

GUIDA POCKET



per la diagnosi e il trattamento dell'asma (per adulti e bambini di età superiore ai 5 anni)
Guida Pocket per medici e infermieri revisione 2015

PROGETTO MONDIALE ASMA
Traduzione italiana delle Linee Guida Internazionali GINA
GINA - Global Initiative for Asthma

GUIDA POCKET

per la diagnosi e il trattamento dell'asma
Revisione 2015

A cura di Pier Luigi Paggiaro

Traduzione a cura di:

Lorenzo Corbetta, Fausto Leoncini, Irene Bellesi

Comitato Esecutivo GINA

Presidente: J Mark FitzGerald, MD

Comitato Scientifico GINA

Presidente: Helen Reddel, MBBS PhD

Comitato di divulgazione e implementazione GINA

Presidente: Louis-Philippe Boulet, MD

Assemblea GINA

L'assemblea GINA include membri da 45 paesi, i loro nomi sono elencati sul sito www.ginasthma.org

Programma GINA

Direttore scientifico: Suzanne Hurd, PhD

I nomi dei membri delle commissioni GINA sono elencati a pagina 32.

PREFAZIONE

L'asma colpisce circa 300 milioni di individui in tutto il mondo. È un problema grave che interessa tutte le fasce d'età, con un aumento della prevalenza di persone affette in molti Paesi in via di sviluppo, con l'aumento dei costi per il trattamento e l'aumento dell'impatto economico sia per i pazienti che per la società. L'asma impone tutt'oggi un peso inaccettabile sui sistemi sanitari e sulla società attraverso la perdita di produttività sul lavoro e, soprattutto per l'asma pediatrico, causando disagio nelle famiglie.

Gli operatori sanitari che lavorano con i pazienti asmatici affrontano diversi problemi a seconda dei Paesi, del contesto locale, del sistema sanitario e dell'accesso alle risorse.

Il Progetto Mondiale Asma (GINA: Global Initiative for Asthma) nasce per aumentare le conoscenze sull'asma tra gli addetti del servizio sanitario, le autorità sanitarie e la società, e per migliorare la prevenzione e la gestione di questa patologia attraverso uno sforzo coordinato a livello globale. GINA prepara infatti relazioni scientifiche, incoraggia la diffusione e l'attuazione delle raccomandazioni e promuove la collaborazione internazionale nella ricerca sull'asma.

Il documento di Strategia globale per la gestione e la prevenzione dell'asma è stato ampiamente rivisto nel 2014 per offrire un approccio universale e integrato nella gestione dell'asma che possa essere adattato alle condizioni locali e ai singoli pazienti. Si incentra non solo sui dati esistenti, che forniscono peraltro una base solida, ma anche sulla chiarezza del linguaggio usato, fornendo gli strumenti per una facile applicazione nella pratica clinica.

Questa guida è una breve sintesi del report GINA per le cure primarie. NON contiene tutte le informazioni necessarie per la gestione dell'asma, quali la sicurezza dei trattamenti, e dovrebbe pertanto essere integrata dalla lettura del report GINA 2015 completo. GINA non può essere ritenuta responsabile di cure somministrate con l'uso di questo documento, inclusa qualsiasi indicazione che non è in accordo con le linee guida locali o nazionali applicabili.

Il report GINA 2015 e altre pubblicazioni GINA (elencate a pagina 34) sono disponibili su www.ginasthma.org.

SOMMARIO

1 CHE COSA SI SA DELL'ASMA?	7
2 DIAGNOSTICARE L'ASMA	8
2.1 CRITERI PER LA DIAGNOSI DELL'ASMA	9
2.2 DIAGNOSI DELL'ASMA IN GRUPPI SPECIFICI	10
3 ESAMINARE UN PAZIENTE CON ASMA	11
3.1 COME VALUTARE IL CONTROLLO DELL'ASMA	12
3.2 COME VALUTARE L'ASMA NON CONTROLLATO	14
4 GESTIONE DELL'ASMA: PRINCIPI GENERALI	15
4.1 TRATTAMENTO PER CONTROLLARE I SINTOMI E RIDURRE AL MINIMO I RISCHI	15
4.2 GESTIONE DELL'ASMA	15
4.3 TRATTAMENTO INIZIALE DI CONTROLLO	17
4.4 APPROCCIO GRADUALE A STEP PER ADATTARE IL TRATTAMENTO	20
4.5 ANALISI DELLA RISPOSTA E MODIFICHE AL TRATTAMENTO	21
4.6 CAPACITÀ NELL'USO DELL'INALATORE E ADERENZA AL TRATTAMENTO	22
4.7 TRATTAMENTO DEI FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI	23
4.8 STRATEGIE E INTERVENTI NON-FARMACOLOGICI	23
4.9 TRATTAMENTO IN PARTICOLARI CONTESTI O POPOLAZIONI	24
5 FASE ACUTA DELL'ASMA (RIACUTIZZAZIONI)	25
5.1 PIANO TERAPEUTICO SCRITTO PER ASMA	25
5.2 GESTIONE DELLE RIACUTIZZAZIONI IN MEDICINA GENERALE O PRONTO SOCCORSO	27
5.3 VERIFICA DELLA RISPOSTA TERAPEUTICA	27
5.4 FOLLOW-UP DOPO UNA RIACUTIZZAZIONE	29
6 GLOSSARIO DELLE CLASSI DEI FARMACI PER L'ASMA	30
7 RINGRAZIAMENTI	32
8 PUBBLICAZIONI GINA	34

1 CHE COSA SI SA DELL'ASMA?

L'asma è una malattia cronica comune e potenzialmente grave che ha un impatto economico sui pazienti sulle loro famiglie e sulla società. Provoca sintomi respiratori, limitazione dell'attività e attacchi acuti che talvolta richiedono cure sanitarie urgenti e possono essere fatali.

Per fortuna... l'asma può essere trattato efficacemente e la maggior parte dei pazienti può raggiungere un buon controllo della malattia. Quando l'asma è sotto controllo, i pazienti hanno la possibilità di:

- Evitare fastidiosi sintomi durante il giorno e la notte;
- Ridurre o eliminare la necessità di farmaci al bisogno;
- Riprendere una vita produttiva e fisicamente attiva;
- Riacquistare una funzione respiratoria normale o quasi;
- Evitare le fasi acute dell'asma (riacutizzazioni o attacchi).

Che cosa è l'asma? L'asma provoca sintomi quali respiro sibilante, dispnea, costrizione toracica e tosse che variano nel tempo, nell'insorgenza, nella frequenza e nell'intensità.

Questi sintomi sono associati ad un'ostruzione al flusso aereo variabile, ossia a difficoltà ad espirare a causa di broncocostrizione (restringimento delle vie aeree), ispessimento della parete delle vie aeree e aumento del muco. Alcune variazioni nel flusso aereo possono verificarsi anche in persone senza asma, ma sono maggiori in pazienti asmatici.

I fattori che possono innescare o peggiorare i sintomi dell'asma includono le infezioni virali, gli allergeni domestici od occupazionali (acaro della polvere, pollini, scarafaggi), il fumo di tabacco, l'esercizio fisico e lo stress. Queste reazioni sono più probabili quando l'asma non è controllato. Alcuni farmaci possono indurre o innescare l'asma, ad esempio i beta-bloccanti e (in alcuni pazienti) l'aspirina o altri farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS).

Le fasi acute dell'asma (chiamate anche riacutizzazioni o attacchi) possono verificarsi anche in persone che sono trattate per l'asma. Quando l'asma non è controllato, o in alcuni pazienti ad alto rischio, questi episodi sono più frequenti e più gravi e possono essere letali.

Un approccio graduale al trattamento, personalizzato, prende in considerazione l'efficacia dei farmaci disponibili, la loro sicurezza e il loro costo per la società o per il paziente.

Il trattamento regolare con farmaci per il controllo (controller) e particolarmente con farmaci a base di corticosteroidi per via inalatoria (ICS), riduce notevolmente la frequenza e la gravità dei sintomi dell'asma e il rischio di fasi acute.

L'asma è una patologia comune, che interessa tutte le classi sociali. Atleti olimpici, personaggi dello spettacolo e della politica, così come persone comuni vivono vite attive e di successo, nonostante l'asma.

2 DIAGNOSTICARE L'ASMA

L'asma è una malattia eterogenea, solitamente caratterizzata da infiammazione cronica delle vie aeree. L'asma ha due caratteristiche specifiche:

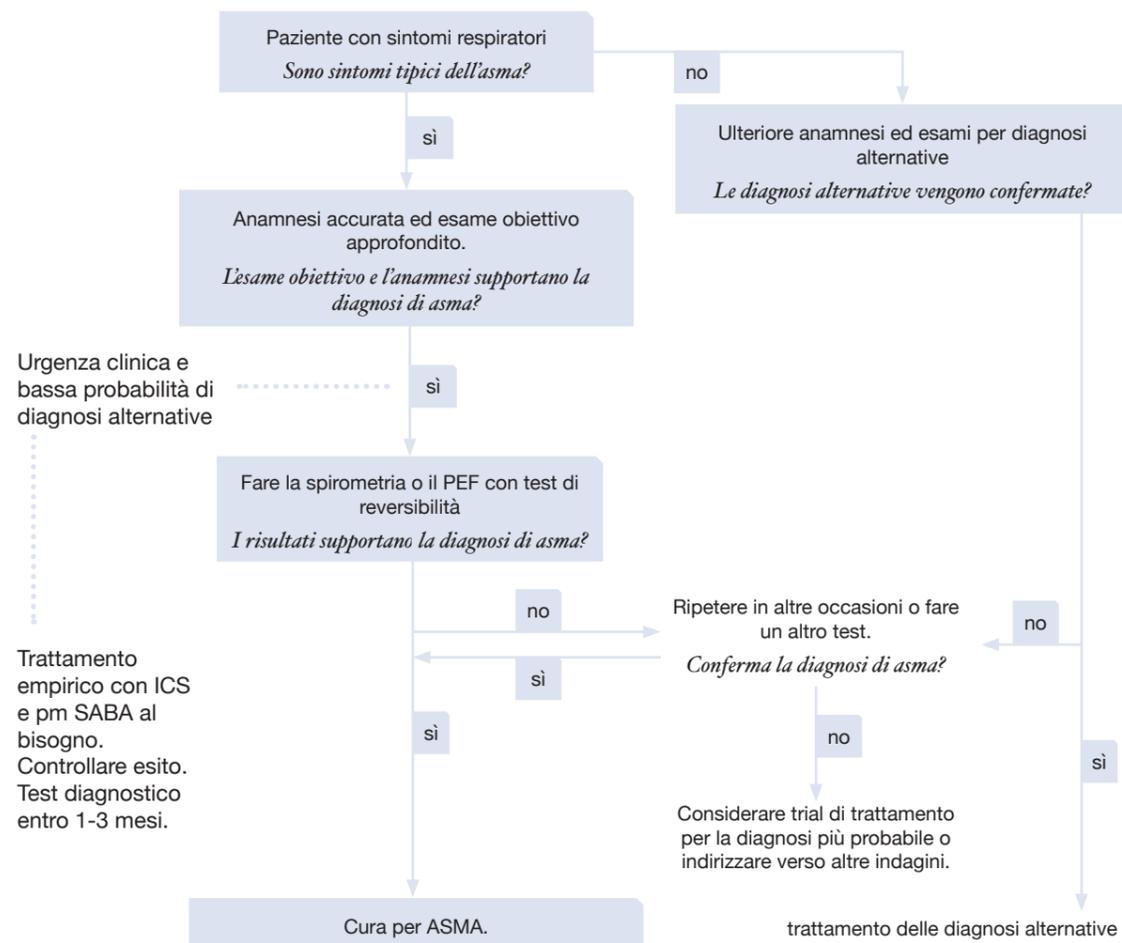
- Storia di respiro sibilante, dispnea, costrizione toracica e tosse che variano nel tempo e

nell'intensità; E

- Limitazione variabile al flusso aereo espiratorio.

Un algoritmo per la diagnosi nella pratica clinica è mostrato nel Box 1 e i criteri specifici per la diagnosi di asma nel Box 2.

BOX.1 - Algoritmo diagnostico per pratica clinica



La diagnosi di asma deve essere confermata e, per facilitare le visite mediche successive, le analisi vanno registrate nella cartella clinica del paziente. A seconda dell'urgenza clinica e della possibilità di accedere alle risorse disponibili,

questi accertamenti andrebbero eseguiti preferibilmente prima di iniziare il trattamento di controllo. Confermare la diagnosi di asma è infatti più difficile una volta avviato il trattamento (vedi pag. 10).

2.1 CRITERI PER LA DIAGNOSI DELL'ASMA

BOX.2 - Caratteristiche utili alla diagnosi dell'asma

1. STORIA DELLA VARIABILITÀ DEI SINTOMI RESPIRATORI

I sintomi tipici sono respiro sibilante, dispnea, costrizione toracica, tosse.

- ◊ Le persone con asma generalmente presentano più di uno dei sintomi suddetti.
- ◊ I sintomi possono variare nel tempo e di intensità.
- ◊ I sintomi spesso si verificano o sono peggiori di notte o al risveglio.
- ◊ I sintomi sono spesso scatenati da esercizio, risate, allergeni o aria fredda.
- ◊ I sintomi spesso si presentano o si accentuano in occasione di infezioni virali.

2. CONFERMA DELLA LIMITAZIONE VARIABILE AL FLUSSO AEREO

- ◊ Almeno una volta durante il processo diagnostico quando il FEV1 è basso, si deve documentare con una spirometria che il rapporto FEV1/FVC è ridotto. Il rapporto FEV1/FVC è normalmente superiore a 0,75-0,80 negli adulti e superiore a 0,90 nei bambini.
- ◊ Documentare che tale variazione nella funzione respiratoria è maggiore rispetto alle persone sane. Ad esempio:
 - FEV1 aumenta di oltre 12% e 200 ml (nei bambini, >12% del valore predetto) dopo inalazione di broncodilatatore. Questa è nota come "reversibilità dopo broncodilatatore".
 - La variabilità media diurna del PEF* è >10% (nei bambini, >13%).
 - FEV1 aumenta di oltre 12% e da 200 ml rispetto al basale (in bambini, da >12% del valore teorico) dopo 4 settimane del trattamento antinfiammatorio (in assenza di infezioni respiratorie).
- ◊ Maggiore è la variazione, o maggiore è il numero di volte in cui si osserverà una variazione importante, più sicura sarà la diagnosi.
- ◊ Ci potrebbe essere bisogno di ripetere il test durante i sintomi, la mattina presto o dopo interruzione della terapia con broncodilatatori.
- ◊ La reversibilità da broncodilatatore potrà essere assente durante le riacutizzazioni gravi o infezioni virali. Se la reversibilità da broncodilatatore non è presente durante un primo test, il passo successivo dipenderà dall'urgenza clinica e dalla possibilità di effettuare altri test.
- ◊ Per altri test utili per la diagnosi, inclusi i test di provocazione bronchiale, vedere il Capitolo 1 del report GINA 2015.

* Calcolato su due letture al giorno (il migliore di 3 ogni volta), come il PEF più alto meno il PEF più basso del giorno diviso la media del PEF più alto e più basso del giorno. Il tutto è

calcolato su 1-2 settimane. Se si utilizza il PEF a casa o in ufficio, utilizzare lo stesso misuratore PEF ogni volta.

L'esame fisico nelle persone affette da asma è spesso normale, ma il riscontro più frequente è

quello di un sibilo in seguito ad auscultazione, soprattutto durante l'espirazione forzata.

2.2 DIAGNOSI DELL'ASMA IN GRUPPI SPECIFICI

+ PAZIENTI CON TOSSE COME UNICO SINTOMO RESPIRATORIO

Questo può essere dovuto a sindrome di tosse cronica delle vie aeree superiori ("gocciolamento retronasale" o post nasal drip), sinusite cronica, malattia da reflusso gastroesofageo (GERD), disfunzione delle corde vocali o bronchite eosinofila, o asma variante tosse (cough variant asthma, CVA). L'asma variante tosse è caratterizzato da tosse e iperresponsività delle vie respiratorie, e registrare la variabilità della funzione respiratoria è essenziale per eseguire la diagnosi. Una mancanza di variabilità al momento del test non esclude un caso di asma. Per altri test diagnostici, vedasi il Box 2 e il Capitolo 1 del report GINA 2015 o rinviare il paziente ad un parere esperto.

+ ASMA PROFESSIONALE E ASMA AGGRAVATO DALLE CONDIZIONI DI LAVORO

Nei casi di pazienti che hanno sviluppato l'asma in età adulta, si procederà a porre loro delle domande circa l'esposizione professionale per sapere inoltre se l'asma si allevia quando sono lontani dal luogo del lavoro. È importante confermare la diagnosi oggettivamente (spesso si avrà bisogno della conferma di uno specialista) ed è altresì importante eliminare l'esposizione alle condizioni nocive il prima possibile.

+ DONNE IN GRAVIDANZA

Informarsi se le donne in gravidanza o che pianificano una gravidanza sono affette da asma e informarle dell'importanza del trattamento per l'asma per la salute della madre e del bambino.

+ GLI ANZIANI

L'asma può essere sottovalutato negli anziani, a causa della scarsa consapevolezza e dell'idea che la dispnea sia normale in età avanzata per la mancanza di buone condizioni fisiche o per ridotta attività. L'asma può anche essere soprav-

valutato negli anziani se confuso con dispnea a causa di insufficienza ventricolare sinistra o cardiopatia ischemica. Se c'è un'anamnesi di fumo o di esposizione a biomassa da combustibile, si dovranno considerare la BPCO o la sindrome da sovrapposizione asma - BPCO (ACOS) (vedi Capitolo 5 del report GINA 2015).

+ FUMATORI ED EX-FUMATORI

L'asma e la BPCO possono coesistere o sovrapporsi (sindrome da sovrapposizione asma BPCO, ACOS), in particolare nei fumatori e negli anziani. L'anamnesi e le caratteristiche dei sintomi e le rilevazioni precedenti possono aiutare a distinguere l'asma rispetto alla limitazione fissa al flusso aereo da BPCO. Una diagnosi incerta dovrebbe essere seguita immediatamente da una visita specialistica, visto che la ACOS ha esiti peggiori rispetto all'asma o alla BPCO da sole.

+ CONFERMARE UNA DIAGNOSI DI ASMA IN PAZIENTI CHE ASSUMONO IL TRATTAMENTO PER IL CONTROLLO:

Per molti pazienti (25–35%) con una diagnosi di asma eseguita in medicina generale, la diagnosi è difficile da confermare. Se le ragioni della diagnosi non sono state documentate, si dovrà proseguire a conferma con test oggettivi.

Se i criteri standard per l'asma (Box 2) non sono soddisfatti, si procederà ad ulteriori analisi. Ad esempio, se la funzione respiratoria è normale, ripetere il test di reversibilità dopo un'interruzione di farmaci per 12 ore. Se il paziente ha sintomi frequenti, si procederà ad aumentare il trattamento per il controllo e si ripeterà il test di funzione polmonare dopo 3 mesi. Se il paziente presenta pochi sintomi, si potrà ridurre il trattamento di controllo, assicurandosi che il paziente segua un programma scritto per l'asma, monitorandolo spesso e ripetendo il test di funzione respiratoria.

3 ESAMINARE UN PAZIENTE CON ASMA

Si dovrà cogliere ogni occasione per esaminare i pazienti con una diagnosi di asma, specialmente quando sono sintomatici o dopo una riacutizzazione recente, ma anche quando richiedono un rinnovo di ricetta. Inoltre, bisognerà prevedere un esame di controllo una volta all'anno.

BOX.3 - Come valutare un paziente con asma

1. CONTROLLO DELL'ASMA: VALUTARE SIA IL CONTROLLO DEI SINTOMI SIA I FATTORI DI RISCHIO

- ◊ Valutare il controllo dei sintomi nelle ultime 4 settimane (Box 4, pag.12).
- ◊ Identificare eventuali altri fattori di rischio per una cattiva prognosi (Box 4, pag. 12).
- ◊ Misurare la funzione respiratoria prima di iniziare il trattamento, 3–6 mesi dopo e poi periodicamente, ad esempio con cadenza annuale.

2. TRATTAMENTO DELLE PROBLEMATICHE RELATIVE AL TRATTAMENTO

- ◊ Annotare il trattamento del paziente (Box 7, pag. 18) e chiedere se vi sono effetti collaterali.
- ◊ Osservare il paziente mentre usa l'inalatore, per controllare la tecnica inalatoria (pag. 22).
- ◊ Tenere un dialogo aperto ed empatico riguardo l'aderenza (pag. 22).
- ◊ Controllare che il paziente segua un programma per l'asma scritto (pag. 25).
- ◊ Chiedere al paziente quali sono le sue aspettative e i suoi obiettivi riguardo l'asma.

3. VI SONO EVENTUALI COMORBIDITÀ?

- ◊ Queste includono rinite, rinosinusite, reflusso gastroesofageo (GERD), obesità, apnea ostruttiva del sonno, depressione e ansia.
- ◊ Le comorbidity devono essere identificate in quanto possono contribuire ai sintomi respiratori e alla scarsa qualità della vita. La loro cura può complicare la gestione dell'asma.

3.1 COME VALUTARE IL CONTROLLO DELL'ASMA

Il controllo dell'asma significa la misura in cui gli effetti dell'asma possono essere rilevati nel paziente, o sono stati ridotti o rimossi dal trattamento. Il controllo dell'asma comprende due ambiti: il controllo di sintomi (precedentemente chiamato "controllo clinico attuale") e i fattori di rischio che possono essere cause di scarsi risultati nel futuro.

Un controllo scarso dei sintomi ha un forte impatto per i pazienti ed è un fattore di rischio per la comparsa di riacutizzazioni.

I fattori di rischio sono quei fattori che aumentano il rischio di riacutizzazioni (fasi acute), contribuiscono alla perdita della funzione polmonare o aumentano gli effetti collaterali dovuti all'uso di farmaci.

+ QUAL È IL RUOLO DELLA FUNZIONE POLMONARE NEL MONITORAGGIO DELL'ASMA?

Una volta che è stata diagnosticata l'asma, la funzione respiratoria diventa molto utile come indicatore di rischi futuri. Dovrebbe essere registrata al momento della diagnosi, 3-6 mesi dopo aver iniziato il trattamento e periodicamente in seguito. I pazienti che hanno pochi o molti sintomi rispetto alla funzione respiratoria necessitano di ulteriori esami.

+ COME VIENE VALUTATA LA GRAVITÀ DELL'ASMA?

La gravità dell'asma può essere valutata retrospettivamente facendo riferimento ai precedenti trattamenti (Box 7, pag. 18) che sono stati necessari per controllare i sintomi e le riacutizzazioni. L'asma lieve è l'asma che può essere controllato con i farmaci previsti per gli step 1 o 2 del trattamento. L'asma grave è l'asma che richiede i farmaci previsti per gli step 4 o 5 del trattamento per mantenere i sintomi sotto controllo. Può apparire simile all'asma non controllato per mancanza di trattamento.

BOX.4 - valutazione del controllo dei sintomi e del rischio futuro

A. LIVELLO DI CONTROLLO DEI SINTOMI DELL'ASMA

<i>Nelle ultime 4 settimane il paziente ha avuto:</i>		<i>Ben controllati</i>	<i>Parzialmente controllati</i>	<i>Non controllati</i>
Sintomi diurni di asma più di due volte a settimana?	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Nessuno di questi	1-2 di questi	3-4 di questi
Qualche risveglio notturno dovuto ad asma?	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Necessità di broncodilatatori al bisogno per sintomi più di due volte a settimana?	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			
Qualche limitazione all'attività dovuta ad asma?	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>			

B. FATTORI DI RISCHIO PREDITTIVI DI UNO SCARSO CONTROLLO DELL'ASMA

Valutare i fattori di rischio al momento della diagnosi e periodicamente, in particolare per pazienti che presentano riacutizzazioni. Misurare il FEV1 all'inizio del trattamento, dopo 3-6 mesi di terapia con farmaci per il controllo per registrare i valori migliori di funzione respiratoria, poi periodicamente per la valutazione del rischio nel tempo.

Misurare FEV1 all'inizio del trattamento, dopo 3-6 mesi di trattamento di controllo per registrare la miglior funzione polmonare del paziente, infine misurarla periodicamente per determinare i rischi correnti.

Fattori di rischio potenzialmente modificabili per riacutizzazioni includono:

- ◊ Sintomi di asma non controllati (vedi sopra).
- ◊ ICS non adeguato: ICS non prescritto, bassa aderenza; tecnica inalatoria non corretta.
- ◊ Eccessivo uso di SABA con aumento di mortalità con un uso >1 inalatore (più di un inalatore da 200 dosi al mese).
- ◊ FEV1 bassa, specialmente se <60% del teorico.
- ◊ Rilevanti problemi psicologici o socio-economici.
- ◊ Esposizioni: fumo di sigaretta; allergeni se sensibilizzati.
- ◊ Comorbidità: obesità; rinosinusiti; allergie alimentari documentate.
- ◊ Eosinofilia nell'espettorato o nel sangue.
- ◊ Gravidanza.

Altri fattori di rischio indipendenti per le riacutizzazioni:

- ◊ Già intubato o in terapia intensiva per asma.
- ◊ ≥1 grave riacutizzazione negli ultimi 12 mesi.

Avere uno o più di questi fattori di rischio aumenta il rischio di riacutizzazioni anche se i sintomi sono ben controllati

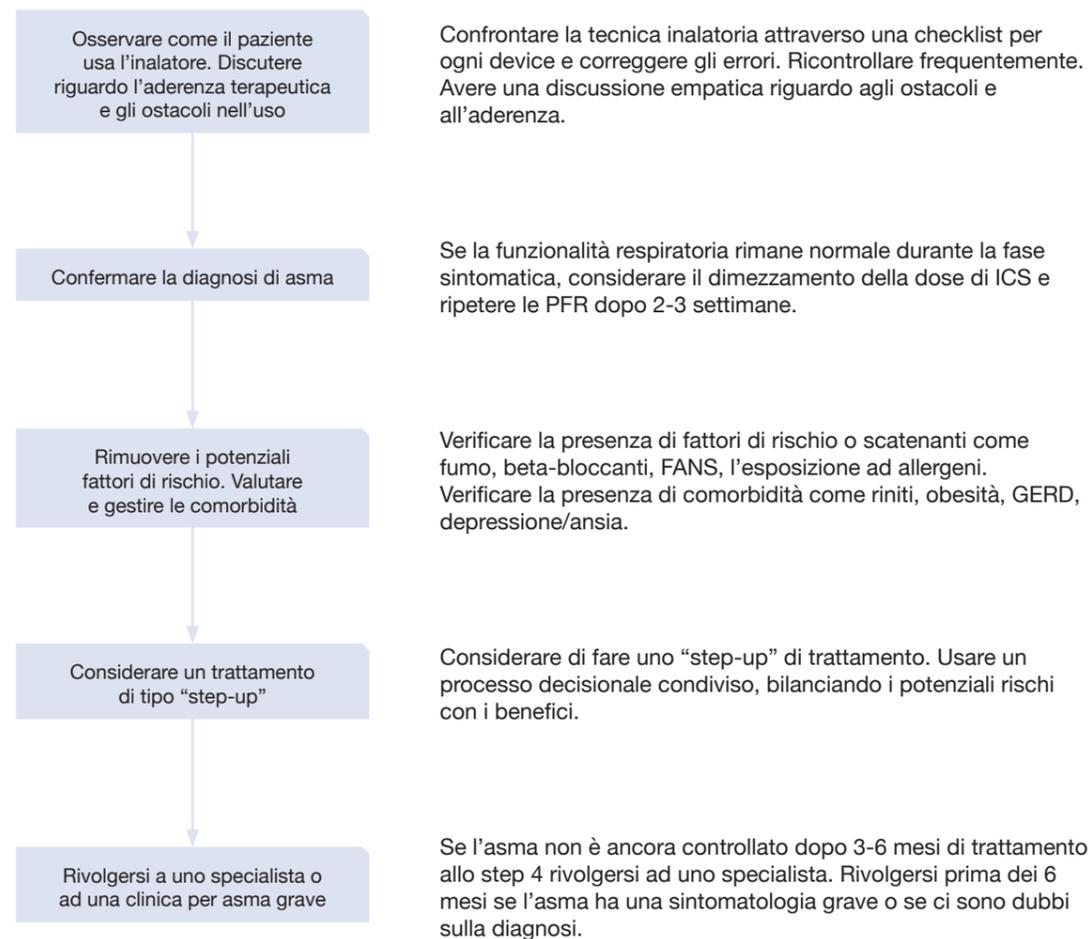
Fattori di rischio per lo sviluppo della limitazione fissa al flusso d'aria sono la mancanza di trattamento ICS; esposizione a sostanze chimiche nocive, fumo di tabacco o esposizioni professionali; basso FEV₁; ipersecrezione cronica di muco; eosinofilia nell'espettorato o nel sangue.

Fattori di rischio per effetti collaterali da uso farmacologico includono:
Sistemici: uso frequente di corticosteroidi per via orale; alte dosi e/o ICS a lungo termine; assunzione di inibitori P450. Topici: alte dosi di ICS; tecnica inalatoria mal effettuata.

3.2 COME VALUTARE L'ASMA NON CONTROLLATO

La maggior parte dei pazienti possono raggiungere un buon controllo dell'asma con una cura normale, ma alcuni pazienti non lo fanno, e sono necessari ulteriori esami. Questo diagramma mostra inizialmente i problemi più comuni, ma la procedura può essere effettuata in un ordine diverso, a seconda del contesto clinico e delle risorse.

BOX.5 - Indagini di primo livello in un paziente con asma non controllato



4 GESTIONE DELL'ASMA: PRINCIPI GENERALI

Gli obiettivi a lungo termine nella gestione dell'asma sono controllare i sintomi e ridurre i rischi. L'obiettivo è di ridurre l'impatto della malattia sul paziente e il rischio di riacutizzazioni, danni alle vie aeree e effetti collaterali dovuti all'assunzione di farmaci. Sarebbe bene identificare anche gli obiettivi del paziente per quanto riguarda l'asma e il proprio trattamento.

Le raccomandazioni a livello di popolazione riguardo ai trattamenti "preferiti" per l'asma rappresentano il miglior trattamento per la maggior parte dei soggetti di tale popolazione.

Le decisioni in merito al trattamento nel caso di uno specifico paziente dovrebbero tener conto delle caratteristiche (fenotipo) in grado di predire la risposta alla terapia e delle preferenze del paziente oltre che di problemi di ordine pratico

quali: la tecnica inalatoria, l'aderenza alla terapia ed il costo.

La collaborazione tra il paziente e il proprio medico è importante per la gestione efficace dell'asma. Formare operatori sanitari a tecniche di comunicazione potrà portare ad una maggiore soddisfazione del paziente, a risultati di salute migliori e a un ridotto utilizzo delle risorse sanitarie.

Conoscere la propria malattia – ovvero quando il paziente è capace di ottenere, elaborare e capire le informazioni di base che gli permettano di prendere decisioni adeguate sulla propria malattia – dovrebbe essere un punto di cui tener conto nella gestione dell'asma e nella educazione sull'asma.

4.1 TRATTAMENTO PER CONTROLLARE I SINTOMI E RIDURRE AL MINIMO I RISCHI

Il trattamento dell'asma per tenere i sintomi sotto controllo e ridurre i rischi comprende:

- Farmaci. Tutti i pazienti affetti da asma dovrebbero avere con sé un farmaco da usare al bisogno e la maggior parte degli adulti e degli adolescenti con asma dovrebbero assumere un farmaco di controllo;
- Trattamento dei fattori di rischio modificabili;
- Strategie e terapie non-farmacologiche.

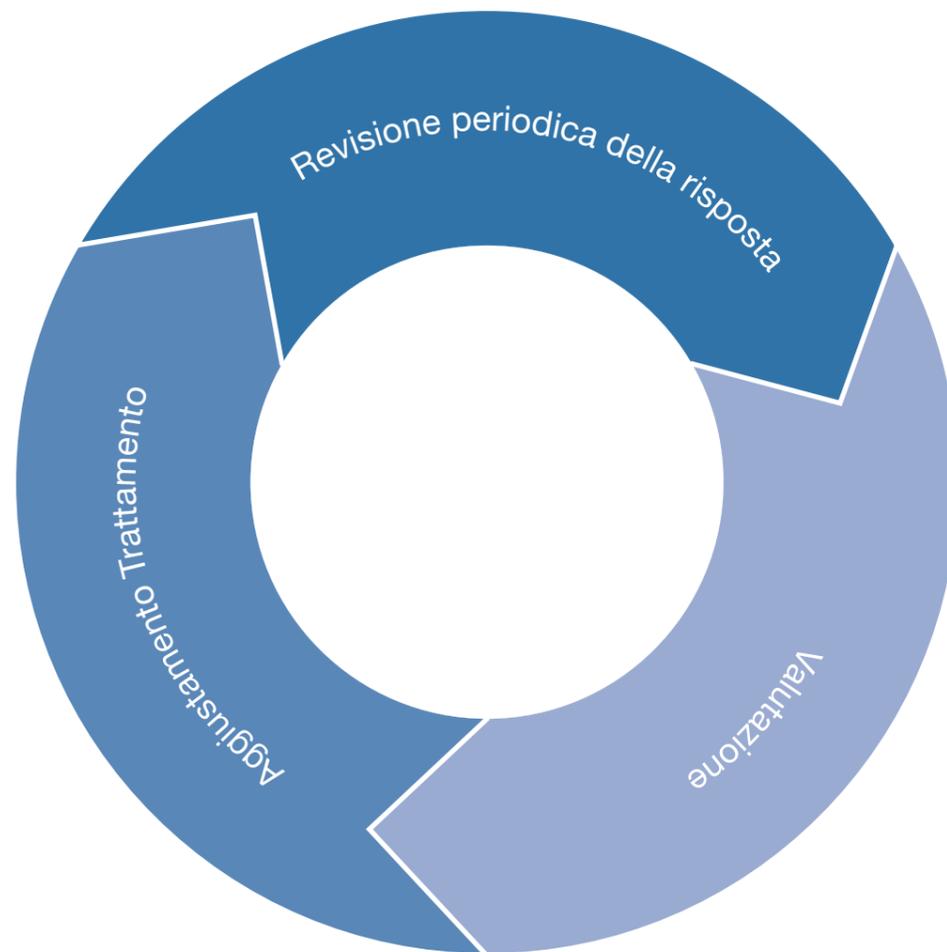
Cosa importante, ogni paziente dovrebbe anche ricevere una formazione di base per autogestirsi e varie informazioni, tra cui:

- Informazioni sull'asma;
- Come usare l'inalatore (pag. 20);
- Aderenza al trattamento (pag. 20);
- Un programma scritto per la cura dell'asma (pag. 23);
- Auto-monitoraggio;
- Visite mediche regolari (pag. 9).

4.2 GESTIONE DELL'ASMA BASATA SUL CONTROLLO

Il trattamento dell'asma viene regolato continuamente per valutare, adattare il trattamento e

rivalutarne la risposta. Nel Box 6 sono indicate le fasi principali di questo ciclo.

BOX.6 - Il ciclo di trattamento dell'asma basato sul controllo**REVISIONE PERIODICA DELLA RISPOSTA**

- + Sintomi
- + Riacutizzazioni
- + Effetti collaterali
- + Soddisfazione del paziente
- + Funzionalità respiratoria

VALUTAZIONE

- + Diagnosi
- + Controllo dei sintomi e dei fattori di rischio (Inclusa la funzionalità respiratoria)
- + Tecnica inalatoria e aderenza
- + Preferenza del paziente

AGGIUSTAMENTO TRATTAMENTO

- + Farmaci per asma
- + Strategie non farmacologiche
- + Trattamento dei fattori di rischio modificabili

4.3 TRATTAMENTO INIZIALE DI CONTROLLO

Per ottenere i migliori risultati possibili, dovrebbe essere iniziato il più presto possibile dopo la conferma diagnostica di asma un trattamento giornaliero di controllo regolare, perché:

- Il trattamento precoce con basse dosi di ICS porta ad una migliore funzione respiratoria rispetto alla terapia iniziata quando i sintomi sono presenti da più di 2-4 anni;
 - I pazienti che non assumono ICS e soffrono di una grave riacutizzazione hanno una funzione respiratoria a lungo termine più bassa rispetto a coloro che hanno iniziato un trattamento di ICS;
 - Nell'asma professionale, l'allontanamento precoce dall'esposizione e il trattamento precoce, aumentano la probabilità di recupero.
- Una dose bassa e regolare di ICS è consigliabile per i pazienti con:

- Sintomi di asma più di due volte al mese;
 - Risvegli a causa di asma più di una volta al mese;
 - Eventuali sintomi di asma insieme a fattori di rischio che inducono riacutizzazioni (ad esempio che hanno necessitato di corticosteroidi orali (OCS) negli ultimi 12 mesi; basso FEV1; un ricovero in terapia intensiva per asma).
- Iniziare con dosaggio più alto (ad esempio dose medio/alta di ICS, o ICS/LABA) se il paziente ha sintomi invalidanti di asma quasi tutti i giorni o qualora vi sia interruzione del sonno una volta o più a settimana, soprattutto se vi sono eventuali

fattori di rischio di riacutizzazioni.

Se la presentazione iniziale di asma è severamente non controllata o con una riacutizzazione, somministrare un breve ciclo di OCS e iniziare il trattamento regolare di controllo (ad esempio alta dose di ICS, o dose media di ICS/LABA). Le categorie di differenti dosi bassa, media e alta per i diversi steroidi inalatori sono presentate nel Box 8, pag. 18.

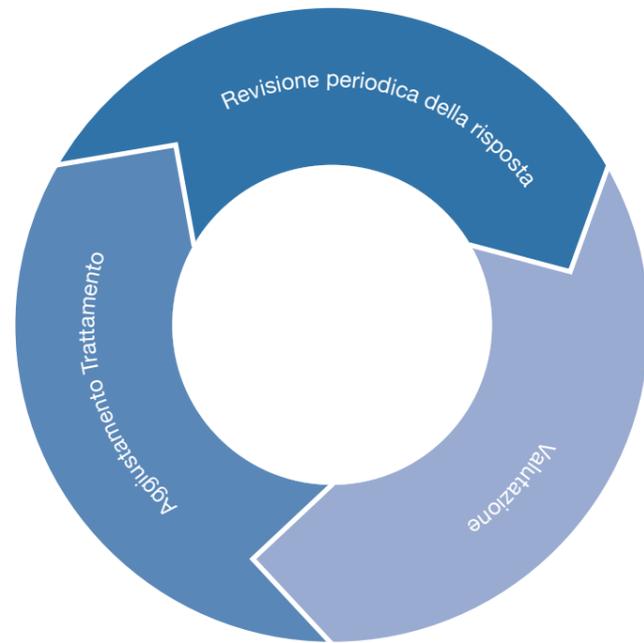
+ PRIMA DI IMPOSTARE IL TRATTAMENTO INIZIALE DI CONTROLLO

- Ove possibile, riportare la conferma di diagnosi di asma;
- Tenere una cartella in cui sono annotati sintomi e fattori di rischio;
- Valutare la funzione respiratoria, ove possibile;
- Istruire il paziente ad utilizzare correttamente l'inalatore e controllarne la tecnica;
- Programmare una visita di controllo.

+ DOPO AVER IMPOSTATO IL TRATTAMENTO INIZIALE DI CONTROLLO

- Valutare la risposta dopo 2-3 mesi, o secondo l'urgenza clinica;
- Vedere Box 7 per modificare il trattamento in corso sulla base della risposta al trattamento;
- Considerare uno step down di trattamento quando l'asma è stato sotto controllo per 3 mesi.
-

BOX.7 - Approccio graduale al trattamento dell'asma



REVISIONI PERIODICHE

- + Sintomi
- + Riacutizzazioni
- + Effetti collaterali
- + Soddisfazione del paziente
- + Funzionalità polmonare

VALUTAZIONE

- + Diagnosi
- + Controllo dei sistemi e dei fattori di rischio (Incluso funzionalità polmonare)
- + Tecnica inalatoria e aderenza
- + Preferenza del paziente

AGGIUSTAMENTO TRATTAMENTO

- + Farmaci per asma
- + Strategie non farmacologiche
- + Trattamento dei fattori di rischio modificabili

	STEP 1	STEP 2	STEP 3	STEP 4	STEP 5
Farmaci di controllo di prima scelta		Bassa dose ICS	Bassa dose ICS/LABA*	Dose medio-alta ICS/LABA	Trattamento add-on per es.: Anti-IgE
Altre opzioni	Considerare bassa dose ICS	Antileucotrieni (LTRA) Bassa dose di Teofillina*	Dose medio-alta ICS Bassa dose ICS+LTRA (o + Teofillina*)	Aggiungere tiotropio# Alta dose ICS+LTRA (o + Teofillina*)	Aggiungere tiotropio# Aggiungere bassa dose steroide orale
Farmaci al bisogno	SABA secondo necessità		SABA secondo necessità o Bassa dose ICS/formoterolo**		

*Per bambini fra 6 e 11 anni la teofillina non è raccomandata e il trattamento di step 3 consigliato è la dose media di ICS
 **Nei pazienti in terapia con bassa dose di budesonide/formoterolo o bassa dose di beclometasone/formoterolo il trattamento al bisogno è rappresentato da ICS a bassa dose/formoterolo
 #Tiotropio somministrato con inalatore soft/mist, è raccomandato come trattamento aggiuntivo nei pazienti adulti con storia di riacutizzazioni.
 Ricordarsi di:
 • Fornire una educazione guidata di auto gestione (auto monitoraggio + piano d'azione scritto + controllo regolare)
 • Trattare i fattori di rischio modificabili e comorbidità, per esempio: fumo, obesità, ansia.
 • Informare sulle terapie non farmacologiche e le strategie per esempio: attività fisiche, perdita di peso, evitare sensibilizzanti quando possibile.
 • Considerare terapia "step-up" se... sintomi non controllati, riacutizzazioni o rischi, ma prima controllare le diagnosi, la tecnica inalatoria, e l'aderenza.
 • Considerare la terapia "step-down" se... i sintomi sono controllati per 3 mesi + basso rischio per riacutizzazioni. La cessazione di ICS non è consigliata.

BOX.8 - Basse, medie e alte dosi giornaliere di corticosteroidi inalatori (mcg)

FARMACO	Adulti e adolescenti			Bambini 6-11 anni		
	dose giornaliera (mcg)			dose giornaliera (mcg)		
	Bassa	Media	Alta	Bassa	Media	Alta
Beclometasone dipropionato (CFC) *	200-500	>500-1000	>1000	100-200	>200-400	>400
Beclometasone dipropionato (HFA)	100-200	>200-400	>400	50-100	>100-200	>200
Budesonide (DPI)	200-400	>400-800	>800	100-200	>200-400	>400
Budesonide (nebules)				250-500	>500-1000	>1000
Ciclesonide (HFA)	80-160	>160-320	>320	80	>80-160	>160
Fluticasone propionato (DPI)	100-250	>250-500	>500	100-200	>200-400	>400
Fluticasone propionato (HFA)	100-250	>250-500	>500	100-200	>200-500	>500
Mometasone furoato	110-220	>220-440	>440	110	≥ 220-<440	≥440
Triamcinolone acetoneide	400-1000	>1000-2000	>2000	400-800	>800-1200	>1200

CFC: cloro-fluoro-carburo propellente; DPI: inalatore di polvere secca; HFA: propellente idrofluoroalcano
 *incluso per il confronto con i dati di letteratura meno recenti; Per il glossario dei farmaci vedi pagina 30

4.4 APPROCCIO GRADUALE A STEP PER ADATTARE IL TRATTAMENTO

Una volta iniziata la terapia per l'asma, le decisioni successive saranno basate su un approccio ciclico di valutazione, adattamento della terapia e valutazione della risposta terapeutica. Le terapie raccomandate per ogni step di trattamento sono elencate qui sotto e nel Box 7 (pag. 19); per maggiori informazioni, vedi il report completo GINA 2015. Per le categorie del dosaggio di ICS vedi Box 8 (pag. 18-19).

''' **STEP 1:** SABA al bisogno senza farmaci di controllo (è indicato solo in caso di sintomi rari, senza risvegli notturni dovuti ad asma, né riacutizzazioni nell'ultimo anno, e con un FEV1 normale).

Altre opzioni: dosi regolari di ICS a basso dosaggio per i pazienti con rischio di riacutizzazioni.

''' **STEP 2:** Dosaggio basso regolare di ICS più SABA al bisogno.

Altre opzioni: LTRA sono meno efficaci rispetto a ICS; ICS/LABA migliora più rapidamente sintomi e FEV1 rispetto a ICS in monoterapia ma è più costoso e il tasso di riacutizzazione è simile. Solo in caso di asma allergico stagionale, iniziare ICS immediatamente ed interrompere il trattamento 4 settimane dopo la fine dell'esposizione.

''' **STEP 3:** Basso dosaggio ICS/LABA come terapia di mantenimento più SABA al bisogno, oppure ICS/formoterolo sia come terapia di mantenimento che al bisogno.

In pazienti con una o più riacutizzazioni nell'ultimo anno, una strategia con basso dosaggio di BDP/formoterolo oppure BUD/formoterolo come terapia di mantenimento ed al bisogno, è più efficace rispetto ad una terapia di mantenimento di ICS/LABA con SABA al bisogno.

Altre opzioni: dosaggio medio di ICS

Bambini (6-11 anni): dosaggio medio di ICS.

Altre opzioni: dosaggio basso ICS/LABA.

''' **STEP 4:** Dosaggio basso di ICS/formoterolo come terapia di mantenimento ed al bisogno, oppure dosaggio medio di ICS/LABA come terapia di mantenimento più SABA al bisogno.

Altre opzioni: Aggiungere tiotropio, somministrato con inalatori soft-mist, in pazienti adulti (≥ 18 anni) con storia di riacutizzazioni; dosaggio alto di ICS/LABA, ma più effetti collaterali e pochi ulteriori benefici; un farmaco di controllo aggiuntivo, come LTRA o teofillina a lento rilascio (negli adulti).

Bambini (6-11 anni): rivolgersi alla gestione ed ai consigli di un esperto.

''' **STEP 5:** Rivolgersi ad indagini di uno specialista e associare trattamento aggiuntivo.

I trattamenti aggiuntivi includono anti-IgE (omalizumab) per asma allergico grave.

Il trattamento guidato dall'escreato indotto, se disponibile, migliora gli outcome.

Altre opzioni: Aggiungere tiotropio, somministrato con inalatori soft-mist, in pazienti adulti (≥ 18 anni) con storia di riacutizzazioni; alcuni pazienti possono trarre beneficio da basse dosi di OCS ma si riscontrano effetti collaterali sistemici a lungo termine.

4.5 ANALISI DELLA RISPOSTA E MODIFICHE AL TRATTAMENTO

+ OGNI QUANTO I PAZIENTI CON ASMA DOVREBBERO ESSERE VISITATI?

I pazienti dovrebbero essere visti preferibilmente 1-3 mesi dopo l'inizio del trattamento e ogni 3-12 mesi dopo tale visita, escluse le donne in gravidanza che devono essere visitate ogni 4-6 settimane. Dopo una riacutizzazione, deve essere programmata una visita di controllo entro una settimana. La frequenza delle visite dipende dal livello iniziale del controllo del paziente, dalla risposta ai trattamenti precedenti e dalla capacità e collaborazione del paziente nell'iniziare un trattamento autogestito seguendo un piano terapeutico.

+ INCREMENTO NEL TRATTAMENTO DELL'ASMA (STEP UP)

L'asma è una condizione variabile e può essere necessario un adattamento periodico della terapia del controllo da parte del medico e/o del paziente.

- Incremento sostenuto (per minimo 2-3 mesi): nel caso che sintomi o riacutizzazioni persistano nonostante un trattamento di controllo di 2-3 mesi, valutare i seguenti problemi comuni prima di considerare un incremento del dosaggio:
 - » Tecnica inalatoria non corretta.
 - » Aderenza terapeutica non adeguata.
 - » Fattori di rischio modificabili, per esempio il fumo.
 - » Se i sintomi sono dovuti a comorbilità, per esempio rinite allergica.

- Incremento a breve termine (per 1-2 settimane) da parte del medico o dal paziente con piano terapeutico scritto (pag. 25), per esempio durante infezioni virali o esposizione ad allergeni.
- Aggiustamento della terapia giorno dopo giorno da parte del paziente in caso di prescrizione di basse dosi di beclometasone/formoterolo o budesonide/formoterolo come terapia di mantenimento e al bisogno.

+ RIDUZIONE DEL TRATTAMENTO QUANDO L'ASMA È BEN CONTROLLATO (STEP DOWN)

Si prende in considerazione una riduzione del trattamento una volta ottenuto e mantenuto per 3 mesi un buon controllo dell'asma, per trovare il più basso livello di trattamento che controlli sia i sintomi che le riacutizzazioni e con minimi effetti collaterali.

- Scegliere un momento appropriato per lo step down della terapia (assenza di infezioni respiratorie, pazienti non in viaggio, donne non gravide).
- Documentare lo stato iniziale del paziente (controllo dei sintomi e della funzione polmonare), ricorrere ad un piano terapeutico scritto, stretto monitoraggio, e far seguire visite di follow up.
- Effettuare uno step down terapeutico attraverso formule che possono ridurre il dosaggio di ICS del 25-50% a intervalli di 2-3 mesi (vedi il report completo GINA per i dettagli).
- Non sospendere completamente ICS (negli adulti o adolescenti) a meno che non sia necessario temporaneamente per confermare la diagnosi di asma.

4.6 CAPACITÀ NELL'USO DELL'INALATORE E ADERENZA AL TRATTAMENTO

+ FORNIRE UN'ADEGUATA SPIEGAZIONE PER UN UTILIZZO EFFICACE DEGLI INALATORI

La maggiore parte dei pazienti (fino all'80%) non sa usare correttamente i propri inalatori. Questo contribuisce ad un inadeguato controllo dei sintomi e riacutizzazioni. Per assicurare un uso efficace dell'inalatore:

- Scegliere il device più appropriato al paziente prima di prescriverlo: considerare attuale terapia farmacologica, problemi fisici per esempio artrite, le capacità del paziente ed il costo; per ICS in inalatore pressurizzato predosato (pMDI) utilizzare uno spacer.
- Controllare la tecnica inalatoria quando possibile. Chiedere al paziente di mostrare come usa l'inalatore. Confrontare la sua tecnica con quella specifica per ogni device.
- Mostrare al paziente l'uso corretto prestando attenzione ai passaggi eseguiti scorrettamente. Controllare una dimostrazione pratica anche 2-3 volte se necessario.
- Confermare di possedere le check list e le istruzioni per ogni tipo di inalatore che si prescrive e di poter dimostrare la tecnica corretta. Informazioni riguardo agli inalatori e alla tecnica per il loro uso, possono essere trovati sul sito internet di GINA (www.ginasthma.org) e sul sito del ADMIT (www.admit-inhalers.org).

+ CONTROLLARE E MIGLIORARE L'ADERENZA AL TRATTAMENTO PER L'ASMA

Circa il 50% degli adulti e dei bambini non segue la terapia di controllo come prescritto. L'aderenza

non adeguata contribuisce a diminuire il controllo dei sintomi e delle riacutizzazioni. Questa può essere non intenzionale (per esempio dimenticanze, costo, errata comprensione) e/o intenzionale (per esempio non percepire la necessità del trattamento, paura degli effetti collaterali, basso livello culturale, costo).

Per identificare pazienti con problemi di aderenza terapeutica:

- Formulare domande come: "La maggior parte dei pazienti non usa l'inalatore correttamente. Nelle ultime 4 settimane, quanti giorni a settimana hai utilizzato l'inalatore? 0, 1 o 2 giorni?". Oppure: "Riesci più facilmente a ricordare di usare l'inalatore la mattina o la sera?"
- Controllare l'uso dei farmaci, dalla data di prescrizione, dal contadosi dell'inalatore, dal numero di erogatori utilizzati in un lasso di tempo.
- Chiedere l'atteggiamento e le convinzioni sull'asma e sul suo trattamento.

Solo alcuni interventi sull'aderenza terapeutica sono stati strettamente studiati per asma:

- Prendere decisioni condivise per la terapia e per la dose;
- Promemoria nel caso di dosi mancate;
- Evitare regimi terapeutici complessi (una volta vs due volte al giorno);
- Educazione completa all'asma con visite infermieristiche a domicilio;
- Revisione a posteriori del medico riguardo all'utilizzo dell'inalatore da parte di ognuno dei suoi pazienti.

4.7 TRATTAMENTO DEI FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI

Il rischio di riacutizzazioni può essere ridotto al minimo ottimizzando la terapia per asma e identificando e trattando i fattori di rischio modificabili. Vi sono evidenze riguardo a fattori che possono modificare tale rischio, quali:

- Auto-gestione guidata: automonitoraggio dei sintomi e/o PEF, un piano terapeutico scritto (pag. 25) e controllo medico regolare sui farmaci utilizzati.
- Utilizzo di regimi farmacologici che diminuiscono il rischio di riacutizzazioni: prescrivere un farmaco di controllo che contenga ICS. Per i

pazienti con una o più riacutizzazioni nell'ultimo anno, prescrivere basse dosi di ICS/formoterolo sia come farmaco di mantenimento che come farmaco al bisogno.

- Evitare l'esposizione al fumo di tabacco.
- Allergie alimentari documentate: evitare tali alimenti; garantire la disponibilità di adrenalina iniettabile in caso di anafilassi.
- Nei pazienti con asma grave: rivolgersi a un centro specialistico, se possibile, per valutare l'eventuale aggiunta di farmaci e/o un trattamento guidato dall'espertato indotto.

4.8 STRATEGIE E INTERVENTI NON-FARMACOLOGICI

Per favorire il controllo dei sintomi e ridurre il rischio di riacutizzazioni, si può considerare, quando rilevante, l'utilizzo di altre terapie e strategie in aggiunta ai farmaci.

- Convincere il paziente a smettere di fumare: ad ogni visita bisogna incoraggiare fortemente il fumatore a smettere. Mettere a disposizione l'accesso alle risorse e alle consulenze per smettere di fumare. Raccomandare ai genitori e ai parenti di non fumare nelle stanze/auto dove ha accesso il bambino con asma.
- Attività fisica: incoraggiare i pazienti asmatici a praticare regolarmente un'attività fisica perché ne beneficia la sua salute in generale. Informare il paziente riguardo la gestione di esercizi che possono indurre broncospasmo.
- Asma occupazionale: chiedere informazioni sulla propria storia lavorativa ad ogni paziente con asma insorto in età adulta. Identificare e rimuovere i sensibilizzanti occupazionali quanto

prima possibile. Invitare il paziente a rivolgersi ad un esperto, se possibile.

- FANS inclusa l'aspirina: chiedere sempre al paziente se è asmatico prima di prescriverli.

Nonostante gli allergeni possano contribuire all'insorgenza dei sintomi in pazienti sensibilizzati, evitare completamente questi allergeni non è raccomandato come strategia generale per l'asma. Queste strategie sono spesso complesse e costose e non vi è un metodo valido per identificare quali di queste portano realmente dei benefici.

Alcuni comuni fattori scatenanti asma (come esercizio fisico e risate) non devono essere evitati, mentre altri (come le infezioni respiratorie virali e lo stress) sono difficilmente evitabili e dovrebbero essere gestiti accuratamente quando si presentano.

4.9 TRATTAMENTO IN PARTICOLARI CONTESTI O POPOLAZIONI

Gravidanza: il controllo dell'asma è spesso differente durante la gravidanza. Per il bimbo e per la madre, i vantaggi di trattare attivamente l'asma, superano qualsiasi rischio potenziale derivabile dai farmaci al bisogno e di controllo usuali. La riduzione del dosaggio dei farmaci ha una bassa priorità nelle donne in gravidanza. Le riacutizzazioni dovrebbero essere trattate in modo aggressivo.

Riniti e sinusiti: spesso coesistono con l'asma. La rinosinusite cronica è associata ad asma grave. In alcuni pazienti, il trattamento con corticosteroidi intranasali migliora il controllo dell'asma.

Obesità: al fine di evitare sovra o sotto-trattamento, è importante documentare la diagnosi di asma negli obesi. Il controllo dell'asma negli obesi è più difficoltoso. La riduzione del peso corporeo dovrebbe essere inclusa nel piano terapeutico per i pazienti obesi con asma; anche una perdita del 5-10% del peso corporeo può migliorare il controllo dell'asma.

Età avanzata: le comorbidità e il loro trattamento dovrebbero essere considerati e possono complicare la gestione dell'asma. Fattori come l'artrite, l'acuità visiva, il flusso inspiratorio e la complessità del regime terapeutico dovrebbero essere considerati quando bisogna scegliere farmaci e inalatori.

Reflusso gastroesofageo (GERD): si riscontra comunemente nel paziente asmatico. Il reflusso sintomatico dovrebbe essere trattato per i benefici che arrega in termini di salute generale, ma non vi sono benefici nel trattare un reflusso asintomatico nell'asmatico.

Ansia e depressione: queste si riscontrano

comunemente nei pazienti asmatici e sono associate ad una sintomatologia e ad una qualità della vita peggiore. I pazienti dovrebbero essere assistiti nel distinguere tra sintomi dovuti all'ansia e sintomi dovuti all'asma.

Asma riacutizzato dall'aspirina (AERD): una storia di riacutizzazioni dovute all'ingestione di aspirina o altri FANS è altamente suggestiva per questa forma di asma. I pazienti hanno spesso un asma grave e poliposi nasale. Per confermare la diagnosi di AERD si richiede un test di esposizione in un centro specializzato dotato di strumenti per la rianimazione cardiopolmonare, ma l'evitare i FANS può essere raccomandato su base anamnestica. Gli ICS rappresentano il cardine del trattamento, ma possono essere necessari gli OCS. La desensibilizzazione sotto controllo specialistico è alcune volte efficace.

Allergia alimentare e anafilassi: l'allergia alimentare è una rara causa scatenata una sintomatologia asmatica. Deve essere valutata con un test specifico. L'allergia alimentare confermata è un fattore di rischio per morte dovuta ad asma. Un buon controllo dell'asma è essenziale; i pazienti dovrebbero avere inoltre un piano terapeutico in caso di anafilassi, essere addestrati ad evitare tali situazioni e ad usare adrenalina iniettabile nel caso che queste si verifichino.

Chirurgia: quando possibile, dovrebbe essere ottenuto un buon controllo dell'asma prima di un intervento chirurgico. Assicurarsi che la terapia di controllo sia mantenuta durante tutto il periodo pre-operatorio. Pazienti in terapia con ICS a lungo termine e ad alte dosi o trattati con OCS per più di 2 settimane negli ultimi 6 mesi, dovrebbero ricevere idrocortisone intra-operatorio per ridurre il rischio di crisi surrenalica.

5 FASI ACUTE DELL'ASMA (RIACUTIZZAZIONI)

La fase acuta o riacutizzazione è un peggioramento sintomatico e funzionale acuto o sub-acuto rispetto allo status normale del paziente; alcune volte può rappresentare la prima forma di manifestazione dell'asma.

Quando parliamo col paziente si preferisce usare il termine "fase acuta". "Episodi", "attacchi" e "asma grave acuto" sono termini usati spesso, ma possono avere diversi significati, soprattutto per il paziente.

La gestione dell'asma in peggioramento e delle riacutizzazioni dovrebbe essere considerata come un continuum, dall'auto-gestione da parte del paziente con un piano terapeutico scritto, fino alla gestione dei sintomi più gravi in medicina generale, nei reparti di emergenza e in ospedale.

+ IDENTIFICARE I PAZIENTI A RISCHIO DI MORTE CORRELATA AD ASMA

Tali pazienti dovrebbero essere identificati e segnalati così da essere visitati più frequentemente:

- Una storia di asma quasi-fatale che ha richiesto intubazione e ventilazione;
- Ospedalizzazioni o terapia in emergenza per asma negli ultimi 12 mesi;
- Non in terapia attuale con ICS o scarsa aderenza alla terapia con ICS;
- Uso attuale o recente di OCS (questo indica la gravità degli episodi recenti);
- Uso eccessivo di SABA, specialmente se si usa più di un inalatore al mese;
- Mancanza di un piano terapeutico scritto;
- Storia di malattie psichiatriche o problemi psicosociali;
- Allergia alimentare documentata in paziente asmatico.

5.1 PIANO TERAPEUTICO SCRITTO PER ASMA

Ogni paziente dovrebbe essere provvisto di un piano terapeutico scritto adeguato al proprio livello di controllo dell'asma e alle proprie com-

petenze sanitarie, di modo che sappia come riconoscere e affrontare i peggioramenti dell'asma.

BOX.9 - Gestione autonoma del peggioramento del quadro asmatico in adulti e adolescenti con piano terapeutico scritto per asma

Una efficace educazione alla gestione autonoma dell'asma richiede:

- ◊ Automonitoraggio dei sintomi e/o della funzione polmonare
- ◊ Piano terapeutico scritto
- ◊ Visite mediche regolari

Tutti i pazienti

- ◊ Aumentare farmaci al bisogno
- ◊ Precoce incremento dei farmaci di mantenimento
- ◊ Valutazione della risposta alla terapia

Se PEF o FEV1 < 60% del migliore o non migliora dopo 48 ore

- ◊ Continuare la terapia al bisogno
- ◊ Continuare la terapia di mantenimento
- ◊ Aggiungere il prednisolone 40-50 mg/giorno
- ◊ Chiamare il medico

Precoce o lieve

Tardiva o severa

5.2 GESTIONE DELLE RIACUTIZZAZIONI IN MEDICINA GENERALE O PRONTO SOCCORSO

Un piano terapeutico scritto per asma dovrebbe includere:

- I farmaci comunemente usati dal paziente per l'asma;
- Quando e come aumentare la terapia e iniziare OCS;
- Come accedere alle cure mediche in assenza di una buona risposta terapeutica.

Il piano terapeutico può essere basato sulla sintomatologia e/o (negli adulti) sul PEF. Pazienti con peggioramenti repentini dovrebbero essere avvisati di rivolgersi al proprio medico o ad una struttura per acuti immediatamente.

+ CAMBIAMENTI NELLA TERAPIA DEL PIANO TERAPEUTICO SCRITTO PER ASMA

Aumentare la frequenza d'uso di farmaci inalatori al bisogno (SABA, o basse dosi di ICS/formoterolo se usati in regime sia di mantenimento che al bisogno); aggiungere spacer per inalatori spray pre-dosati (pMDI).

Aumentare il farmaco di controllo: rapido incremento della componente ICS fino ad un massimo di 2000 mcg di BDP equivalente.

Le varie possibilità dipendono dal farmaco di controllo usato:

- ICS: aumentare la dose (almeno il doppio), considerare di usare la dose più alta possibile;
- ICS/formoterolo di mantenimento: quadruplicare la dose di mantenimento (fino ad una dose massima di formoterolo di 72 mcg/die);
- ICS/salmeterolo di mantenimento: incremento almeno fino alla dose più alta; considerare di aggiungere ICS separatamente per raggiungere una dose di ICS alta;
- ICS/formoterolo di mantenimento e al bisogno: continuare la dose di mantenimento; aumentare ICS/formoterolo al bisogno (fino ad una dose massima di formoterolo di 72 mcg/die).

Corticosteroidi orali (preferibile terapia mattutina):

- Adulti, prednisolone 1mg/kg/die fino a 50 mg, normalmente per 5-7 giorni;
- Bambini, 1-2 mg/kg/die fino a 40 mg, normalmente per 3-5 giorni;
- La riduzione graduale non è necessaria se il trattamento ha una durata inferiore alle 2 settimane.

Valutare la gravità delle riacutizzazioni mentre si inizia la terapia con SABA e ossigeno. Valutare la presenza di dispnea (per esempio verificare se il paziente è in grado di formulare frasi o solo parole), la frequenza respiratoria, il polso, la saturazione dell'ossigeno e la funzionalità polmonare (per esempio con PEF). Controllo per eventuale anafilassi.

Prendere in considerazione cause alternative della dispnea acuta (per esempio scompenso cardiaco, disfunzioni delle vie aeree superiori, inalazione di un corpo estraneo o embolia polmonare).

Organizzare il trasferimento immediato in una struttura di assistenza per acuti se vi sono segni di riacutizzazione grave, oppure in terapia intensiva se il paziente ha sonnolenza, è confuso o non si riscontrano rumori respiratori all'esame obiettivo. In questi pazienti bisogna immediatamente somministrare SABA inalatori, ipratropio bromuro inalatorio, ossigeno e corticosteroidi sistemici.

Iniziare il trattamento con dosi ripetute di SABA (normalmente con pMDI e spacer), uso precoce di corticosteroidi orali e somministrazione controllata di ossigeno se disponibile. Controllare la risposta valutando saturazione e sintomatologia frequentemente e fare le prove di funzionalità respiratoria dopo un'ora. Dosare l'ossigeno per mantenere la saturazione a 93-95% negli adulti e negli adolescenti (94-98% nei bambini tra 6 e 12 anni).

Nelle riacutizzazioni gravi, aggiungere ipratropio bromuro e prendere in considerazione la somministrazione di SABA con aerosol. Nelle strutture di assistenza per acuti, si può somministrare anche solfato di magnesio per via endovenosa se il paziente non risponde al trattamento intensivo iniziale.

Non eseguire come routine RX torace o emogasanalisi, o prescrivere antibiotici per le riacutizzazioni dell'asma.

5.3 VERIFICA DELLA RISPOSTA TERAPEUTICA

Monitorare il paziente frequentemente durante il trattamento e adattare il trattamento in base alla risposta terapeutica. Se il paziente peggiora o non risponde alla terapia trasferirlo in un reparto più intensivo.

Decidere la necessità di ospedalizzazione in base alla clinica, ai sintomi e alla funzionalità respiratoria, alla risposta al trattamento, alla presenza o meno di riacutizzazioni recenti o passate e alla capacità di gestione domiciliare.

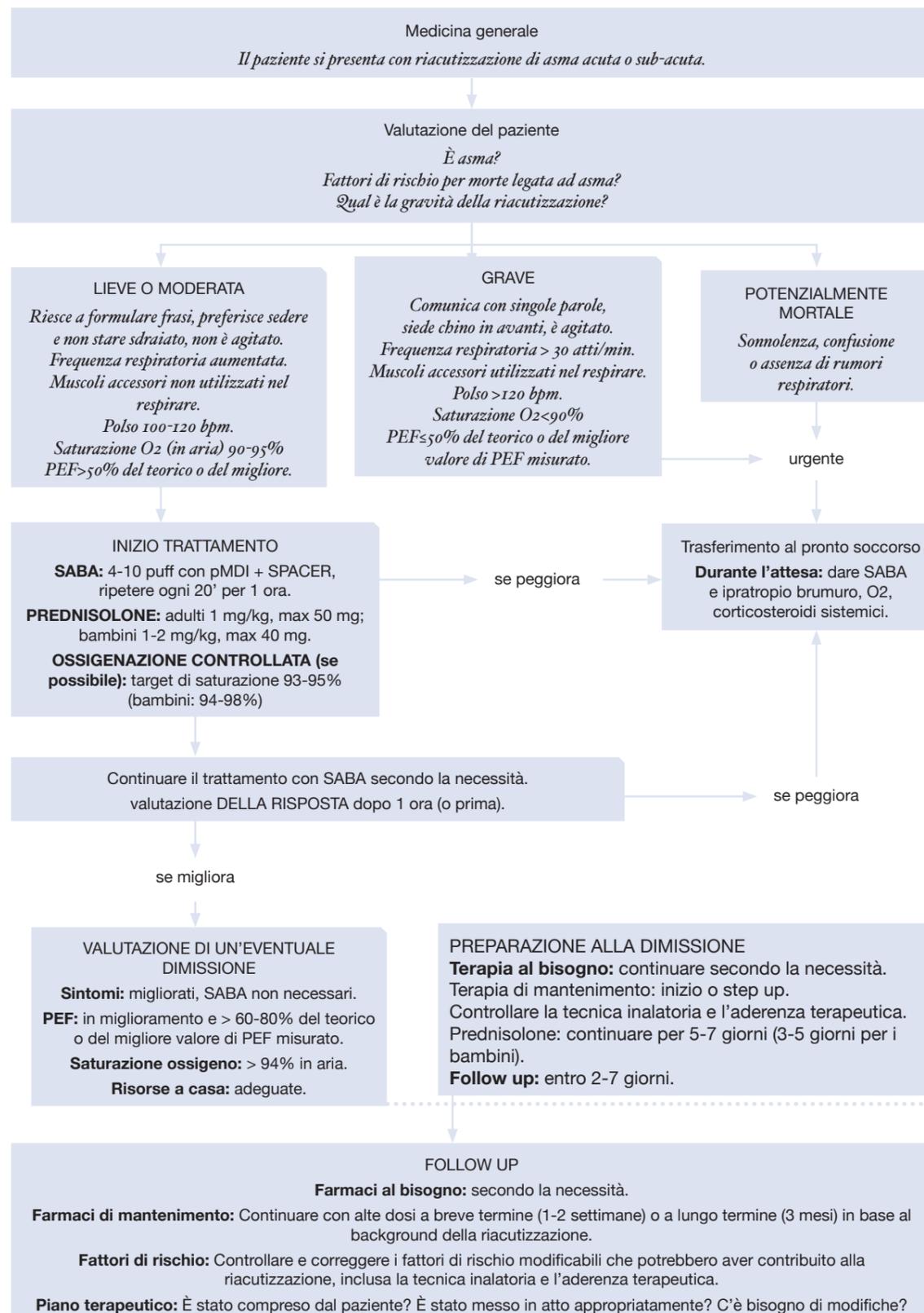
Prima della dimissione, ripianificare il trattamento. In molti pazienti è necessario prescrivere una terapia di controllo regolare (o aumentare il

dosaggio corrente) per ridurre il rischio di riacutizzazioni future. Continuare la dose più alta di farmaco di controllo per 2-4 settimane e ridurre i farmaci al bisogno allo stretto necessario. Controllare la tecnica inalatoria e l'aderenza terapeutica. Fornire un piano terapeutico scritto per asma ad interim.

Pianificare un follow-up di controllo a breve dopo ogni riacutizzazione, preferibilmente entro una settimana.

Rivolgersi al giudizio di uno specialista per pazienti già ospedalizzati per asma o che si sono presentati più volte nei reparti di emergenza.

BOX.10 - Gestione delle riacutizzazioni asmatiche in medicina generale



O₂ ossigeno; PEF: picco di flusso espiratorio; SABA B2 agonisti a breve durata d'azione (le dosi si riferiscono al salbutamolo)

5.4 FOLLOW-UP DOPO UNA RIACUTIZZAZIONE

Le riacutizzazioni rappresentano spesso un fallimento nella terapia cronica dell'asma e forniscono l'opportunità di rivedere la gestione dell'asma nel paziente.

Tutti i pazienti devono seguire un programma regolare di follow up fino a che non si ristabiliscono i sintomi e la funzionalità respiratoria.

Sfruttare l'occasione per revisionare:

- La comprensione da parte del paziente della causa della riacutizzazione;
- I fattori di rischio modificabili, come il fumo;
- La comprensione da parte del paziente dello

scopo della terapia e delle capacità tecniche nell'uso dell'inalatore;

- Il piano terapeutico scritto per l'asma. Discutere riguardo l'utilizzo dei farmaci, infatti l'aderenza terapeutica a ICS e OCS può scendere al 50% già nella prima settimana dopo le dimissioni.

I programmi post-dimissioni completi che includono la gestione ottimale del farmaco di controllo, della tecnica inalatoria, dell'auto-monitoraggio, del piano terapeutico scritto e delle revisioni regolari si sono dimostrati costo-efficaci e sono associati ad un significativo aumento degli outcome nell'asma.

6 GLOSSARIO DELLE CLASSI DEI FARMACI PER L'ASMA

Per ulteriori dettagli, consultare il report completo GINA 2015, l'appendice (www.ginasthma.org) e le informazioni di prodotto.

FARMACO	USO E AZIONE	EFFETTI AVVERSI
<i>Farmaci di controllo</i>		
Corticosteroidi inalatori (ICS) (pMDI o DPI) ad esempio beclometasone, budesonide, ciclesonide, fluticasone propionato, fluticasone furoato, mometasone, triamcinolone.	I farmaci anti infiammatori più efficaci per l'asma persistente. ICS riducono i sintomi, aumentano la funzionalità polmonare, migliorano la qualità della vita e riducono il rischio di riacutizzazioni e le ospedalizzazioni o gli eventi fatali correlati all'asma. ICS differiscono in potenza e biodisponibilità ma la maggior parte dei benefici si osservano a basse dosi (vedi Box 8, pag. 18 per basse medie e alte dosi dei differenti ICS).	La maggior parte dei pazienti in terapia con ICS non ha effetti collaterali. Effetti collaterali locali includono candidosi orofaringea e disfonia. L'uso di uno spacer con pMDI e risciacquo con acqua e sputo dopo l'inalazione riduce gli effetti collaterali locali. Alte dosi aumentano il rischio di effetti collaterali sistemici.
Combinazioni di ICS e broncodilatatori β2 agonisti a lunga azione (ICS/LABA) (pMDI o DPI) ad esempio beclometasone/formoterolo, budesonide/formoterolo, fluticasone furoato/vilanterolo, fluticasone propionato/formoterolo, fluticasone propionato/salmeterolo, e mometasone/formoterolo.	Quando una dose media di soli ICS non riesce a ottenere un buon controllo dell'asma, l'aggiunta di LABA a ICS migliora i sintomi, la funzione polmonare e riduce le esacerbazioni in più pazienti, più rapidamente, che raddoppiando la dose di ICS. Sono disponibili due regimi: ICS/LABA di mantenimento con SABA come farmaco al bisogno e basse dosi di beclometasone o budesonide con formoterolo per trattamento di mantenimento e al bisogno.	Il componente LABA può essere associato a tachicardia, cefalea o crampi. Le attuali raccomandazioni sono che LABA e ICS sono sicuri per l'asma quando vengono usati in combinazione. L'uso di LABA senza ICS nell'asma è associato a un aumento del rischio di eventi avversi.
Anti leucotrienici (comprese), ad esempio montelukast, pranlukast, zafirlukast, zileuton.	Focalizzati su una parte del percorso infiammatorio dell'asma. Utilizzati come opzione nella terapia di controllo, soprattutto nei bambini. Usati da soli: meno efficaci di ICS a basse dosi, in aggiunta a ICS, meno efficaci di ICS/LABA.	Pochi effetti collaterali tranne elevati parametri di funzionalità epatica con zileuton e zafirlukast.
Cromoni (pMDI o DPI) ad esempio cromoglicato di sodio e nedocromile di sodio.	Ruolo molto limitato nel trattamento a lungo termine dell'asma. Deboli effetti anti-infiammatori, meno efficaci di ICS a basso dosaggio. Richiesta attenta manutenzione dell'inalatore.	Gli effetti collaterali sono rari ma includono tosse dopo l'inalazione e disturbi faringei.

FARMACO	USO E AZIONE	EFFETTI AVVERSI
<i>Farmaci di controllo</i>		
Anti IgE (omalizumab).	Un'opzione di trattamento per i pazienti con asma allergico grave persistente non controllato dopo step 4 del trattamento (alta dose ICS/LABA).	Le reazioni al sito di iniezione sono comuni ma lievi. L'anafilassi è rara.
Anticolinergici a lunga azione, tiotropio	Come opzione aggiuntiva agli Step 4 e 5 somministrato mediante inalatore soft-mist negli pazienti adulti (>18 anni) con asma non controllata attraverso ICS +/- LABA	Gli effetti avversi sono rari ma includono la secchezza della mucosa orale
Corticosteroidi sistemici (comprese, sospensione o iniezione intramuscolare IM o endovenosa IV) ad esempio prednisone, prednisolone, metilprednisolone, idrocortisone.	Il trattamento a breve termine (solitamente 5-7 giorni negli adulti) è importante nelle prime fasi di trattamento di gravi riacutizzazioni acute, gli effetti maggiori si osservano dopo 4-6 ore. La terapia con corticosteroidi orali (OCS) è preferita ed è efficace come terapia IM o IV nel prevenire ricadute. La riduzione graduale è richiesta se il trattamento viene somministrato per più di due settimane. Il trattamento a lungo termine con OCS può essere richiesto per alcuni pazienti con asma grave.	Uso a breve termine: alcuni effetti negativi ad esempio iperglicemia, effetti collaterali gastrointestinali, cambiamenti di umore. Uso a lungo termine: limitato dal rischio di significativi effetti sistemici negativi ad esempio cataratta, glaucoma, osteoporosi, soppressione surrenale. I pazienti dovrebbero essere valutati per il rischio di osteoporosi e trattati in modo appropriato.
<i>Farmaci al bisogno</i>		
Broncodilatatori inalatori β2 agonisti a breve durata di azione (SABA) (pMDI, DPI e, raramente, soluzione per nebulizzazione o iniezione) ad esempio salbutamolo (albuterolo), terbutalina.	I SABA sono i farmaci di scelta per un rapido sollievo dai sintomi dell'asma, compresa la broncocostrizione nelle riacutizzazioni acute e per il pre trattamento della broncocostrizione indotta da esercizio. I SABA devono essere utilizzati solo al bisogno al più basso dosaggio e alla frequenza necessaria.	Tremore e tachicardia sono comunemente osservati all'inizio del trattamento con SABA, ma la tolleranza a questi effetti di solito si sviluppa rapidamente. Un uso eccessivo o una scarsa risposta indicano uno scarso controllo dell'asma.
Anticolinergici a breve durata d'azione (pMDI o DPI) ad esempio ipratropio bromuro, ossitropio bromuro.	Uso a lungo termine: ipratropio è un farmaco sintomatico meno efficace dei SABA. Uso a breve termine nell'asma acuto: l'ipratropio inalato aggiunto a SABA riduce il rischio dei ricoveri ospedalieri.	Secchezza della bocca o sapore amaro.

+ ABBREVIAZIONI UTILIZZATE IN QUESTA GUIDA

BDP Beclometasone dipropionato

BUD Budesonide

DPI Inalatore di polvere secca

FEV1 Volume espiratorio forzato in 1 secondo

FVC Capacità vitale forzata

ICS Corticosteroidi per via inalatoria

LABA β2 agonisti a lunga durata d'azione

O₂ Ossigeno

OCS Corticosteroidi orali

PEF Picco di flusso espiratorio

pMDI Inalatore pressurizzato predosato

SABA β2 agonisti a breve durata d'azione

7 RINGRAZIAMENTI

Le attività del Global Initiative of Asthma sono supportate dal lavoro dei membri del GINA Board of Directors and Committees (elencati di seguito).

I membri dei comitati GINA sono gli unici responsabili delle dichiarazioni e raccomandazioni presentate in questa e altre pubblicazioni GINA.

+ COMITATO ESECUTIVO GINA 2014

Mark Fitzgerald, Canada, Presidente; Eric Bateman, Sudafrica; Louis-Philippe Boulet*, Canada; Alvaro Cruz*, Brasile; Tari Haahtela*, Finlandia; Mark Levy*, Regno Unito; Paul O'Byrne, Canada; Pier Luigi Paggiaro*, Italia; Soren Pedersen, Danimarca; Helen Reddel, Australia; Manuel Soto-Quiroz*, Costa Rica; Gary Wong*, Hong Kong ROC.

+ DIRETTORE SCIENTIFICO GINA

Suzanne Hurd, USA.

+ COMITATO SCIENTIFICO GINA 2014

Helen Reddel, Australia, Presidente; Eric Bateman, Sudafrica; Allan Becker, Canada; Johan de Jongste, Paesi Bassi; Jeffrey M. Drazen, USA; Mark Fitzgerald, Canada; Hiromasa Inoue, Giappone; Robert Lemanske Jr., USA; Paul O'Byrne, Canada; Soren Pedersen, Danimarca; Emilio Pizzichini, Brasile; Stanley J. Szefler, USA.

+ COMITATO DI DIVULGAZIONE E IMPLEMENTAZIONE GINA 2014

Louis-Philippe Boulet, Canada, Presidente; altri membri indicati da un asterisco (*) di cui sopra.

Assemblea GINA

L'Assemblea GINA comprende membri provenienti da 45 paesi. I loro nomi sono elencati sul sito GINA, www.ginasthma.org

8 PUBBLICAZIONI GINA

+ REPORT STRATEGIA GLOBALE PER IL TRATTAMENTO E LA PREVENZIONE DELL'ASMA (2015)

Questa revisione fornisce un approccio integrato per l'asma che può essere adattato per una vasta gamma di sistemi sanitari. Questo report è stato ampiamente rivisto nel 2014 ed è stato aggiornato nel 2015. Il documento ha un formato di facile utilizzo con tabelle riassuntive pratiche e diagrammi di flusso per l'utilizzo nella pratica clinica.

+ GINA APPENDICE ONLINE 2015

Informazioni di base dettagliate a supporto del report principale.

+ GUIDA PER LA GESTIONE DELL'ASMA E LA PREVENZIONE PER ADULTI E BAMBINI DI ETÀ SUPERIORE A 5 ANNI (2015)

Sintesi per i fornitori di assistenza sanitaria di base, da utilizzare in combinazione con il report completo GINA.

+ GUIDA PER LA GESTIONE E LA PREVENZIONE DELL'ASMA NEI BAMBINI DI 5 ANNI E PIÙ GIOVANI (2015)

Una sintesi delle informazioni sulla cura del paziente pre-scolare con asma o respiro sibilante. Da usare in combinazione con il report completo GINA 2015.

+ LA DIAGNOSI DI SINDROME DA SOVRAPPONIMENTO ASMA-BPCO (ACOS) (2015)

Questa è una copia separata del capitolo corrispondente nel report completo GINA. È co-pubblicato da GINA e GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, www.goldcopd.org).

+ AIUTI NELLA PRATICA CLINICA E STRUMENTI DI ATTUAZIONE SARANNO DISPONIBILI SUL SITO WEB GINA.

+ PUBBLICAZIONI GINA E ALTRE RISORSE SONO DISPONIBILI SUL SITO WWW.GINASTHMA.ORG

Le traduzioni della revisione 2015 di tutti i documenti sono disponibili sul sito www.ginasma.it per scopi didattici ed accademici. L'uso per scopi commerciali o promozionali richiede un'autorizzazione preventiva da parte del Direttivo di Gina. Versione italiana dei documenti GINA realizzata da Pier Luigi Paggiaro (GINA National Leader - Pisa), Lorenzo Corbetta (GOLD National Leader - Firenze), Fausto Leoncini (Firenze), Irene Bellesi (Firenze).

www.ginasma.it
www.ginasthma.org



Realizzazione editoriale:
Giunti O.S. Organizzazioni Speciali S.r.l.
www.giuntios.it

Finito di stampare nel 2015
presso Giunti Industrie Grafiche S.p.A. - Stabilimento di Prato

