

Allarme dei medici torinesi: “Le diagnosi di broncopatia inferiori alla reale diffusione, attenti al fumo”

Dagli pneumologi il richiamo all'importanza di uno stile di vita più «sicuro»

ALESSANDRO MONDO
22 Dicembre 2024 Aggiornato alle 10:17
Ascolta l'articolo



(ansa)

Una donna di 50 anni, fumatrice, si presenta a visita pneumologica su indicazione del proprio medico curante a causa di una persistente tosse mattutina e di una certa difficoltà nel salire le scale, comparsa da qualche mese. Dopo aver raccolto la storia clinica e visitato la paziente, il medico richiede una spirometria. Da questo esame, e successivi approfondimenti, risulta la presenza di un danno funzionale di tipo ostruttivo. L'insieme dei dati porta pertanto il medico a stilare la diagnosi di **broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco)**, a disporre ulteriori esami di approfondimento e a fornire alla paziente specifiche indicazioni di carattere preventivo (in particolare stop fumo, strategia vaccinale, attività fisica) e terapeutico.

Tabacco fattore primario

E' il caso comune, diciamo pure standard, di un quadro iniziale di Bpco (Copd in inglese), **malattia che si sviluppa gradualmente nel tempo e che nei Paesi ad alto reddito, come l'Italia, vede nel fumo di tabacco come responsabile di oltre il 70% dei casi**. Più in generale l'esposizione prolungata a vari fattori di rischio (esposizione al tabacco da fumo attivo o esposizione passiva, esposizione professionale a polveri, fumi o sostanze chimiche, inquinamento aria, sia esterna che degli ambienti di vita) **porta ad un progressivo danneggiamento dell'apparato respiratorio**, con compromissione variamente combinata delle vie aeree (bronchite) e del tessuto polmonare (enfisema).

Le diagnosi e la realtà

Premessa: **la Bpco, seppur poco nota, è una malattia molto diffusa e rientra tra le più comuni cause di morte.** Nel 2019 (dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) era al terzo posto nel mondo, in Italia (dati Istat 2020) risulta che le malattie croniche delle basse vie aeree (soprattutto la Bpco) rappresentano la nona causa di morte. Seconda premessa: «Oggi, **anche a Torino, c'è un importante “sommerso” di portatrici/portatori di malattia non ancora diagnosticata**», spiega il dottor Pavilio Piccioni, direttore struttura complessa Pneumologia dell'Asl Città di Torino.

Sintomi e terapie

L'evoluzione della malattia è caratterizzata da un **progressivo peggioramento dei sintomi respiratori, spesso dalla frequente comparsa di bronchiti, influenza, polmoniti e dalla presenza/comparsa di altre patologie, in primis di malattie cardiovascolari.** Parallelamente il trattamento, inizialmente limitato a specifici farmaci inalatori, si intensifica fino all'instaurarsi di uno stato di insufficienza respiratoria con necessità di ossigenoterapia di lungo termine, a volte associata a ventiloterapia, e di sempre più frequenti passaggi in ospedale.

I maschi più a rischio di mortalità

Il numero dei decessi è maggiore nei maschi, cresce progressivamente con l'età e si correla con i più comuni indicatori di status sociale. Ad esempio, in tutte le fasce di età i livelli di mortalità sono massimi in soggetti senza titolo di studio o scolarità elementare e minimi nei laureati (Istat 2020).

In Piemonte e a Torino

Per quanto riguarda la frequenza di bronchite cronica i dati Istat 2021 riportano **tassi del 6.2% in Italia e del 5.8% in Piemonte.** «Le indagini promosse dalla Pneumologia dell'Asl di Torino negli ultimi 20 anni hanno evidenziato elevati tassi di indicatori di malattie e loro disomogenea ripartizione nella città – precisa il dottor Piccioni -. Ad esempio, nel 2004-2005 i tassi di prescrizione di farmaci broncodilatatori oscillavano tra il 3.76 e il 5.77%, con valori minimi in centro città ed aeree collinari e massimi nelle periferie».

Disomogeneità sul territorio

Stime simili sono emerse da una più recente indagine del 2017, in cui sono stati presi in considerazione numerosi indicatori di malattia (dimissioni ospedaliere, consumo farmaci, esenzioni per patologia) evidenziando una prevalenza di patologie ostruttive del 5,1 %, con conferma di **importanti differenze tra aree centrali (Crocetta 3.7%) e periferiche (Nord 5.8-5.9% - Sud 5.6-5.8%) della città:** «Va segnalato che un effetto “periferie” era presente, seppur più attenuato, anche per altre patologie croniche”. Circa i determinanti di tali differenze, dall'indagine del 2004-2005 risultò che le patologie respiratorie ostruttive si correlavano significativamente con indicatori di status sociale, sia nei maschi che nelle femmine: basso stato sociale, bassa scolarità, lavoro manuale e basso reddito.

Stili di vita e prevenzione

«Più recentemente, anno 2022, con l'obiettivo di aggiornare le stime sulla frequenza di malattia in soggetti di età adulta, sono stati estratti i soggetti di età superiore a 40 anni per i quali risultavano regolari utilizzi di farmaci broncodilatatori – aggiunge il dottor Piccioni -. In sintesi, è emersa una popolazione di oltre 21.600 persone, con tassi significativamente più elevati nei maschi nelle fasce di età superiori ai 70 anni: queste differenze si attenuavano o scomparivano nelle fasce di età più giovani. Ciò è essenzialmente **espressione delle mutate abitudini tabagiche** occorse degli ultimi 50 anni». Confermate le differenze nella distribuzione malati nelle diverse aree della città.

Il rischio della sottovalutazione

Un aspetto singolare riguarda il fatto che, pur essendo molto diffusa, **la Bpco è una malattia per la quale c'è una generale scarsa consapevolezza – conclude Piccioni -. Indispensabile, quindi, una maggiore presa di coscienza**, in particolare nelle donne, per cui in presenza di fattori di rischio (fumo di sigaretta in

particolare) l'esecuzione periodica di esame spirometrico è di fondamentale importanza per evidenziare la presenza di malattia, di "premalattia", ma anche di verificare l'andamento della funzione respiratoria".

Percorso a doppio senso

Da ricordare, infine, uno studio condotto a fine degli Anni 70, da cui emergeva che i soggetti predisposti alla BPCO avevano un **decadimento accelerato della funzione respiratoria**: decadimento che peraltro si interrompeva, allineandosi a quello dei non fumatori in caso di sospensione.