

### 3. Gestione del paziente con asma grave

Dai dati presentati fin qui dovrebbe risultare chiaro che l'asma grave rappresenta un problema clinico complesso e di grande impatto economico e sociale. Per questa ragione alcuni Paesi hanno previsto la creazione di *network* di centri focalizzati all'asma grave, al fine di riconoscere questi pazienti e le loro caratteristiche cliniche, per poter valutare e garantire la corretta presa in carico di questo sottogruppo di pazienti, quantificando anche i costi legati alla malattia.

In Italia la Società Italiana di Allergologia, Asma ed Immunologia Clinica (SIAAIC), in collaborazione con la Società Italiana di Pneumologia (SIP) e le linee guida GINA (*Global Initiative for Asthma*), ha promosso il Progetto SANI (*Severe Asthma Network Italy*), un *network* di centri di eccellenza nella cura dell'asma grave diffusi su tutto il territorio nazionale.

Il *Network* ha come obiettivo principale quello di creare un registro *web* dettagliato e costante per monitorare la patologia e poter fornire dati scientifici e di gestione per l'ottimizzazione del management dei pazienti con asma grave, in un *setting* di pratica clinica quotidiana.

I centri vengono selezionati (ad oggi i centri aderenti sono 63) sulla base di precisi requisiti definiti dalle più rigorose linee guida internazionali, ciascuno dei quali deve garantire la presenza di adeguate risorse strumentali e conoscenze clinico-scientifiche. In particolare, il progetto SANI si propone di garantire per tutti i pazienti asmatici gravi, sulla base della valutazione dei *biomarker* e dell'identificazione del corretto endotipo come possibile *target* di terapia mirata, una appropriatezza prescrittiva omogenea su tutto il territorio nazionale e con il miglior rapporto costo-beneficio (Senna G. et al. 2017).

In questo contesto, nel terzo capitolo, vorremmo cercare di indivi-

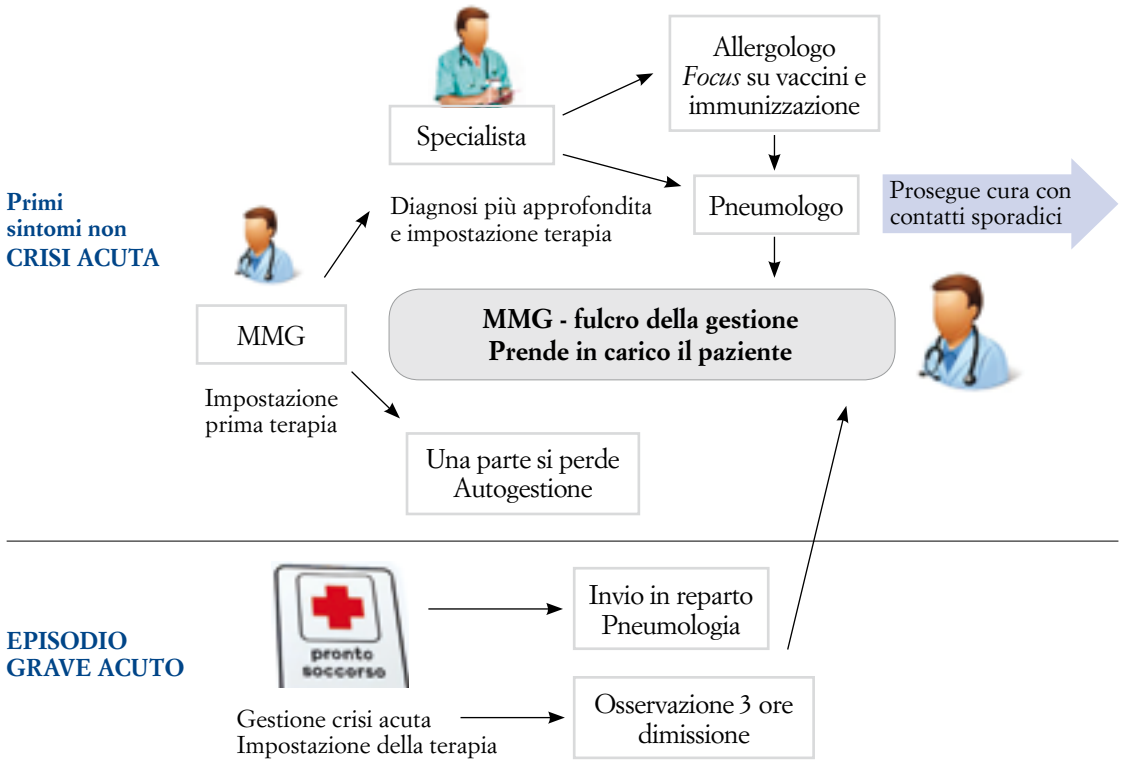
duare, a livello pratico, possibili inefficienze del sistema attuale di gestione del paziente asmatico grave in Italia. L'identificazione di tali criticità potenziali è condizione necessaria per ottimizzare il percorso terapeutico dei pazienti, con vantaggi per tutti gli interlocutori coinvolti. A tale scopo, è stata condotta una ricerca nel periodo compreso fra il 30 maggio e il 9 giugno 2016 a Milano e Roma su medici coinvolti nel trattamento dell'asma grave e pazienti con asma grave, finalizzata ad esplorare i modelli di gestione dell'asma grave nella pratica clinica quotidiana in Italia. In particolare, si è analizzato il percorso diagnostico-terapeutico del paziente in Italia, il ruolo dei diversi interlocutori in questo percorso, i modelli di gestione, le terapie, le problematiche e i bisogni scoperti. L'obiettivo finale è stato di raccogliere esperienze, rappresentazioni e vissuti di medici e pazienti e identificare le aree migliorabili. Sono state eseguite 36 interviste qualitative e raccolti 8 diari narrativi multimediali: 8 pazienti sofferenti di asma grave (1 in trattamento con omalizumab); 8 MMG; 8 allergologi (3 operanti in reparto/ambulatorio di pneumologia); 8 pneumologi; e 4 medici di Pronto Soccorso (PS). In questo capitolo sono presentati i principali risultati emersi dalla ricerca, con particolare attenzione alle problematiche emerse nella presa in carico del paziente asmatico. Si tratta di un'indagine di tipo qualitativo-esplorativo che non pretende di rappresentare il fenomeno in modo esaustivo e in tutte le sue articolazioni interne, ma che ha lo scopo di fornire indicazioni su orientamenti e problematiche di base.

---

## La diagnosi

Come noto, in Italia, la salute dei cittadini è assicurata dal SSN, la cui base è formata da una rete di Pediatri e MMG, con un accesso gratuito garantito a tutti i residenti nel Paese. Nel caso di malattie croniche come l'asma e, in particolare, per l'asma grave, che richiede un controllo clinico molto stretto, il medico di medicina generale ha un ruolo centrale nella diagnosi e nella gestione del paziente (*figura 3*). Il MMG imposta la prima terapia e invia il paziente dallo specialista quando ritiene sia necessario avere una opinione più specializzata e/o aver accesso a strumenti diagnostici più specifici. Nel caso di esordio con crisi acuta il paziente accede direttamente al PS e può venire preso in carico dal MMG successivamente.

**Figura 3 -** Illustrazione dell'attuale presa in carico e percorso terapeutico dei pazienti asmatici in Italia

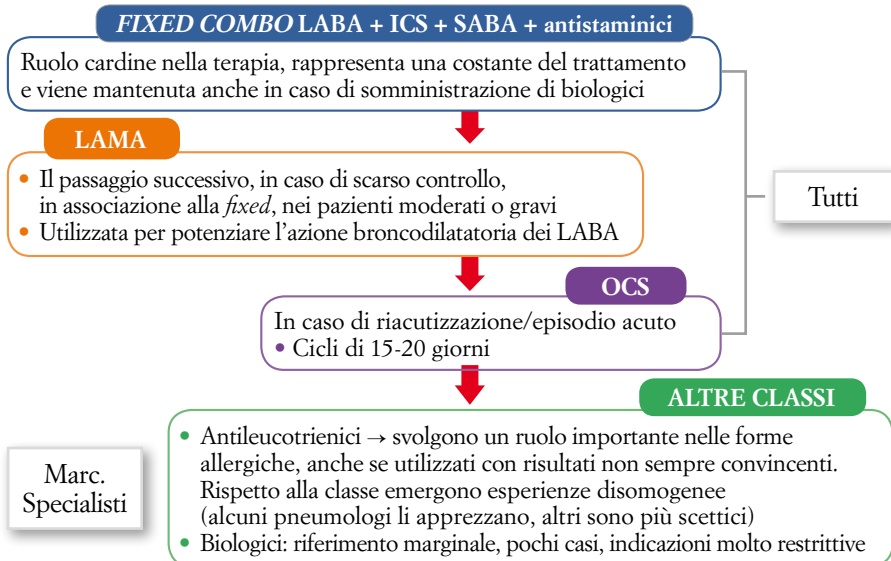


per gentile concessione dott.ssa Cecchini

## Dalla diagnosi al trattamento

La terapia è impostata seguendo le Linee Guida GINA per il trattamento dell'asma.<sup>1</sup> MMG e specialista (pneumologo, allergologo e medico del PS) hanno le stesse possibilità di prescrizione dei farmaci indicati nelle prime linee di trattamento. La terapia prevede una progressiva intensificazione con l'obiettivo del raggiungimento del controllo dei sintomi (vedi *tabella 1*).

È diffuso l'utilizzo delle combinazioni terapeutiche (LABA+ICS; LABA+LAMA) che permettono di controllare i sintomi favorendo una migliore *compliance* del paziente (*figura 4*).

**Figura 4 - Terapie per il trattamento dell'asma grave**

ICS: corticosteroidi per via inalatoria; SABA: beta2-agonisti a breve durata d'azione; LABA: beta2-agonisti a lunga durata di azione; LAMA: antimuscarinico/anticolinergico a lunga durata d'azione; OCS: corticosteroidi orali

per gentile concessione dott.ssa Cecchini

## Follow-up





Nel tempo il paziente tende ad autoridursi la terapia e si presenta dal MMG in caso di peggioramento dei sintomi.

Il MMG può decidere, in funzione della valutazione dello stato del paziente, di mantenere o modificare la terapia precedente o inviare il paziente allo specialista per un approfondimento diagnostico ed esami più specifici. Questo modello di presa in carico - dove l'invio e la presa in carico da parte dello specialista può essere ritardata a causa della sottovalutazione del problema da parte del paziente - può rischiare di generare un peggioramento dei sintomi o gravi episodi di acuzie, che possono portare il paziente ad un accesso diretto al PS.

In PS, gestita farmacologicamente la crisi acuta, generalmente il paziente viene tenuto in osservazione e - a seconda del tipo di struttura organizzativa e delle condizioni del paziente - può essere preso in carico da uno specialista ed inviato al reparto o dimesso e reinviato al territorio (*tabella 3*).

Tabella 3 - *Follow-up* del paziente con asma

## I medici e la loro relazione con l'asma

	Che ruolo ha ...	Cosa fa ...	Gli obiettivi ...
<p><b>Specialista PNEUMOLOGO e ALLERGOLOGO</b></p> 	 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Figura centrale</b> nella identificazione della patologia (diagnosi, test strumentali)...</li> <li>▪ ... e nella impostazione di <b>terapie più strutturate</b></li> </ul>	 <p>La terapia prevede una escalation di farmaci a seconda della gravità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ICS + LABA</li> <li>▪ + LAMA</li> <li>▪ OCS nei casi più gravi</li> <li>▪ Antileucotrieni</li> <li>▪ Omalizumab, nei casi di asma grave, ove il paziente è eleggibile</li> <li>▪ Vaccini e terapie immunizzanti (allergologo)</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ controllo dei sintomi</li> <li>▪ miglioramento della qualità della vita</li> <li>▪ riduzione / prevenzione riacutizzazioni/riduzione delle ospedalizzazioni</li> <li>▪ contenimento dei corticosteroidi sistemici</li> </ul>

## I medici e la loro relazione con l'asma grave

	Che ruolo ha ...	Cosa fa ...	Gli obiettivi ...
<p><b>MMG</b></p> 	 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ centrale nella diagnosi iniziale e nell'avvio della terapia</li> <li>▪ prende in carico il paziente, rinviando nel tempo l'invio allo specialista</li> <li>▪ Rischio di «perdita» del paziente nel tempo (il paziente tende a diradare i controlli e ad autoridursi la terapia, tornando dal MMG – o al PS nei casi più gravi - in caso di peggioramento)</li> </ul>	 <p>la terapia abitualmente prescritta prevede <b>ICS/LABA e LABA/LAMA + SABA</b> al bisogno</p>	 <p><b>CONTROLLO DELLE CRISI</b> ricorso il più contenuto possibile ai corticosteroidi orali</p>
<p><b>PS</b></p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un ruolo attivo nella gestione dell'episodio acuto che accede al PS</li> <li>▪ Gestione dell'episodio acuto e invio al reparto/al territorio</li> </ul>	<p><b>Inibizione e regolarizzazione del sintomo grave tramite:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ steroidi endovenosi</li> <li>▪ broncodilatatori</li> <li>▪ nei casi più acuti magnesio</li> <li>▪ (raramente) ossigeno</li> </ul>	<p>L'obiettivo è il <b>controllo ed il ridimensionamento della fase acuta</b> della patologia la parte terapeutica e di presa in carico è demandata allo specialista/al MMG</p>

ICS: corticosteroidi per via inalatoria; SABA: beta2-agonisti a breve durata d'azione; LABA: beta2-agonisti a lunga durata di azione; LAMA: antimuscarinico/anticolinergico a lunga durata d'azione; OCS: corticosteroidi orali

per gentile concessione dott.ssa Cecchini

Tale percorso non garantisce che il paziente sia poi preso in carico e seguito con *follow-up* ravvicinati dal suo medico curante o che mantenga un legame con l'ambulatorio specialistico per i *follow-up* programmati.

---

## Criticità emerse dalla ricerca

### I. Definizione dell'asma grave

Le differenti figure cliniche coinvolte nella diagnosi e nel trattamento dell'asma grave usano definizioni diverse per questa patologia. I medici specialisti (pneumologi e allergologi) usano una definizione di asma grave più articolata basata sulla valutazione dei parametri funzionali: FEV1 <50%, bassi valori di ossigenazione, almeno 3 o 4 riacutizzazioni all'anno, sintomi diurni e risvegli notturni, sintomi non controllati dalle terapie *standard* (ICS/LABA/LAMA), uso frequente di farmaci al bisogno (SABA, tutti i giorni, più volte al giorno) e di cortisonici orali per gestire le crisi, bronco-ostruzione irreversibile (con il passare del tempo).

Il MMG utilizza invece una definizione più generica, centrata prevalentemente sul non controllo dei sintomi: paziente con dispnea notturna, con attacchi frequenti e violenti, affaticamento e affanno anche a riposo; fischio durante la respirazione, tosse e catarro, situazione polmonare e bronchiale compromessa. L'asma grave viene associata all'incapacità della terapia di controllare gli effetti della patologia. Nei pazienti più anziani la diagnosi differenziale fra asma e BPCO può non essere sempre semplice per il MMG.

Il medico del PS si riferisce a frequenza e/o intensità delle crisi per definire il paziente asmatico grave: riacutizzazioni frequenti (circa 4 volte l'anno), crisi violente che richiedono ospedalizzazione.

### II. Presa in carico del paziente, *follow-up*, controllo, aderenza e uso dei dispositivi medici

Non sembra esistere ad oggi un percorso diagnostico-terapeutico strutturato né una rete di supporto che mantenga i pazienti in carico. Inoltre, la mancanza di sistemi informativi condivisi rende più difficile la comunicazione tra professionisti. Il risultato di queste carenze è che una parte rilevante dei pazienti si autogestisce (circa 30%), non sa usare correttamente i dispositivi medici e non raggiunge il controllo ottimale dei sintomi.

### III. Definizione del ruolo dei clinici (MMG vs specialisti vs PS)

Non tutte le figure cliniche possono prescrivere gli stessi farmaci e non è chiara la differenza tra le loro funzioni. Infatti, anche i MMG po-

trebbero avere la capacità di trattare il paziente, mentre lo specialista non ha particolari risorse a disposizione per aiutarlo.

Gli specialisti in generale non hanno un contatto molto frequente con i pazienti durante il *follow-up* e generalmente non sono concentrati in centri di riferimento.

Il medico di PS, a parte il network SANI, ha centri di riferimento limitati a cui inviare il paziente, che quindi ritorna spesso al territorio.

#### **IV. Farmaci biologici**

Ancora limitato l'impiego dei farmaci biologici a causa della difficoltà di accesso dei farmaci in alcune strutture ospedaliere e alla restrittività dei criteri di eleggibilità dei pazienti.

Molto scarse le conoscenze sui farmaci biologici da parte del MMG. Rinforzare la conoscenza del MMG potrebbe favorire un invio più mirato ai Centri specialistici dei pazienti che potrebbero beneficiare di un trattamento con farmaci biologici.

#### **V. Eosinofilia e fenotipi**

Cultura vicina agli specialisti, competenti e sensibili sul tema, a cui tuttavia attribuiscono ancora una scarsa rilevanza nella pratica clinica.