BRONCOPNEUMOPATIA CRONICO-OSTRUTTIVA (BPCO)

La BPCO è una malattia dell'apparato respiratorio caratterizzata da un'ostruzione delle vie aeree non totalmente reversibile, di entità variabile a seconda della gravità. I sintomi sono tosse cronica, espettorazione, dispnea e sibili respiratori [1]. L'esordio della malattia è insidioso, il decorso è abitualmente progressivo e la limitazione del flusso espiratorio non è mai reversibile. La BPCO è associata a uno stato di infiammazione cronica del tessuto polmonare [2].

Colpisce tutte le popolazioni ma è maggiore nei Paesi industrializzati rispetto a quelli in via di sviluppo. È difficile stimarne la prevalenza, a causa della complessità ed eterogeneità delle misure diagnostiche. Inoltre i casi sono probabilmente sottostimati poiché la diagnosi è generalmente tardiva, quando la malattia è già in stadio avanzato. In Italia la prevalenza di BPCO è in crescita a partire dagli anni '80, interessa entrambi i generi, ed è in aumento soprattutto nelle donne.

La gravità della malattia è definita da diversi parametri funzionali tra cui la riduzione percentuale del volume espiratorio forzato in un secondo (FEV₁ da 80% a <30% dell'atteso) cui si aggiungono I, dispnea e riduzione della capacità di esercizio fisico [3]. Sono frequenti le riacutizzazioni sotto forma di bronchiti acute e broncopolmoniti. E' associata frequentemente ad altre malattie croniche, quali insufficienza cardiaca cronica, aritmie, coronaropatia e infarto miocardico, vasculopatia periferica, neoplasia polmonare, osteoporosi, depressione, insufficienza renale cronica e embolia polmonare[1]

La stima della prevalenza della BPCO al 31/12/2008 nei distretti della Regione Lazio è stata definita mediante a) l'uso di un algoritmo elaborato a partire dai Sistemi Informativi Sanitari (approccio a priori) [4,5] e b) tramite un algoritmo che, sulla base di un modello predittivo desunto dall'analisi dei dati sanitari di un gruppo di pazienti con diagnosi clinicamente accertata, attribuisce ad ogni soggetto una probabilità di essere un caso (approccio a posteriori) [6]. Sono stati identificati come casi di BPCO tutti i soggetti che al 31/12/2008 avevano un ricovero pregresso di BPCO o ai quali veniva attribuita dal modello una alta probabilità di avere la patologia. Sono stati inclusi nell'analisi tutti i soggetti con età maggiore o uguale a 45 anni, vivi e residenti al 31 dicembre del 2008. Le informazioni sull'età e sulla residenza sono state ricavate dall'archivio dell'Anagrafe degli Assistiti della Regione Lazio integrato con l'informazione relativa allo stato in vita desunto dal Registro Nominativo delle Cause di Morte (ReNCaM). Per la sola città di Roma è stato effettuato un controllo di coerenza dell'informazione sulla residenza con l'Anagrafe del Comune di Roma. I tassi di prevalenza sono stati calcolati per ogni distretto/municipio utilizzando come

denominatore la popolazione residente al 31/12/2008 nel Lazio (fonte Anagrafe Assistiti Regione Lazio). Le prevalenze sono state standardizzate per età con metodo diretto utilizzando come pesi la popolazione europea, e sono stati calcolati gli intervalli di confidenza al 95%. I rapporti tra i tassi standardizzati per singoli distretti sanitari sono stati calcolati rispetto al valore regionale

Risultati

Al 31/12/2008 sono stati individuati 265.283 casi di BPCO. I tassi standardizzati regionali per 1.000 residenti risultano, rispettivamente per i maschi e le femmine, pari a 100,9 (IC 95%: 100,4-101,5) e 71,9 (IC 95%: 71,5-72,3). Tra i maschi, i tassi di prevalenza relativi all'area del comune di Roma sono risultati inferiori alla media regionale con valori pari a 96,7 (IC 95%: 95,9-97,5), mentre per le femmine i tassi sono risultati simili alla media regionale con valori pari a 72,2 (IC 95%: 71,6-72,8). La distribuzione dei rapporti tra i tassi standardizzati di prevalenza per i singoli distretti e il valore del tasso regionale evidenzia una marcata eterogeneità con valori compresi tra 0,75 e 1,37 per i maschi e 0,64 e 1,33 per le femmine.

Bibliografia essenziale

[1] WHO. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Bethesda (MD): GOLD, National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI), World Health Organization (WHO); 2011. www.goldcopd.com.

[2] Pauwels RA, Rabe KF. Burden and clinical features of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 2004; 364: 613-620.

[3] Celli BR, Cot CJ, Marin JM et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *New Engl J Med* 2004; 350: 1005-12.

[4] Osservatorio di Epidemiologia ARS Toscana. La banca dati MaCro delle malattie croniche in Toscana. Disponibile all'indirizzo <http://www.ars.toscana.it/web/guest/pub>

[5] Faustini A, Canova C, Cascini S et al. Using pharmaceutical data to estimate prevalent COPD. Submitted 2011

[6] Belleudi V, Agabiti N, Kirchmayer U et al. Definizione e validazione di un modello predittivo per l'identificazione di pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (bpcO) a partire dai sistemi informativi sanitari. *Epidemiol Prev* 2012, in stampa.