi per BPCO riguarda persone di età inferiore ai 70 anni che vivono in Paesi a basso e medio reddito.⁵



La BPCO è strettamente associata a disuguaglianze sanitarie. Le persone che si trovano in una posizione socioeconomica sfavorevole presentano un maggior rischio di sviluppare la BPCO a causa di fattori che possono includere l'esposizione a inquinanti atmosferici domestici ed esterni, una scarsa alimentazione, infezioni e fumo di tabacco.^{4,5}

L'impatto della BPCO sulla qualità della vita delle persone è fortemente debilitante. La BPCO è la settima causa di problemi di salute a livello mondiale.⁵ La malattia è causata dal progressivo restringimento delle vie aeree con conseguente difficoltà a respirare.⁴ I sintomi peggiorano gradualmente e si manifestano come riacutizzazioni che, se gravi, richiedono un ricovero d'urgenza in ospedale.⁴ Più di una persona su cinque muore entro un anno dal ricovero in ospedale per una riacutizzazione da BPCO.⁶⁻⁸ Convivere con la BPCO può limitare l'indipendenza di una persona (per esempio, può aver bisogno di aiuto per vestirsi e lavarsi), influire sulle relazioni con amici e familiari e limitare la capacità di viaggiare.⁹ Può persino costringere le persone ad abbandonare il proprio lavoro; circa il 40% delle persone con BPCO deve ridurre o interrompere del tutto l'attività lavorativa.^{10,11}

“Voi non vedete la mia BPCO, ma io la sento”

*Rita Ferraz,
una persona con
BPCO in Brasile*

“È difficile per la mia famiglia. Io e i miei figli siamo molto legati e mi dispiace non poterli andare a trovare e non poter portare mio nipote a teatro.”

*Suzanne Edmonds,
una persona con BPCO in Canada*

La pressione che la BPCO esercita sui sistemi sanitari è insostenibile. La BPCO è una delle principali cause di ricovero ospedaliero in molti Paesi.¹²⁻¹⁵ Le riacutizzazioni nel periodo invernale aumentano del 70-80% rispetto al periodo estivo, mettendo a dura prova i sistemi sanitari già sovraccarichi.¹⁶⁻¹⁷ I dati europei indicano che la BPCO costa ai sistemi sanitari fino a 10.000 euro per persona ogni anno;¹⁸ tra il 45-e il 70% di questi costi può essere attribuito alla gestione delle riacutizzazioni.¹⁹ Questi costi potrebbero essere ridotti se i sistemi sanitari passassero da un approccio reattivo a strategie proattive, consentendo a tutte le persone di ricevere una diagnosi più precoce e un trattamento raccomandato dalle linee guida.²⁰

I costi umani, di salute pubblica e sociali della malattia sono troppo elevati; è il momento di dare priorità alla BPCO. Il prezzo dell'inerzia è sconcertante: senza investimenti in azioni basate sulle evidenze, si prevede che la BPCO costerà all'economia globale INT 4,3 trilioni di dollari tra il 2020 e il 2050.²¹ Eppure, la consapevolezza e l'attenzione politica nei confronti della BPCO rimangono insufficienti: un sondaggio Ipsos del 2022 condotto in 14 Paesi ha mostrato che il 45% del pubblico e il 31% dei decisori politici non sapeva che la BPCO fosse una malattia polmonare e solo il 5% dei decisori politici la considerava una priorità.²² È di fondamentale importanza aumentare la consapevolezza e considerare la BPCO come una priorità per i decisori nei sistemi sanitari: questo rappresenta un punto di partenza fondamentale per promuovere un cambiamento efficace del sistema che migliorerà gli outcomei sanitari e, in ultima analisi, la vita delle persone.

I governi devono investire con urgenza nella BPCO. Saranno inoltre essenziali investimenti significativi affinché i Paesi raggiungano gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile che si sono impegnati a realizzare entro il 2030, come la riduzione della mortalità prematura per malattie non trasmissibili,²³⁻²⁴ e per offrire a tutte le persone con BPCO la migliore assistenza sanitaria e i migliori outcome possibili.

“Date alla persona con BPCO una voce, un volto.”

Victor Nevelsteen, una persona con BPCO in Belgio

Le basi per un cambiamento significativo

*“Sappiamo esattamente cosa dobbiamo fare ora.
Dobbiamo solo agire.”*

Gitta Vanpeborgh, decisore politico in Belgio

Gran parte dell'impatto della BPCO potrebbe essere evitato attraverso la prevenzione e la gestione della malattia. I fattori di rischio sono noti e possono essere affrontati attraverso una prevenzione mirata e multisettoriale. Le raccomandazioni cliniche globali, come la Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD (GOLD),⁴ offrono un chiaro consenso clinico sulle azioni da intraprendere per offrire alle persone con BPCO la migliore assistenza possibile.^{4 25-27}

Quattro aree chiave presentano opportunità comuni per i governi di promuovere misure e azioni di cambiamento del sistema, in base al contesto del sistema sanitario esistente e alla disponibilità di risorse. Nel fare ciò, dovrebbero sempre garantire che i cambiamenti siano attuati in modo equo e fare attenzione ad affrontare le differenze sottostanti in termini di rischio, accesso ed outcome della BPCO nella popolazione:



Proteggere la salute delle persone: ridurre la prevalenza e i fattori di rischio

La prevenzione è fondamentale per affrontare la BPCO:

- ▶ Circa il 70% dei casi di BPCO nei Paesi ad alto reddito e il 30-45% nei Paesi a basso e medio reddito (LMIC) sono attribuibili al fumo di sigaretta.⁵ Tuttavia, il 25-45% delle persone con BPCO non ha mai fumato.²⁸
- ▶ Fino al 23% di tutti i decessi per BPCO nei Paesi a basso e medio reddito è associato all'inquinamento atmosferico domestico.²⁹ Le donne nei Paesi a più basso reddito sono particolarmente a rischio di sviluppare la BPCO a causa dell'esposizione al fumo generato dalla cottura a biomassa.³⁰
- ▶ Tra le persone con BPCO il tasso vaccinale è basso, approssimativamente tra l'11% e il 33% per lo pneumococco e tra il 24% e il 40% per l'influenza.³¹⁻³³ L'esposizione a questi virus respiratori in tenera età è un noto fattore di rischio per lo sviluppo della BPCO.^{34 35}



Identificazione precoce della malattia: riconoscimento e diagnosi proattive

L'individuazione proattiva della BPCO nei soggetti ad alto rischio di malattia è fondamentale per ottimizzare gli outcome e ridurre i costi sanitari,³⁶ ma molte persone ricevono le cure troppo tardi:

- ▶ Tra il 65 e l'80% delle persone con BPCO rimane non diagnosticata.³⁷
- ▶ Nel Regno Unito, alcune persone riferiscono di aver atteso più di dieci anni prima di ricevere una diagnosi accurata di BPCO.³⁸
- ▶ Le persone a cui viene diagnosticata la BPCO tardivamente hanno quasi il 70% di probabilità in più di manifestare una riacutizzazione rispetto a quelle a cui viene diagnosticata precocemente.³⁹



Facilitare l'accesso tempestivo a un approccio multidisciplinare

Una gestione efficace della BPCO è fondamentale, ma l'accesso a una presa in carico ottimale (compreso un continuo monitoraggio e un supporto che consenta al paziente di gestire in autonomia la patologia) rimane inadeguato:

- ▶ Le persone ricoverate in ospedale per una riacutizzazione da BPCO ricevono solo il 40% dei trattamenti raccomandate dalle linee guida.⁴⁰
- ▶ Circa il 30% delle persone ricoverate per una riacutizzazione da BPCO viene nuovamente ricoverato in ospedale entro 90 giorni dal precedente ricovero.^{41 42} Questo perché spesso alle persone non viene garantito un adeguato follow-up dopo la dimissione dall'ospedale.⁴³ Uno studio ha rilevato che solo il 25% delle persone che manifestano riacutizzazioni da BPCO moderate riceve un ulteriore supporto nel follow-up.⁴⁴
- ▶ Gli studi riportano tassi di rinvio alla riabilitazione polmonare inferiori al 35%.⁴⁵



Rafforzare le strategie governative, la ricerca e i dati

La BPCO è poco riconosciuta e non ancora considerata come una priorità:

- ▶ In un sondaggio Ipsos del 2023 condotto su oltre 23.000 adulti in 31 Paesi, la BPCO non è stata considerata uno dei principali problemi di salute,⁴⁶ nonostante sia stata la terza causa di morte a livello globale (a esclusione del COVID-19) nel 2021.²
- ▶ Nel 2019, la BPCO ha ricevuto il 96% di finanziamenti in meno rispetto al cancro da parte dei National Institutes of Health statunitensi, nonostante sia responsabile del 64% in più di anni di vita lavorativa e sociale persi a causa di malattia e disabilità.⁴⁷



Proteggere la salute delle persone: ridurre la prevalenza e i fattori di rischio

Quali sono le sfide attuali?

- ▶ **Percentuali di tabagismo costantemente elevate:** Nonostante le politiche globali per il controllo del consumo di tabacco,⁴⁸ l'implementazione dei servizi per la disassuefazione dal fumo rimane inadeguata.⁴⁹ Ai professionisti sanitari in prima linea non viene offerta una formazione proattiva per aiutare i propri pazienti a smettere di fumare.⁵⁰ Lo stigma, insieme alla normalizzazione dei sintomi respiratori legati al fumo, può impedire alle persone di richiedere assistenza medica.¹³
- ▶ **La copertura vaccinale è insufficiente a proteggere dalle infezioni respiratorie per tutto il corso della vita:** I virus respiratori sono stati collegati a circa il 30% delle riacutizzazioni da BPCO e l'esposizione alle infezioni respiratorie (ad esempio la polmonite) nell'infanzia può rappresentare un precursore della BPCO; tuttavia, i tassi di vaccinazione rimangono subottimali e variano da Paese a Paese.^{34 35 51}
- ▶ **Alti livelli di esposizione alla scarsa qualità dell'aria, sia in ambienti chiusi che all'aperto:** Le emissioni dei veicoli e l'esposizione sul lavoro a sostanze come la silice e l'amianto continuano a contribuire allo sviluppo della BPCO.^{53 54} La combustione di combustibili da biomassa in ambienti chiusi costituisce un'ulteriore preoccupazione nei Paesi a basso e medio reddito.^{29 55}

Nel Regno Unito, solo 1 fumatore su 13 viene indirizzato ai servizi per la disassuefazione dal fumo.⁵⁰

In Brasile, uno studio ha rilevato che solo il 28% delle persone ricoverate in ospedale con BPCO ha dichiarato di aver ricevuto un vaccino contro lo pneumococco.⁵²

In Nigeria, l'inquinamento atmosferico (ozono a livello del suolo) aggrava le malattie respiratorie croniche (compresa la BPCO), causando circa 2.000 decessi all'anno.⁵⁴

"La maggior parte delle persone con BPCO presenta un passato come fumatore. Ma alcune, soprattutto le donne, non hanno mai fumato, ma sono state esposte a biomasse o polveri che hanno causato la loro BPCO."

Prof. Mohammed Al Ghobain, esperto dall'Arabia Saudita

Superare le difficoltà: esempi provenienti da tutto il mondo



Il governo indiano sta affrontando il problema dell'inquinamento atmosferico domestico fornendo alle persone al di sotto della soglia di povertà gas di petrolio liquefatto (GPL) per cucinare al posto dei combustibili solidi (che sono altamente inquinanti in casa). In uno studio sull'impatto di questo cambiamento sulle donne non fumatrici delle zone rurali del Maharashtra, quelle che cucinavano con il GPL presentavano una minore prevalenza di malattie ostruttive delle vie aeree, compresa la BPCO (1,3%) rispetto al gruppo che utilizzava combustibili solidi (7,6%).⁵⁷



A Sydney, in Australia, è stato sperimentato un modello di assistenza specializzato basato sulla farmacia per migliorare l'adozione di attività di prevenzione, la tecnica di inalazione e l'aderenza ai farmaci nelle persone affette da BPCO. Alle persone sono state offerte tre visite in farmacia e due chiamate di follow-up per un periodo di sei mesi. Il modello ha portato a un aumento significativo dell'adozione del vaccino contro lo pneumococco, con una copertura che è passata dal 40% all'81% nel corso dello studio pilota.⁵⁸



Identificare precocemente la malattia: riconoscimento e diagnosi proattive

Quali sono le sfide attuali?

- ▶ **Scarsa consapevolezza nella popolazione generale e da parte dei professionisti:** La conoscenza da parte della popolazione generale e dei professionisti dei sintomi della BPCO e dell'importanza di una diagnosi tempestiva sono generalmente scarse.⁵⁹⁻⁶³ Questo può far sì che le persone non ricorrano alle cure e non vengano indirizzate ai servizi essenziali di cura delle patologie respiratorie (ad esempio, la riabilitazione polmonare).^{4 45} Lo stigma sociale correlato alla BPCO può ulteriormente influenzare la disponibilità delle persone di ricorrere ai servizi sanitari.⁶⁴
- ▶ **Accesso e utilizzo inadeguati di strumenti diagnostici efficaci, come la spirometria:** In alcuni Paesi, la sottodiagnosi della BPCO è legata alla limitata disponibilità della spirometria (un test diagnostico raccomandato a livello globale).⁴ Anche se disponibile, la spirometria è poco utilizzata nell'ambito dell'assistenza primaria, spesso a causa di vincoli di tempo e di una formazione non adeguata del personale clinico sull'interpretazione dei risultati.⁶⁶⁻⁶⁸ La BPCO è correlata anche a una errata diagnosi soprattutto in presenza di patologie sovrapponibili come l'asma, il che porta a trattamenti impropri e non necessari.⁶⁹

In Arabia Saudita, un sondaggio condotto nella regione di Aseer ha rilevato che due terzi delle persone non conoscevano i sintomi della malattia.⁶⁵

In Nigeria, meno del 30% degli ospedali che forniscono cure specialistiche dispone di uno spirometro e meno del 30% dei clinici ospedalieri sa come valutare la gravità della BPCO.⁶⁷

“Durante la pandemia [COVID-19], praticamente tutti i centri specializzati in patologie respiratorie sono stati chiusi e questo ha portato a una lunga lista d'attesa per la spirometria. Alcuni centri stanno eseguendo solo ora esami spirometrici che erano stati prescritti tre anni fa.”
Dott. Frederico Fernandes, esperto dal Brasile

Superare le difficoltà: esempi provenienti da tutto il mondo



In Francia, alle persone di età superiore ai 45 anni viene offerto un controllo medico preventivo che prevede la valutazione dei sintomi che potrebbero indicare la presenza di BPCO. Se la valutazione suggerisce la presenza della BPCO, si ottiene un'ulteriore conferma attraverso un test spirometrico.⁷⁰



Nel Regno Unito, controlli completi della salute polmonare sono offerti alle persone considerate ad alto rischio di carcinoma polmonare. Le persone sono sottoposte a screening per il carcinoma polmonare mediante tomografia computerizzata a basso dosaggio (LDCT) e a test per altre malattie dell'apparato respiratorio, tra cui la BPCO, mediante spirometria.⁷¹



Per ottimizzare la diagnosi precoce delle malattie respiratorie (compresa la BPCO) in Vietnam, la Society of Asthma and Allergy and Clinical Immunology ha introdotto uno screening per le malattie respiratorie tra i gruppi a più alto rischio. L'intervento si avvale di cinque semplici domande, una radiografia del torace e un test spirometrico.⁷² In una sola mattinata all'ospedale Le Van Thinh, 39 persone hanno partecipato all'attività di screening e sono stati identificati 11 casi di malattie respiratorie.⁷³



Il sistema di telespirometria introdotto in Brasile è uno strumento che supporta l'esecuzione di test spirometrici a livello ambulatoriale, con l'invio dei risultati a uno pneumologo per la loro interpretazione. È stato implementato nelle strutture sanitarie di assistenza primaria in città a basso reddito.^{74 75}



In Piemonte, Italia, i farmacisti sono stati formati per identificare le persone ad alto rischio di BPCO tramite un questionario e a valutare la loro funzionalità respiratoria con uno spirometro portatile. Questo intervento è stato sperimentato da ottobre 2017 a febbraio 2018, dimostrando come quasi la metà delle persone ad alto rischio di BPCO presentava una funzione respiratoria inadeguata. Queste persone sono state successivamente indirizzate al loro medico di base.⁷⁶



Facilitare un accesso equo e tempestivo per una gestione olistica alla BPCO

Quali sono le sfide attuali?

- **Scarsa implementazione delle linee guida cliniche:** L'implementazione delle raccomandazioni globali nei diversi contesti assistenziali non è ottimale e porta a variazioni nella qualità delle cure.²⁷ In particolare, la mancanza di monitoraggio e di un supporto per il paziente che gli consenta di gestire in autonomia la patologia aumenta il rischio di ricoveri ospedalieri.⁷⁷
- **Mancanza di integrazione tra cure primarie e secondarie:** Lo scarso coordinamento dei servizi assistenziali legati alla gestione della BPCO tra i vari contesti sanitari si traduce in un'erogazione frammentata delle cure.⁷⁹⁻⁸⁰ Le ragioni di questa situazione includono la carenza di pneumologi e la necessità di formare e identificare i ruoli di infermieri e farmacisti nella gestione della BPCO.⁸¹⁻⁸³
- **Accesso limitato e non equo alle cure e alle prestazioni rimborsate:** La rimborsabilità e i finanziamenti per la BPCO variano all'interno dei Paesi e tutti gli elementi di un'assistenza omni-comprendente per la BPCO potrebbero non essere sottoposti a rimborso, con conseguenti disuguaglianze nell'accesso alle cure raccomandate dalle linee guida.⁶⁸⁻⁸⁴⁻⁸⁵ Nei Paesi, a prescindere dal livello di risorse disponibili, vi sono disparità nell'accesso ai farmaci essenziali per la BPCO, che portano a una gestione inadeguata della malattia.⁸⁶⁻⁸⁸
- **Accesso limitato alla riabilitazione polmonare:** Sebbene la riabilitazione polmonare (un intervento finalizzato a promuovere l'attività fisica)⁴ sia efficace dal punto di vista dei costi e raccomandata dalle linee guida, i referral sono insufficienti, spesso a causa della limitata disponibilità del servizio e del fatto che i professionisti sanitari non ne conoscono i benefici per le persone affette da BPCO.⁴⁵⁻⁸⁹

In Malesia, secondo uno studio del 2012, l'incongruenza dei percorsi clinici e la mancanza di un modello chiaro per l'attuazione delle raccomandazioni nel setting ospedaliero hanno portato a un'elevata variabilità nella qualità delle cure.⁷⁸

In Polonia è emerso il bisogno di un migliore coordinamento tra medico di medicina generale e specialisti per le persone con malattie respiratorie (compresa la BPCO).⁸⁰

"In Nigeria, avere un inalatore è molto costoso. È troppo costoso."

Uchenna Ogonnia, una persona con BPCO in Nigeria

Nel Regno Unito, solo il 37% delle persone con BPCO eleggibili al trattamento è stato indirizzato alla riabilitazione polmonare nel 2021 e 2022.³⁸

"Negli ospedali, i contatti con i professionisti sanitari specializzati sono limitati e le famiglie faticano a entrare in contatto con persone che possano fornire informazioni in merito alla cura della persona."

Badante di una persona con BPCO in Cina

Superare le difficoltà: esempi provenienti da tutto il mondo



In Egitto, attraverso l'assicurazione sanitaria nazionale, il governo ha ampliato lo screening per la BPCO, ha aggiornato le linee guida di trattamento, ha formato gli infermieri sulla spirometria e ha istituito 15 Centri di eccellenza di clinica toracica. È stato inoltre avviato l'utilizzo delle cartelle cliniche elettroniche, che supporteranno una migliore raccolta dei dati e la continuità delle cure.⁹⁰



In Spagna, durante la pandemia da COVID-19, sono state abolite le restrizioni per consentire ai clinici di prescrivere un singolo inalatore che eroga più farmaci per la BPCO (invece di diversi inalatori che erogano lo stesso farmaco). Questo ha portato a miglioramenti significativi in termini di riacutizzazioni, sopravvivenza e utilizzo delle risorse sanitarie; di conseguenza, la malattia è rimasta post-pandemica.⁹¹⁻⁹²



In Ontario, Canada, è stato implementato il programma di gestione integrata Best Care COPD. La presenza di istruttori di respirazione certificati (Certified Respiratory Educators, CRE) è integrata nell'ambito delle cure primarie e questi ultimi collaborano con i medici e i pazienti per promuovere le migliori pratiche di gestione della patologia, tra cui la conferma della diagnosi e l'ottimizzazione dei regimi terapeutici. Il programma è stato associato a una riduzione significativa e progressiva dei ricoveri correlati alla BPCO.⁹³



Rafforzare le strategie governative, la ricerca e i dati

Quali sono le sfide attuali?

- ▶ **Limitata prioritizzazione della BPCO all'interno delle politiche sanitarie:** Nessuno dei dieci Paesi oggetto dello studio dispone di un piano nazionale dedicato alla BPCO e meno della metà dei Paesi menziona la BPCO all'interno delle proprie strategie sanitarie nazionali. Non sembrano esserci rilevanti gruppi di lavoro a livello governativo correlati alla gestione della BPCO.
- ▶ **Assenza di dati affidabili sulla BPCO:** Una solida raccolta di dati relativi alla prevalenza della BPCO, alla mortalità, ai ricoveri e agli outcome dei pazienti è limitata in molti Paesi.^{3 94} Ciò può compromettere gravemente la capacità di monitorare l'impatto della BPCO e dei suoi fattori di rischio e di valutare l'efficacia delle strategie di salute pubblica, dei trattamenti e dei modelli di cura relativi agli outcome dei pazienti.
- ▶ **Limitati investimenti in ricerca e innovazione nel campo della BPCO:** Nei dieci Paesi oggetto dello studio, non erano stati stanziati considerevoli fondi a livello nazionale per la ricerca destinati a studiare strumenti diagnostici e trattamenti innovativi per la BPCO, strategie di presa in carico del paziente o fattori di rischio.

"Fra i decisori politici vi è una scarsa consapevolezza della BPCO rispetto ad altre malattie croniche. La maggior parte di loro non conosce la differenza tra asma e BPCO."

Prof. Mohammed Al Ghobain, esperto dall'Arabia Saudita

"Abbiamo una conoscenza limitata di quale sia la percentuale di persone con BPCO in Malesia dovuta ai diversi fattori di rischio, in quanto non sono stati raccolti dati in merito."

Prof. Ee Ming Khoo, un esperto dalla Malesia

"Ci sono state tante iniziative a favore di alcune malattie, come la raccolta fondi per il cancro, o lo sviluppo di percorsi sanitari come quelli per il diabete o la malattia renale cronica. Ma non è stato così per la BPCO."

Prof. Dr. Eric Marchand, un esperto dal Belgio

"I luoghi in cui la BPCO è più diffusa a causa di un maggiore svantaggio socioeconomico sono anche quelli che dispongono di meno fondi per l'assistenza; di conseguenza i servizi assistenziali sono limitati proprio dove ce n'è più bisogno."

Prof. John Hurst, esperto dal Regno Unito

Superare le difficoltà: esempi provenienti da tutto il mondo



La strategia sanitaria nazionale del Giappone, "Health Japan 21 (terza fase)", prevede un chiaro obiettivo di riduzione dei decessi per BPCO da 13,3 ogni 100.000 persone a 10 ogni 100.000 entro il 2032.⁹⁵ Per contribuire al raggiungimento di questo obiettivo, la Japanese Respiratory Society ha lanciato il COPD Mortality Reduction Project by 2032, che fornisce informazioni sui tassi di mortalità per BPCO e sulle azioni messe in atto per ridurli.⁹⁵



In Germania è stata fondata la Decade of the Lung, un'alleanza di professionisti sanitari e Associazioni di Pazienti. L'alleanza mira a sviluppare raccomandazioni e a promuovere azioni di policy per ridurre l'impatto delle malattie respiratorie croniche, compresa la BPCO.^{96 97}

Promuovere il cambiamento: cosa possono fare i decisori politici?

Lo stato della prevenzione e della gestione della BPCO richiede un'attenzione urgente. Milioni di persone in tutto il mondo vedono la loro vita significativamente influenzata dalla BPCO, e gran parte di questo impatto potrebbe essere prevenuto. Esistono esempi positivi di come Paesi, indipendentemente dalla disponibilità di risorse, abbiano contribuito a ridurre l'impatto della BPCO. Altri governi dovrebbero emulare questi esempi e inserire la BPCO nelle loro agende politiche e programmi. Chiediamo ai governi di:

Sostenere azioni di prevenzione



- ▶ **Espandere l'erogazione di servizi per la disassuefazione dal fumo** formando altri professionisti sanitari, come infermieri e farmacisti di comunità, affinché intervengano il prima possibile.
- ▶ **Investire in misure più efficaci per la protezione dell'ambiente**, tra cui pianificazione urbana, fonti di combustibile più pulite, fornelli e stufe più sicure e una migliore ventilazione per ridurre l'esposizione all'inquinamento esterno e interno e alla scarsa qualità dell'aria.
- ▶ **Sostenere la realizzazione di programmi vaccinali** per la protezione dalle infezioni respiratorie, semplificando e snellendo il processo e diversificando le tipologie di professionisti sanitari che possono realizzarli (compresi farmacisti e infermieri). Ciò potrebbe includere la definizione di un protocollo che consenta la vaccinazione senza la necessità di una prescrizione medica.

Migliorare la consapevolezza, il riconoscimento e la diagnosi proattive



- ▶ **Sviluppare campagne di sensibilizzazione rivolte alla popolazione generale** che si concentrino sui principali sintomi, come la dispnea, per incentivare le persone a richiedere un'assistenza clinica tempestiva.
- ▶ **Migliorare l'accesso alla spirometria**, ampliando la formazione dei professionisti sanitari su come somministrarla e interpretarne i risultati e affrontando le disparità di accesso ai servizi nelle aree meno servite.
- ▶ **Integrare la BPCO nei controlli della salute polmonare** per le popolazioni ad alto rischio così come nei programmi di screening esistenti per il carcinoma polmonare e/o la tubercolosi.

Migliorare l'accesso equo e tempestivo ai trattamenti e alla gestione della patologia



- ▶ **Formare l'intero personale sanitario** per migliorare l'identificazione proattiva della BPCO nell'ambito delle cure primarie e supportare la gestione a lungo termine della patologia; identificare ruoli chiari per infermieri, farmacisti e altri professionisti sanitari nei percorsi di cura multidisciplinari.
- ▶ **Promuovere un'efficace implementazione di best-practice per la gestione della BPCO** in linea con gli standard di qualità globali, garantendo un accesso equo alle opzioni terapeutiche farmacologiche e non farmacologiche in tutta la popolazione. Ciò richiede la disponibilità di fondi e la rimborsabilità per i trattamenti basati sulle evidenze e l'implementazione di modelli e protocolli di autogestione comprovati per evitare ricoveri ospedalieri ripetuti che comportano una fonte di spesa rilevante.
- ▶ **Estendere l'accesso alla riabilitazione polmonare** finanziando un maggior numero di servizi e promuovendo il referral da parte degli pneumologi. Questo obiettivo potrebbe essere raggiunto attraverso l'implementazione di un adeguato follow-up a seguito delle dimissioni ospedaliere che includa la riabilitazione polmonare. È necessario monitorare i parametri clinici per misurare il successo terapeutico dell'implementazione.

Rafforzare le strategie governative, la ricerca e i dati



- ▶ **Sviluppare strategie nazionali omnicomprensive** per le malattie respiratorie che includano obiettivi specifici e misurabili per la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento della BPCO; tali strategie esistono già per altre comuni malattie non trasmissibili.
- ▶ **Costruire solidi database nazionali sulla BPCO** che permettano ai sistemi sanitari di calcolare con precisione la prevalenza e la mortalità, di comprendere meglio le cause di riacutizzazioni, complicazioni, ricoveri ospedalieri anche ripetuti e di monitorare gli outcome dei pazienti e l'utilizzo effettivo dei servizi di assistenza sanitaria.
- ▶ **Investire in ricerca e innovazione** per contribuire a identificare strategie ottimali di diagnosi, trattamento e gestione della BPCO, sfruttando i progressi digitali come l'intelligenza artificiale e l'apprendimento automatico.

1. Ho T, Cusack RP, Chaudhary N, et al. 2019. Under-and over-diagnosis of COPD: a global perspective. *Breathe* 15(1): 24-35
2. Global Burden of Disease Collaborative Network. 2024. Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021). Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)
3. Adeloye D, Song P, Zhu Y, et al. 2022. Global, regional, and national prevalence of, and risk factors for, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in 2019: a systematic review and modelling analysis. *Lancet Respir Med* 10(5): 447-58
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 2024. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Deer Park, TX: GOLD
5. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Disponibile da: [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)) [Accesso: 09/07/24]
6. Ho T-W, Tsai Y-J, Ruan S-Y, et al. 2014. In-Hospital and One-Year Mortality and Their Predictors in Patients Hospitalized for First-Ever Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbations: A Nationwide Population-Based Study. *PLoS ONE* 9(12): e114866
7. García-Sanz MT, Cánave-Gómez JC, Senín-Rial L, et al. 2017. One-year and long-term mortality in patients hospitalized for chronic obstructive pulmonary disease. *J Thorac Dis* 9(3): 636-45
8. Lindenauer PK, Dharmarajan K, Qin L, et al. 2018. Risk Trajectories of Readmission and Death in the First Year after Hospitalization for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med* 197(8): 1009-17
9. National Health Service. Living with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). [Aggiornato in data 11/04/23]. Disponibile da: <https://www.nhs.uk/conditions/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd/living-with/> [Accesso: 09/07/24]
10. Fletcher MJ, Upton J, Taylor-Fishwick J, et al. 2011. COPD uncovered: an international survey on the impact of chronic obstructive pulmonary disease [COPD] on a working age population. *BMC Public Health* 11: 612
11. British Lung Foundation. 2021. *Failing on the fundamentals: Insights from those living with chronic obstructive pulmonary disease around the UK*. London: Asthma + Lung UK
12. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic obstructive pulmonary disease: how common is it? Disponibile da: <https://cks.nice.org.uk/topics/chronic-obstructive-pulmonary-disease/background-information/prevalence-incidence/> [Accesso: 09/07/24]
13. Lung Foundation Australia. 2022. *Transforming the agenda for COPD: A path towards prevention and lifelong lung health*. Milton: Lung Foundation Australia
14. Canadian Institute for Health Information. Hospital stays in Canada, 2022-2023. [Aggiornato in data 22/02/24]. Disponibile da: <https://www.cihi.ca/en/hospital-stays-in-canada-2022-2023> [Accesso: 09/07/24]
15. Salah HM, Minhas AMK, Khan MS, et al. 2021. Causes of hospitalization in the USA between 2005 and 2018. *Eur Heart J Open* 1(1): 10.1093/ehopen/oeab001
16. Donaldson GC, Wedzicha JA. 2014. The causes and consequences of seasonal variation in COPD exacerbations. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 9: 1101-10
17. Jenkins CR, Celli B, Anderson JA, et al. 2012. Seasonality and determinants of moderate and severe COPD exacerbations in the TORCH study. *Eur Respir J* 39(1): 38
18. Ur Rehman A, Hassali MAA, Muhammad SA, et al. 2021. Economic Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients in Malaysia: A Longitudinal Study. *Pharmacoecon Open* 5(1): 35-44
19. Agarwal D. 2023. COPD generates substantial cost for health systems. *Lancet Glob Health* 11(8): e1138-e39
20. Koff PB, Min SJ, Freitag TJ, et al. 2021. Impact of Proactive Integrated Care on Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Chronic Obstr Pulm Dis* 8(1): 100-16
21. Chen S, Kuhn M, Prettnner K, et al. 2023. The global economic burden of chronic obstructive pulmonary disease for 204 countries and territories in 2020-50: a health-augmented macroeconomic modelling study. *Lancet Glob Health* 11(8): e1183-e93
22. AstraZeneca. 2022. *Common, preventable, treatable: has COPD been underprioritised?* Cambridge: AstraZeneca
23. United Nations. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages: targets and indicators. Disponibile da: https://sdgs.un.org/goals/goal3#targets_and_indicators [Accesso: 09/07/24]
24. Bennett JE, Kontis V, Mathers CD, et al. 2020. NCD Countdown 2030: pathways to achieving Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet* 396(10255): 918-34
25. Stolz D, Mkorombindo T, Schumann DM, et al. 2022. Towards the elimination of chronic obstructive pulmonary disease: a Lancet Commission. *Lancet* 400(10356): 921-72
26. European Lung Health Group. Breathe Vision for 2023. Disponibile da: <https://breathevision.eu/about> [Accesso: 09/07/24]
27. Bhutani M, Price DB, Winders TA, et al. 2022. Quality Standard Position Statements for Health System Policy Changes in Diagnosis and Management of COPD: A Global Perspective. *Adv Ther* 39(6): 2302-22
28. Szalontai K, Gémes N, Furák J, et al. 2021. Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Epidemiology, Biomarkers, and Paving the Way to Lung Cancer. *J Clin Med* 10(13): 29
29. World Health Organization. Household air pollution. [Aggiornato in data 09/07/24]. Disponibile da: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health> [Accesso: 05/03/24]
30. Gut-Gobert C, Cavaillès A, Dixmier A, et al. 2019. Women and COPD: do we need more evidence? *Eur Respir Rev* 28(151): 10.3390/jcm10132889
31. Gogou E, Hatzoglu C, Zargiannis SG, et al. 2022. Are younger COPD patients adequately vaccinated for influenza and pneumococcus? *Respir Med*: 10.1016/j.rmed.2022.106988
32. Fekete M, Pako J, Nemeth AN, et al. 2020. Prevalence of influenza and pneumococcal vaccination in chronic obstructive pulmonary disease patients in association with the occurrence of acute exacerbations. *J Thorac Dis* 12(8): 4233-42
33. Ozlu T, Bulbul Y, Aydin D, et al. 2019. Immunization status in chronic obstructive pulmonary disease: A multicenter study from Turkey. *Ann Thorac Med* 14(1): 75-82
34. Savran O, Ulrik C. 2018. Early life insults as determinants of chronic obstructive pulmonary disease in adult life. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 13: 683-93
35. Simon S, Joean O, Welte T, et al. 2023. The role of vaccination in COPD: influenza, SARS-CoV-2, pneumococcus, pertussis, RSV and varicella zoster virus. *Eur Respir Rev* 32(169): 230034
36. Larsson K, Janson C, Ställberg B, et al. 2019. Impact of COPD diagnosis timing on clinical and economic outcomes: the ARCTIC observational cohort study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 14: 995-1008
37. Diab N, Gershon AS, Sin DD, et al. 2018. Underdiagnosis and overdiagnosis of chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 198(9): 1130-39
38. Asthma + Lung UK. 2022. *COPD in the UK. Delayed diagnosis and unequal care*. London: Asthma + Lung UK
39. Kostikas K, Price D, Gutzwiller FS, et al. 2020. Clinical Impact and Healthcare Resource Utilization Associated with Early versus Late COPD Diagnosis in Patients from UK CPRD Database. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 15: 1729-38
40. Seys D, Bruyneel L, Decramer M, et al. 2017. An International Study of Adherence to Guidelines for Patients Hospitalized with a COPD Exacerbation. *COPD* 14(2): 156-63
41. Alqahtani JS, Njoku CM, Bereznicki B, et al. 2020. Risk factors for all-cause hospital readmission following exacerbation of COPD: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir Rev* 29(156): 29
42. Li J, Ma X, Zeng X, et al. 2023. Risk Factors of Readmission Within 90 Days for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients with Frailty and Construction of an Early Warning Model. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 18: 975-84
43. Miravittles M, Bhutani M, Hurst JR, et al. 2023. Implementing an Evidence-Based COPD Hospital Discharge Protocol: A Narrative Review and Expert Recommendations. *Adv Ther* 40(10): 4236-63
44. Dalal AA, Shah MB, D'Souza AO, et al. 2012. Observational study of the outcomes and costs of initiating maintenance therapies in patients with moderate exacerbations of COPD. *Respir Res* 13(1): 41
45. Milner S, Boruff J, Beaurepaire C, et al. 2018. Rate of, and barriers and enablers to, pulmonary rehabilitation referral in COPD: A systematic scoping review. *Respir Med*: 10.1016/j.rmed.2018.02.021
46. IPSOS. 2023. IPSOS Global Health Service Monitor 2023: a 31-country global survey. Paris: IPSOS
47. Mathioudakis AG, Ananth S, Vestbo J. 2021. Stigma: an unmet public health priority in COPD. *Lancet Respir Med* 9(9): 955-56
48. World Health Organization. 2003. *WHO Framework convention on tobacco control*. Geneva: WHO
49. Pipe AL, Evans W, Papadakis S. 2022. Smoking cessation: health system challenges and opportunities. *Tob Control* 31(2): 340
50. Agarwal S, Mangera Z. 2016. *Smoking cessation policy and practice in NHS hospitals*. London: British Thoracic Society
51. World Health Organization. Immunization coverage. [Aggiornato in data 18/07/23]. Disponibile da: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage> [Accesso: 09/07/24]
52. Giacomelli IL, Steidle LJM, Moreira FF, et al. 2014. Hospitalized patients with COPD: analysis of prior treatment. *J Bras Pneumol* 40(3): 229-37
53. Ambrosino N, Bertella E. 2018. Lifestyle interventions in prevention and comprehensive management of COPD. *Breathe* (Sheff) 14(3): 186-94
54. Hsu HT, Wu CD, Chung MC, et al. 2021. The effects of traffic-related air pollutants on chronic obstructive pulmonary disease in the community-based general population. *Respir Res* 22(1): 217
55. Ale B, Ozoh O, Gadanya M, et al. 2022. Estimating the prevalence of COPD in an African country: evidence from southern Nigeria. *J Glob Health Rep*: 10.29392/001c.38200
56. Pona HT, Xiaoli D, Ayantobo OO, et al. 2021. Environmental health situation in Nigeria: current status and future needs. *Heliyon* 7(3): e06330
57. Shah R, Bhalaria A, Agarwal D, et al. Effect of cleaner cooking fuel (LPG) on cardiopulmonary health in women from rural Maharashtra. [Aggiornato in data 01/04/24]. Disponibile da: <https://www.ipcr.org/24071> [Accesso: 09/07/24]
58. Fathima M, Bawa Z, Mitchell B, et al. 2021. COPD Management in Community Pharmacy Results in Improved Inhaler Use, Immunization Rate, COPD Action Plan Ownership, COPD Knowledge, and Reductions in Exacerbation Rates. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 16: 519-33
59. Alqahtani JS, Aldhahir AM, Siraj RA, et al. 2023. A nationwide survey of public COPD knowledge and awareness in Saudi Arabia: A population-based survey of 15,000 adults. *PLoS One*: 10.1371/journal.pone.0287565
60. Wong SSL, Abdullah N, Abdullah A, et al. 2014. Unmet needs of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD): a qualitative study on patients and doctors. *BMC Fam Pract* 15(1): 67
61. Haroon S, Jordan RE, Fitzmaurice DA, et al. 2015. Case finding for COPD in primary care: a qualitative study of the views of health professionals. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 10: 1711-8
62. Perret J, Yip SWS, Idrose NS, et al. 2023. Undiagnosed and 'overdiagnosed' COPD using postbronchodilator spirometry in primary healthcare settings: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Respir Res* 10(1): e001478

63. Quan Z, Yan G, Wang Z, et al. 2021. Current status and preventive strategies of chronic obstructive pulmonary disease in China: a literature review. *J Thorac Dis* 13(6): 3865-77
64. Madawala S, Osadnik CR, Warren N, et al. 2023. Healthcare experiences of adults with COPD across community care settings: a meta-ethnography. *ERJ Open Res* 9(1): 00581-2022
65. Al Bshabshe A, Al Shuqayfah N, Alahmari F, et al. 2023. Awareness of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) among the general population in Aseer Region, Kingdom of Saudi Arabia (KSA). *J Family Med Prim Care* 12(6): 1209-13
66. Hurst J. 2024. Intervista con Aislinn Santoni e Aditi Karnad presso The Health Policy Partnership [Videoconferenza]. 03/04/24
67. Desalu O, Onyedum C, Adeoti A, et al. 2013. Guideline-based COPD management in a resource-limited setting – physicians' understanding, adherence and barriers: a cross-sectional survey of internal and family medicine hospital-based physicians in Nigeria. *Prim Care Respir J* 22(1): 79-85
68. Leemans G, Vissers D, Ides K, et al. 2023. Perspectives and Attitudes of General Practitioners Towards Pharmacological and Non-Pharmacological COPD Management in a Belgian Primary Care Setting: A Qualitative Study. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 18: 2105-15
69. Heffler E, Crimi C, Mancuso S, et al. 2018. Misdiagnosis of asthma and COPD and underuse of spirometry in primary care unselected patients. *Respir Med* 142: 48-52
70. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. *Livret de présentation du dispositif - Mon bilan prévention*. Paris: Ministère de la Santé et de la Prévention
71. Manchester University NHS Foundation Trust. 2022. *Expanding lung cancer screening in Greater Manchester*. Manchester: Manchester University NHS Foundation Trust
72. Thien QVT. 2024. Comunicazione personale via e-mail: 18/05/24
73. Hoi Hen - Di Ung - Mien Dich Lam Sang. Chương trình Tầm soát hen và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic Obstructive Pulmonary Disease-COPD) tại bệnh viện Lê Văn Thịnh. [Aggiornato in data 20/05/24]. Disponibile da: <https://www.hoihendumdslstphcm.org.vn/index.php/hoat-dong/cam-nhan-acocu/842-chuong-trinh-t-m-soat-hen-va-b-nh-ph-i-t-c-ngh-n-m-n-tinh-chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd-t-i-b-nh-vi-n-le-van-th-nh> [Accesso: 09/07/24]
74. Corrêa RA, Mancuso EV, Rezende CF, et al. 2023. Increasing patient access to spirometry in the Unified Health System in Brazil: no longer a dream but a near reality. *J Bras Pneumol* 49(6):
75. Fernandes F. 2024. Intervista a Mariana Rodo e Catherine Whicher per conto di The Health Policy Partnership [Teleconferenza]. 07/05/24
76. Baratta F, Pignata I, Onorati R, et al. 2023. Monitoring and screening COPD in community pharmacies: experimentation in Italy. *Pharm Pract* 21(3): 1-16
77. Kong CW, Wilkinson TMA. 2020. Predicting and preventing hospital readmission for exacerbations of COPD. *ERJ Open Res* 6(2): 00325-2019
78. Ban A, Ismail A, Harun R, et al. 2012. Impact of clinical pathway on clinical outcomes in the management of COPD exacerbation. *BMC Pulmo Med* 12(1): 27
79. Pierucci P, Santomaso C, Ambrosino N, et al. 2021. Patient's treatment burden related to care coordination in the field of respiratory diseases. *Breathe* 17(1): 210006
80. Chruścińska-Dragan M. Potrzebna strategia dla pulmonologii. "Musimy skoordynować opiekę nad przewlekłymi chorobami". Disponibile da: <https://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Choroby-Pluc/Potrzebna-strategia-dla-pulmonologii-Musimy-skoordynowac-opieke-nad-przewleklo-choromy,251104,1022.html> [Accesso: 09/07/24]
81. Jankowski M, Bochenek B, Wiecezorek J, et al. 2023. Epidemiological Characteristics of 101,471 Patients Hospitalized with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Poland in 2019: Multimorbidity, Duration of Hospitalization, In-Hospital Mortality. *Adv Respir Med* 91(5): 368-82
82. Hudd TR. 2020. Emerging role of pharmacists in managing patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Health Syst Pharm* 77(19): 1625-30
83. Fletcher MJ, Dahl BH. 2013. Expanding nurse practice in COPD: is it key to providing high quality, effective and safe patient care? *Prim Care Respir J* 22(2): 230-3
84. Janssens W, Corhay JL, Bogaerts P, et al. 2019. How resources determine pulmonary rehabilitation programs: A survey among Belgian chest physicians. *Chron Respir Dis* 16: 1479972318767732
85. Spruit MA, Pitta F, Garvey C, et al. 2014. Differences in content and organisational aspects of pulmonary rehabilitation programmes. *Eur Respir J* 43(5): 1326-37
86. Shahaj O, Meiwald A, Puri Sudhir K, et al. 2024. Mapping the Common Barriers to Optimal COPD Care in High and Middle-Income Countries: Qualitative Perspectives from Clinicians. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 19: 1207-23
87. Tabysheva A, Sooronbaev T, Akylbekov A, et al. 2022. Medication availability and economic barriers to adherence in asthma and COPD patients in low-resource settings. *NPJ Prim Care Respir Med*: 10.1038/s41533-022-00281-z
88. Stolbrink M, Thomson H, Hadfield RM, et al. 2022. The availability, cost, and affordability of essential medicines for asthma and COPD in low-income and middle-income countries: a systematic review. *Lancet Glob Health* 10(10): e1423-e1432
89. Vasilopoulou M, Papaioannou AI, Kaltsakas G, et al. 2017. Home-based maintenance tele-rehabilitation reduces the risk for acute exacerbations of COPD, hospitalisations and emergency department visits. *Eur Respir J* 49(5): 10.1183/13993003.02129-2016
90. AstraZeneca. Egypt Health Lung Forum 2.0. AstraZeneca (data on file) [Accesso: 09/07/24]
91. Alcázar-Navarrete B, Jamart L, Sánchez-Covisa J, et al. 2022. Clinical Characteristics, Treatment Persistence, and Outcomes Among Patients With COPD Treated With Single- or Multiple-Inhaler Triple Therapy: A Retrospective Analysis in Spain. *CHEST* 162(5): 1017-29
92. Separ. La retirada del visado en la triple terapia de los pacientes con EPOC, una muy buena noticia. [Aggiornato in data 02/10/23]. Disponibile da: <http://www.separcontenidos.es/separvision/2023/10/02/la-retirada-del-visado-en-la-triple-terapia-de-los-pacientes-con-epoc-una-muy-buena-noticia/> [Accesso: 09/07/24]
93. Licskai C, Hussey A, Rowley V, et al. 2023. Sustained health system benefits of primary care based integrated disease management for COPD: an interrupted time series. *Eur Respir J* 62(suppl 67): OA768
94. López-Campos JL, Tan W, Soriano JB. 2016. Global burden of COPD. *Respirology* 21(1): 14-23
95. Japanese Respiratory Society. 健康日本21 (第三次) 日本呼吸器学会プロジェクト「木洩れ陽」COMORE-By2032. Disponibile da: <https://www.jrs.or.jp/kenkou21/old/20230531000000.html> [Accesso: 09/07/24]
96. Jahr-zehnt der Lunge. About the campaign [tradotto]. Disponibile da: <https://www.jahrzehntderlunge.de/ueber-die-kampagne> [Accesso: 09/07/24]
97. Jahr-zehnt der Lunge. 2023. *Politischer Kompass - Strukturierte Versorgung*. Berlin: Jahr-zehnt der Lunge

© The Health Policy Partnership, 2024. Tutti i diritti riservati.
Data di preparazione: ottobre 2024.
Z4-69556

Si prega di citare come:
Habashi L, Karnad A, Wait S, et al. 2024. *Lo stato globale della BPCO: promuovere il cambiamento per affrontare l'emergenza della salute dei polmoni*. Londra: The Health Policy Partnership

#SpeakUpforCOPD

Speak Up for COPD è un'iniziativa sostenuta da una coalizione di partner del settore no-profit e dell'industria farmaceutica per affermare la BPCO come priorità di salute pubblica. Il progetto è supportato da partner dell'industria farmaceutica. Tutti i partner hanno contribuito al presente documento.