**L’ASMA IN PILLLOLE**

**Caratteristiche, cause e sintomi dell’asma**

L’asma bronchiale è una malattia eterogenea, caratterizzata generalmente da **infiammazione cronica** e **definita da una storia di sintomi respiratori quali respiro sibilante, dispnea (fame di aria), sensazione di costrizione toracica e tosse** che variano nel tempo e in intensità, insieme a una variabile limitazione al flusso espiratorio.1

**In condizioni normali, l’aria è libera di muoversi nei polmoni attraverso le sue vie di conduzione che sono i bronchi**. Questi sono simili a un albero con tanti rami che diventano più piccoli man mano che si diramano, terminando con dei “piccoli palloncini” detti alveoli polmonari, dove avviene lo scambio tra l’ossigeno che inspiriamo e l’anidride carbonica che espiriamo. Mentre in condizioni normali le vie aeree rimangono sempre ben aperte, nei soggetti asmatici tendono occasionalmente a restringersi, ostacolando il passaggio dell’aria.

L’infiammazione, infatti, genera un aumento della responsività bronchiale che, a sua volta, causa episodi ricorrenti di crisi respiratorie, i cosiddetti **attacchi d’asma** o riacutizzazioni, durante i quali **peggiorano i sintomi e la funzionalità respiratoria**. Se la patologia non è trattata in modo adeguato, gli attacchi possono essere anche molto gravi.2

Tra i principali **fattori scatenanti dell’attacco asmatico** si identificano in primo luogo le **infezioni virali**, ma anche l’esposizione ad allergeni quali acari, pollini, polveri in ambito professionale, ecc.1

**I numeri dell’asma**

Secondo la Global Initiative for asthma (GINA), **300 milioni** di persone nel mondo soffrono di **asma**, oltre **30 milioni in Europa**1 e in particolare nell’Europa Occidentale si è assistito negli ultimi dieci anni a un raddoppio del numero di persone asmatiche3 come conseguenza presumibile dell’urbanizzazione, dell’aumento dell’inquinamento atmosferico e di stili di vita più sedentari (ridotto esercizio fisico e aumento dell’obesità).

Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità, le morti associate all’asma sono circa **180mila ogni anno** a livello globale3.

In **Italia** si stimano oltre **4,6 milioni** di pazienti asmatici adulti, con una prevalenza del **7,9%** (nel 2010 era del 4,8%)4.Di questi, circa il **10%** è interessato da una **forma grave.**5

L’asma interessa persone di tutte le età, manifestandosi dai bambini più piccoli alle persone più anziane.Le stime di prevalenza sono leggermente maggiori nelle donne (8,5%) rispetto agli uomini (7,4%), nei quali si assiste a una relazione inversa all’aumentare dell’età, andando dal **9,8%** nella fascia **25-34 anni** al 5,1% negli over-85. Percentuali più elevate di pazienti si registrano al Centro-Sud Italia: la regione con la prevalenza più elevata risulta la Campania (14,7%), seguita da Sardegna (9,3%), Calabria (8,4%), Molise e Liguria (8,0%)3.

**Prevenzione**

La difficile identificazione dei fattori di rischio relativi all’asma bronchiale, rende necessario la messa in atto di strategie preventive volte a tutelare e migliorare la salute polmonare, agendo ad esempio su: riduzione del fumo di tabacco, sia attivo che passivo; riduzione dell'inquinamento atmosferico, sia all’aperto che nei luoghi chiusi, e delle esposizioni professionali a polveri e fumi; riduzione dell'obesità infantile e promozione di una dieta ricca di frutta e verdure; miglioramento della salute materno-fetale; promozione dell'allattamento al seno; promozione della vaccinazioni infantili e riduzione delle disuguaglianze sociali.6

**Diagnosi**

Il sospetto diagnostico origina dalla constatazione della presenza dei sintomi propri dell’asma e dalla storia clinica del paziente, nonché dalla anamnesi familiare e dall’esame obiettivo mediante auscultazione del paziente mentre esegue respiri profondi. Poiché i sintomi dell’asma non sono peculiari e possono essere presenti anche in altre patologie respiratorie (e non solo), è importante effettuare i necessari approfondimenti diagnostici per ottenere una diagnosi definitiva.1

**La diagnosi di asma può essere confermata mediante la spirometria**, un semplice test che misura la quantità di aria che una persona può espirare e la quantità di tempo che serve per farlo (fattori indicativi dello stato di salute e della funzionalità respiratoria). Nel caso di incertezza diagnostica, si possono effettuare ulteriori approfondimenti, come il test di broncoprovocazione, o adottare un criterio ex-adjuvantibus, valutando la risposta del paziente alla terapia farmacologica.1

**Trattamento**

Gli obiettivi principali della gestione dell'asma sono soprattutto quelli di **controllare i sintomi e ridurre i rischi futuri correlati alla malattia**, fra cui, in particolare, la riduzione delle riacutizzazioni asmatiche.

A seguito della conferma diagnostica, lo specialista sceglierà la **terapia farmacologica più adatta** per il singolo paziente, tenuto conto della **gravità della malattia**, dei **fattori scatenanti**, dell’**età** e della presenza di **comorbidità**, che possono modificare il decorso della malattia e la risposta al trattamento.1

La terapia anti-asmatica è fondamentalmente di tipo inalatorio.

Il trattamento di fondo dell’asma prevede la **somministrazione di corticosteroidi per via inalatoria (ICS) in associazione a farmaci broncodilatatori adrenergici a lunga durata d'azione per via inalatoria (LABA)** che aumentano l'efficacia della terapia.1

Quando l’associazione ICS+LABA non è sufficiente a controllare la patologia, le linee-guida suggeriscono di aggiungere un altro principio attivo, cioè un **farmaco broncodilatatore anti-muscarinico a lunga durata d'azione per via inalatoria (LAMA).**

L’**associazione ICS+LABA+LAMA** è una opzione che rappresenta l’ottimizzazione della terapia inalatoria.

Da ultimo, è importante agire anche sui propri **comportamenti e stili di vita**, seguendo una dieta salutare con adeguato controllo del peso corporeo, praticando la giusta attività fisica, evitando fumo e inquinanti ambientali, riducendo le situazioni di stress emotivo.1

**Aderenza alla terapia**

**L’aderenza alla terapia è una componente essenziale del trattamento** e rappresenta una condizione critica per il successo terapeutico. Si stima che il **24%** delle riacutizzazioni e il **60%** dei ricoveri correlati all'asma siano attribuibili alla scarsa aderenza.7

In Italia, l’aderenza alla terapia continua ad essere un elemento di forte criticità, con **livelli inferiori al 20%.**8

Fra i motivi identificati della non aderenza vi è l’impiego di multipli inalatori. Una review sistematica riporta che l’**utilizzo di un singolo inalatore aumenta significativamente i tassi di aderenza**, mentre le analisi economiche mostrano che il singolo inalatore è associato a un **ridotto utilizzo di risorse sanitarie** ed è conveniente rispetto alle terapie con più inalatori.9

In particolare, l'uso della tripla terapia in un unico inalatore ha il potenziale di:

* migliorare l'aderenza al trattamento riducendo il numero di dispositivi inalatori necessari per la terapia di mantenimento, con meno istruzioni e senza regimi di dosaggio differenti;
* ridurre gli errori di dosaggio e di manipolazione;
* ridurre l'interruzione selettiva di specifiche e individuali terapie antiasmatiche in generale e, in particolare, l’abbandono dell’inalatore con corticosteroidi inalanti.10

L’educazione e la formazione sull’asma sono importanti strumenti per consentire al paziente di gestire e controllare efficacemente la propria malattia. **L’educazione può migliorare l’aderenza alle raccomandazioni terapeutiche e coinvolgere il paziente nelle strategie di autogestione**: il soggetto asmatico dovrebbe essere in grado di riconoscerne i sintomi, individuare ed eliminare i potenziali stimoli e trattare le esacerbazioni nelle loro primissime fasi attraverso un eventuale potenziamento della terapia.

**Bibliografia**

1 Global Initiative for Asthma. GINA (Global Strategy for Asthma Management and Prevention), Report 2022. <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/07/GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-07-01-WMS.pdf>

2 EpiCentro, Istituto Superiore di Sanità. <https://www.epicentro.iss.it/asma/>

3 EpiCentro, Istituto Superiore di Sanità. <https://www.epicentro.iss.it/asma/epidemiologia#:~:text=Nel%2050%25%20degli%20adulti%20e,della%20malattia%2C%20una%20ogni%2020>.

4 SIMG – XV Report Health search Edizione 2022: <https://report.healthsearch.it/XV_REPORT_HS.pdf>

5 Rönnebjerg L, Axelsson M, Kankaanranta H, Backman H, Rådinger M, Lundbäck B, Ekerljung L. Severe Asthma in a General Population Study: Prevalence and Clinical Characteristics. J Asthma Allergy. 2021 Sep 16;14:1105-1115.

6 Beasley R, Semprini A, Mitchell EA. Risk factors for asthma: is prevention possible? Lancet. 2015 Sep 12;386(9998):1075-85.

7 Bårnes CB, Ulrik CS. Asthma and adherence to inhaled corticosteroids: current status and future perspectives. Respir Care. 2015 Mar;60(3):455-68.

8 AIFA, Rapporto OSMED 2020: <https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1542390/Rapporto-OsMed-2020.pdf>

9 Zhang S, King D, Rosen VM, Ismaila AS. Impact of Single Combination Inhaler versus Multiple Inhalers to Deliver the Same Medications for Patients with Asthma or COPD: A Systematic Literature Review. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2020 Feb 26;15:417-438.

10 Agusti A, Fabbri L, Lahousse L, Singh D, Papi A. Single inhaler triple therapy (SITT) in asthma: Systematic review and practice implications. Allergy. 2022 Apr;77(4):1105-1113.