

■ MALATTIE RESPIRATORIE

Asma non controllato: implicazioni cliniche, nuove opzioni terapeutiche

Nonostante una diffusione relativamente contenuta della malattia in Italia (rispetto ad altre nazioni) i costi ad essa legati sono in linea con quelli registrati in altri Paesi industrializzati. Le elevate voci di spesa sono principalmente imputabili al mancato controllo della malattia e ad un uso improprio delle risorse diagnostiche.

► Cure spesso discontinue

All'origine del mancato controllo dell'asma, vi è spesso una scarsa aderenza alle cure da parte dei pazienti, che sottovalutano le loro condizioni cliniche, non assumono con regolarità la terapia di base, essenziale per prevenire gli attacchi, e tendono ad un uso spropositato di *rescue medication* al bisogno, quando inevitabilmente sopraggiunge la crisi. La conferma arriva da una recente indagine online, condotta da Incite per conto di Mundipharma International, su 1.014 asmatici italiani, di età compresa tra i 18 e i 50 anni. L'87% rifiuta l'etichetta di "malato", 4 su 5 si ritengono in buona salute, al pari o meglio dei coetanei; oltre la metà, però, ammette di sentirsi senza fiato, dopo un minimo esercizio fisico. Il 94% del campione reputa la propria asma sotto controllo e l'88% non la giudica un problema serio. In realtà, il

44% accusa sintomi almeno 3-5 giorni a settimana e, secondo la classificazione stabilita dalle Linee Guida GINA, soltanto il 17% risulta effettivamente controllato. Gli intervistati utilizzano soprattutto inalatori al bisogno; tra coloro che seguono una terapia di mantenimento, 3 su 5 ammettono di non assumerla tutti i giorni, perché, in assenza di sintomi, credono erroneamente di non averne bisogno (53%). Succede così che la malattia si aggravi, con ricadute sulla qualità di vita e sui costi socio-sanitari: nell'ultimo anno, 3 pazienti su 10 si sono dovuti recare in Pronto Soccorso e il 16% è stato ricoverato.

"Il controllo della malattia - ha spiegato **Stefano Centanni**, Ordinario di Malattie dell'Apparato Respiratorio all'Università degli Studi di Milano, Direttore UOC Pneumologia, Ospedale San Paolo (MI) e Past President SIMeR - è un obiettivo ancora lontano dall'essere raggiunto e questo perché l'asma è certamente sottodiagnosticata. Solo una minoranza di pazienti è valutata dallo specialista e soltanto una ristretta minoranza è sottoposta a indagini diagnostiche di primo livello, come la spirometria. Tuttavia, gli aspetti di maggior criticità relativamente al mancato controllo dell'asma sembrano oggi derivare dalla difficoltà di verifica del controllo medesimo e dalla necessità di

migliorare il rapporto medico-paziente, nella gestione comune della malattia". Tra le diverse figure sanitarie cui si rivolge il malato, la *survey* evidenzia che il medico di famiglia è il primo riferimento per il 60% del campione, seguito dallo specialista in malattie respiratorie (35%). "La medicina generale - ha commentato **Bruno Franco Novelletto**, Area Pneumologica SIMG e Vice Presidente SIMG Veneto - rappresenta il *setting* ideale per affrontare e dare le prime risposte in campo preventivo, per sospettare la diagnosi, suggerire l'invio allo specialista, impostare e gestire la terapia (*adherence* ed *empowerment* del paziente), monitorare l'asma, utilizzare in modo professionale la cartella clinica informatizzata per poter stratificare il rischio complessivo e le comorbidità nel singolo paziente".

► Le Linee Guida GINA

La decisione di iniziare un trattamento regolare dipende dalla severità dell'asma al momento della prima osservazione e dalla frequenza e gravità delle riacutizzazioni. Le Linee Guida GINA promuovono un trattamento con un approccio progressivo per gradi, sulla base di 5 step, secondo il grado di controllo della malattia. Viene considerata controllata un'asma in cui il paziente non presenti sintomi giornalieri (meno di 2 volte alla settimana), non abbia risvegli notturni, non subisca una limitazione delle proprie attività, non necessiti di farmaci al bisogno (meno di 2 volte alla settimana), abbia valori normali di funzione polmonare e non presenti riacutizzazioni. In tutti i 5 step, è prevista la possibilità di usare broncodilatatori al bi-



AGGIORNAMENTI di clinica e terapia

sogno per un rapido controllo dei sintomi, in caso di attacco asmatico (β_2 -agonisti a breve durata d'azione). Inoltre, a partire dal secondo step, a tutti i pazienti viene prescritto l'impiego regolare dei farmaci di fondo (terapia di mantenimento) per la prevenzione degli attacchi mediante il controllo della flogosi.

► Nuova terapia di mantenimento

L'ampio armamentario terapeutico contro l'asma si è recentemente arricchito di una nuova associazione preconstituita di fluticasone con formoterolo, uniti in un unico aerosol (*Curr Med Res Opin* 2013; 29: 579-88). Entrambi i principi attivi sono ben consolidati e da tempo disponibili sia come monoterapie, sia come componenti di altre combinazioni fisse; la loro sicurezza ed efficacia sono inoltre ampiamente documentate in letteratura (*J Allergy Clin Immunol*, 2010; 125: 390-96). Fluticasone propionato è un corticosteroide inalatorio (ICS) ad elevata e prolungata attività antinfiammatoria, con una dimostrata capacità di ridurre i sintomi dell'asma e le esacerbazioni della malattia, unita a un basso rischio di effetti sistemici.

Formoterolo fumarato è un β_2 -agonista selettivo a lunga durata d'azione (LABA), la cui attività si esplica a livello dei recettori β_2 presenti sulla muscolatura liscia dei polmoni, rilassando le vie respiratorie. La sua azione broncodilatatrice (1-3 minuti) è più rapida del salmeterolo e simile al salbutamolo (*Resp Med*, 2011; 105: 674-82).

La novità riguarda anche il *device*: si tratta, infatti, del primo spray dotato di un conta-dosi abbinato a un codice colore (verde, giallo e rosso), che cambia a se-

conda del numero di erogazioni rimanenti nel dispositivo, risultando così di facile lettura anche per i pazienti anziani. Disponibile in 3 dosaggi, l'associazione fluticasone/formoterolo offre un ampio range terapeutico e consente al clinico una maggiore flessibilità, agevolando l'incremento (*step up*) o la riduzione (*step down*) del farmaco, in fase di rivalutazione del paziente. Inoltre, il farmaco emette un'elevata percentuale (40%) di *fine particle fraction*, ossia di particelle fini con un diametro $< \sim 5 \mu\text{m}$, che sono quelle associate al più alto potenziale di raggiungimento polmonare (deposizione nelle vie aeree, dai bronchi agli alveoli).

► Come scegliere il farmaco?

Le Linee Guida GINA indicano le associazioni ICS/LABA come trattamenti raccomandati, ma quali requisiti dovrebbe avere il farmaco ideale, secondo i clinici? Un gruppo internazionale di esperti, utilizzando la metodologia "Delphi", ha identificato i fattori che guidano la scelta della migliore associazione di ICS/LABA per il trattamento dell'asma. È stato raggiunto un consenso sui 5 fattori più importanti: potenza dell'ICS, rapidità di insorgenza d'azione del broncodilatatore, efficacia clinica, sicurezza e tollerabilità a lungo termine, ampia disponibilità di dosaggi (*Int Arch Allergy Immunol* 2012; 157: 303-10).

I risultati della successiva ricerca attitudinale a cui hanno preso parte 1.007 medici hanno supportato il consenso raggiunto dagli esperti all'indagine "Delphi", confermando i 5 fattori sopra elencati come i principali che guidano la scelta del trattamento nella pratica clinica quotidiana.

Le caratteristiche della nuova associazione di fatto rispondono in maniera precisa ai requisiti considerati importanti, contribuendo a migliorare la gestione dell'asma e l'aderenza alle cure: fluticasone è un potente corticosteroide inalatorio, formoterolo è il LABA a più rapida insorgenza d'azione, l'associazione ha un'efficacia paragonabile a fluticasone/salmeterolo, ma con un'insorgenza d'azione più rapida, entrambi i principi attivi hanno un ottimale profilo di sicurezza e tollerabilità e, infine, vi è la disponibilità dei 3 dosaggi.

"La rapida insorgenza d'azione del farmaco e della risoluzione della sintomatologia sono tra le principali richieste dei pazienti", ha precisato **Alberto Papi**, Ordinario Malattie Apparato Respiratorio, Direttore Clinica Pneumologica, Università degli Studi di Ferrara. "Diversi studi condotti su soggetti asmatici hanno dimostrato che percepire immediatamente l'efficacia della terapia può incoraggiarne l'assunzione regolare. In prospettiva, la presenza del formoterolo come broncodilatatore a rapida insorgenza d'azione rende questa combinazione disponibile per uno sviluppo con strategie che prevedano l'uso della stessa associazione come farmaco di mantenimento e anche al bisogno (in caso di sintomi), con lo stesso inalatore".

www.qr-link.it/video/0913



Attraverso il presente QR-Code è possibile visualizzare con tablet/smartphone un video di approfondimento sull'argomento