**La BPCO in pillole**

La Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) è una malattia polmonare progressiva (tende a peggiorare nel tempo), non completamente reversibile, caratterizzata da **un’ostruzione cronica delle vie aeree** **che interferisce con la normale respirazione** [1].

La cronica limitazione al flusso aereo, caratteristica della BPCO, è causata in parte dalle alterazioni a carico delle piccole vie aeree (es. bronchiolite ostruttiva) e in parte dalla distruzione parenchimale (enfisema). A causa dei cambiamenti strutturali e del restringimento delle piccole vie aeree provocato dall’infiammazione cronica, gli alveoli pieni di aria non riescono a svuotarsi e l’aria resta intrappolata. I muscoli respiratori, cercando di espellere l'aria, diventano meno efficienti e la respirazione diventa più difficile [2].

**Fattori di rischio**

Il **fumo di tabacco** **rappresenta il principale fattore di rischio.** Circa **l’80-90%** dei soggetti con diagnosi di BPCO è rappresentato da fumatori di lungo termine[3]. Altri fattori di rischio comprendono l'esposizione all’**inquinamento ambientale interno e esterno** (utilizzo di combustibili biologici domestici per cucinare o riscaldarsi), l’**esposizione professionale a polveri** organiche e inorganiche, agenti chimici e fumi; **familiarità per BPCO e/o altri fattori legati all’infanzia** (ad es. basso peso alla nascita, infezioni respiratorie nell’infanzia). In alcuni casi è conseguenza di altre malattie respiratorie quali **asma bronchiale, iperreattività bronchiale, bronchite cronica e infezioni** [1].

**Sintomi**

I sintomi tipici della BPCO sono: **dispnea**, cioè la sensazione di “fame d'aria” o affanno; **tosse**, anche improduttiva (secca), che nel tempo può presentarsi quotidianamente; **produzione di espettorato estremamente denso** che viene emesso durante gli accessi di tosse; **respiro sibilante** e **costrizione toracica** [2].

I sintomi possono manifestarsi in forma evidente a partire dai **40-50 anni** [1], e tendono ad evolvere con la progressione della malattia, sia in termini di frequenza che di intensità. La tosse e l’espettorazione si avvertono principalmente al risveglio, a causa del ristagno di catarro nelle vie aeree. La dispnea inizialmente si manifesta solo sotto forte sforzo, tuttavia, col tempo, il paziente può avvertirla anche in caso di sforzi più ridotti, fino ad accusare l’affanno anche a riposo.

Non esiste una cura della malattia che porti alla guarigione definitiva, ma **un’adeguata terapia** permette al paziente di **controllare i sintomi** e **prevenirne il peggioramento repentino** (riacutizzazioni o esacerbazioni), consentendo di mantenere una buona qualità di vita.

**Burden of disease**

La BPCO è una delle principali cause di morbilità e mortalità a livello globale: si stima che oggi sia la **terza causa di morte nel mondo** (circa **3 milioni** di decessi l’anno, e una previsione di oltre **5,4 milioni** di decessi entro il 2060) [2], anche a causa del progressivo invecchiamento della popolazione. Nella maggior parte dei pazienti, soprattutto anziani, la BPCO si associa a malattie croniche concomitanti (es. patologie cardiovascolari, diabete mellito, disturbi muscoloscheletrici) che ne aumentano la morbilità e la mortalità.

Alcuni studi epidemiologici su larga scala hanno stimato una prevalenza globale della BPCO dell’**11,7%**, pari a **384 milioni** di persone [2].

D’altra parte, vi è anche il problema della mancata diagnosi: diversi studi hanno dimostrato che i pazienti con BPCO in stadi di gravità moderata (circa il 30-50% di tutti i pazienti con BPCO) di solito rimangono non diagnosticati – nonostante siano, in circa la metà dei casi, sintomatici - fino a quando la loro malattia non progredisce in stadi di maggiore gravità [4].

In **Italia**, la BPCO colpisce intorno al **6%** della popolazione adulta, vale a dire **3milioni** di persone (dati Istat), con tassi di incidenza più elevati nelle regioni meridionali [5]. La malattia è inoltre responsabile del **50-55%** delle **morti per malattie respiratorie** [5].

**Diagnosi**

**La diagnosi di BPCO - ipotizzata sulla base del quadro clinico (fattori di rischio inclusi) - è confermata strumentalmente dalla** **spirometria**, un semplice test che misura la quantità di aria che una persona può espirare e la quantità di tempo che serve per farlo, fattori indicativi dello stato di salute e della funzionalità respiratoria. La presenza di un rapporto FEV1/FVC <0.70 post-broncodilatatore conferma la presenza di una limitazione al flusso aereo persistente e quindi di BPCO.

Le Raccomandazioni GOLD [2] consigliano di eseguire la spirometria se uno dei sintomi tipici della BPCO è presente in un soggetto di età superiore a 40 anni.

Sebbene la BPCO sia definita sulla base della limitazione del flusso d’aria, la decisione di rivolgersi al medico (per fare una diagnosi) è di solito determinata dall’impatto che un sintomo ha sulla vita quotidiana del paziente. Una persona può richiedere un consulto medico a causa dei sintomi cronici o di una prima riacutizzazione.

**Trattamento**

La terapia farmacologica per la BPCO è volta a ridurre i sintomi, a migliorare lo stato di salute e la tolleranza allo sforzo, a ridurre la frequenza e la gravità delle riacutizzazioni.

Le **riacutizzazioni** di BPCO sono definite come un **peggioramento acuto dei sintomi respiratori** che riduce la funzionalità polmonare, con conseguente peggioramento dello stato di salute.Pertanto, **la prevenzione e il trattamento delle riacutizzazioni** (in particolare quelle di grado moderato e grave che comportano l’ospedalizzazione) **è diventato un obiettivo primario degli operatori sanitari.**

La terapia farmacologica si basa su farmaci **broncodilatatori**, che inducono un rilassamento della muscolatura liscia delle vie respiratorie, aumentando in questo modo la pervietà delle stesse, e **antinfiammatori**, che agiscono sul processo infiammatorio alla base dell’ostruzione delle vie aeree.

**Aderenza alla terapia** [6]

**La non aderenza alla terapia per il trattamento della BPCO è elevata**, con tassi di aderenza alla terapia orale e inalatoria che variano dal **41,3%** al **57%**.

A ciò si aggiunge che il **31%** adotta tecniche di dosaggio dell’inalatore inefficaci e più del **50%** fa uso eccessivo di farmaci durante i periodi di difficoltà respiratorie.
I motivi più comunemente identificati per la non-aderenza non intenzionale sono la complessità del regime terapeutico e la politerapia.

**Prevenzione**

Secondo le raccomandazioni GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) [2], la cessazione del fumo è l’intervento con la maggiore capacità di influenzare la storia naturale della BPCO. Con risorse adeguate e interventi mirati ad aiutare i pazienti a smettere di fumare, si potrebbero ottenere tassi di astinenza a lungo termine del **25%**.

Tra le altre strategie di prevenzione si segnala la **vaccinazione antinfluenzale** che può ridurre il rischio di malattie gravi (come le infezioni delle vie respiratorie inferiori che richiedono ricovero ospedaliero) e di morte in pazienti con BPCO. Anche la **vaccinazione anti-pneumococcica** è raccomandata in tutti i pazienti a partire dai 65 anni.

**Bibliografia**

[1] WHO, COPD Fact Sheet. Consultabile su: [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-%28copd%29)

[2] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Strategia Globale per la Diagnosi, il Trattamento e la Prevenzione della BPCO, Report 2021. Consultabile su:

<https://goldcopd.org/2021-gold-reports/>

[3] Annesi-Maesano I. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir Mon 2006; 38: 41-70

[4] Soriano JB, Zielinski J, Price D., Screening for and early detection of chronic obstructive pulmonary disease. Lancet. 2009 Aug 29;374(9691):721-32.

[5] Elaborazione NEBO Ricerche PA su dati ISTAT, Indagine Campionaria Multiscopo 2000, 2005, 2010. Tratto dall’abstract: Dimensione BPCO, Condivisione dei Percorsi gestionali, Italian Journal of Public Health. 2016, Volume 5, numero 3. Consultabile su: <https://www.ijph.it/pdf/2016-v5-n3.pdf>

[6] Bryant et al. Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, Respiratory Research 2013, 14:94. Consultabile su:

<https://respiratory-research.biomedcentral.com/articles/10.1186/1465-9921-14-109>