

## **1. La componente sistemica della BPCO: che ruolo nella gestione della malattia ?**

Relatori: Clini (Firenze), Palange (Venezia), Sofia (Napoli)

- a. Comorbidità ed effetti sistemici: approfondire la definizione di comorbidità ed effetti sistemici, sostituire effetti con manifestazioni sistemiche, aggiungere alla classificazione le comorbidità coincidenti (v. anche classificazione di Soriano e Rodriguez). Fare un elenco o stratificazione per classi di importanza-rischio. Valutare la presenza di studi nei non fumatori per capire quanto le comorbidità sono effetto del fumo o della BPCO per sé. Quali evidenze per la Sindrome Infiammatoria Cronica Sistemica
- b. Enfatizzare gli accertamenti per valutare le manifestazioni sistemiche: BMI, BODE, EGA, valutazione non invasiva dell'ipertensione polmonare e del CPC,
- c. Proporre una classificazione di gravità che tenga conto dei principali fattori aggravanti da utilizzare in modo complementare alla classificazione spirometrica
- d. Valutare anche l'utilità di biomarker specifici di comorbidità ( PCR, proBNP...)
- e. Trattare il problema della farmacoterapia, controindicazioni e interazioni farmacologiche nei pazienti con comorbidità ( f. respiratori per patologie cardiovascolari, f. cardiovascolari per BPCO , effetti collaterali ?
- f. Problema aperto: molte linee guida per ogni comorbidità o una linea guida secondo bisogni

## **2. L'inquadramento clinico e funzionale del paziente con BPCO**

Relatori: Braido (Firenze), Cerveri (Venezia), Di Maria (Napoli)

- a. Dare un ordine logico agli esami per l'inquadramento del paziente con BPCO: spirometria con test di reversibilità e volumi polmonari, rx torace, EGA quando necessario ecc.
- b. Valutare sempre i volumi polmonari specificando il sistema usato (diluizione gas o pletismografia)
- c. Adottare LLN e i parametri di riferimento italiano post-broncodilatatore (quando saranno disponibili)
- d. Valutare l'utilità della reversibilità nella diagnosi differenziale asma-BPCO e come fattore predittivo della risposta alla terapia steroidea
- e. Proposta di fare la reversibilità con entrambi i broncodilatatori (anticolinergici e beta-2-agonisti)
- f. Reinserire lo stadio 0 o un suo sostituto per la sua utilità pratica
- g. individuare i decliner con spirometrie periodiche (ogni quanto tempo?)
- h. registrare sempre numero e gravità riacutizzazioni
- i. parametri di infiammazione non utili
- j. individuare e trattare correttamente i pazienti con infezioni-bronchiectasie
- k. Inserire valutazioni relative al paziente
- l. Problema aperto: iniziare a differenziare i fenotipi, almeno in ambiente specialistico

### **3. Quali indicatori di outcome considerare ?**

Relatori: Pistelli (Firenze) Papi (Venezia), Bellia (Napoli)

- a. Valorizzare le riacutizzazioni come parametro di valutazione dell'efficacia del trattamento
- b. Inserire questionari sulla disabilità
- c. Enfatizzare i significativi effetti della terapia farmacologica su outcome come sintomi, tolleranza allo sforzo, qualità della vita, riacutizzazioni rispetto a quelli meno significativi come declino funzionale del FEV1 e mortalità (invertire paragrafi 1' diapo terapia farmacologica)
- d. Inserire una diapo che descriva un commento ai risultati positivi e negativi dell'uplift come per il Torch (effetti sui primi stadi e su pazienti non trattati, sulla mortalità ecc)
- e. Terapie farmacologiche: dare indicazioni sulla sicurezza dei farmaci dimostrata nei megatrials. (Niewoehner)

### **4. E' possibile modificare la mortalità della BPCO ?**

Relatori: Cazzola (Firenze), Calabro (Venezia), Spanevello (Napoli)

- a. Diapo sull'efficacia dei trattamenti sulla mortalità?. Smoking cessation (Godfredsen), Riabilitazione (Ries e Cote-Celli), broncodilatatori: Uplift, Steroide inalatori e combinazioni (Torch)
- b. In mancanza di criteri predittivi di risposta alla terapia, enfatizzare la necessità di utilizzare tutti i trattamenti farmacologici e non farmacologici a disposizione in tutti i pazienti sintomatici per aumentare la sopravvivenza
- c. Enfatizzare la necessità di non interrompere i trattamenti a lungo termine per ottenere i risultati ottenuti nei grandi trials
- d. Mantenere invariata la diapo sul Torch riguardante gli effetti della combinazione su mortalità e altri outcome su pazienti con FEV1 post-bd < 60% FEV1
- e. Inserire raccomandazioni riguardanti i percorsi assistenziali integrati (domicilio, ospedale, altre professioni) e che comprendano le raccomandazioni principali riguardanti le linee guida per le comorbidità principali (ipertensione, scompenso cardiaco, diabete, obesità, osteoporosi)