

# Curare bene l'asma

GIORGIO LONGO

SS di Allergologia e Trattamento dell'asma, Clinica Pediatrica, IRCCS Pediatrico "Burlo Garofolo", Trieste

Dello studio di Sebastiano Guarnaccia e coll. (*Medico e Bambino*, Pagine elettroniche 2012;9. [http://www.medicoebambino.com/?id=RIC1209\\_10.html](http://www.medicoebambino.com/?id=RIC1209_10.html); la sintesi a pag. 600 di questo numero) fatto con l'obiettivo di dimostrare l'efficacia di un intervento educativo nel migliorare il controllo dell'asma, non si può che condividere i presupposti che lo hanno guidato e le raccomandazioni che ne derivano: per un migliore controllo dell'asma è fondamentale adoperarsi per far comprendere alle famiglie la malattia, per insegnare come utilizzare al meglio gli strumenti diagnostico-terapeutici e favorire in questo modo il *self management*. Un messaggio forte, che riprende quanto universalmente condiviso da tutte le Linee Guida che raccomandano l'intervento educativo come parte integrante dell'interazione tra medico e paziente, o medico e famiglia, a tutte le età e in tutte le occasioni.

L'esperienza dei colleghi di Brescia è stata condotta con uno studio retrospettivo osservazionale pre-post, che prevedeva tre visite e due corsi educativi (uno individuale e uno di gruppo). Dei 262 bambini e adolescenti di età 6-15 anni che hanno intrapreso e completato l'intero percorso "Io e l'asma", il 49% dei casi, alla fine dei quattro mesi, non aveva più bisogno di terapia di mantenimento. Parallelamente si sono quasi azzerati i ricoveri e i giorni di scuola persi. Nel 43,3% dei casi vi è stata una nuova introduzione, o un aumento dei farmaci di fondo, ma in tutti gli altri il beneficio è stato possibile senza la modifica, o con la riduzione, o con la sospensione della terapia farmacologica. Questo risultato appare indicativo di come interventi educativi rivolti ai bambini e ai loro ge-

nitori possano essere da soli sufficienti a migliorare il controllo dell'asma e di quanto spesso siano invece trascurati o sottovalutati dal medico. Tuttavia non possiamo dimenticare che l'efficacia dei programmi educativi "strutturati", specie in età pediatrica, ha prodotto risultati contrastanti<sup>1</sup> e che l'analisi dei risultati e dei costi di ogni diversa strategia utilizzata non può prescindere dal contesto socio-culturale nel quale si opera. Nella realtà italiana, stante la larga disponibilità delle cure primarie, il programma terapeutico-educativo, come condotto nello studio in oggetto, appare perlomeno discutibile, non tanto per non aver confrontato l'efficacia del percorso adottato ("Io e l'asma") verso un singolo, corretto e paziente intervento educativo di primo (pediatra di famiglia) o di secondo livello (specialista), quanto per non aver criticamente considerato i costi dell'intervento. In aggiunta all'aggiustamento delle cure, lo studio si è basato infatti su un pesante, e verosimilmente costoso, dispositivo educativo, "time consuming", sia per gli operatori che per le famiglie interessate. Ne è verosimile testimonianza il numero molto elevato di abbandoni che lo studio ha dovuto registrare.

Oltre a questo, un percorso terapeutico-educativo organizzato nell'ambito di un Servizio Specialistico (SS) e strutturato con controlli programmati nel tempo (follow-up clinico e monitoraggio della funzionalità polmonare) rischia, da un lato, di espropriare il pediatra di famiglia (PdF) dalla cura di questi bambini e, dall'altro, di caricare il SS di prestazioni non ovviamente proprie di un Servizio di 2° livello ospedaliero, e il tutto con possibili ricadute negative sulle liste di at-

sa. Ripercussioni operative e gestionali che potrebbero risultare controproducenti per l'obiettivo auspicato dagli stessi Autori quando affermano che dovrebbe essere il medico di base a occuparsi, nel quotidiano, della gestione di questi pazienti, utilizzando lo specialista di 2° livello solamente per i casi "difficili". Perché questo avvenga, il SS dovrebbe adoperarsi per attivare tutti gli interventi idonei per evitare, e non favorire, la dipendenza dell'asmatico dall'ambulatorio ospedaliero. Per questo obiettivo è di primaria importanza che nell'asma, come probabilmente in ogni malattia più o meno cronica, il SS si adoperi perché venga salvaguardato e continuamente rinforzato il buon rapporto tra paziente e PdF (da ciò, oltre tutto, discende automaticamente anche il buon rapporto tra PdF e SS).

## Educare gli educatori

Ritornando nello specifico degli interventi educativi, io ritengo che, nella realtà sanitaria italiana, i SS di riferimento ospedaliero dovrebbero occuparsi fondamentalmente e prioritariamente di far crescere la cultura specialistica del PdF e dei medici di medicina generale (in altre parole educare gli educatori). Infatti, come bene affermato da Guarnaccia e coll.: "al medico di territorio dovrebbe spettare l'onere di educare i pazienti e le loro famiglie e di rinforzare gli insegnamenti al *self management*, routinariamente, a ogni visita, come parte integrante della componente terapeutica, non meno importante della prescrizione farmacologica". Per raggiungere questo obiettivo è necessario che il SS promuova e favorisca comportamenti diagnostico-terapeutici standardizzati e condivisi: i

pazienti, i genitori, come tutti gli altri "attori" operanti nel bacino di utenza di un Ospedale, di un Servizio (pediatri ospedalieri e di pronto soccorso, PdF, medici di medicina generale, farmacisti, infermieri e quant'altro), dovrebbero "parlare lo stesso linguaggio". Al contrario, non c'è nulla di più dannoso come il malcostume di modificare trattamenti efficaci e già collaudati (a volte cambiando soltanto il nome commerciale), oppure ribaltare pareri diagnostici e prognostici già formulati (dal PdF o da altri colleghi) con l'unico obiettivo di dare maggior peso alla prestazione specialistica. Comportamenti che finiscono inevitabilmente per creare insicurezze nei genitori e, di conseguenza, mettere in moto il tanto frequente quanto inutile e dannoso *doctor shopping*, ma anche, e peggio, una diffusa sfiducia nella medicina tradizionale e la ricerca di terapie "alternative".

Per evitare tutto questo uno degli obiettivi principali di un SS di 2° livello deve essere quello di rinforzare nei pazienti, e/o nei genitori, la fiducia nel medico di famiglia. Questo non vuol dire evitare di spendere tutte le parole necessarie per migliorare la conoscenza della malattia e, tanto meno, mancare nel correggere errori terapeutici, aggiungere nuovi farmaci, o aggiustare trattamenti già in atto, ma semplicemente lo specialista dovrebbe farlo con l'accortezza di condividere e non denigrare, implicitamente o esplicitamente, le scelte fatte in precedenza. Non da ultimo lo specialista non dovrebbe mai dimenticare, nella lettera al curante, di usare il condizionale per "suggerire" (che è molto diverso dal "raccomandare"), motivandone il perché, ogni cambiamento terapeutico che ritiene opportuno.

### **La fruibilità del Servizio Specialistico**

Coerentemente con questo appare criticabile e controproducente la comune consuetudine di molti SS di rac-

comandare e autoprescrivere i controlli a ogni visita ambulatoriale, indipendentemente dalla gravità della malattia. Al contrario, quando possibile, risulta molto più conveniente tranquillizzare i genitori sulla buona prognosi dell'asma in età pediatrica, come pure rassicurare sul fatto che il SS è sempre in contatto con il loro pediatra e disponibile a rivedere il bambino in ogni momento, se il Servizio stesso lo ritenesse opportuno.

In conclusione, poche, semplici cose, che costano poco e che rendono molto: fiducia nel Servizio Sanitario e nelle cure proposte; aderenza al trattamento; migliore controllo dell'asma; miglior vissuto della malattia. Ma permettono anche di evitare la scorretta, quanto improduttiva e dannosa, dipendenza dal Servizio ospedaliero. Quest'ultimo dovrebbe infatti essere prioritariamente un riferimento culturale, oltre che assistenziale, per il territorio afferente e per farlo deve, prima di tutto, garantire una facile fruibilità del Servizio. Questo significa contenere le liste di attesa limitando le visite e i controlli, se non per i casi selezionati per complessità o gravità, e favorendo e rinforzando sia l'autogestione da parte del paziente (schemi scritti di terapia) che le competenze e l'autonomia del PdF. Ricordo, a questo proposito, che garantire al PdF un facile e preferenziale rapporto con il Servizio ospedaliero per consulenze telefoniche, o di posta elettronica, rappresenta uno strumento insostituibile per raggiungere questo obiettivo.

### **I controlli strumentali**

Infine, due parole per ricordare che uno dei motivi di comune intasamento dei SS è rappresentato dalla inveterata abitudine di eseguire, nella routine, a tutti, o quasi tutti, i bambini con asma, indagini strumentali di controllo. A questo proposito mi piace ricordare come, tra le novità (poche) delle ultime

*British Guidelines*, SIGN 2011, venga sottolineata la scarsa utilità dei *bio-markers*, tutti compresi (monitoraggio del picco di flusso espiratorio; spirometria; test di reattività bronchiale; ossido nitrico esalato), nel migliorare il controllo dell'asma rispetto a una semplice e attenta valorizzazione dello score clinico<sup>2</sup>. E di questo viene raccomandato di saper utilizzare gli indicatori più semplici e intuitivi e di farlo con domande dirette del tipo: "quanti giorni alla settimana usi il Ventolin?" Piuttosto che con domande vaghe del tipo: "come va il tuo asma". In altre parole, una sottolineatura forte e chiara per ribadire che non è il SS, con le sue sofisticate indagini strumentali, che deve appropriarsi del compito di seguire il bambino asmatico, ma il PdF. Chi meglio di lui può infatti garantire un contatto continuativo con la famiglia; può registrare i giorni di assenza da scuola; monitorare le prescrizioni (eccessive o mancate), ma anche verificare periodicamente la corretta tecnica di inalazione dei farmaci; rinforzare i messaggi educativi come pure assicurarsi che la famiglia abbia un piano scritto di comportamento e, non da ultimo, all'adolescente, ricordarsi di ribadire in ogni occasione i danni e i pericoli del fumo.

### **Indirizzo per corrispondenza:**

Giorgio Longo

e-mail: [longog@burlo.trieste.it](mailto:longog@burlo.trieste.it)

### **Bibliografia**

1. Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM. Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003;326:1308-9.
2. Turner S, Paton J, Higgins B, Douglas G; British Guidelines on the Management of Asthma. British guidelines on the management of asthma: what's new for 2011? *Thorax* 2011;66:1104-5.