



GUARDA IL VIDEO

Asma bronchiale: dalle linee guida alla pratica. Una scelta consapevole!

Prof. Diego Peroni

U.O. di Pediatria, AOUP, Università di Pisa



L'asma bronchiale rappresenta una delle patologie croniche più frequenti in età pediatrica, arrivando a interessare il 10-15% dei bambini. È una malattia cronica che può svilupparsi a tutte le età, caratterizzata da reversibilità, reattività e ricorrenza. I sintomi si ripresentano nel tempo e sono persistenti, essendo determinati da fattori di rischio presenti nella quotidianità del bambino e che causano l'infiammazione allergica. **L'asma, infatti, è caratterizzata da infiammazione e iperreattività bronchiale, con una risposta abnorme dei bronchi, in senso ostruttivo**, a stimoli che in altri soggetti non determinano alcuna risposta clinica. Tra gli stimoli ne ricordiamo alcuni specifici come gli allergeni e altri non specifici come il fumo, l'aria fredda, l'attività fisica, gli agenti virali ecc.

Fatta la diagnosi e impostata la terapia, la pianificazione del follow-up è volta ad assicurare al paziente un controllo nel corso del tempo, stabilendo un contatto duraturo che, attraverso il monitoraggio della malattia, eviti esacerbazioni o nuovi attacchi e migliori la qualità della vita del bambino asmatico.

La terapia dell'asma bronchiale si basa sulla terapia di fondo di tipo antinfiammatorio, con l'utilizzo in particolare di steroidi inalatori che agiscono riducendo proprio l'infiammazione e la reattività bronchiale. La terapia va personalizzata, sia per quanto riguarda i farmaci sia relativamente ai sistemi di erogazione. Il distanziatore è essenziale per la corretta somministrazione del farmaco, ma bisogna rispettare alcuni punti per ottimizzare la terapia.

Insomma, le linee guida indicano per ogni paziente la terapia più corretta e la modalità di somministrazione più appropriata, specificando come la selezione di un corretto distanziatore costituisca la base per rendere il controllo dell'asma bronchiale una scelta consapevole per il paziente.

1. Quali sono le linee di approccio clinico all'asma bronchiale?

L'approccio clinico si basa molto sui segni e sui sintomi della patologia asmatica. Come le linee guida GINA sottolineano, **le caratteristiche che fanno sospettare la presenza di asma in età pediatrica sono costituite da sintomi molto comuni**, come la tosse, che sarà ricorrente o persistente, non produttiva e associata a respiro sibilante o dispnea, difficoltà di respiro, fiato corto o pesante. La tosse può essere scatenata da uno sforzo fisico, dalla risata o dal pianto, dall'esposizione al fumo o a odori forti, anche in assenza d'infezioni respiratorie. Poiché l'attività fisica riesacerba il broncospasmo, essa può essere molto ridotta nel bambino con l'asma, che spesso non gioca, non ride, non corre con la stessa intensità dei coetanei. La presenza poi nel bambino di altre malattie allergiche (dermatite atopica, rinite allergica, allergie alimentari) orienta il sospetto clinico¹.

Le principali linee di approccio clinico prevedono **una diagnosi precoce a tutte le età**, utile per risolvere i sintomi e per impedire un deterioramento della funzionalità polmonare. Infatti, la diagnosi tardiva e la presenza di numerose esacerbazioni determinano una progressiva e più rapida perdita di flussi e volumi polmonari². Questo è valido anche per i bambini di età prescolare, in cui l'infiammazione delle mucose è già presente³. L'approccio clinico deve mirare, attraverso

i farmaci, a un'efficace azione antinfiammatoria, ripristinando, se serve, la funzionalità bronchiale appropriata. **L'obiettivo primario della terapia è quello di curare l'infiammazione e di ridurre di conseguenza l'iperreattività bronchiale.** Secondo le linee guida, lo scopo è non soltanto raggiungere un controllo attuale della malattia, ma anche prevenire e minimizzare il rischio futuro dell'asma. Raggiungere e mantenere un buon controllo dell'asma si concretizza, come approccio clinico, in una riduzione dei sintomi con nessuno o con un minore uso di farmaci al bisogno (ad azione

broncodilatante) e nella capacità di fare un'attività fisica nella norma, con livelli di funzionalità polmonare appropriati. La riduzione del rischio futuro, invece, si concretizza in nessuna o in minori riacutizzazioni, in una minore instabilità o in un minore peggioramento dei sintomi, riducendo il decadimento della funzionalità polmonare. Infine, l'approccio clinico è condizionato dall'età del paziente pediatrico: è difficile nel bambino sotto i 5 anni, per le ricorrenti infezioni respiratorie, per la mancanza di una descrizione dei sintomi e per la

La diagnosi deve essere necessariamente precoce e deve basarsi su segni e sintomi non necessariamente specifici, come la tosse secca

La diagnosi precoce permette:

- un migliore controllo della malattia
- l'attuazione di una terapia antinfiammatoria appropriata

scarsa applicabilità delle manovre diagnostiche (spirometria), ma è difficile anche nell'adolescente, dove la valutazione richiede ancora più attenzione per il rifiuto della malattia, per la scarsa percezione dei sintomi e della gravità e per la tendenza ad autonomizzare la terapia e gli schemi terapeutici^{1,4}.

2. Quanto è importante per ottimizzare la gestione dell'asma l'utilizzo di un corretto distanziatore? Quali sono i punti salienti per un orientamento consapevole?

La somministrazione topica del farmaco rappresenta un notevole vantaggio, poiché permette di raggiungere alte concentrazioni efficaci del farmaco a livello locale con scarsi effetti collaterali sistemici¹. È fondamentale l'ottimizzazione della terapia inalatoria attraverso la scelta di un dispositivo adeguato (nebulizzatore pneumatico o spray predosato con distanziatore), tenendo conto dell'età, delle abilità fisiche e cognitive, della disponibilità del farmaco e della facilità di utilizzo del dispositivo. **È insomma importante individuare il dispositivo di erogazione più adatto al singolo paziente**, considerando che gli spray predosati rappresentano la modalità di somministrazione più utilizzata. Poiché lo spray predosato viene erogato ad alta velocità – 100-120 km/ora – **l'utilizzo di una camera d'espansione o distanziatore è mandatoria a tutte le età**. Il distanziatore presenta delle valvole in- ed espiratorie, deve essere di un volume adeguato ma non eccessivo ed essere costituito da materiale non elettrostatico, in modo da rendere più efficiente la somministrazione del farmaco. Questo permette di migliorare l'assorbimento del farmaco, aumentandone l'efficacia e diminuendo gli effetti collaterali, e di ridurre significativamente i problemi di coordinazione tra l'erogazione e l'inalazione.

L'utilizzo degli spray predosati richiede la conoscenza della metodica di somministrazione e l'uso imprescindibile del distanziatore

Fino a 5-6 anni è preferibile un distanziatore con mascherina, in seguito si può passare a un distanziatore con boccaglio

È logico che questi problemi, pur presenti a tutte le età, siano maggiormente evidenti in età pediatrica. Per questo motivo, in età prescolare e almeno fino ai 5-6 anni è preferibile utilizzare un distanziatore con **mascherina** ben adattabile al viso. Successivamente, diventando il bambino più collaborante e partecipe, è necessario passare a un distanziatore con **boccaglio** (e senza mascherina), per migliorare l'inalazione del farmaco^{7,8}.

Le linee guida evidenziano come, per la scelta dell'inalatore, sia importante per il medico selezionare quello più adatto al paziente, eliminando eventuali barriere all'inalazione ed evitando l'uso di inalatori multipli. **La scelta consapevole deve essere guidata proprio dal medico, che deve conoscere i farmaci ma anche i distanziatori, per dare le migliori possibilità di cura al paziente**^{1,4}.

È compito del medico decidere la terapia appropriata e selezionare il distanziatore più adeguato ed efficace

Prescritto il farmaco con l'inalatore e il giusto distanziatore, un altro aspetto da considerare è quello di **verificare la modalità di assunzione della terapia a ogni controllo**, chiedendo al paziente di mostrare come usa il proprio inalatore (chiedere al paziente di portare sempre l'inalatore e il distanziatore al controllo). Questo permette di correggere eventuali errori, mostrandone l'uso corretto e più efficace, e di confermare che la terapia è attuata

correttamente. Anche attraverso altre figure professionali (infermieri, farmacisti) è importante rassicurare il paziente e la sua famiglia sul corretto utilizzo dello spray e del distanziatore ed evitare modifiche arbitrarie sia delle indicazioni sia dell'attuazione della terapia.

Nel follow-up del paziente è importante rivedere la terapia insieme all'uso del distanziatore, per verificare che essa sia effettuata in maniera adeguata

L'utilizzo corretto del distanziatore, quindi, contribuisce significativamente a **ottimizzare la gestione e il controllo dell'asma in età pediatrica**, considerando delle variabili significative come il tipo di distanziatore, l'età del soggetto, l'uso con mascherina o boccaglio (età < o > ai 6 anni). Se il paziente viene coinvolto e reso parte attiva di una scelta ragionata e consapevole

sui farmaci e sulle modalità di somministrazione, avremo una probabilità maggiore di una buona compliance e, in ultima analisi, di un maggior controllo della patologia asmatica^{1,4}.

3. Quali accorgimenti si possono suggerire nell'impostazione del follow-up del paziente per migliorarne la qualità di vita?

Alcuni aspetti fondamentali che si possono suggerire nell'impostazione del follow-up del bambino/adolescente affetto da asma bronchiale per supportare una scelta consapevole riguardano innanzitutto la terminologia utilizzata per far conoscere i farmaci antiasmatici al paziente⁵. È necessario attribuire un diverso significato al concetto di "farmaci di mantenimento o di controllo" e a quello di "farmaci al bisogno". I primi curano e quindi controllano l'infiammazione, l'iperreattività bronchiale e i sintomi, i secondi invece sono utili in fase acuta – poiché determinano broncodilatazione (reversibilità bronchiale) – ma non curano. Per migliorare la qualità della vita del paziente nel follow-up, oltre al controllo dell'asma (controllo dei sintomi, rischio futuro, comorbidità), **è necessario sostenere un'autogestione efficiente e prevedere dei controlli periodici**. Proprio perché si tratta di una patologia cronica spesso multifattoriale, al paziente devono essere chiariti i fattori di rischio, ma anche ben spiegate le caratteristiche d'azione della terapia, utilizzando un chiaro piano terapeutico scritto. **L'aderenza terapeutica va stimolata attraverso un'efficace educazione sanitaria, che comprenda i meccanismi d'azione dei farmaci, i possibili effetti avversi e soprattutto la tecnica inalatoria, che andrà sempre valutata con il paziente ad ogni controllo**. I controlli periodici servono a valutare la risposta al trattamento (sintomi, spirometria ecc.), a riconoscere precocemente i sintomi avversi e a stabilire un trattamento minimo efficace. I programmi scolastici o l'utilizzo di app e dispositivi digitali permettono un migliore controllo e monitoraggio dell'andamento clinico (minor numero di accessi al PS, meno ospedalizzazioni, minor numero di giorni di ridotta attività) e dell'uso dei farmaci⁶.

Le finalità da raggiungere sono:

- ottenere un maggiore controllo dell'asma bronchiale
- prevenire le riacutizzazioni
- mantenere un'adeguata funzionalità respiratoria

Bibliografia

1. Global Initiative for Asthma (GINA). 2023 GINA Main Report - Global Strategy for Asthma Management and Prevention. <https://ginasthma.org/2023-gina-main-report>
2. O'Byrne PM, Pedersen S, Lamm CJ, et al. Severe exacerbations and decline in lung function in asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2009;179:19-24. <https://doi.org/10.1164/rccm.200807-1126OC>
3. Saglani S, Payne DN, Zhu J, et al. Early detection of airway wall remodeling and eosinophilic inflammation in preschool wheezers. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;176:858-864. <https://doi.org/10.1164/rccm.200702-212OC>
4. British Thoracic Society, Scottish Intercollegiate Guidelines Network. British Guidelines on the Management of Asthma. <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/guidelines/asthma/btssign-guideline-for-the-management-of->

asthma-2019/

5. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002;325:697-700. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.697>
6. Kneale D, Harris K, McDonald VM, et al. Effectiveness of school-based self-management interventions for asthma among children and adolescents: findings from a Cochrane systematic review and meta-analysis. *Thorax* 2019;74:432-438. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2018-211909>
7. Cotterell EM, Gazarian M, Henry RL, et al. Child and parent satisfaction with the use of spacer devices in acute asthma. *J Paediatr Child Health* 2002;38:604-607. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1754.2002.00063.x>
8. Klijn SL, Hiligsmann M, Evers SMAA, et al. Effectiveness and success factors of educational inhaler technique interventions in asthma & COPD patients: a systematic review. *NPJ Prim Care Respir Med* 2017;27:24. <https://doi.org/10.1038/s41533-017-0022-1>

© Copyright by Pacini Editore Srl

L'articolo è OPEN ACCESS e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>