

---

*Hanno collaborato:* Francesco Angerilli<sup>(1)</sup>, Simona Barbaglia<sup>(2)</sup>  
Francesco Blasi<sup>(3)</sup>, Giorgio Walter Canonica<sup>(4)</sup>, Isabella Cecchini<sup>(5)</sup>  
Vittorio Helzel<sup>(6)</sup> Claudio Jommi<sup>(7)</sup>, Stefano Nardini<sup>(8)</sup>, Ilaria Toffanello<sup>(9)</sup>

---

## 4. Figure coinvolte nella gestione del paziente: quali ruoli e quali interconnessioni

In questo quarto capitolo, abbiamo voluto presentare i diversi punti di vista degli interlocutori coinvolti nella gestione dell'asma. Abbiamo chiesto a rappresentanti delle diverse categorie professionali e di pazienti di fornirci la loro prospettiva sul percorso del paziente e sulla pratica clinica nell'asma. In particolare, abbiamo chiesto di identificare i punti di forza e di debolezza dello schema attuale della presa in carico e di individuare quali cambiamenti sono previsti con l'arrivo dei nuovi farmaci biologici.

---

### Pneumologo/allergologo

■ Giorgio Walter Canonica<sup>(4)</sup>, Francesco Blasi<sup>(3)</sup>, Stefano Nardini<sup>(8)</sup>

Diverse Regioni italiane stanno sviluppando dei PDTA per l'asma, ma il problema più urgente da risolvere è la mancanza di conoscenza sulle nuove terapie biologiche per l'asma. Tutti i professionisti coinvolti

---

<sup>(1)</sup> Medico di Medicina Generale (MMG), Macerata

<sup>(2)</sup> Rappresentante Associazioni di Pazienti

<sup>(3)</sup> Presidente Società Italiana di Pneumologia

<sup>(4)</sup> Past President e General Executive Director SIAAIC, Società Italiana di Allergologia, Asma e Immunologia Clinica

<sup>(5)</sup> Direttore Dipartimento Ricerche sulla Salute - Gfk Eurisko

<sup>(6)</sup> Direttore Medicina Interna e Di Urgenza del P.O. dei Pellegrini di Napoli

<sup>(7)</sup> Presidente dell'Associazione Italiana di Economia Sanitaria

<sup>(8)</sup> Presidente Centro Studi della Società Italiana di Pneumologia

<sup>(9)</sup> Società Italiana Farmacia Ospedaliera (SIFO)

nella gestione di pazienti asmatici, dal MMG agli specialisti, dovrebbero conoscere le diverse opzioni terapeutiche disponibili e saper individuare il paziente che ha bisogno di essere seguito da un allergologo/pneumologo. La gestione dell'asma - e non solo dell'asma grave - deve essere migliorata. Il paziente asmatico non può - come spesso succede - essere perso dopo essere preso in carico dal SSN. Sia il MMG sia il paziente devono conoscere i centri specializzati per la diagnosi e/o il trattamento dell'asma nel territorio italiano. Questi centri - che hanno a disposizione tutte le risorse necessarie per gestire il paziente grave seguendo le Linee Guida GINA o eventuali PDTA - devono essere individuati e messi a disposizione dei pazienti e del MMG.

Il *Severe Asthma Network Italy* (*Network SANI*, <http://www.sani-asma.org>) ha lavorato su questo e ha individuato nel territorio italiano i centri specializzati nella gestione dell'asma (diagnosi e/o trattamento). L'elenco è disponibile dal 2016. Questi centri devono occuparsi della gestione terapeutica del paziente non controllato mentre l'aderenza e la conformità al trattamento sono più facilmente verificabili dal MMG che conosce meglio i pazienti e li vede più frequentemente.

A livello istituzionale, la pianificazione congiunta tra farmacista ospedaliero e specialista sull'utilizzo delle risorse economiche destinate ai pazienti asmatici è desiderabile, ma non semplice da attuare. In primo luogo, le risorse disponibili sono dipendenti della gestione delle risorse a livello regionale e dovrebbero essere proporzionate al numero di pazienti. Purtroppo, non è sempre nota la numerosità dei pazienti asmatici gravi. Gli studi danno solo una stima di quanti possano essere. La nostra aspettativa è che il *Network SANI* aiuti a definire in maniera più precisa la numerosità degli asmatici gravi in Italia.

I pazienti devono esigere un miglior accesso alle nuove opzioni terapeutiche. È opportuno che i farmacisti ospedalieri conoscano l'esistenza di farmaci specifici per i diversi fenotipi dell'asma grave. Gli specialisti - PS, Medicina Interna, MMG - necessitano di attività educative sul ruolo dei farmaci biologici nella gestione dell'asma grave. I centri specializzati nella gestione dell'asma identificati dal *Network SANI* possono collocarsi come momento di diffusione delle conoscenze e competenze relative alla gestione dei pazienti asmatici gravi e alle nuove terapie farmacologiche. Strumenti come la prenotazione preferenziale (*Fast Track*) devono essere a conoscenza di tutti i professionisti e usati da tutti quando il paziente ne ha bisogno. L'obiettivo deve essere la riduzione dell'eterogeneità tra ospe-

dali che esiste oggi nel nostro territorio. A titolo di esempio, è ben noto che ogni ospedale gestisce il rapporto PS - ambulatorio di Pneumologia in modo diverso.

---

## Medico di Medicina Generale

■ Francesco Angerilli<sup>(1)</sup>

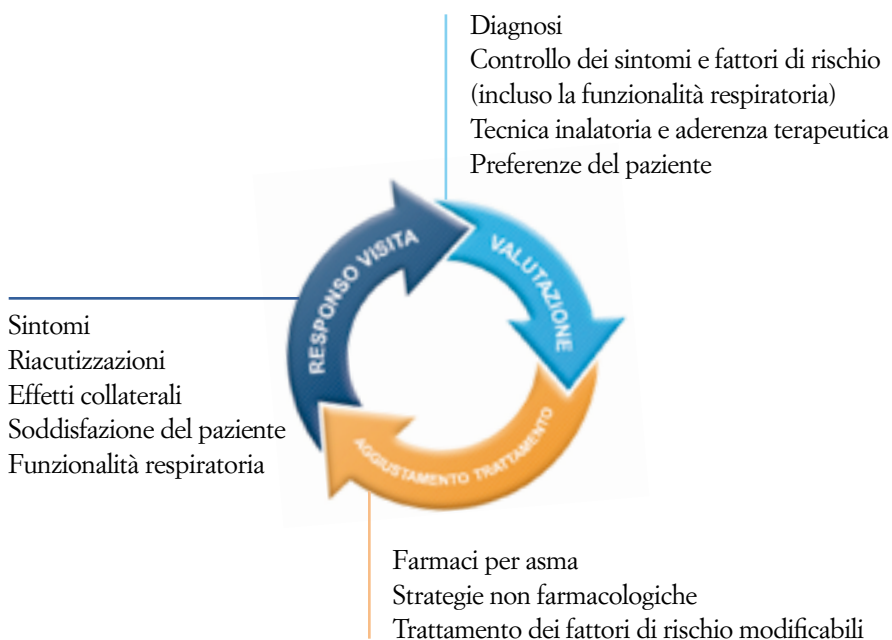
Esistono ad oggi alcuni esempi, tra cui quello della Regione Marche, in cui, pur non esistendo PDTA sull'asma, MMG e allergologi collaborano per migliorare la gestione clinica di questi pazienti. Le responsabilità cliniche sono condivise tra queste due figure e periodicamente vi è un incontro di discussione dello sviluppo clinico dei pazienti asmatici, con eccezione dei soggetti affetti da asma grave, che sono seguiti dagli allergologi.

I MMG non hanno un facile accesso alle informazioni sulle nuove opzioni terapeutiche per l'asma grave. Sarebbe necessario includere anche questa figura professionale nel piano di informazione scientifica delle aziende farmaceutiche per far sì che l'informazione necessaria arrivi a tutti i MMG.

Il ruolo del MMG nella gestione del paziente asmatico è ben descritto nelle Linee Guida GINA, le quali devono essere un riferimento per tutti (*figura 5*). Esse mostrano infatti come nel circolo virtuoso della gestione dell'asma spetta ai MMG riconoscere il paziente asmatico, accertare sintomi e fattori di rischio e arrivare alla formulazione della diagnosi, compresa quella strumentale, indispensabile, con la spirometria. I MMG devono anche valutare la tecnica inalatoria e l'aderenza terapeutica, così come le preferenze del paziente per le diverse alternative terapeutiche. Anche la modulazione del trattamento - quali farmaci, quali strategie non farmacologiche - e la modifica, per quanto possibile, dei fattori di rischio, rientrano nelle funzioni del MMG. Inoltre, rimane come responsabilità del MMG il controllo dell'asma nel tempo, ossia, valutarne i sintomi, le riacutizzazioni e gli effetti collaterali della terapia, verificare se il paziente è soddisfatto del trattamento ed eseguire le prove di funzionalità respiratoria.

La gestione degli episodi di riacutizzazione spesso rappresenta una sfida per i MMG, ma anche in questo caso le Linee Guida GINA devono servire di riferimento. Il MMG deve valutare se si trova veramen-

**Figura 5 - Ciclo di gestione dell'asma basato sul controllo<sup>4</sup>**



GINA 2015, box 3-2

te di fronte ad asma, se la riacutizzazione è grave, e se vi sia rischio di morte. Se il paziente presenta sintomi e segni suggestivi di crisi asmatica grave, potenzialmente mortale, il MMG deve trasferire il paziente al PS. Invece, nel caso in cui l'episodio sia di asma moderato, il MMG deve iniziare il trattamento e trasferire il paziente al PS solo in caso di peggioramento della condizione clinica. Se il trattamento è adeguato e il paziente migliora, il MMG deve eseguire un controllo a distanza con farmaci al bisogno, deve valutare i fattori di rischio, e stilare un piano terapeutico.

La *Global Alliance Against Respiratory Diseases (GARD Italy)* ha divulgato un documento dal titolo "La formazione nell'ambito delle malattie respiratorie: il punto di vista del Medico di Medicina Generale" per chiarire il ruolo del MMG nella gestione delle malattie respiratorie. In particolare, con riferimento all'asma, il MMG M. Uberti conferma che il MMG riveste un ruolo cruciale nel riconoscimento

e nella gestione della patologia asmatica. Sia il riconoscimento stesso della patologia sia l'ottenimento dell'aderenza alla terapia, il più possibile vicino a quella raccomandata dalle evidenze scientifiche (Linee Guida GINA), si avvalgono della prossimità e della consuetudine del rapporto che intercorre di solito tra MMG e paziente. Le principali modalità con cui il problema asma si può presentare nel *setting* del MMG sono riferibili sostanzialmente a quattro scenari.<sup>17</sup> Nel primo scenario il MMG si trova di fronte un paziente che non ha una diagnosi di asma ed è asintomatico. In questo caso, il MMG deve valutare i fattori di rischio, in particolare, la rinite allergica, la familiarità, l'abitudine al fumo, ma anche tutti gli altri (allergeni ambientali, i farmaci, ecc) e riportare questi dati nella cartella clinica informatizzata. Nel secondo scenario, il paziente presenta una sintomatologia tipica di asma bronchiale, anche se non ha ancora ricevuto una precisa diagnosi. Un'accurata indagine anamnestica è di grande importanza perché consentirà di integrare e completare le conoscenze già in possesso del MMG e caratterizzare con precisione le modalità di insorgenza dei sintomi e del contesto in cui si presentano. L'esame obiettivo potrebbe non essere significativo se il paziente si presenta, come spesso avviene, in fase intercritica. L'esame cardine nella fase di definizione diagnostica è la spirometria, con *test* di provocazione bronchiale aspecifica (con metacolina), se non è presente ostruzione, o *test* di reversibilità (con salbutamolo) in presenza di broncocostrizione. Al completamento del processo diagnostico, il MMG potrà attivare altre consulenze come, per esempio, una visita allergologica (con eventuali *test* allergometrici) nel sospetto di una causa estrinseca. La collaborazione tra MMG e specialista (pneumologo, allergologo, otorino, ...) è di primaria importanza soprattutto nella messa a punto e nella gestione del programma terapeutico (terapia di fondo, sintomatica, ITS, ecc.), degli interventi educazionali e del *follow-up*.

Nel terzo scenario, il MMG è in presenza di un paziente asmatico in apparente buon controllo che si presenta al suo studio per motivi diversi dalla sua asma. Il compito del MMG consiste nel verificare l'effettivo controllo della malattia con l'utilizzo di metodi quali i questionari (*Asthma Control Test*) o i diari clinici, l'avvenuta effettuazione della spirometria secondo i tempi propri di quel determinato paziente, il corretto utilizzo dei farmaci e la capacità di utilizzo del *device* prescritto.

Nel caso sussista un reale controllo, una buona aderenza alla terapia, il dato funzionale sia soddisfacente e siano passati almeno tre mesi, potrà essere preso in considerazione lo *step down*. È importante tenere in mente che spesso l'asma non è controllato. Uno studio pubblicato nel 2010 dimostra che un terzo dei pazienti che si presentava dal medico spinto solo dalla necessità di rinnovare la ricetta, in verità non era ben controllato; a livello globale questo numero sale al 50%.<sup>18</sup>

Nel quarto scenario, il MMG si trova in presenza di un paziente con diagnosi di asma che si presenta per sintomi compatibili con broncospasmo. È fondamentale che il primo passo sia sincerarsi di trovarsi in presenza di una crisi asmatica acuta piuttosto che di sintomi legati al mancato controllo essenziale della patologia stessa. Nel primo caso la sintomatologia avrà manifestato un'insorgenza acuta, nel secondo i sintomi si saranno verificati nel tempo con frequenza variabile. La gestione della crisi acuta di asma (broncodilatatore, steroide, ossigeno ed eventuale invio al PS) richiederà un intervento immediato, nel secondo sarà necessario rivalutare la stadiazione del livello di gravità della malattia, del grado di aderenza alla terapia da parte del paziente e di conseguenza rimodulare la terapia di fondo con uno *step-up*.

La buona riuscita di un programma assistenziale per il paziente con patologia ostruttiva respiratoria richiede l'adozione di modelli organizzativi adatti al *setting* della medicina generale.

L'utilizzo di una cartella clinica informatizzata organizzata per problemi è il requisito fondamentale per raccogliere la documentazione di quanto è stato fatto e per ricordare quanto resta da fare. A tale scopo la meticolosa raccolta dei dati assistenziali, compresi i principali valori di funzionalità respiratoria, è fondamentale per disporre di uno strumento sempre aggiornato ed efficiente.

La presenza del personale infermieristico nello studio del MMG può svolgere un ruolo importante nella gestione del paziente. In particolare l'infermiere può gestire gli aspetti educazionali, la rilevazione di una serie di parametri biologici, il controllo della regolare ripetizione delle prescrizioni e quindi della loro probabile assunzione.

La collaborazione e la comunicazione tra MMG e specialista sono aspetti rilevanti per la riuscita del piano assistenziale. È quindi importante la condivisione degli obiettivi assistenziali e delle strategie per raggiungerli. Sul piano della comunicazione è necessario che la documentazione

da fornire allo specialista in occasione delle visite di consulenza sia completa ed esauriente. La telemedicina può aprire ulteriori importanti prospettive sul piano della gestione integrata del paziente con patologia ostruttiva respiratoria.

Nello scenario attuale, non è facile quantificare l'aderenza dei MMG alle linee guida per la gestione dell'asma. Esistono innegabili ostacoli all'implementazione di queste linee guida, in particolare, le lunghe liste di attesa per visite mediche specialistiche e esami funzionali quali spirometria.

---

## Pronto Soccorso

■ Vittorio Helzel<sup>(6)</sup>

Il documento di guida per la gestione e prevenzione dell'asma GINA (<http://ginasthma.org/2017-pocket-guide-for-asthma-management-and-prevention/>) fornisce un'esauritiva panoramica di quella che dovrebbe essere la corretta gestione dell'asma nella fase acuta presso il PS.

La gestione delle riacutizzazioni d'asma, secondo il documento dovrebbe infatti essere considerato come un *continuum*, a partire dall'auto-gestione del paziente con un *action plan* scritto, passando per la gestione dei sintomi più severi in un contesto di *primary care* (MMG), del PS o in regime di ricovero.

La gestione delle riacutizzazioni gravi, dopo somministrazione di trattamenti necessari per la risposta alla fase acuta, prevede la valutazione della dispnea (es. valutare se il paziente riesce a pronunciare intere frasi o solo alcune parole), frequenza respiratoria e del battito, saturazione dell'ossigeno e funzione polmonare. Va inoltre valutato se è presente anafilassi.

La valutazione delle cause è fondamentale per accertare che si tratti di una riacutizzazione d'asma. Una volta accertatosene, si consiglia di effettuare routinariamente esami strumentali o prescrivere antibiotici.

È necessario invece, una volta gestita la fase acuta, monitorare i pazienti frequentemente valutando lo stato clinico e sintomatico, la funzione polmonare oltre che la risposta al trattamento, la recente e passata storia di riacutizzazioni e l'eventuale possibilità di dimettere il paziente.

Prima della dimissione, dopo consulto con specialista, impostare

un trattamento per ridurre il rischio di future riacutizzazioni, assicurandosi che le tecniche inalatorie siano corrette e l'aderenza sia ottimizzata.

Nei pazienti con storia di riacutizzazioni che hanno portato a ospedalizzazione o più visite in PS, bisogna considerare il *referral* presso lo specialista.

L'ospedalizzazione va considerata se, nonostante la terapia, persistono o peggiorano i sintomi e la dispnea e la funzione polmonare non rientra nei parametri accettabili.

Alcuni Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) pubblicati sul territorio nazionale individuano tre esiti possibili in base alla gravità del paziente:

- dimissione con richiesta di consulenza pneumologica, da effettuarsi il giorno successivo all'accesso in PS oppure presso la Pneumologia di guardia al momento;
- ricovero in ambito specialistico, in caso di insufficienza respiratoria o persistenza dei sintomi;
- ricovero in medicina d'urgenza in caso di insufficienza respiratoria grave o comorbidità.

Dalla guida pubblicata da GINA emerge quanto sia importante la collaborazione tra Medico d'Urgenza e lo specialista Pneumologo/Allergologo, soprattutto per i pazienti con storia di riacutizzazione per assicurare la corretta presa in carico, l'impostazione di un corretto trattamento, nonché un piano di *follow-up*.

Fondamentale anche il ruolo dell'infermiere professionale addetto al *triage* espleta la procedura di registrazione del paziente, rileva i sintomi e i parametri vitali (PA, FC, FR, SpO<sub>2</sub> annotando sempre la FIO<sub>2</sub>, stato di coscienza, temperatura) e applica l'algoritmo per attribuire il codice corretto. Tali dati verranno registrati nella scheda di *triage*.

---

## Farmacista Ospedaliero

■ Ilaria Toffanello<sup>(9)</sup>

È importante discutere il modo di somministrazione del farmaco al paziente: se da un punto di vista di gestione ospedaliera e per la qualità di vita del paziente può essere meglio erogare il farmaco direttamente al reparto, è altresì vero che la distribuzione esclusiva da parte delle



farmacie ospedaliere può ridurre eccessivamente l'accesso dei pazienti, come si può verificare nell'esempio omalizumab: ha iniziato a diffondersi in maniera significativa solo quando ha cambiato fascia (da fascia H a fascia A).

L'assenza di un percorso terapeutico potenzia l'autogestione del paziente con conseguenti sprechi di risorse farmaceutiche. (Toffanello).

Il farmacista del territorio deve anche aver un ruolo di educatore ed è opportuno che conosca i centri ad alta specializzazione per la diagnosi ed il trattamento dell'asma grave.

---

## Associazioni di pazienti

■ Simona Barbaglia<sup>(2)</sup>

I pazienti devono essere curati d'accordo con la gravità della loro patologia e per questo hanno bisogno di sapere quali sono i centri specializzati dove la diagnosi e il trattamento dell'asma sono eseguiti in modo ottimale. È fondamentale individuare quale figura professionale interpellare. Purtroppo, esistono pazienti gravissimi che sono seguiti solo dal MMG, pazienti con asma anche meno grave che sono invece in trattamento presso centri specializzati o che sono costretti a ricercare in maniera autonoma i professionisti sanitari cui potersi affidare. In questo senso, emerge come identificare la corretta numerosità di pazienti con asma grave non sia semplicissimo. È necessario individuare centri specializzati nella diagnosi dell'asma, presso cui i pazienti possano recarsi anche con un quadro non definito, e poi centri di gestione e cura, dove il paziente può andare dopo che la situazione è definita, sapendo di essere gestito e curato al giusto livello della propria patologia.

Allo stesso modo, è necessario anche educare, formare, accompagnare il paziente a una gestione ottimale della sua malattia. Il paziente deve conoscere la sua patologia e diventare esperto e attivato.<sup>19</sup> Raggiungendo questo livello di conoscenza, saprà che alcuni comportamenti possono danneggiare il sistema in cui è inserito e, di conseguenza, se stesso. *Internet* o il farmacista territoriale non possono essere il solo riferimento per trovare risposta ai propri quesiti.

Attualmente, il processo di cura non è efficiente. Il SSN perde il

paziente spesso dopo la visita al PS o dopo il ricovero in ospedale. Mentre è in cura, sia al PS sia in reparto, il paziente con asma grave viene seguito e curato in maniera efficace ed efficiente ma appena dimesso, la continuità terapeutica è interrotta. A volte i pazienti sono dimessi senza essere stati educati e quindi senza idee chiare. Tra dimissione e visita di definizione della terapia può passare lungo tempo. Il paziente viene mandato a casa e continua a fare la terapia - che non è sufficiente perché non era controllato e ha portato al ricovero ospedaliero - e non trova risposta ai propri quesiti. Il paziente rimane alla ricerca continua di un medico o centro medico di riferimento.

Il paziente esperto e attivato vuole essere al centro del processo di cura. Questo paziente chiede agli organi politico-istituzionali di essere il punto di partenza e d'arrivo di politiche sanitarie, socio-sanitarie e assistenziali, ambientali e di prevenzione. Queste misure devono essere mirate al raggiungimento di una migliore qualità di vita del paziente e dei suoi familiari. Il paziente chiede alle istituzioni centrali, regionali e locali socio-assistenziali, sanitarie e socio-sanitarie di avere agevolmente accesso a tutte le risorse, i benefici e le facilitazioni volte a ritardare la perdita di autonomia conseguente alla cronicizzazione e all'aggravamento della propria malattia (esenzione, invalidità civile, ausili).

Il paziente sente necessità di avere un centro di riferimento specialistico competente e, in caso di co-morbidità, di avere un unico centro di riferimento specialistico. Chiede agli specialisti di essere maggiormente ascoltato e meglio informato. È importante che le spiegazioni siano chiare, complete ed esaustive circa lo stato di salute, le possibili terapie, e le alternative terapeutiche. Inoltre, ha bisogno di essere maggiormente coinvolto nelle decisioni che riguardano la sua salute, e di essere seguito ed aggiornato durante le modifiche. In fase di dimissione, il paziente vorrebbe essere "affidato" al MMG con modalità funzionale al mantenimento dell'adesione alla terapia raggiunta in struttura (PS, ospedale, centro specialistico o riabilitativo), e di essere seguito in modo da facilitare la permanenza al domicilio anche durante le fasi acute.

Anche il ruolo delle aziende farmaceutiche è fondamentale per il cambiamento nell'evoluzione del paziente a paziente attivo, partecipante ed esperto, in quanto hanno a disposizione risorse per la formazione dei pazienti.

---

### **IN BREVE:**

- Allergologo/pneumologo: serve più educazione sui nuovi farmaci e sui centri specializzati per la diagnosi e cura dell'asma a tutti gli interlocutori coinvolti nella gestione dell'asma grave;
  - MMG: la comunicazione tra MMG e specialisti è fondamentale e deve essere rafforzata; servono attività educative sui nuovi farmaci;
  - Paziente: chiede di essere messo al centro del percorso terapeutico e di aver più informazione sui centri specializzati per la diagnosi e cura dell'asma;
  - Farmacista: Al fine di una corretta gestione e di un più semplice accesso alle cure per i pazienti con asma grave, i sistemi di approvvigionamento e quelli distributivi dei farmaci biologici andrebbero perfezionati. Questo permetterebbe una migliore organizzazione dei servizi ospedalieri e un ridotto rischio di autogestione del paziente.
  - PS: A seguito della gestione della fase critica dovuta alla riacutizzazione d'asma, anche a livello di PS risulta particolarmente importante la stretta interazione tra le diverse figure professionali di medico d'urgenza, specialista e infermiere.
-