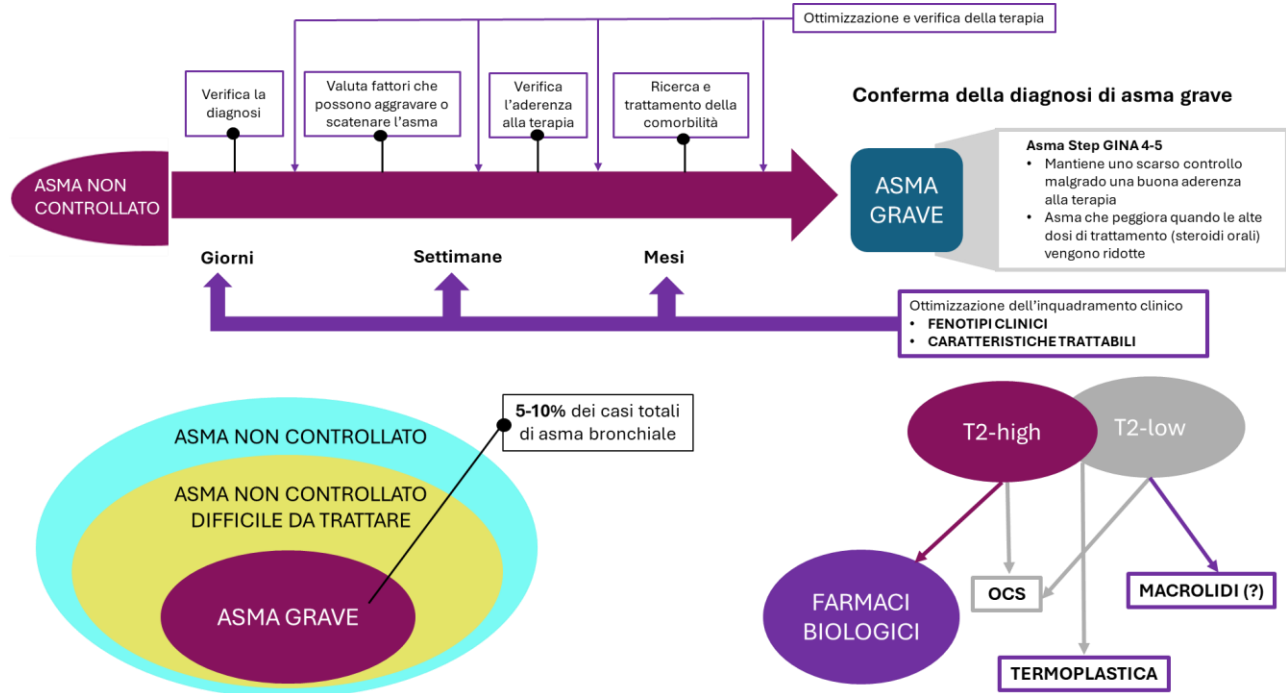


Iter del percorso clinico che consente di porre una corretta diagnosi di asma grave



Il percorso, condiviso da paziente e medico/team, richiede accertamenti mirati, modifiche terapeutiche e verifica nel tempo; di norma la diagnosi di asma grave non va posta prima di 3-6 mesi dalla presa in carico.

a) conferma della diagnosi di asma:

se il paziente è stato indagato secondo LLGG con diagnosi certa non servono altri test. Nella pratica tuttavia, 20-30% delle diagnosi sono errate e il mancato controllo riflette altre diagnosi.

- **Adulti:** BPCO, bronchiectasie, enfisema, bronchiolite, disfunzione corde vocali, scompenso cardiaco (anche con BPCO), sub-stenosi/compressioni tracheali, asma fittizia (8), tracheomalacia, scolo retronasale, reflusso gastro-esofageo, pneumopatie interstiziali/granulomatose (7).
- **Bambini:** prematurità, immunodeficienze, malformazioni (anello vascolare⁹, tracheo-broncomalacia, discinesia ciliare primitiva, fibrosi cistica, cardiopatie congenite, disfunzione corde vocali, reflusso GE, disfunzione della deglutizione, ostruzione/compressione vie aeree centrali, inalazione corpo estraneo, carcinoidi/tumori, massa mediastinica, pneumopatie interstiziali, connettiviti, bronchiolite ricorrente (9).

b) Fattori aggravanti/scatenanti l'asma:

sensibilizzazione ad allergeni (professionali, domestici), fumo, comorbidità, β -bloccanti, FANS in ASA-sensibili: ognuno richiede intervento correttivo ed educazione preventiva. Allergia-gravità: associazione più marcata in età pediatrica; nei bambini con asma grave è frequente la sensibilizzazione precoce (spec. Muffe). Valutare IgE specifiche, esposizione e sintomi per identificare

precocemente i trigger.

c) Aderenza e appropriatezza terapeutica:

scarsa aderenza o tecnica inalatoria inefficace sono comuni (~50% degli asmatici).

Educazione/motivazione a ogni visita, particolare attenzione agli anziani, sono cruciali. Possibili barriere: steroidofobia, scarsa percezione della gravità, adolescenza (maggior rischio), regimi complessi, instabilità familiare/scarsa supervisione. Ottimizzazione: aggiungere a ICS/LABA tiotropio o anti-leucotrieno, alte dosi ICS, singola somministrazione/die di ICS/LABA; strategia MART (formoterolo-ICS fisso e al bisogno), triplice ICS/LABA/LAMA.

Valutare regime massimale (es. alte dosi ICS) per ≥ 6 mesi prima di giudicarlo insufficiente. Gestione del paziente con Asma Grave Versione n. 00 del 31/12/2025

d) Comorbidità:

molto frequenti (87% con > 1). Possono essere correlate (meccanismi condivisi): es. rino-sinusite cronica con polipi nasali (CRSwNP), o non-correlate (RGE, OSAS, obesità).

Iper eosinofilia marcata (> 1500 cell/mmc): sospettare EGPA o HES (ematologo). TC torace se sospetto bronchiectasie, ABPA, polmone eosinofilo. Le comorbidità sono trattabili e la loro gestione migliora il controllo e riduce i sintomi. Un approccio multispecialistico aiuta a gestire meglio i pazienti con un percorso razionale.