

INTERVISTA

Asma pediatrico: nuove terapie e nuove prospettive assistenziali – intervista con il prof. Fernando De Benedictis

Pediatric asthma: new therapies and new perspectives in care – an interview with prof. Fernando De Benedictis

Fernando Maria de Benedictis¹, Alessandro Onofri², Carlo De Pieri³

L'asma pediatrico rappresenta una delle patologie respiratorie croniche più frequenti dell'età evolutiva e, nel corso degli ultimi decenni, la sua gestione è stata profondamente trasformata dall'evoluzione delle conoscenze diagnostiche e terapeutiche. Dalla maggiore disponibilità di strumenti per la diagnosi e il monitoraggio fino all'introduzione dei farmaci biologici per le forme più severe, il modo di affrontare questa malattia è oggi molto diverso rispetto al passato.

In questo percorso di cambiamento, tuttavia, la tecnologia e le nuove terapie non esauriscono le sfide della pneumologia pediatrica. Rimangono centrali il ruolo del pediatra di libera scelta, il rapporto con il centro specialistico, la continuità assistenziale e la qualità della formazione. È proprio su questi aspetti che si concentra questa intervista al professor Fernando Maria de Benedictis, socio onorario SIMRI, che ripercorre l'evoluzione della gestione dell'asma pediatrico e propone una riflessione sul modello assistenziale attuale e sulle sue possibili prospettive future. Dalla diagnosi al trattamento, dalla gestione territoriale dell'asma grave alla collaborazione tra pediatria di famiglia e strutture specialistiche, l'intervista offre uno sguardo critico su ciò che è cambiato e, soprattutto, su ciò che dovrebbe ancora cambiare per rendere più efficace e appropriata la presa in carico del bambino con asma.

1. Professore, l'asma pediatrico è probabilmente una delle patologie che più hanno beneficiato dell'evoluzione della pneumologia pediatrica. Come è cambiato negli ultimi decenni il nostro modo di interpretare e trattare il bambino con asma, in particolare rispetto agli strumenti di diagnosi e follow-up a nostra disposizione (per esempio spirometria e prick test)?

L'asma è una malattia antichissima ed è pertanto naturale che nel corso del tempo siano intervenuti mutamenti sostanziali nella diagnosi e nella cura. In particolare, negli ultimi decenni si è assistito a una progressiva valorizzazione di alcuni aspetti diagnostici e a una profonda trasformazione dei principi che sottendono la cura della malattia.

Per quanto riguarda la diagnosi, la crescente disponibilità di apparecchiature (es. spirometri) tecnologicamente avanzate, di dimensioni contenute e costo relativamente basso ha permesso di estendere il panorama di utilizzo anche alla pediatria di base.

Per ciò che attiene al trattamento, ritengo che le trasformazioni più rilevanti sia-

DOI

10.63304/PneumolPediatr.2026.16

¹ Fondazione Puer, già Direttore della UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza Pediatrica, Ospedale Materno Infantile "G. Salesi", Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona Ancona, Italia

² Unità Operativa Complessa di Pneumologia e Fibrosi Cistica, Area Universitaria Ospedaliera Pediatrica Bambino Gesù – IRCCS, Roma, Italia

³ Pediatra di Libera Scelta, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Udine, Italia

PAROLE CHIAVE

Asma; farmaci biologici; integrazione territorio-specialistica.

KEY WORDS

Asthma; biologic therapies; primary-specialist care integration.

no sostanzialmente due, entrambe conseguenza del ruolo cardine riconosciuto alla infiammazione delle vie aeree nella patogenesi della malattia. Innanzitutto, l'indiscusso valore degli steroidi per via inalatoria nel controllo della malattia e, ultimamente, anche nel trattamento delle riacutizzazioni in associazione ai classici broncodilatatori. In secondo luogo, il progressivo affermarsi dei farmaci biologici nei casi di asma grave, in quanto capaci di individualizzare target specifici in base alla patogenesi della malattia.

Su questo aspetto ritengo doveroso effettuare una riflessione, non di poco conto sotto il profilo pratico. Non esistono dubbi sul fatto che i farmaci biologici abbiano modificato radicalmente il trattamento dell'asma grave, riducendo le riacutizzazioni, migliorando la funzionalità respiratoria e garantendo una migliore qualità di vita del paziente. Ma esiste sempre l'altra faccia della medaglia. I dati della letteratura insegnano che tali farmaci rischiano di essere talora prescritti con eccessiva facilità, lì dove invece una maggiore attenzione agli aspetti di base ("get the basic right") potrebbe in alcuni casi evitare il ricorso a farmaci molto costosi.

2. Un tema centrale è il rapporto tra pediatra di libera scelta e centro specialistico. Quale dovrebbe essere oggi il percorso ideale del bambino con asma?

Questo è un aspetto di straordinaria importanza e che mi sta molto a cuore. Il pediatra del territorio, che sicuramente ha tutti gli strumenti culturali per sospettare l'asma, nella stragrande maggioranza dei casi si rivolge a un ambulatorio ospedaliero per una conferma diagnostica strumentale e l'iniziale indirizzo terapeutico. Ciò che risulta sorprendente è il percorso successivo. In particolare, osservo pressoché giornalmente come il pediatra del territorio si attenga sostanzialmente alle indicazioni terapeutiche provenienti da un "Centro", limitando il proprio intervento alla risoluzione di episodi acuti. Questo tipo di comportamento clinico non ha uguali in paesi più evoluti del nostro sotto l'aspetto organizzativo e non ha alcuna giustificazione concettuale. Il pediatra del territorio, infatti, dovrebbe possedere tutti gli elementi culturali per procedere in maniera autonoma a modificare il trattamento dell'asma, che è una malattia tipicamente 'dinamica', sulla base della sua evoluzione clinica. La mancata assunzione di responsabilità decisionali sotto il profilo terapeutico da parte del pediatra curante e la conseguente delega ad altri è infatti foriera di inutile sovraffollamento

degli ambulatori ospedalieri per problematiche talora minori, di deprecabili prolungamenti delle liste di attesa e di aumento dei costi sanitari, oltre che privare il medico di soddisfazioni personali nella cura della malattia. Il ricorso a prestazioni ospedaliere dovrebbe limitarsi ai casi più complessi, a quelli che non rispondono in maniera appropriata alle terapie e a quelli per i quali persistono dubbi clinici. Ma questo è un problema di sanità pubblica che deve vedere necessariamente un confronto tra le diverse parti in causa.

3. Guardando al futuro, quale dovrebbe essere la principale evoluzione del modello assistenziale dell'asma pediatrico? E, se dovesse indicare una sola priorità per migliorare oggi la gestione dell'asma nel nostro Paese, quale sceglierebbe? A che punto vede il processo di integrazione tra centro specialistico e pediatra di libera scelta?

Ho in parte già risposto a questo quesito. In un mondo tecnologicamente sempre più avanzato, l'evoluzione dell'attuale modello assistenziale deve passare attraverso una rivoluzione culturale. E' impensabile adottare il modello hub-spoke, tipico delle malattie croniche importanti, per una condizione così frequente e talora di modesta entità clinica come l'asma pediatrico. Una volta effettuata la diagnosi di asma, il pediatra dovrebbe essere in grado di gestire la malattia DA SOLO, adottando i percorsi clinici che suggeriti dalle linee-guida sulla malattia. Nonostante nei congressi e nei corsi aggiornamento, etc. si ripetano costantemente le stesse cose sulla necessità di una stretta collaborazione tra centro e territorio, la realtà attuale è solitamente ben diversa. In pratica, l'ambulatorio ospedaliero effettua i controlli e delega il pediatra di famiglia alla esecuzione di un piano terapeutico. Un rapporto che ritengo sbagliato. Un pediatra di famiglia capace deve far valere il proprio ruolo culturale, magari consigliandosi con il Centro in caso di dubbio. D'altro canto, gli ambulatori pediatrici dovrebbero garantire finestre temporali per contatti telefonici o telematici con il medico del territorio. Questo modello assistenziale è stato da me adottato con successo e con grande soddisfazione delle parti negli anni in cui ho diretto unità operativa pediatriche nel territorio nazionale.

4. Anche la formazione è cambiata profondamente nel corso degli anni. Guardando al passato, al presente

e al futuro, come dovrebbe evolvere la formazione sia dello pneumologo pediatrico sia del pediatra di libera scelta per garantire una gestione sempre più efficace delle patologie respiratorie, in particolare dell'asma e delle allergie?

La risposta al quesito non è semplice. La formazione specialistica in pediatria, ivi inclusa quella riguardante la pneumologia, dovrebbe rispettare criteri ben precisi sotto l'aspetto qualitativo e quantitativo, elemen-

ti che purtroppo, per motivi diversi, non sempre si riesce a garantire. In attesa che una auspicabile (l'ennesima!) riforma delle scuole di specializzazione restituisca una maggiore dignità alla formazione del medico, ritengo che un ruolo importante debba essere svolto individualmente dai responsabili delle singole unità universitarie e ospedaliere locali. Alla luce della mia ormai cinquantennale esperienza clinica, ciò è possibile solo in presenza di grande sensibilità individuale, di altruismo, e di passione per l'insegnamento.