

TAVOLO DI BENCHMARKING FOCUS ASMA GRAVE

LUNEDÌ 9 NOVEMBRE

C. Zanon - P. Guzzonato - G. Paizis,
Direzione Scientifica Motore Sanità

ASMA Grave: questioni aperte e criticità

- **L'Asma Grave (AG)** è una patologia altamente invalidante, che impatta pesantemente sulla qualità di vita del paziente, costringendo a vivere una vita difficile:
 - a. Enormi difficoltà nel compiere le più semplici attività quotidiane.
 - b. Sintomi persistenti e mal controllati, riacutizzazioni frequenti, risvegli notturni, ricorrenti terapie cortisoniche sistemiche.
- **Registro SANI** (Severe Asthma Network in Italy), oltre **200.000** dei 3 milioni di persone affette da asma in Italia, sviluppa questa forma severa della malattia (Lazio 19.200, Sicilia 16.200, Puglia 13.200).
- **Il primo passo** è quindi distinguere il più rapidamente possibile l'asma grave non controllata dall'asma, indirizzando i pazienti verso i centri di cura di riferimento

Figura 3: Percentuale delle persone che hanno dovuto cambiare posizione lavorativa a causa dell'asma grave

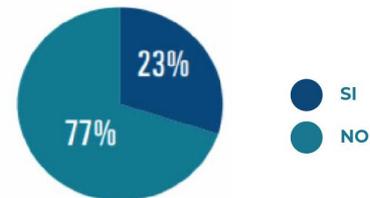
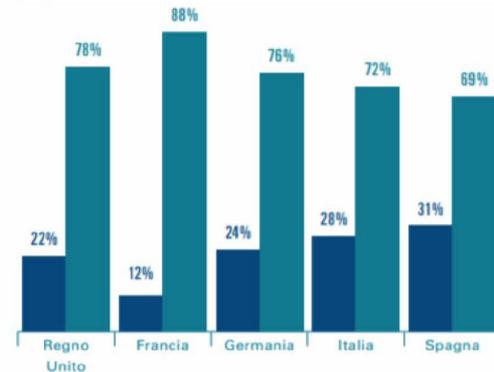


Figura 4: Un quarto di coloro che lavorano o studiano ha dovuto cambiare posizione o licenziarsi a causa dei propri sintomi asmatici



ASMA Grave: questioni aperte e criticità

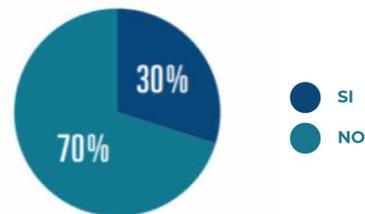
- **European Respiratory Society (ERS) e American Thoracic Society (ATS)**, la descrivono come:

“un’asma che richiede un trattamento con elevate dosi di corticosteroidi per via inalatoria (ICS) in aggiunta a un secondo farmaco (e/o corticosteroidi sistemici) per evitare che diventi ‘incontrollata’ oppure un’asma che rimane ‘incontrollata’ nonostante questa terapia.”

- Sebbene secondo le linee guida standard la diagnosi dell’asma sia relativamente semplice, spesso i pazienti affrontano un **lungo percorso prima di arrivare a una diagnosi** corretta, soprattutto quando si tratta di **asma grave**



Figura 5: Percentuale delle persone ricoverate a causa dell'asma grave



ASMA Grave: questioni aperte e criticità

- **Diversi fenotipi** per questa malattia ciascuno con specifiche peculiarità che la rendono, in molti casi, ancora *non inquadrata correttamente e sottostimata*.
- **Diagnosi piuttosto complessa:** a causa di diversi fattori 'confondenti' e da verificare dal punto di vista anamnestico (comorbidità, aderenza alla terapia standard, corretto utilizzo dei devices inalatori).
- **PDTA AG:** nuovo modello assistenziale dedicato
 - a. che non segua i **tempi 'tradizionali'** di diagnosi e cura della normale malattia
 - b. che riunisca un **team multidisciplinare** per una presa in carico più rapida
 - c. che **blocchi il decorso** della malattia e non rassegni il paziente ad una qualità di vita fortemente compromessa.

ASMA Grave: questioni aperte e criticità

- **Italia Registro Nazionale Asma Grave:** collaborazione tra Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) e l'Associazione Allergologi e Immunologi Italiani Territoriali e Ospedalieri (AAIITO).
- **Primi dati:** coorte di 493 pazienti da 27 centri diversi, arruolati tra il 2011 e 2014, più della metà di essi nei 12 mesi precedenti ha avuto una riacutizzazione, il 9.7% ha avuto un accesso in Pronto Soccorso e il 7.3% è stato ospedalizzato
- **Costi dell'AG:** nonostante i pz. con AG ammontino al 5-10% della popolazione asmatica, i costi diretti/indiretti si attestano attorno al **50% dei costi totali** dovuti all'asma. Molteplici sono le cause di questo:
 - a. improprio uso delle risorse necessarie alla *diagnosi e al trattamento*;
 - b. sottostima delle diagnosi con erroneo controllo della malattia;
 - c. mancanza di *coordinamento tra i professionisti* coinvolti;
 - d. mancanza di allineamento nell'identificazione e nel trattamento dei soggetti affetti.

ASMA Grave: questioni aperte e criticità

- 33,9 Tot 14,4 miliardi per quelli indiretti **19,5 miliardi** € costo in Europa delle cure per l'asma già nel 2015
- **Registro SANI:** oltre il 60% dei pazienti con Asma grave, è in trattamento cronico con il cortisone orale, con effetti collaterali importanti come l'insorgenza di osteoporosi, diabete, obesità, ipertensione, glaucoma e insufficienza renale (**Italia spesa 40 Mln/anno**).
- **Nuove prospettive di cura (Farmaci biologici):** la ricerca in questi ultimi anni, ha prodotto nuove terapie che agiscono sui pazienti refrattari alla terapia standard.
- **Azione ed effetti clinici:**
 - blocco dell'IL-5 circolante e conseguente riduzione nella produzione e nella attivazione degli eosinofili nella mucosa bronchiale e loro tasso di maturazione nel midollo spinale
 - *riduzione delle riacutizzazioni e dei sintomi.*
 - *dimezzamento dosaggio* steroideo sistemico.
 - eventi avversi dei trattati sovrapponibili al controllo (placebo)

Quesiti per il Panel

Road map obiettivo: Costruzione di network di esperti tra clinica e politica Regionale, Nazionale che dialoghino su logiche organizzative e riorganizzative in AG

Organizzazione:

1. **Contesto regionale:** stato dell'arte sugli attuali percorsi?
2. Come inquadrare rapidamente la malattia e ed investire sul paziente giusto? Quali barriere attuali da superare in questo percorso?
3. Vi è una **rete strutturata** di patologia in grado di coordinare questo lavoro consentendo accesso uniforme nel territorio?
4. Quali **modelli organizzativi** da implementare per un miglior management del paziente AG (Hub & Spoke, Specialista Pneu/All nelle medicine di gruppo territoriali, Gestione da remoto, etc)?
5. **il punto di vista del paziente AG nel contesto Covid:** i percorsi sono stati efficienti e risolutivi dei problemi frequenti?

Quesiti per il Panel

Terapie:

1. **Nuove prospettive di cura:** uso dei biologici in asma grave, quando usarli e su quali pazienti?
2. **Il valore** delle terapie biologiche (terapia mirata che evita le complicazioni legate al prolungato uso del cortisone orale) dal silos budget al valore misurato nell'intero percorso di cura: da dove cominciare, **dati real world** evidence?
3. **Come cambiare** e standardizzare i flussi/processi distributivi, a carico delle farmacie territoriali, alla luce delle nuove forme autoiniettive?
4. **Aderenza e Semplificazione** delle terapie come implementarle e quale valore per questi pazienti?
5. **Quali «Call to Action»** per la politica Regionale con cui superare il modello dell'attività assistenziale basata su singole prestazioni erogate da diversi attori e passare ad un modello sistemico, strutturato in rete e centrato sul processo assistenziale