

Piano Nazionale della Cronicità e Gestione Integrata della BPCO

Francesco Paolo Lombardo¹, Nicola Scichilone²

¹ Medico di Medicina Generale, Responsabile Area Pneumologica, SIMG Regione Sicilia;

² Pneumologo, Presidente SIMREG (Società Italiana di Medicina Respiratoria in Età Geriatrica)

Introduzione

L'OMS definisce la patologia cronica come un problema di salute che richiede un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni. Le patologie croniche sono caratterizzate da costi sempre più elevati e da difficoltà gestionali, relative all'età spesso avanzata dei pazienti, alla necessità di terapie farmacologiche complesse con rischi di interazione farmacologica ed effetti collaterali. Tuttavia la difficoltà forse maggiore per il medico è comunicare al paziente che la sua patologia può essere curata, ma che la cura non potrà portare a guarigione.

Lo scorso anno il Ministero della Salute – Direzione Generale della Programmazione Sanitaria ha emanato il “Piano nazionale Della Cronicità” (PNC). Questo si compone di due parti: nella prima vengono affrontati il disegno complessivo, i costi, l'esigenza della condivisione di percorsi assistenziali per la cronicità centrati sul paziente affetto da patologia cronica e non sulla malattia cronica in sé. Nella seconda parte vengono invece identificate dieci patologie croniche, fra cui la BPCO, per le quali non esistevano ancora degli atti di programmazione specifici a livello nazionale, individuate attraverso la rilevanza epidemiologica, la gravità, l'invalidità, il peso assistenziale ed economico, e la difficoltà di diagnosi e accesso alle cure.

Fra gli elementi chiave evidenziati nel PNC (aderenza, appropriatezza, prevenzione, cure domiciliari, informazione, educazione, *empowerment*), l'aspetto forse più rilevante citato è la necessità di acquisire conoscenza e competenza non solo da parte degli operatori sanitari, ma anche e soprattutto

dei pazienti e dei *care-givers*, in altre parole promuovere l'*empowerment* per migliorare la gestione della cronicità. Viene posto l'accento sull'importanza dell'aderenza terapeutica, non solo alla terapia farmacologica, ma più in generale al percorso gestionale della patologia cronica, dell'umanizzazione delle cure, della necessità della presa in carico dei pazienti fragili, dell'informatizzazione del sistema sanitario, della condivisione del piano di cura, fra tutti gli attori del percorso, dell'appropriatezza d'uso delle terapie e delle tecnologie, e viene rilevata l'esistenza spesso di disuguaglianze sociali, e soprattutto l'importanza della centralità del paziente, nella definizione dei percorsi assistenziali.

L'obiettivo è quello di migliorare la tutela delle persone affette da cronicità, riducendo il peso per l'individuo e le famiglie, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari, fissando indicatori di gestione e monitoraggio. Viene rilevata la necessità della presa in carico del paziente cronico, e indicati col sistema ACG (*Adjusted Clinical Group*) gruppi di popolazione a maggior rischio di complessità assistenziale (Fig. 1).

Nella prevenzione un ruolo cardine viene riconosciuto al Medico di Medicina Generale (MMG) e per le patologie croniche in età evolutiva al pediatra di libera scelta, e posto l'accento sulla necessità di iniziative di medicina proattiva, meglio realizzabili nelle forme associative (AFT, UCCP) della Medicina Generale (MG).

La BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva), fra le dieci patologie croniche indicate nella seconda parte del PNC, racchiude tutte le caratteristiche sopra citate. Essa è infatti una patologia cronica desti-

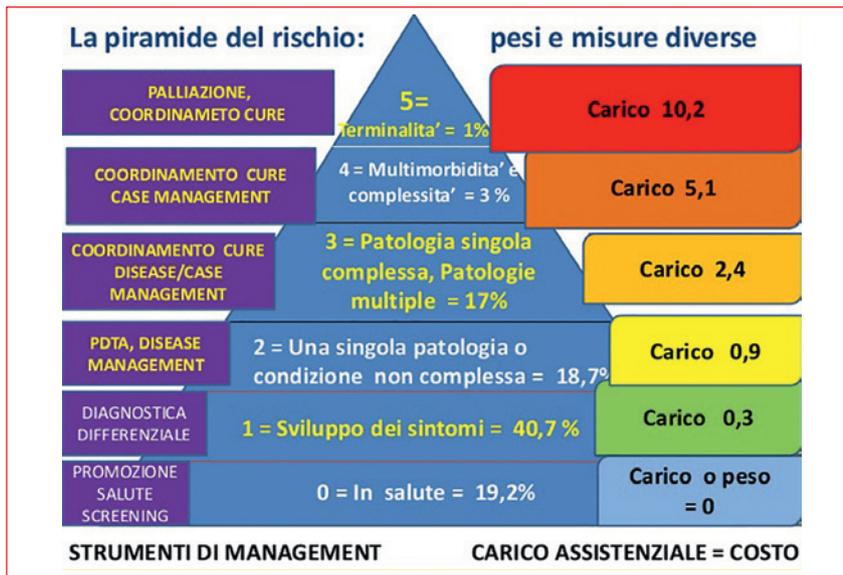
nata a diventare la terza causa di morte nel 2020, i cui costi, già elevati, sono in continua crescita, con una prevalenza elevata soprattutto nell'età più avanzata, e con difficoltà nell'individuare i pazienti affetti da BPCO nelle fasi precoci; la conseguenza è il rischio di sottodiagnosi valutabile nella misura del 50%, caratterizzata dallo scarso utilizzo della spirometria, sia nella diagnosi che nel monitoraggio, da una bassissima aderenza alla terapia farmacologica, come testimoniano i dati della MG (*Health Search*) e del rapporto OSMED sui farmaci, dalla presenza di comorbidità, sia legate allo stesso principale fattore di rischio, il fumo di sigaretta, sia indipendenti da esso, e negli stadi avanzati, da invalidità e fragilità.

La BPCO viene definita come una patologia cronica delle vie respiratorie, caratterizzata da ostruzione persistente delle vie aeree all'esame spirometrico, i cui fattori di rischio principali sono il fumo di sigaretta, l'inquinamento atmosferico sia *indoor* che *outdoor*, e in cui svolgono un importante ruolo le riacutizzazioni e le infezioni respiratorie. Fra gli obiettivi specifici, fissati nel PNC, da rilevare la cessazione del fumo, il controllo dell'inquinamento *indoor* e *outdoor*, la prevenzione delle riacutizzazioni (la letteratura evidenzia che quest'ultimo obiettivo è maggiormente realizzabile con la terapia farmacologica regolare della BPCO in fase stabile).

I risultati attesi sono l'aumento della popolazione curata a domicilio, anche attraverso forme di teleassistenza, e la riduzione delle ospedalizzazioni. Fra gli indicatori vengono indicate le percentuali di crescita della popolazione affetta da BPCO grave e insufficienza respiratoria cronica assistita nel territorio (Fig. 2).

FIGURA 1.

Piramide del rischio: pesi in base a malattie (tratta dal Piano Nazionale della Cronicità).



Nella Figura 3 vengono riportati gli ulteriori indicatori ritenuti utili per il monitoraggio: evidente il richiamo all'esigenza di aumento del numero di spirometrie, realizzabile con un sempre maggiore coinvolgimento della MG. Le criticità di gestione della BPCO pongono adesso, e ancora di più in futuro, l'indicazione a una medicina di opportunità e di iniziativa, ed esistono già esperienze nelle forme associative della MG che hanno dimostrato l'utilità di strategie di medicina proattiva nella gestione della BPCO. La complessità, la presenza di comorbidità, le pluriterapie, con i problemi di interazione farmacologica, i problemi di disabilità e fragilità nei pazienti affetti da BPCO negli stadi più gravi e in età più avanzata sempre più evidenziano la necessità di una gestione integrata, MMG-specialista e, più in generale, di una gestione integrata ospedale-territorio.

Il punto di vista del MMG

Le principali criticità di gestione della BPCO in MG sono di seguito elencate:

- basso sospetto diagnostico nelle fasi iniziali di patologia, spesso a causa della sottovalutazione dei sintomi e dei fattori di rischio, da parte dei pazienti, ma anche da parte del MMG;
- conseguente sottodiagnosi della BPCO;
- scarso utilizzo della spirometria con ancora troppe diagnosi su base clinica,

insufficiente valutazione dei sintomi e delle riacutizzazioni, con conseguente mancata stadiazione e inappropriately della terapia;

- insufficiente monitoraggio funzionale e dei sintomi;
- bassa aderenza alla terapia farmacologica, come dimostrato dai dati riportati nei report di HS e del rapporto OSMED sui farmaci;
- difficoltà di gestione della BPCO negli stadi più avanzati, con necessità spesso di ossigenoterapia e gestione multidisciplinare dei pazienti con comorbidità e fragilità.

La criticità maggiore della gestione della BPCO in MG, da cui derivano spesso le altre, è il basso sospetto della patologia nelle fasi iniziali e il conseguente ritardo diagnostico. Non è infatti infrequente che la BPCO venga evidenziata in stadi avanzati di patologia, caratterizzati da dispnea e limitazione dell'attività fisica. I dati di HS mostrano una prevalenza nella popolazione generale intorno al 3%, confermando l'esistenza di una sottodiagnosi, a carico, come detto, soprattutto degli stadi iniziali di patologia. Per invertire questa tendenza, occorrono iniziative di tipo proattivo, che partendo dalla registrazione in cartella clinica del principale fattore di rischio, il fumo di sigaretta, e utilizzando dei semplici questionari (GOLD, CAPTURE TM), pongano

l'indicazione all'esecuzione della spirometria, che deve ormai essere ritenuto un esame diagnostico alla portata del MMG, non solo per la diagnosi precoce, ma per il monitoraggio dei pazienti, già noti BPCO, per individuare soprattutto coloro che mostrano un rapido declino della funzione respiratoria, da inviare a consulenza specialistica. I software utilizzati dalla MG (es. Mille GPG) sono dotati di strumenti di audit avanzati, che permettono di evidenziare quelle criticità (gestione talvolta limitata alle riacutizzazioni, scarso utilizzo dell'esame spirometrico per la diagnosi e per il monitoraggio, bassa aderenza terapeutica, insufficiente registrazione in cartella del livello dei sintomi, politerapia e interazione farmacologica, comorbidità) e realizzare quelle strategie per migliorare la gestione di una patologia complessa come la BPCO. Il MMG può, nei pazienti già noti per BPCO, dall'analisi della propria cartella clinica, evidenziare soprattutto la mancata aderenza alla terapia farmacologica (i dati del rapporto OSMED stimano intorno al 15% la percentuale di pazienti che è in terapia per almeno l'80% del periodo osservato), e mettere in atto quelle iniziative educative utili non solo a favorire l'aderenza alla terapia, ma anche al corretto utilizzo dei devices. Importante anche stabilire i criteri di invio allo specialista pneumologo, nell'ottica di ridurre le liste d'attesa. Le indicazioni maggiori dei documenti internazionali a tale proposito si possono così riassumere:

- incertezza diagnostica;
- BPCO di grado severo, sospetto cuore polmonare cronico;
- valutazione ossigenoterapia;
- rapido declino del FEV1;
- valutazione riabilitazione polmonare;
- inizio BPCO < 40 anni (sospetto deficit di alfa -1-antitripsina);
- frequenti riacutizzazioni (bronchiettasie?);
- emoftoe (sospetta neoplasia polmonare).

In Italia, l'adozione dei piani terapeutici per le prescrizioni dei LABA/LAMA, ha aggiunto per il MMG un altro motivo di invio allo specialista, difficilmente comprensibile vista l'alta prevalenza della BPCO, il costo inferiore delle molecole in associazione nello stesso device, le indicazioni in scheda tecnica, che pongono come unica condizione

FIGURA 2.

BPCO e IRC (tratta dal Piano Nazionale della Cronicità).

BPCO E IRC	
<p>MACRO ATTIVITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmi nazionali di prevenzione e controllo dei fattori di rischio. • Favorire un percorso di cura adeguato ai bisogni del paziente nel rispetto delle linee guida 	<p>LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implementare una carta di rischio respiratorio 2. Incrementare programmi e adottare strumenti che aumentino la consapevolezza sulla patologia 3. Implementare l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale adottando i PDTA 4. Incrementare programmi che sviluppino l'empowerment del paziente e che rendano i professionisti sanitari e non sanitari consapevoli dell'importanza dell'aderenza sia farmacologica che tecnologica individuando strumenti che facilitino la compliance 5. Structurare in maniera appropriata l'assistenza domiciliare (ossigenoterapia e ventiloterapia) ponendo attenzione alle cure di fine vita 6. Sperimentare modelli di strutture intermedie rispondenti a criteri strutturali, operativi, organizzativi, omogenei a livello nazionale 7. Implementare la riabilitazione respiratoria 8. Mettere a regime i modelli basati su sistemi di monitoraggio a distanza (telemedicina) 9. Sensibilizzazione e formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di IRC e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/specialistiche per evitare condizioni complicanti 10. Potenziare l'assistenza domiciliare e prevedere programmi di addestramento del caregiver 11. Favorire la valutazione del funzionamento della persona (ICF) con approccio biopsicosociale.
<p>OBIETTIVI GENERALI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Migliorare la consapevolezza sulla patologia e sui fattori di rischio collegati a livello politico e sociale • Prevenire le riacutizzazioni e la progressione della malattia con una gestione attiva e intensiva del paziente nel suo domicilio utilizzando anche la telemedicina ed evitando ospedalizzazioni inappropriate • Migliorare l'aderenza alla profilassi, terapia farmacologica e riabilitativa • Creare livelli intermedi di assistenza fra ospedale e domicilio, tra cure primarie e ospedaliere 	
<p>OBIETTIVI SPECIFICI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cessazione del fumo • Controllo dell'inquinamento indoor e outdoor-educazione sanitaria • Educazione del paziente/caregiver all'autogestione della malattia • Prevenzione delle riacutizzazioni • Miglioramento della qualità sia clinica sia strutturale, tecnologica e operativa delle strutture di cura • Sensibilizzare ad attivare la formazione dei MMG per l'individuazione dei soggetti a rischio di IRC e loro invio precoce nelle strutture ospedaliere/specialistiche per evitare condizioni complicanti • Prevenire infezioni ricorrenti • Favorire gli interventi di riabilitazione respiratoria • Garantire presa in carico unitaria della persona con IRC da MNM • Garantire un trattamento riabilitativo appropriato e personalizzato 	
<p>RISULTATI ATTESI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento della popolazione curata a domicilio, anche attraverso forme di teleassistenza. • Riduzione delle ospedalizzazioni. 	
<p>INDICATORI</p> <ul style="list-style-type: none"> • % di popolazione con BPCO grave e IRC curata a domicilio rispetto alla popolazione affetta da BPCO grave e IRC. • % di popolazione con BPCO grave e IRC inserita in programmi domiciliari che abbia avuto necessità di una o più ospedalizzazioni. • % di popolazione con BPCO grave e IRC ospedalizzata e dimessa (SDO) rispetto al trend dell'anno precedente. 	

di appropriatezza la correttezza della diagnosi basata sulla spirometria. Inoltre è da rilevare che, a differenza di altri farmaci con piano terapeutico, il meccanismo d'azione e gli effetti collaterali di questi farmaci sono sicuramente ben noti, essendo classi di farmaci in uso da almeno 15 anni.

Oggi sempre più viene richiesta l'appropriatezza terapeutica, in particolare nella prescrizione dei farmaci. La maggiore inapproprietezza oggi evidente è già stata citata ed è la bassissima aderenza alla terapia farmacologica dei pazienti affetti da BPCO, che pone l'accento sull'importanza dell'educazione terapeutica con l'obiettivo dell'acquisizione di quelle conoscenze e competenze nella gestione della patolo-

gia da parte dei pazienti. L'appropriatezza della terapia farmacologica nasce dall'appropriatezza diagnostica e, nel caso della BPCO, necessariamente dalla dimostrazione spirometrica di una ostruzione non reversibile o parzialmente reversibile. Un farmaco è concedibile a carico del SSN per l'indicazione in scheda tecnica che deriva dall'esito degli studi registrativi relativi a quella molecola. Talvolta le indicazioni delle linee guida non coincidono con le indicazioni in scheda tecnica, con conseguente disagio e qualche volta conflittualità tra il MMG e l'assistito, in caso di prescrizione, spesso specialistica, che può essere coerente con le indicazioni delle linee guida, ma non in linea con le indi-

cazioni della scheda tecnica, per le quali il farmaco è concedibile.

Il punto di vista dello pneumologo

La BPCO comprende una serie di quadri anatomo-clinici, dalla bronchite cronica semplice a quella ostruttiva e all'enfisema polmonare, che sono dai più ritenute tappe diverse dello stesso percorso patogenetico; queste condizioni sono caratterizzate, sebbene in misura diversa, da una limitazione al flusso aereo, generalmente progressiva e scarsamente o affatto reversibile. Nel contesto della BPCO conclamata è pertanto possibile osservare un'ampia

FIGURA 3.

Alcuni ulteriori indicatori per il monitoraggio della BPCO (tratta dal Piano Nazionale della Cronicità).

DI SEGUITO SI RIPORTANO ALCUNI ULTERIORI INDICATORI UTILI PER IL MONITORAGGIO
• Numero ex fumatori
• Numero fumatori attivi < 20 anni
• Numero fumatori > 20 anni
• Numero di spirometrie in pazienti con sospetta BPCO
• Numero accessi al Pronto Soccorso
• Numero ricoveri ospedalieri per DRG 87-88
• Prestazioni di monitoraggio della funzionalità respiratoria (spirometria)
• Frequenza e gravità delle riacutizzazioni

gamma di quadri clinici. Il comune denominatore delle diverse manifestazioni cliniche è rappresentato dalla limitazione al flusso espiratorio. I principali fattori che determinano il flusso sono rappresentati dalla pressione propulsiva che lo genera, cioè la forza di retrazione elastica del polmone, e la resistenza offerta al flusso aereo dalle pareti bronchiali. Nei soggetti affetti da BPCO si determina sia una perdita della forza di retrazione elastica, che rappresenta il principale meccanismo responsabile del flusso aereo, che un aumento delle resistenze delle vie aeree che contribuisce a limitare il passaggio di aria. In questo contesto, l'enfisema contribuisce alla limitazione al flusso aereo attraverso la distruzione parenchimale, da un lato riducendo la forza di retrazione elastica del polmone, dall'altro aumentando la collassabilità delle vie aeree attraverso la distruzione degli attacchi alveolari, che offrono supporto alle vie aeree. Nonostante il comune denominatore della limitazione funzionale respiratoria, la BPCO si caratterizza per una eterogeneità sia nella presentazione clinica che radiologica, con variabile risposta alla terapia e diverso declino della funzione respiratoria. Questo quadro eterogeneo è ulteriormente complicato dalla contemporanea presenza di condizioni morbigene extra-polmonari. A questo proposito, il nuovo documento internazionale GOLD ha rivisto i criteri per la classificazione di gravità della patologia, abolendo di fatto l'utilizzo del grado di ostruzione bron-

chiale quale parametro di gravità. Questo approccio, condivisibile nelle intenzioni (maggiore importanza alla clinica e al giudizio del medico) tuttavia appare criticabile perché toglie dalla valutazione di gravità di BPCO il parametro funzionale che descrive il grado di ostruzione bronchiale e predice il declino della storia naturale della malattia. Va tenuto conto che il VEMS (volume espiratorio massimo al primo secondo), parametro spirometrico fondamentale per la quantificazione del danno funzionale, può solo in parte descrivere la complessità della malattia e da solo non può essere utilizzato quale riferimento per le decisioni diagnostiche e terapeutiche. Una gestione integrata della patologia cronica ostruttiva dovrebbe prevedere esami funzionali di primo livello a supporto della valutazione clinica per la stima di gravità della patologia, ed esami funzionali di secondo livello per l'approfondimento dei meccanismi fisiopatologici e dell'eterogeneità clinica. Nella BPCO si può osservare una combinazione di più aspetti che determinano le caratteristiche fisiopatologiche della malattia, tra cui l'ostruzione delle vie aeree periferiche e la perdita della forza di ritorno elastico del polmone. Tali alterazioni contribuiscono in proporzione variabile da un lato a incrementare le resistenze delle vie aeree e, dall'altro, a indurre un aumento del volume di aria intrappolato nei polmoni (*air trapping*), giacché l'atto inspiratorio si innesca quando ancora le unità alveolari non si sono svuotate adeguatamente. Nei pazienti con

BPCO, il flusso espiratorio durante la manovra forzata può essere inferiore a quello misurato con la spirometria lenta. Questo fenomeno di limitazione al flusso (*flow limitation*), è conseguenza dell'ostruzione delle vie aeree in fase espiratoria e corrisponde all'evenienza in cui la quantità d'aria mobilizzata durante il volume corrente (a riposo) equivale alla quantità massima di aria che il paziente BPCO può mobilitare, anche quando come in caso di esercizio fisico avrebbe bisogno di incrementare il volume di aria inspirato o espirato. La limitazione al flusso aereo espiratorio contribuisce al fenomeno dell'iperinsufflazione dinamica che condiziona la capacità di esercizio, poiché il soggetto non riesce a incrementare ulteriormente la ventilazione, impegnando così i muscoli respiratori che vanno incontro a fatica ed esaurimento, con conseguente insorgenza di dispnea.

La limitazione al flusso aereo, meglio nota come ostruzione bronchiale, è tipicamente espressa dalla spirometria. I classici parametri ottenuti alla spirometria includono il VEMS e il volume totale di aria espirato in seguito a una manovra spirometrica completa (CVF). I pazienti con ostruzione bronchiale associata a BPCO hanno un rapporto VEMS/CVF stabilmente ridotto. Rispetto all'asma, il ridotto VEMS nei BPCO raramente mostra ampie risposte al broncodilatatore inalato, sebbene miglioramenti funzionali siano tutt'altro che rari. In realtà, tale parametro spirometrico esprime solo in parte i meccanismi fisiopatologici della malattia, perché espressione soprattutto dell'ostruzione delle vie aeree prossimali. Esistono altri parametri funzionali che meglio riflettono le alterazioni funzionali alla base dei sintomi respiratori cronici. In particolare, i volumi polmonari statici, ovvero il volume residuo (VR) con la conseguente misura della capacità funzionale residua (CFR) e della capacità polmonare totale (CPT), rispecchiano più fedelmente i fenomeni di ostruzione periferica delle vie aeree e di intrappolamento di aria con iperinsufflazione dinamica, e rendono pertanto conto della dispnea e della ridotta tolleranza agli sforzi fisici. La classificazione funzionale di gravità della BPCO non può prescindere dalla misura di tali volumi polmonari. Da un punto di vista pratico, può essere più agevole la misura della capacità inspiratoria (CI), che descrive le modifiche della CFR.

Nel contesto di una malattia complessa ed eterogenea quale la BPCO, è possibile riconoscere specifici fenotipi accomunati da caratteristiche clinico-funzionali che sottendono un meccanismo comune, anche se nella pratica clinica persiste un elevato grado di eterogeneità clinico-funzionale e radiologica. Nel contesto della BPCO conclamata è possibile osservare un'ampia gamma di quadri. Ai due estremi di questa si pongono scolasticamente i *pink and puffing* (cioè rosa soffiante) e i *blue and bloated* (cioè blu gonfio): nella vita reale tuttavia la maggioranza dei soggetti mostra caratteristiche intermedie e spesso sovrapponibili. La distinzione tra i vari fenotipi della BPCO da un punto di vista pratico clinico non è semplice, e presuppone un approccio sia clinico che funzionale e radiologico. Le misure della funzione respiratoria di secondo livello (pletismografia corporea, test di diffusione al monossido di carbonio) possono contribuire a discriminare meglio tra i quadri di bronchite cronica ed enfisema: la presenza di iperinflazione polmonare e la riduzione della diffusione al CO sono certamente segni di predominanza di enfisema diffuso. Un ausilio importante nella discriminazione tra bronchite cronica ed enfisema è rappresentato dalla valutazione quantitativa del danno polmonare mediante tomografia computerizzata (TC), che è espressione del danno istologico parenchimale e predice il livello di coinvolgimento funzionale. Al fine di ottenere una quantificazione oggettiva dell'enfisema viene preferita la TC ad alta risoluzione (HRCT), che consente di ottenere informazioni più dettagliate sul polmone utilizzando parametri di attenuazione polmonare, che rispecchiano il grado di iperdistensione polmonare. La quota di *air trapping* può essere stimata integrando lo studio con le scansioni eseguite in espirazione.

La BPCO si associa a numerose condizioni patologiche extra-polmonari, connesse direttamente o indirettamente sul piano causale con la BPCO, che possono complicare la gestione della BPCO. Le comorbidità andrebbero distinte in "coesistenti", ovvero con meccanismo patogenetico non correlato alla BPCO, o "intercorrenti" ovvero che condividono i fattori di rischio. Esistono infine le "complicanze", cioè

condizioni che sono diretta conseguenza della BPCO ed in genere si osservano nelle fasi più avanzate della malattia. Classiche complicanze della BPCO sono l'ipertensione polmonare e lo scompenso cardiaco destro. Da quanto esposto, la gestione della patologia respiratoria deve tener conto, da un lato, del grado di compromissione polmonare e, dall'altro, delle condizioni concomitanti (età avanzata, comorbidità) che possono complicare il quadro clinico, e pertanto non può che essere integrata e multidimensionale.

La BPCO è non di rado sottovalutata dal paziente che tende a sdrammatizzare i primi sintomi, spesso accettandoli come ineluttabili a causa dell'esposizione al fumo di sigaretta, e rimandando così il ricorso agli accertamenti diagnostici e all'appropriata terapia. Nella vita reale, il medico tende spesso a gestire le fasi acute, intervenendo in maniera più organica solo nelle fasi avanzate della malattia. Questi aspetti comportano un intervento sulla storia naturale della malattia in una fase avanzata della stessa, intervento che le recenti osservazioni concordano nel definire tardivo. Una valutazione accurata della storia naturale della BPCO dimostra che in realtà il declino funzionale è più accentuato nelle fasi iniziali della malattia, ossia negli stadi di BPCO lieve o moderata, che condizionano maggiormente la futura evoluzione e la prognosi. Un approccio terapeutico moderno dovrebbe mirare a intervenire più aggressivamente in queste fasi.

La terapia farmacologica regolare consente di migliorare la qualità della vita del paziente affetto da BPCO: ciò si ottiene migliorando i sintomi, riducendo le riacutizzazioni, migliorando la funzione respiratoria e aumentando la tolleranza allo sforzo. Perché ciò accada, è necessario che il paziente aderisca pienamente alla terapia: aderenza alla terapia è infatti cruciale per il raggiungimento degli obiettivi terapeutici. In questo ambito, la preferenza del dispositivo inalatorio da parte del paziente assume un ruolo fondamentale. È opportuno ricordare come qualunque terapia risulti vana se non si persegue l'obiettivo della disassuefazione dall'abitudine al fumo di sigaretta. Il trattamento farmacologico di un paziente BPCO sin-

tomatico si basa sulla classificazione di gravità (a quadranti) della BPCO. I broncodilatatori, da soli o in combinazione, o in associazione con i corticosteroidi inalatori, hanno un ruolo centrale nel trattamento della BPCO. In questo ambito, è opportuno rimarcare che in presenza di miglioramento sintomatologico, la mancata risposta spirometrica non è motivo di interruzione del trattamento. Il posizionamento dei corticosteroidi inalatori nella terapia della BPCO è oggetto di dibattito nella comunità scientifica. Le linee guida sulla gestione della BPCO sono concordi nel ritenere che la somministrazione dei soli corticosteroidi inalatori non sia raccomandata. Nei pazienti con BPCO conclamata, la somministrazione di corticosteroidi inalatori in associazione ai beta-agonisti è riservata alle condizioni in cui il paziente va incontro a ripetute riacutizzazioni nonostante ottimizzazione della terapia broncodilatatrice. Occorre infine ricordare che nella vita reale la gestione farmacologica della BPCO segue solo parzialmente le raccomandazioni internazionali. È infatti comune da un lato il ricorso eccessivo ad aerosolterapia con nebulizzatori, dall'altro a terapie croniche per via sistemica (teofillina, corticosteroidi) che sono gravate da alto rischio di complicanze a breve e lungo termine. Per quanto gli studi sui farmaci per via inalatoria recentemente introdotti in commercio siano rassicuranti circa i profili di sicurezza, è da notare che l'età media dei *trial* clinici è spesso compresa tra 60 e 65 anni e i pazienti di età > 80 sono una esigua minoranza se non del tutto esclusi. Ciò in alcuni casi rende il trattamento dell'anziano più problematico rispetto a quello dei pazienti più giovani. In riferimento alle comorbidità, condizione più frequente negli anziani rispetto agli adulti, sebbene le raccomandazioni GOLD affermino che la COPD dovrebbe essere trattata come di consueto in presenza di cardiopatia o altre comorbidità, tuttavia lo stesso documento segnala che per alcune di queste condizioni non esistono evidenze scientifiche solide per rassicurarne l'utilizzo. In conseguenza di quanto detto il trattamento del paziente anziano con BPCO dovrebbe prevedere una valutazione dell'efficacia e della sicurezza

dei broncodilatatori differente da quella routinariamente utilizzata nei pazienti più giovani, possibilmente con interventi multidisciplinari. In conclusione, la BPCO si caratterizza come un modello di complessità innanzitutto in virtù della sua intrinseca variabilità legata al combinarsi in differenti proporzioni di numerosi aspetti fisiopatologici e clinici, nonché della presenza di comorbidità, resa ancora più evidente nelle fasce di età più avanzate. Sarebbe auspicabile che i pazienti affetti da BPCO non venissero lasciati a sé stessi e alla faticosa assistenza dei propri familiari, ma che fossero supportati da un adeguato e capillare

servizio di cure integrate. La richiesta di assistenza da parte del paziente affetto da BPCO conclamata è infatti la conseguenza naturale del contesto clinico e del rapporto che si instaura tra sistema sanitario e soggetto richiedente, e sarebbe auspicabile l'adozione di specifiche strategie comunicative per i pazienti con gravi patologie invalidanti, soprattutto se anziani o con problemi cognitivi e sensoriali. È utile infine ricordare come una sostanziale riduzione della spesa sanitaria possa essere ottenuta qualora ai pazienti con BPCO venga fornito un adeguato supporto nel territorio.

Key Message

1. Registrare in cartella il dato fumo ed eventuali altri fattori di rischio per BPCO
2. Se rilevati sintomi respiratori (utilizzo di semplici questionari es. GOLD) prescrivere o effettuare in office spirometria con test di broncodilatazione
3. Monitoraggio periodico dei sintomi e del dato funzionale per i pazienti con diagnosi di BPCO
4. Verifica dell'aderenza terapeutica e del corretto utilizzo dei device nei pazienti BPCO

La terapia farmacologica delle patologie respiratorie croniche presenta il vantaggio della via inalatoria di somministrazione che ottimizza il raggiungimento della dose erogata nella sede bersaglio, limitandone gli effetti collaterali.

Pertanto, la scelta dell'erogatore assume pari dignità rispetto alla scelta del principio attivo. L'erogatore deve infatti rispondere a requisiti di facilità d'uso e di meccanismi di feedback che consentano di verificare che il farmaco sia stato correttamente inalato. Ciascuna tipologia di erogatore (pMDI, *pressurized metered dose inhaler*, o DPI, *dry powder inhaler*) presenta al contempo vantaggi e potenziali limitazioni. Se da un lato tale disponibilità costituisce una risorsa (vi sono maggiori possibilità di identificare l'inalatore adatto allo specifico paziente), dall'altro l'associazione di dispositivi differenti (o il loro immotivato cambiamento) può indurre il paziente cronico a commettere errori anche critici rispetto al corretto utilizzo dell'erogatore. Per tali motivi, la scelta dipende oltre che dal principio attivo da parte del medico anche dalle condizioni generali e dalle preferenze del paziente che non di rado presenta comorbidità (artrosi alle mani, deficit cognitivi) che possono condizionare la corretta attivazione del device.

Come detto, il fattore più importante nella terapia inalatoria cronica è la preferenza e l'adattabilità al device del paziente. Fra i device in polvere, il Genuair racchiude diverse caratteristiche favorevoli all'utilizzo: viene attivato dalla pressione di un tasto posto nella parte posteriore e la successiva inalazione produce un suono e la mutazione di colore di una finestrella, in modo tale che lo stesso paziente abbia un controllo sia acustico che visivo della corretta assunzione del farmaco; inoltre, un contadoso indicherà quando il dispositivo sta per esaurirsi. Ovviamente il ruolo dell'educazione all'utilizzo da parte del medico è cruciale, e le manovre di attivazione e di inalazione devono essere verificate nelle visite di follow-up. Infine, se da un canto i farmaci in monosomministrazione potrebbero semplificare il piano terapeutico, quelli con doppia somministrazione giornaliera potrebbero trovare indicazione nei soggetti che si sentono rassicurati da tale schema terapeutico in termini di controllo dei sintomi.