**Intervista a Francesco Blasi   
Professore Ordinario Malattie Respiratorie, Università di Milano**

La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) non è semplicemente la “tosse del fumatore”, ma è una delle principali **cause di morbilità e mortalità**. Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ogni anno nel mondo si contano **oltre 3 milioni di decessi**, per altro destinati ad aumentare: l’OMS stima che nel 2030 la BPCO sarà la **terza causa di morte** nel mondo e nel 2020 la **quinta** in termini di disabilità e qualità di vita.

Colpisce in tutto il mondo circa **65 milioni di persone** e in Italia riguarda tra **l’8% e il 12%** della popolazione adulta. Si tratta però dell’unica patologia dalla quale ci si attende un **progressivo aumento dei casi** nei prossimi anni, anche a fronte di un’eventuale riduzione del principale fattore di rischio, il fumo. Questo perché la sospensione dei fattori di rischio (fumo e inquinamento) ha effetti positivi immediati, ad esempio, sul sistema cardiovascolare, ma non sul sistema respiratorio: qui i danni provocati si protraggono per anni e anni.

Oltre a essere una patologia diffusa, la **BPCO** è anche sotto **diagnosticata**.E’ come un **iceberg**: sulla punta troviamo i pazienti gravi, con sintomatologia severa e patologia conclamata. Sotto la sua superficie, invece, abbiamo le **mancate diagnosi** che si stima che rappresentino il **60%** dei casi.

Ciò dipende da diversi **fattori** tra i quali: dalla **scarsa conoscenza** della patologia e dei fattori di rischio tra la popolazione - solo il **14%** degli italiani è consapevole dell’esistenza della BPCO - e da un **approccio diagnostico non proattivo**. E’ prevalente la tendenza ad aspettare che sia il paziente stesso a recarsi dal medico, ma ciò solitamente avviene solo quando i sintomi - mancanza di respiro o “fame d’aria”, eccessiva produzione di espettorato (catarro) e tosse cronica - si presentano chiaramente, ovvero quando la patologia è già in stadio avanzato e vi è un’importante compromissione della funzionalità respiratoria. Circa il **9%** dei pazienti giunge alla diagnosi di BPCO in condizione di malattia severa o molto severa, ed il **25-30%** vengono alla diagnosi quando hanno uno stadio moderato di malattia.

Tenuto conto delle **basi fisiopatologiche** della malattia e delle condizioni cliniche del paziente, lo specialista individuerà la **combinazione di farmaci** più adatta, che solitamente prevede l’impiego di una terapia inalatoria. Soprattutto nei casi più gravi, soggetti a frequenti riacutizzazioni, si predilige la combinazione di un **broncodilatatore ad azione rapida e di lunga durata** e di un **corticosteroide** in **formulazione spray**. L’associazione dei due farmaci permette di **controllare la sintomatologia** e **ridurre le riacutizzazioni** poiché, oltre ad agire sull’infiammazione delle vie aeree, contribuisce a ridurne l’ostruzione. Ciò si traduce in un **miglioramento in termini clinici e di qualità** **di vita** per i pazienti: si riducono le ospedalizzazioni, i trattamenti farmacologici associati (es. antibiotici, steroidi), con conseguente riduzione dei costi per il servizio sanitario.

Gli studi sugli **effetti della terapia inalatoria** dimostrano che, migliorando la capacità respiratoria (FEV1), migliorano anche le *performance* dei pazienti, che possono quindi svolgere le normali attività quotidiane altrimenti impossibili se non adeguatamente trattati. Ma perché il trattamento sia efficace è importante che il paziente sia **educato** **alla corretta gestione** della terapia sia in termini di rispetto della posologia, sia di corretto uso del *device*. L’*empowerment* del paziente è quindi un fattore determinante nell’aderenza alla terapia che, nelle malattie respiratorie croniche tende a non essere **elevata**, o comunque minore di quanto si registra comunemente in patologie come l’infezione da HIV o il cancro, e solo tendenzialmente migliore rispetto ad altre patologie croniche di grande diffusione come il diabete. Nella BPCO in particolare meno **del 30% dei pazienti** assume in modo continuativo la terapia inalatoria.

La **mancata o ridotta aderenza** determina un aumento della **progressione** della malattia verso le sue complicanze, una **ridotta sopravvivenza** e un **aumento dei costi** (aumentata di ospedalizzazione per complicanze o recidive).