

# Le problematiche previdenziali della broncopneumopatia cronica ostruttiva

**Fausta Franchi\*, Rosanna Franchi\*\***

\* Vicepresidente Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus; \*\* Coordinatore per le relazioni esterne Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia respiratoria caratterizzata da tosse cronica, produzione di catarro, mancanza di respiro, con una progressiva riduzione del flusso aereo respiratorio, misurabile attraverso la "spirometria", che negli stadi più avanzati conduce a insufficienza respiratoria con richiesta di ossigenoterapia e conseguente disabilità.

L'Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus, a dieci anni dalla sua costituzione avvenuta il 24 giugno 2001, si è fatta interprete delle esigenze dei malati respiratori. Le iniziative condotte per la BPCO non hanno ancora prodotto risultati tangibili, ma hanno portato alla luce le problematiche connesse a questa malattia di cui nel 1994 non si parlava ancora.

L'associazione ha puntato su campagne di sensibilizzazione e su iniziative per migliorare la conoscenza e la consapevolezza delle malattie respiratorie e sull'importanza della misura del respiro attraverso la "spirometria" come indicatore prioritario di salute. Essa si è battuta per la revisione delle Tabelle Ministeriali vigenti (Decreto Ministeriale del 5 febbraio 1992, G.U. 26/02/1992) su "Indicazioni per la valutazione dei deficit funzionali".

Non si può sottovalutare l'impegno del Ministero della Salute i cui lavori si sono concretizzati in alcune fondamentali decisioni:

- riconoscimento dell'impatto epidemiologico e socio-economico delle malattie respiratorie nei Piani Sanitari Nazionali e nei Piani Sanitari Regionali (PSN 2011-2013);
- legge per la tutela della salute dei non fumatori (art. 51, legge n. 3 del 16 gennaio 2003);
- costituzione di una commissione composta da rappresentanti delle società scientifiche e delle associazioni dei pazienti, avente lo scopo di revisionare

il DM 329/1999 concernente le patologie croniche e invalidanti per le quali è prevista l'esenzione dalla partecipazione al costo per talune prestazioni. In tale contesto è stato raccolto il consenso unanime per l'introduzione della BPCO nella lista delle malattie croniche invalidanti.

Questo non significa che tutto va bene. Assolutamente no. Alcuni progressi sono stati compiuti, ma molto resta da fare per tutelare i diritti dei pazienti e migliorare le loro condizioni e qualità di vita.

Oggi la BPCO viene considerata una patologia complessa ed eterogenea, le cui manifestazioni cliniche sono fortemente variabili.

Si ritiene sia importante una diagnosi precoce della malattia e un follow-up accurato, adottando misure terapeutiche farmacologiche e non, secondo le varie fasi della malattia personalizzandole al paziente, in modo da evitare le riacutizzazioni, la frequenza delle quali potrebbe essere un fattore di previsione all'evoluzione peggiorativa della malattia.

La revisione delle Tabelle Ministeriali vigenti, ferme al 1992, è uno degli obiettivi prioritari dell'associazione. Tale revisione si rende necessaria per riconoscere dignità ai malati e superare le ingiustizie nella assistenza che ancora oggi causano disuguaglianze in funzione dello stato sociale, della regione di appartenenza e del mancato rinascimento della disabilità.

Tutto ciò può avvenire solo con la partecipazione e collaborazione delle istituzioni e delle società scientifiche.

A tale proposito sosteniamo l'iniziativa della Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) che si è fatta portavoce delle problematiche previdenziali della BPCO richiedendo la revisione delle Tabelle di valutazione dei deficit funzionali.

# Dossier BPCO

Coloro che si occupano, anche occasionalmente, di medicina legale e del lavoro, sia specialisti in pneumologia che specialisti in discipline generaliste o specifiche per l'area, non possono che plaudire all'iniziativa della SIMG di mettere a fuoco la valutazione medico-legale dell'invalità conseguente alla diagnosi di BPCO.

Il tema è critico per numerosi motivi:

- 1.** l'assenza di un definitivo consenso scientifico internazionale sulla diagnosi: ciò non vuol dire che non esistano diagnosi di riferimento per inquadrare la BPCO ma siamo ancora lontani da una definizione che raggiunga il cuore del problema, che ancora non ci è noto; basti pensare ai dissidi scientifici montanti tra difensori della causalità dell'infiammazione nella genesi della malattia e propugnatori del ruolo privilegiato della broncodilatazione, con ovvie conseguenze prescrittive e tuttora ignorati problemi di individuazione della causalità eziopatogenetica che ne derivano. Ciò non significa assegnare la ragione agli uni o agli altri ma quando i problemi scientifici diventano di bandiera la scienza è sempre perdente e la verità ancora lontana;
- 2.** l'assenza di un criterio di stadiazione della gravità non semplicistico, come finora è stato il FEV1, che sia in grado di tenere conto delle svariate componenti cliniche invalidanti della malattia e di collocarle in un quadro di comprensibile spiegazione e classificazione etiopatogenetica; basti pensare alle differenze clinico-volumetriche tra gli antichi *blue bloater* e *pink puffer* per chiedersi se stiamo parlando della medesima malattia o se stiamo immaginando una unificazione inesistente, pur sotto la categoria "ostruzione bronchiale", già di per sé accezione fuorviante per la semantica di chi, non specialista o medico, legge la lingua per quello che è. D'altronde le modalità con la quale la cosiddetta ostruzione si manifesta sono variabili e subentranti, pur con modalità prevalenti verso l'enfisema o la bronchite. L'assenza di un criterio scientifico inoppugnabile per la stadiazione di gravità è una mancanza grave del mondo pneumologico internazionale che non sembra darsene molto pensiero, perdendosi in dispute farmacentriche;
- 3.** l'assenza di un riferimento concreto all'invalità come perdita della prestazione fisica (senza trascurare quella intellettuale così difficile da misurare) con criteri di misurazione cogenti per la valutazione del danno;
- 4.** il silenzio istituzionale sulla valutazione del danno respiratorio, affidata a criteri parascientifici e preistorici, dannosi per i valutati e i valutatori, costretti, questi ultimi, a sottovalutare il danno o a esercizi di *scientific climbing* per rappresentare correttamente il quadro del danno.

Se l'opera della SIMG è di per sé meritevole – e non possiamo che approvare questo sforzo di modernizzazione della classificazione di gravità a fini medico legali –, non possiamo trascurare di evidenziare quelli che potrebbero rivelarsi limiti, come la eccessiva "GOLDcentricità" degli assunti e il riferimento clinico all'antica distinzione tra "aringhe blu" e "sbuffatori rosei". L'aggiunta del criterio BODE è molto importante perché tenta di osservare il danno in una prospettiva organica generale.

Un ottimo inizio, comunque, per un percorso di interesse comune a cittadini, medici, specialisti e istituzioni. Speriamo che dia luogo a un tavolo di lavoro dedicato nelle opportune sedi.

*Franco Falcone*  
Past President AIPO

# La problematica previdenziale della broncopneumopatia cronica ostruttiva

**Patrizio Soverina**

in collaborazione con il Gruppo SIMG Pneumo\*

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una patologia respiratoria caratterizzata da tosse, espettorazione e dispnea da sforzo, con una progressiva riduzione del flusso aereo espiratorio, misurabile attraverso la spirometria, che negli stadi più avanzati conduce a insufficienza respiratoria, con notevole impatto sulla qualità di vita dei pazienti. La causa più importante nella genesi e sviluppo della malattia è il tabagismo, ovvero la dipendenza dal fumo di sigaretta.

La sua prevalenza è in costante aumento a livello mondiale, determinando un importante grado di handicap e di inabilità lavorativa, fino alla totale disabilità e incapacità di gestione autonoma di diverse funzioni elementari e attività strumentali di vita quotidiana. Negli USA, negli ultimi anni del XX secolo, la bronchite cronica ha avuto un incremento di prevalenza notevole passando dal 3,3% del 1970 al 5,4% del 1993. Sempre negli USA essa è al quarto posto come causa di morte, dopo le malattie cardiache, le neoplasie e l'ictus. Nell'anno 2008 è stata la sesta causa nel mondo e si prevede che nel 2020 aumenti ulteriormente fino a divenire la terza causa di morte.

Circa il 95% delle morti dovute a BPCO si registra in pazienti di età superiore ai 55 anni.

Le malattie respiratorie in Italia costituiscono la terza causa di morte e di queste circa la metà sono da attribuire alla BPCO e alle sue riacutizzazioni. La mortalità per BPCO, fino agli anni Ottanta, nettamente prevalente nel sesso maschile, è oggi in costante aumento anche nel sesso femminile. L'incremento della mortalità femminile può essere spiegato con la maggiore diffusione dell'abitudine al fumo di sigarette registratosi negli ultimi venti anni. In Italia l'insieme delle patologie che si considerano far parte di tale condizione clinica (l'enfisema polmonare e la bronchite cronica), secondo i dati elaborati dall'ISTAT nell'anno 1999, raggiunge una

prevalenza pari al 4,5% della popolazione nazionale. I dati di prevalenza rilevati dal principale database della Medicina Generale Italiana – Health Search – sono descritti nelle Figure 1-3.

Purtroppo si prevede che la dimensione globale della BPCO sia destinata a crescere ulteriormente, soprattutto quando si manifesteranno le conseguenze dell'abitudine al fumo di tabacco nei Paesi in via di sviluppo. I costi, già oggi assai elevati, sono destinati ad aumentare proporzionalmente all'invecchiamento della popolazione e all'incremento di prevalenza della BPCO, in particolare peseranno i costi per gli interventi medici e di tutela della salute pubblica ([www.goldcopd.it](http://www.goldcopd.it) 29).

La BPCO si associa frequentemente ad altre condizioni croniche, che contribuiscono in modo rilevante al peso complessivo della malattia e alla sua prognosi. Le comorbidità possono essere classificate come:

- *con-causali*, quando condividono con la BPCO fattori di rischio, ad es. fumo ed età per la cardiopatia ischemica;
- *complicanti*, quando rappresentano effetti extrapolmonari della BPCO, ad es. osteoporosi o depressione;
- *concomitanti*, ovvero malattie croniche coesistenti senza relazione causale nota con la BPCO ([www.goldcopd.it](http://www.goldcopd.it)).

In ambito previdenziale, parallelamente a quanto avviene per l'asma bronchiale, a fronte dell'evoluzione scientifica che ha permesso di migliorare fortemente la conoscenza della malattia, non esiste ancora un codice di riferimento tabellare ministeriale che individui tale patologia respiratoria così come modernamente viene definita, ossia BPCO.

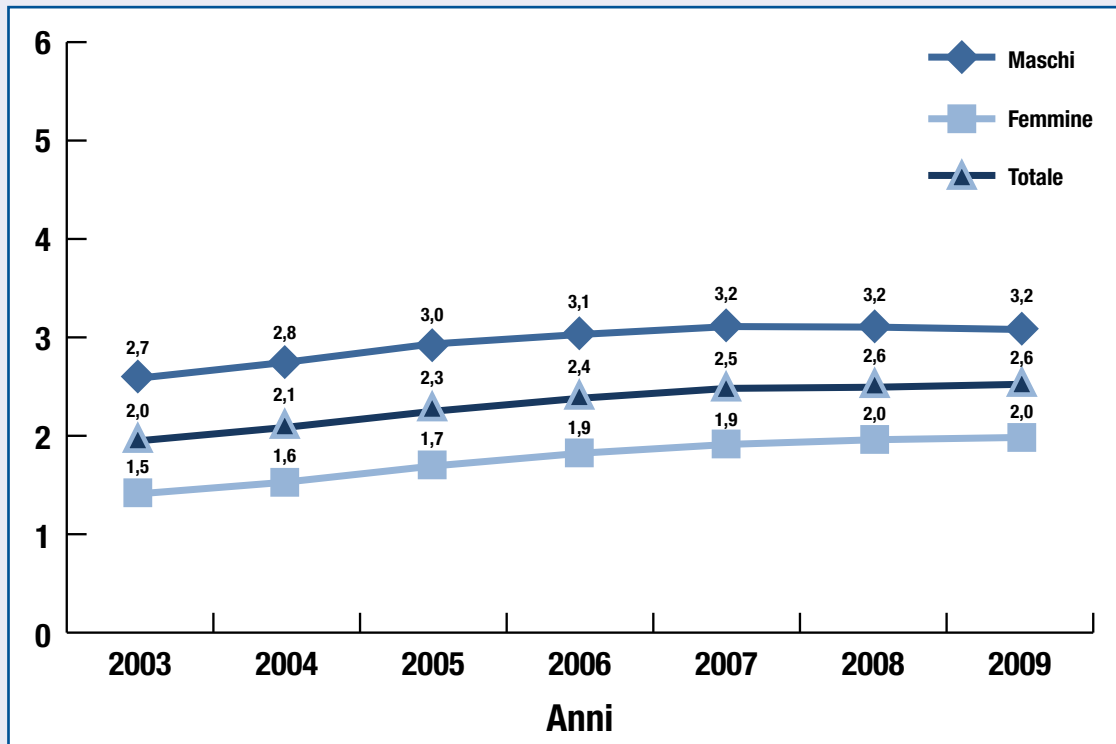
Rimane ancora inalterato il riferimento a una patologia cronica respiratoria ostruttiva identificata sostanzialmente in due varianti:

\*Gruppo SIMG Pneumo

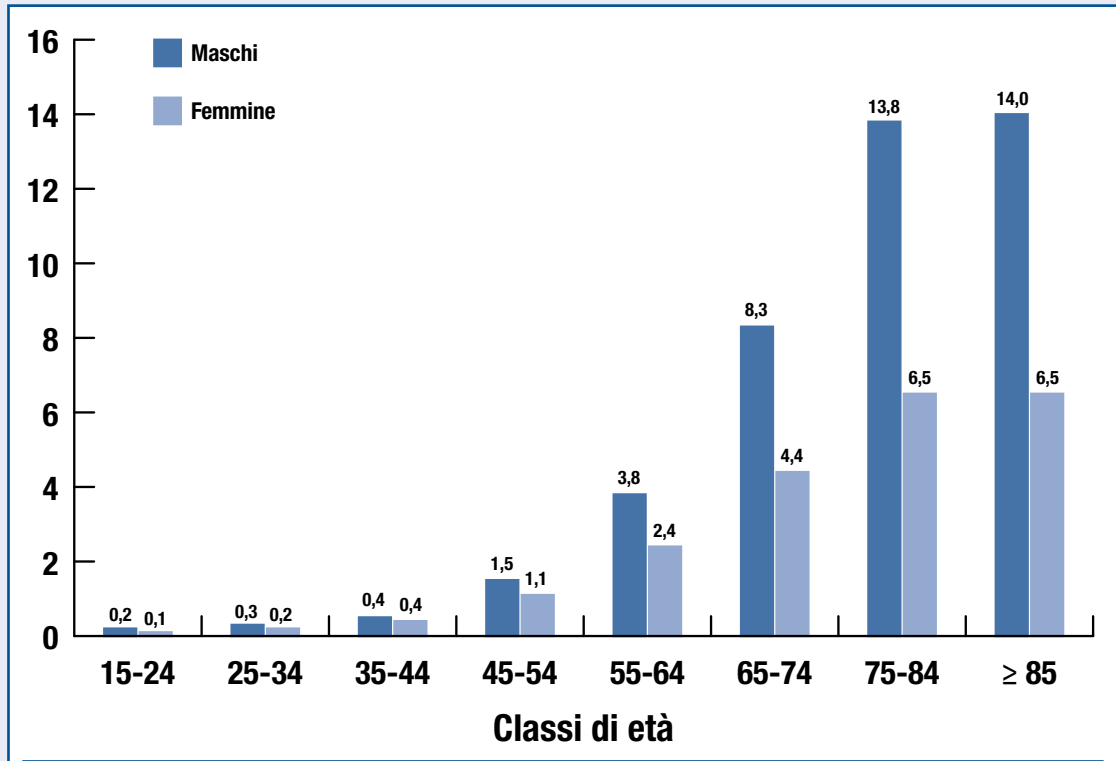
Coordinatore: Germano Bettoncelli

Mario Berardi, Carla Bruscellini, Mauro Calzolari, Bruno Franco Novelletto, Giovanni Invernizzi, Federico Franzoso, Francesco Paolo Lombardo, Antonio Metrucci, Italo Paolini, Nicolò Seminara, Patrizio Soverina, Marzio Uberti, Teresa Zedda

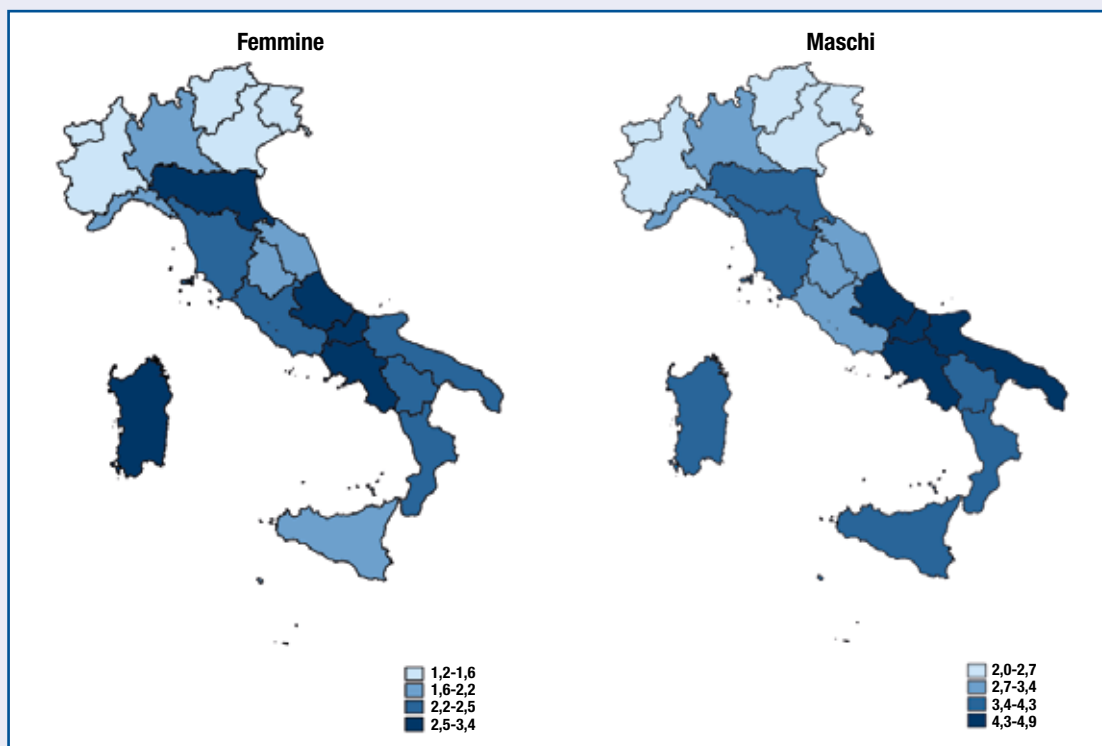
# Dossier BPCO



**Figura 1.**  
Prevalenza della BPCO in Italia (dati Health Search 2009).



**Figura 2.**  
Prevalenza di BPCO stratificata per sesso e fasce di età (dati Health Search 2009).

**Figura 3.**

Prevalenza di BPCO stratificata per area geografica e sesso (dati Health Search 2009).

- a. malattia polmonare ostruttiva cronica prevalente bronchite (codice 6455 = i.c. 75%);
- b. malattia polmonare ostruttiva cronica prevalente enfisema (codice 6456 = i.c. 65%).

In altri termini, si è rimasti sostanzialmente fermi alla distinzione nosografica delle due varianti di patologia cronica ostruttiva, identificate nei fenotipi del *pink puffer* e del *blue bloater*, così come di seguito descritti:

- *pink puffer*: paziente magro, scavato, espirazione prolungata a labbra socchiuse (*auto-peep*), spesso nella posizione del cocchiere (seduto con appoggio di gomiti o mani) per migliorare l'utilizzo della muscolatura respiratoria accessoria e diaframmatica. Poco catarro, leggera ipossia, enfisema e dispnea a volte molto severa;
- *blue bloater*: paziente con cianosi a riposo o da minimi sforzi, edemi agli arti inferiori e rantoli e ronchi alle basi polmonari. Quadro tendenzialmente evolutivo per insufficienza respiratoria cronica e scompenso cardiaco destro.

Sulla base di tale distinzione si verrebbe a giudicare, dal punto di vista medico-legale attuale, un broncopneumopatico cronico come appartenente all'una o all'altra categoria, con criteri prevalentemente obiettivi e anamnestici e solo vagamente funzionali (come si può leggere nella seconda parte delle tabelle dove si fa riferimento,

per l'insufficienza respiratoria, all'indice di Tiffeneau e alla gravità della dispnea), ovvero senza l'ausilio della misura del FEV1 e di altri parametri moderni, interpretati secondo adeguate scale di misurazione, quali il grado di dispnea (cfr. scala della MRC), l'emogasanalisi, il grado di tolleranza allo sforzo, la frequenza delle riacutizzazioni, lo stato nutrizionale, le comorbidity.

In realtà, la maggior parte dei pazienti è difficilmente distinguibile, da un punto di vista clinico obiettivo, in maniera così nettamente distinta, presentando invece, il più delle volte, quadri intermedi molto variabili in cui prevalgono, di volta in volta, taluni aspetti su altri.

È stato ribadito nelle moderne linee guida GOLD che la gravità della BPCO può variare in relazione a diversi fattori:

1. deficit funzionale respiratorio, ovvero decremento del VEMS, distinto in quattro stadi di gravità progressiva;
2. grado di dispnea, identificando tre stadi di gravità, lieve moderato e grave (5 stadi secondo la scala MRC – *Medical Research Council*);
3. altri elementi clinico-funzionali quali:
  - malnutrizione ( $BMI < 21 \text{ kg/m}^2$ );
  - grado di intolleranza allo sforzo;
  - frequenza e gravità delle riacutizzazioni;
  - insufficienza respiratoria ( $PaO_2 < 60 \text{ Torr}$ )-ipercapnia ( $PaCO_2 > 45 \text{ Torr}$ );

- cuore polmonare;
- numero e gravità delle comorbidità;
- quantità e qualità dei farmaci assunti nell'anno precedente in relazione a terapia cronica e riabilitazioni ([www.goldcopd.it](http://www.goldcopd.it)).

Nella seconda parte delle Tabelle Ministeriali vigenti (Decreto Ministeriale del 5 febbraio 1992 – G.U. 26/02/1992) “Indicazioni per la Valutazione dei deficit funzionali” si descrive l'insufficienza respiratoria, distinguendola in lieve, media, grave e gravissima (con dispnea a riposo), a seconda della compromissione funzionale (basata solo sull'indice di Tiffeneau senza considerare il decremento del FEV1) e del livello di dispnea, in assoluta

manca di riferimenti ai moderni criteri classificativi secondo GOLD e BODE, la qual cosa è ovvia, essendo le tabelle vigenti ancora quelle prodotte nel febbraio 1992, mai più aggiornate, almeno per ciò che concerne il capitolo respiratorio. In esse non si stabilisce una percentuale di invalidità in relazione alla gravità, se non solo – e in maniera implicita – per la dispnea a riposo, in quanto questa viene definita “condizione gravissima tale da comportare l'impossibilità di atti quotidiani della vita”. L'assenza di uno specifico riferimento tabellare alla quantificazione dello stadio di gravità di malattia fa sì che nella pratica comune medico-legale non possa essere determinata una giusta percentuale di invalidità

**Tabella I.**

Tabella di invalidità per le patologie respiratorie attualmente vigente (prima parte).

Codice	Patologia	Min.	Max.	Fisso
6003	Asma allergico estrinseco	21	30	0
6004	Asma intrinseco	0	0	35
6005	Enfisema lobare congenito	0	0	11
6009	Rinite cronica atrofica	1	10	0
6010	Rinite cronica ipertrofica con stenosi bil.	11	20	0
6011	Rinite cronica vasomotoria o allergica	1	10	0
6012	Sinusite cronica con referto rx significativ. positivo	0	0	15
6013	Tbc polmonare - esiti fibrosi parench. o pleurici con insuff. resp. lieve	11	20	0
6014	Tbc polmonare - esiti fibrosi parench. o pleurici con insuff. resp. moderata	41	50	0
6015	Tbc polmonare - esiti fibrosi parench. o pleurici con insuff. resp. grave	81	90	0
6016	Tbc polmonare - esiti fibrosi parench. o pleurici con insuff. resp. e dispnea a riposo	0	0	100
6403	Bilobectomia	0	0	61
5404	Bronchiectasia acquisita	0	0	35
6405	Bronchiectasia congenita	21	30	0
6406	Bronchiectasia congenita associata a mucoviscidiosi	0	0	80
6407	Bronchite asmatica cronica	0	0	45
6413	Cisti bronco gene o polmonari congenite	31	40	0
6431	Fibrosi polmonare interstiziale diffusa idiopatica	0	0	95
6449	Ipoplasi o aplasi polmonare congenita bilaterale	41	50	0
<b>6455</b>	<b>Malattia polmonare ostruttiva cronica prevalente bronchite</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>75</b>
<b>6456</b>	<b>Malattia polmonare ostruttiva cronica prevalente enfisema</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>65</b>
6468	Pneumectomia	0	0	45
6469	Pneumectomia con insufficienza respiratoria media	0	0	80
6470	Pneumectomia con insufficienza respiratoria grave	0	0	100
9329	Sarcoidosi in trattamento	0	0	41

cui potrebbe aver diritto il paziente respiratorio. Per contro, l'unico riferimento valutativo delle tabelle attualmente vigenti resta la distinzione in "prevalente enfisema" e "prevalente bronchite cronica".

Da quanto descritto, quindi, emerge che non vi è stato alcun adeguamento della legislazione previdenziale alle moderne conoscenze scientifiche e ai relativi strumenti per classificarne la gravità. Il problema si presenta oggi maggiormente complesso a fronte della multiforme e variegata gamma di fenotipi, osservabili nella realtà quotidiana. A seconda delle diverse influenze etniche, ambientali, culturali e cliniche, questi pazienti presentano un diverso grado di inabilità, che può oscillare da una lieve compromissione respiratoria, fino a una condizione di estrema gravità e di totale disabilità.

Oggi sappiamo che a parità di valori dei parametri funzionali, possono corrispondere realtà cliniche molto diverse. Età, struttura fisica, allenamento allo sforzo, stile di vita, possono comportare un vissuto di malattia assolutamente peculiare. Oggi si tende ad affermare che la BPCO è una patologia complessa ed eterogenea, le cui manifestazioni cliniche sono fortemente variabili. Il grado di limitazione al flusso aereo, infatti, non sempre fotografa la reale eterogeneità della malattia. Così anche l'attuale classificazione di gravità delle linee guida

GOLD, basata sul FEV1, è solo moderatamente predittiva di altre caratteristiche che compongono il peso complessivo della malattia. Ad esempio, la frequenza di riacutizzazioni potrebbe essere un fattore importante per predire l'evoluzione peggiorativa della malattia.

Celli et al.<sup>1</sup> ha elaborato, nel 2004, un criterio classificativo di gravità della BPCO che rappresenta un indice prognostico *quoad mortem* e che ha preso il nome di "indice BODE". Esso prende in considerazione i seguenti parametri: Indice di massa corporea - BMI (B), Ostruzione definita dalla spirometria e misurata dal VEMS (O), Dispnea secondo la scala del MRC (D), Capacità di esercizio fisico calcolata con il test del cammino sui 6 minuti e misurata in metri (E).

In base a questa seconda stadiazione, i pazienti affetti da BPCO sono classificati in quattro sottogruppi definiti "quartili" (Q) (Q1 = comprendente i punteggi BODE da 0 a 2; Q2 = da 3 a 4; Q3 = da 5 a 6; Q4 = da 7 a 10). Naturalmente più è elevato il quartile più grave è la condizione respiratoria in cui versa il paziente e, quindi, il suo grado di invalidità.

Alla luce di quanto sopra, la BPCO potrebbe essere riclassificata in Medicina Legale secondo i criteri su esposti, che meglio si adatterebbero a identificare il diverso livello di gravità dell'handicap sofferto dal paziente.

**Tabella II.**  
Classificazione GOLD.

<b>Stadio 0 a rischio</b>	Spirometria normale
<b>I stadio lieve</b>	FEV1 (VEMS)/FVC(CVF) < 70%; FEV1 ≥ 80% del teorico
<b>II stadio moderato</b>	FEV1/FVC < 70%; 50% ≤ FEV1 < 80%
<b>III stadio grave</b>	FEV1/FVC < 70%; 30% ≤ FEV1 < 50%
<b>IV stadio molto grave</b>	FEV1/FVC < 70%; FEV1 < 30% del teorico o FEV1 < 50% del teorico in presenza di insufficienza respiratoria o di segni clinici di scompenso cardiaco destro

**Tabella III.**  
Calcolo BODE.

Variables and Point Values Used for the Computation of the Body-Mass Index, Degree of Airflow Obstruction and Dyspnea, and Exercise Capacity (BODE) Index				
Variable	Points on BODE Index			
	0	1	2	3
FEV 1 (% of predicted)	≥ 65	50-64	36-49	≤ 35
Distance walked in 6 min (m)	≥ 350	250-349	150-249	≤ 149
MMRC dyspnea scale	0-1	2	3	4
Body-mass index	> 21	≤ 21		

**Tabella IV.**

Proposta di criterio classificativo della BPCO secondo gravità clinico-strumentale.

<b>1) Classe di gravità lieve (% di invalidità 21-30)</b>
1° stadio GOLD o 1° quartile BODE
<b>2) Classe di gravità moderata (% di invalidità 41-50%)</b>
2° stadio GOLD o 2° quartile BODE
<b>3) Classe di gravità severa (% di invalidità 71-80)</b>
3° stadio GOLD o 3° quartile BODE
<b>4) Classe di gravità molto severa (% di invalidità 100)</b>
4° stadio GOLD o 4° quartile BODE

Analogamente a quanto osservato per l'asma bronchiale, si potrebbe introdurre una stadiazione della gravità della BPCO in quattro classi, definite sulla base di una obiettiva valutazione dei parametri clinici e funzionali sopra riportati, da una struttura sanitaria specialistica accreditata.

A questo livello specialistico si dovrebbe poter richiedere, a fini esclusivamente medico-legali, la definizione del grado di compromissione respiratoria indotta dalla malattia, classificandola in quattro semplici classi con relativo range percentuale: dalla I classe (compromissione lieve) pari al 21-30%, fino alla IV classe (insufficienza respiratoria gravissima) pari al 100%.

Per i casi più gravi, ovviamente, dovrebbe essere concesso il riconoscimento dell'assegno di accompagnamento in tutte quelle condizioni documentate di insufficienza respiratoria grave con necessità di ossigenoterapia dalle 18 alle 24 ore/die in maniera continuativamente cronica.

**Bibliografia**

- <sup>1</sup> Celli BR, Cote CG, Marin JM, et al. *The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease*. N Engl J Med 2004;350:1005-12.