

On Medicine

RIVISTA SCIENTIFICA INDIPENDENTE QUADRIMESTRALE



Intervista a Paola Piana

- **Esercizio a resistenza elastica e funzione motoria**
Parte 1. Principi e applicazioni
R. Cavallin
- **GUIDA ALLA CONOSCENZA DELLE PRINCIPALI PATOLOGIE RETINICHE**
Una serie di articoli sulle principali patologie retiniche scritti da Ortottisti di provata esperienza
M. Parisi
- **Identificare e gestire i disturbi d'ansia**
P. Valsecchi



SOMMARIO

4



INTERVISTA

Paola Piana

6



FOCUS

Esercizio a resistenza elastica e funzione motoria

Parte 1. Principi e applicazioni

R. Cavallin

9



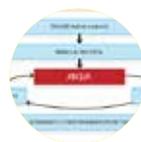
APPROFONDIMENTI

Guida alla conoscenza delle principali patologie retiniche

Una serie di articoli sulle principali patologie retiniche scritti da Ortottisti di provata esperienza

M. Parisi

12



IL PARERE DELLO SPECIALISTA

Identificare e gestire i disturbi d'ansia

P. Valsecchi

Quest'opera è protetta dalla legge sul diritto d'autore. Tutti i diritti, in particolare quelli relativi alla traduzione, alla ristampa, all'utilizzo di illustrazioni e tabelle, alla registrazione su microfilm o in data-base, o alla riproduzione in qualsiasi altra forma (stampata o elettronica) rimangono riservati anche nel caso di utilizzo parziale. La riproduzione di quest'opera, anche se parziale, è ammessa solo ed esclusivamente nei limiti stabiliti dalla legge sul diritto d'autore ed è soggetta all'autorizzazione dell'editore. La violazione delle norme comporta le sanzioni previste dalla legge.

© Sintesi InfoMedica S.r.l.

Sebbene le informazioni contenute nella presente opera siano state accuratamente vagliate al momento della stampa, l'editore non può garantire l'esattezza delle indicazioni sui dosaggi e sull'impiego dei prodotti menzionati e non si assume pertanto alcuna responsabilità sui dati riportati, che dovranno essere verificati dal lettore consultando la bibliografia di pertinenza.

Copyright © 2020 by Sintesi InfoMedica S.r.l.
Via Brembo, 27 - 20139 Milano (MI)
Tel. +39 02 56665.1

OnMedicine - Reg. Trib. di Milano n. 63 del 30/01/2007

Direttore responsabile: Alberto De Simoni
Marketing e vendite: Marika Calò

Marzo 2020

BOARD SCIENTIFICO

Giorgio Walter Canonica

Allergologo

Antonio Ceriello

Diabetologo

Aldo De Rosa

Urologo

Fernando Di Benedetto

Pneumologo

Marco Guelfi

Ortopedico

Giovanni Carlo Isaia

Geriatra

Antonio Simone Laganà

Ginecologo

Giorgio Lambertenghi

Ematologo

Stefano Respizzi

Fisiatra

Giovanni Minisola

Reumatologo

Vincenzo Montemurro

Cardiologo

Donato Rosa

Ortopedico

Raul Saggini

Fisiatra

Enzo Silvestri

Radiologo

Michele Fiore

Pediatra

Luigi Grazioli

Radiologo

EDITORIALE

Editoriale

De Simoni A.

Gentili lettori,

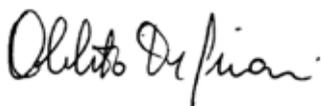
Il nuovo decennio si apre con un'emergenza sanitaria mondiale: il diffondersi dell'infezione da Coronavirus (Covid - 19). Nonostante la mole "epidemica" di notizie sull'argomento che circola su ogni tipo di mass media da quasi due mesi, abbiamo voluto adeguarci alla necessità di saziare questa inarrestabile sete di informazioni pubblicando un'intervista con uno dei protagonisti "nascosti" di questa situazione: un medico di medicina generale.

Apriamo le nostre rubriche con il primo di una serie di contributi su una metodica riabilitativa che associa alla semplicità di esecuzione una comprovata efficacia: l'esercizio a resistenza elastica. Dopo questa introduzione sui presupposti teorici di questa tecnica, proporremo le evidenze del suo utilizzo sul campo in diversi ambiti applicativi.

Parlare di ansia in questi giorni è abbastanza scontato: uno psichiatra ce ne spiega l'origine, aprendo il sipario sui possibili approcci alla sua gestione terapeutica.

Termina in questo numero, infine, la rassegna di contributi elaborati da ortottisti per spiegare cosa sono le patologie retiniche e quali sono i più recenti mezzi a disposizione degli specialisti per contrastarne l'evoluzione, a tutela della visione del paziente.

Ci auguriamo che i contenuti di questo nuovo numero della rivista possano catturare la vostra attenzione e risultare di interesse.

Il direttore responsabile

Intervista a Paola Piana

Redazione On Medicine

Il diffondersi dell'infezione da nuovo Coronavirus (Covid – 19) è rapidamente salita alla ribalta della cronaca quotidiana, diventando inesorabilmente protagonista della nostra vita, pubblica e privata. Non potendo esimerci, in quanto rivista scientifica, dall'affrontare l'argomento, abbiamo pensato di intervistare un Medico di Medicina Generale che opera in una delle zone "calde" del nostro paese: la dottoressa Paola Piana di Mortara (PV).

Come è cambiata la sua vita professionale a seguito del diffondersi dell'infezione da Coronavirus?

Prima di tutto bisogna sottolineare che le notizie che abbiamo noi medici di famiglia sono le stesse che hanno tutti. Anche noi viviamo la situazione giorno per giorno, in attesa di vedere cosa succederà nelle prossime settimane. Negli ultimi giorni di febbraio, quando già era iniziato il panico, ci è stata inviata una statistica relativa ai casi registrati, ai tamponi effettuati ecc., che però ha perso quasi subito di attualità essendo i dati in aggiornamento costante. Poi non è arrivato più nulla, probabilmente perché gli uffici addetti a questi rilevamenti hanno modificato la modalità di lavoro o, per quanto riguarda la mia zona di pertinenza, sono stati addirittura chiusi per un certo periodo. Il lavoro in ambulatorio è sicuramente diminuito, tanto da farmi sentire quasi inutile in un momento di emergenza come questo; i pazienti frequentatori abituali perché in terapia per malattie croniche preferiscono stare a casa; ho riscontrato invece un aumento delle richieste di certificati medici per assenze di malattia, perché le aziende chiedono ai dipendenti di stare a casa se presentano anche solo un accenno di sintomi che potrebbero far pensare a una possibile infezione respiratoria.

Ha ricevuto telefonate da parte di suoi pazienti che temevano di avere contratto il virus?

Tutti i pazienti che presentavano i primi sintomi influenzali mi hanno chiamato spaventati; ho cercato di tranquillizzarli, esortandoli a tenere sotto controllo l'evoluzione del quadro clinico utilizzando al bisogno i classici farmaci sintomatici, come il paracetamolo. Quando necessario, li ho visitati in ambulatorio, distanziando gli appuntamenti a titolo precauzionale.

Ha dovuto consigliare a qualcuno di chiamare i numeri predisposti per l'emergenza?

Solo in un caso, una signora che da una settimana era in terapia con antibiotici ed era preoccupata perché presentava ancora qualche linea di febbre; le ho consigliato di chiamare il numero verde ed esporre le sue perplessità. Gli operatori le hanno consigliato di rimanere a casa, a meno che si verificasse un peggioramento dei sintomi. La signora è stata però colta dal panico e si è rivolta lo stesso al Pronto soccorso, da cui è stata rimandata a casa con l'indicazione di proseguire con la terapia antibiotica prescritta. Il tampone fatto in quell'occasione ha poi dato esito negativo.

Qual è l'aderenza alla terapia dei pazienti? Si ricordano di presentarsi agli appuntamenti fissati?

Nella mia esperienza i pazienti seguono abbastanza assiduamente le indicazioni date, e si presentano alle scadenze prefissate. Addirittura, capita che chiamino qualche giorno prima dell'appuntamento per avere conferma.

Da giovane medico quale è, adotta precauzioni particolari durante le visite in ambulatorio?

Il mio timore è quello di contribuire a creare il panico; utilizzo quindi camici protettivi e mascherina solo nell'approccio ai pazienti che si presentano con sintomi che possono far sospettare uno stato influenzale. In tutti gli altri casi preferisco accogliere i miei pazienti come al solito, per evitare di stressarli più di quello che già sono.

GUIDA ALLA CONOSCENZA DELLE PRINCIPALI PATOLOGIE RETINICHE

L'esercizio a resistenza elastica è un metodo riabilitativo e di training di provata efficacia che prevede il potenziamento delle capacità muscolari dell'individuo. Presentiamo un ciclo di contributi proposti da fisioterapisti che illustrano le premesse teoriche di questa pratica e alcuni ambiti di applicazione.

Parte 1. Principi e applicazioni

R. Cavallin

L'utilizzo della resistenza elastica risale, secondo alcune fonti, agli inizi del 1900. È tuttavia a partire dagli anni sessanta che la metodica fa registrare un picco di popolarità grazie all'utilizzo che ne fecero gli atleti sui campi di gara in occasione delle Olimpiadi di Roma. Durante le fasi di riscaldamento, infatti, alcuni sportivi iniziarono ad utilizzare tubi di gomma o semplici camere d'aria di bicicletta per riscaldare i gruppi muscolari che da lì a poco sarebbero stati impegnati nelle varie competizioni.

Col passare del tempo, i tubi di gomma e le camere d'aria sono stati sostituiti da materiali sempre più evoluti e specifici, fino alle bande in lattice di oggi, più precise in termini di restituzione di forza. Inizialmente la resistenza elastica è stata utilizzata nel mondo del fitness, per poi diffondersi, negli anni novanta e due-mila, anche in ambito riabilitativo, sia in programmi di prevenzione degli infortuni, sia in programmi di ricondizionamento fisico dopo interventi chirurgici o infortuni.

Negli ultimi anni, l'attenzione sempre più concreta al benessere fisico ha portato in auge l'utilizzo degli elastici anche nelle più comuni palestre cittadine, in esercizi di tipo funzionale, sia in programmi specifici, sia in associazione a macchinari isotonici o con i pesi liberi.

PROPRIETÀ DI BANDE E TUBING ELASTICI

Le proprietà fisiche di ogni elastico risultano fortemente influenzate dalla metodologia di fabbricazione dello stesso e dalle materie prime utilizzate per fabbricarlo. La forza generata da un elastico varia in funzione della sua percentuale di allungamento e della variazione della linea di trazione che l'elastico assume durante l'esecuzione del movimento.

Gli elastici sono in grado di fornire una resistenza crescente proporzionale alla percentuale di allungamento cui sono sottoposti, con aumenti prevedibili, eccezion fatta per le fasi iniziali e finali di allungamento, in cui la proporzionalità risulta meno lineare.

RINFORZO MUSCOLARE

L'esercizio terapeutico è finalizzato al recupero della normale funzione di un distretto e, quindi, al miglioramento della qualità di vita di un paziente grazie al ripristino di funzioni compromesse in seguito ad infortunio. La resistenza elastica trova nel rinforzo muscolare il suo principale campo di applicazione, ed è particolarmente indicata per l'esecuzione di movimenti lenti e controllati, come quelli tipici delle prime fasi riabilitative o in pazienti con tessuti in via di riparazione. Risulta indicata anche in pazienti con basse capacità coordinative o con problematiche posturali.

Arto superiore

La spalla per la sua architettura è senza dubbio l'articolazione che più può beneficiare di un programma di rinforzo e stabilizzazione, non solo dell'articolazione gleno-omeroale, ma di tutto il complesso scapolo-toracico; la consistente diffusione di sindromi dolorose e traumatiche la rendono indubbiamente una delle articolazioni più studiate, anche se ancora non completamente comprese.

Distretto lombo-pelvico

Ormai da diversi anni si è visto come abbia poco senso parlare di rinforzo di un muscolo isolato, ma come sia meglio intendere il rinforzo, e più in generale la riabilitazione, come il ri-apprendimento di un movimento che coinvolge le diverse articolazioni fra loro collegate anatomicamente e funzionalmente. Per questo motivo, si stanno ormai approcciando le problematiche di anca, tratto lombare e ginocchio, in stretta correlazione uno all'altro, rendendo ormai insensato, ad esempio, un approccio focalizzato all'anca senza aver almeno preventivamente valutato il tratto lombare. Dati questi presupposti, l'esercizio a resistenza elastica si presta come particolarmente indicato.

Ginocchio

I problemi artrosici di ginocchio colpiscono circa il 60% degli adulti sopra i 65 anni. Il dolore, la riduzione di articularità e di forza mettono a dura prova la funzionalità del distretto e rendono difficoltose azioni quali deambulare, salire e scendere le scale, alzarsi e sedersi, compromettendo la partecipazione sociale dell'individuo.

L'esercizio a resistenza elastica ben si indirizza alle patologie articolari di ginocchio, siano esse degenerative o da sovraccarico; contestualmente alle cure farmacologiche e a una modificazione dello stile di vita, un attento programma di rinforzo dell'intero arto inferiore può aiutare il paziente a stare meglio, posticipando o addirittura evitando interventi chirurgici di sostituzione protesica. Questa modalità di esercizio può rappresentare un ausilio importante anche in seguito ad eventi traumatici. Le distorsioni di questa articolazione sono infatti abbastanza frequenti in coloro che praticano calcio, pallavolo, basket, sci a svariati livelli; ma capita anche spesso di vedere pazienti che incorrono in infortuni a seguito di incidenti domestici o della strada.

Caviglia

Le distorsioni di caviglia rappresentano uno dei più comuni infortuni nell'ambito della popolazione sia sportiva sia sedentaria; sono più frequenti nelle donne. Nell'85% dei casi è il comparto laterale ad essere coinvolto in seguito ad un evento traumatico in inversione, ma anche il comparto mediale può venire traumatizzato, determinando in questo caso una sollecitazione dannosa più o meno grave della componente ossea.



Questo tipo di infortunio può diventare estremamente disabilitante, determinando una netta restrizione delle attività lavorative o ricreative/sportive a causa della comparsa di dolore persistente, sensazione di debolezza, precoce affaticabilità o addirittura sensazione di instabilità della caviglia, con conseguente deficit di equilibrio globale e maggiori probabilità di andare incontro a recidive. Diventa pertanto fondamentale una corretta riabilitazione del paziente che ha subito una distorsione di caviglia già dal primo episodio, al fine di scongiurare l'instaurarsi di quadri denominati cronic ankle instability (CAI). Anche in questo caso la resistenza elastica si è dimostrata utile in diverse modalità di esercizio, non solo nel reclutamento/rinforzo della muscolatura della gamba, ma anche nell'esecuzione di esercizi propriocettivi statici e dinamici.

STRETCHING E AUMENTO DELLA FLESSIBILITÀ

Le bande elastiche possono essere utilizzate anche come strumento per fornire un carico costante di bassa o media intensità a strutture che, dopo un periodo di immobilità, hanno subito retrazioni e quindi necessitano di un intervento mirato. Le tecniche di allungamento di varia natura possono sicuramente beneficiare di questi ausili, così come le tecniche di contrazione-rilasciamento, permettendo al paziente di svolgere gli esercizi in autonomia presso la propria abitazione dopo un adeguato training da parte di personale specializzato.

Ramon Cavallin

Fisioterapista, libero professionista, Milano

APPROFONDIMENTI

GUIDA ALLA CONOSCENZA DELLE PRINCIPALI PATOLOGIE RETINICHE

Una serie di articoli sulle principali patologie retiniche scritti da Ortottisti di provata esperienza

Parte III - Sicurezza ed efficacia degli anti-VEGF: esperienze con i pazienti

M. Parisi

PRINCIPALI PATOLOGIE RETINICHE E TRATTAMENTO

La retina è il tessuto neurologico dell'occhio ed è la sede della formazione della visione; qualunque patologia interessi tale struttura può comportare la perdita della vista.

Nella porzione centrale del polo posteriore della retina si trova la macula, l'area deputata alla visione per eccellenza ad altissima richiesta metabolica. Al centro della macula è presente una lieve depressione definita fovea.

Degenerazione maculare legata all'età

La **degenerazione maculare legata all'età (AMD)** è la principale causa di deficit della visione e presenta come luogo di interesse primario la macula. L'incidenza si osserva maggiormente nei paesi occidentali e industrializzati. In Italia la forma avanzata della patologia affligge circa il 5% della popolazione tra i 60 e i 79 anni, e la prevalenza sale al 10,4% nei soggetti di età superiore ad 80 anni. Si tratta di una patologia multifattoriale in cui intercorrono fattori genetici, ambientali e stile di vita (età, genere, dieta, fumo, esposizione alla luce e uso di farmaci sistemici).

La degenerazione maculare senile può assumere due forme: quella secca o atrofica e quella umida o essudativa (wAMD). La prima è certamente la più comune, ha un'evoluzione lenta e non prevedibile nei tempi ed è caratterizzata da aree di atrofia più o meno estese. La forma umida ha un andamento rapido e progressivo costituito da formazione di nevasi patologici negli strati della retina. I pazienti con AMD iniziale presentano lesioni retiniche ma quasi sempre mantengono un buon livello di acuità visiva. L'AMD evoluta provoca una grave perdita della capacità visiva causata da uno scotoma centrale (zona centrale di cecità) secondario alla formazione di nevasi in prossimità o al centro della macula.

Neovascolarizzazione coroideale miopica

La **miopia** è una delle più comuni anomalie oculari nel mondo. Le conseguenze visive aumentano in frequenza e gravità progressivamente all'aumentare delle diottrie di miopia. Ci si riferisce ad una miopia elevata o patologica quando gli occhi presentano una refrazione maggiore di 6 diottrie. Tra le alterazioni più frequenti risultano rotture retiniche e sviluppo di una **neovascolarizzazione (mCNV)**.



Edema maculare diabetico

La retinopatia diabetica ha un'incidenza direttamente proporzionale alla durata della malattia. Si tratta di un'alterazione del microcircolo capillare retinico dovuto alla rottura della barriera emato-retinica. Una caratteristica fondamentale è la formazione dell'edema maculare diabetico (**DME**) che può essere distinto in lieve, anche detto no-center involved, e moderato, center involved. Il paziente tipicamente avverte una notevole riduzione della vista, anomalie nella distinzione dei colori e riduzione dell'adattamento al buio. Molto spesso si possono riscontrare cisti intraretiniche con accumulo di fluido che talvolta possono causare uno pseudoforo maculare.

Occlusioni delle vene retiniche

Le occlusioni venose retiniche determinano un aumento della pressione venosa e capillare con ristagno ematico. Le conseguenze sono un'ipossia retinica, emorragie retiniche, formazione di aree ischemiche e possibile edema maculare. L'occlusione può interessare vasi di calibro grande, medio o piccolo. Principalmente distinguiamo l'**occlusione della vena centrale della retina (CRVO)** e quella **di branca (BRVO)**. La conseguenza principale delle occlusioni è l'accumulo di fluido nella retina centrale, edema maculare post-trombotico e proliferazione di neovasi conseguente alla sofferenza ischemica della porzione interessata.

Trattamento

L'AMD, l'edema maculare diabetico, la neovascolarizzazione coroideale di tipo miopico e parte delle occlusioni possono essere trattate con gli inibitori di VEGF.

Nella genesi della neovascolarizzazione sono coinvolti diversi fattori di crescita tra cui il vascular endothelial growth factor (VEGF). Le cellule endoteliali dei neovasi non dispongono della stessa barriera dei vasi fisiologici, infatti possono perdere fluido ed essere soggetti ad emorragie. La conseguenza della proliferazione consiste nella formazione di una cicatrice fibrovascolare e perdita dell'acuità visiva.

La terapia farmacologica avviene tramite l'iniezione intravitreale di farmaci anti-angiogenetici che agiscono inibendo il VEGF. Il punto cardine nel trattamento con tali farmaci è il follow up delle iniezioni effettuato nei tempi e nei modi suggeriti dall'oculista per garantire la giusta efficacia terapeutica.

ESPERIENZE CLINICHE

Sono stati selezionati 5 pazienti per le diverse patologie descritte: due pazienti con degenerazione maculare di tipo essudativo, un paziente con occlusione venosa retinica di branca, un paziente con edema maculare diabetico e, infine, un paziente con neovascolarizzazione coroideale miopica.

Ogni paziente è stato sottoposto a valutazione della BCVA (best corrected visual acuity) cioè alla valutazione della massima acuità visiva che l'occhio può esprimere.

I pazienti sono valutati con OCT (tomografia a coerenza ottica), ove necessario con OCTA (angiografia OCT), per valutare la presenza e l'entità della lesione e valutazione del fondo oculare. Gli esami sono stati ripetuti successivamente a ogni iniezione intravitreale al fine di valutare ogni variazione e applicare un piano terapeutico sempre più specifico per ogni paziente.

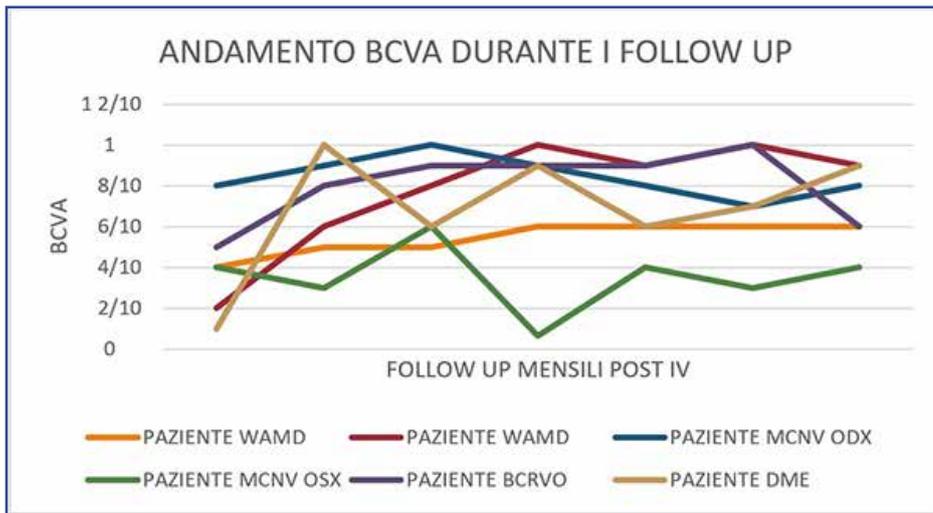


Figura 1. Valutazione della BCVA nei follow up a 1 mese dall'iniezione (dati Studio oculistico dott. Luigi Baglioni)

Nella **Figura 1** osserviamo le variazioni dell'acuità visiva dei pazienti durante i controlli a distanza di un mese dall'iniezione. La maggioranza dei pazienti, al termine dello studio dei vari trattamenti, presenta una acuità visiva uguale o superiore a 6/10.

Nei pazienti affetti da wAMD (degenerazione maculare essudativa) trattati con iniezioni intravitreali, all'inizio del trattamento sono stati eseguiti OCT ed angio-OCT per valutare la grandezza della membrana neovascolare e la presenza di fluido intraretinico. L'esame OCT è stato ripetuto ad ogni controllo. L'Angio-OCT eseguito alla fine di un ciclo di iniezioni intravitreali ha mostrato una riduzione della grandezza della membrana e durante i follow up il paziente ha mostrato una stabilizzazione della visione.

Il paziente con neovascolarizzazione coroideale miopico (MCNV) è stato sottoposto a trattamento intravitreale con un inibitore di VEGF in entrambi gli occhi.

Il paziente con occlusione venosa retinica di branca è stato trattato con un ciclo di tre iniezioni intravitreali, mostrando un significativo recupero visivo. Durante i controlli le scansioni effettuate hanno mostrato un notevole aumento dell'edema e si è pertanto resa necessaria un'iniezione di desametasone.

Infine, il paziente affetto da edema maculare diabetico è stato trattato con iniezioni di desametasone e, in seguito, con un inibitore di VEGF, mostrando una stabilità finale del visus sui 9/10 con recupero eccellente della visione. Tutti i pazienti sono strettamente controllati ogni mese per la valutazione dell'eventuale presenza di recidive.

RUOLO DELL'ORTOTTISTA

Un anello di giunzione tra lo specialista e il paziente è la figura dell'ortottista ed assistente in oftalmologia. Questa figura professionale opera in molti ambiti: preventivo, riabilitativo e diagnostico, in stretta collaborazione con medico oculista.

In tale contesto, l'ortottista si occupa della valutazione della BCVA e dell'esecuzione di esami strumentali e diagnostici fondamentali quali OCT e angio-OCT. Durante i follow up, il professionista ha il compito di assistere il paziente nella gestione e comprensione dell'iter terapeutico al fine di affrontare al meglio le cure necessarie. Uno degli aspetti più complicati e difficili da comprendere è infatti l'instabilità di tali patologie. Il cammino terapeutico deve essere vissuto con tranquillità e fiducia nei confronti dello specialista e dell'equipe che lo affianca.

Un diritto fondamentale del paziente è la formazione base per la conoscenza del trattamento, in quanto la scarsa informazione o l'assistenza inadeguata sono oggi inaccettabili.

Marta Parisi

Ortottista Assistente Oftalmologica, Arpino (FR)

Identificare e gestire i disturbi d'ansia

P. Valsecchi

I disturbi d'ansia comprendono quei disturbi che condividono caratteristiche di paura e ansia eccessive e i disturbi comportamentali correlati. La paura è la risposta emotiva a una minaccia imminente, reale o percepita, mentre l'ansia è l'anticipazione di una minaccia futura.

Nel linguaggio comune si fa riferimento al termine ansia per identificare:

- una serie di stati emotivi e comportamentali del tutto fisiologici (apprensione, tensione, paura, reazione allo stress, stato d'allarme...), definibili come ansia lieve, che insorgono in situazioni di stress e/o malessere;
- uno o più segni e sintomi che colorano altre condizioni patologiche, sia somatiche che psichiche, che devono essere attentamente individuati in quanto fattori di possibili complicazioni e che possono essere oggetto di interventi sintomatici di supporto di tipo psicologico-psicoterapeutico o anche, nei casi più gravi, farmacologico;
- un insieme di disturbi specifici che richiedono la sistematica messa in atto di definiti interventi diagnostici e terapeutici.

In Europa la prevalenza dei disturbi d'ansia nell'arco della vita è del 14,5%;¹ nella popolazione statunitense questo valore sale a circa il 30% nelle donne e al 20% negli uomini,² a conferma della loro maggior diffusione nel sesso femminile;³ la prevalenza varia con l'età: dopo un picco nella fascia dai 18 ai 24 anni, tende a risalire in età adulta (35-49 anni) per ridursi poi progressivamente fino alla vecchiaia.¹

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5),⁴ utilizzato da clinici e ricercatori di tutto il mondo per diagnosticare e classificare i disturbi mentali, distingue i disturbi d'ansia in:

- disturbo d'ansia di separazione
- mutismo selettivo
- fobia specifica
- disturbo d'ansia sociale (fobia sociale)
- disturbo di panico
- agorafobia
- disturbo d'ansia generalizzata (GAD)
- disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci
- disturbo d'ansia dovuto a un'altra condizione medica
- disturbo d'ansia con altra specificazione
- disturbo d'ansia senza specificazione.

Definisce inoltre i criteri diagnostici fondamentali che permettono di distinguere i diversi quadri clinici evidenziandone caratteristiche e differenze, non sempre di facile identificazione. Esistono infatti, per esempio, sintomi condivisi dal disturbo d'ansia generalizzata, dalla fobia sociale e dal disturbo depressivo maggiore, quali la difficoltà di concentrazione e la difficoltà nei rapporti interpersonali.⁵

Disturbi d'ansia diversi, inoltre, spesso coesistono in uno stesso individuo e la maggior parte delle persone con una storia di disturbo d'ansia generalmente soddisfa anche i criteri per un secondo disturbo d'ansia;⁶ a conferma di ciò, un'indagine condotta nei servizi di medicina generale ha evidenziato che il disturbo d'ansia generalizzata si presenta in comorbidità con un altro disturbo mentale nel 75% dei casi (**Fig. 1**).⁷

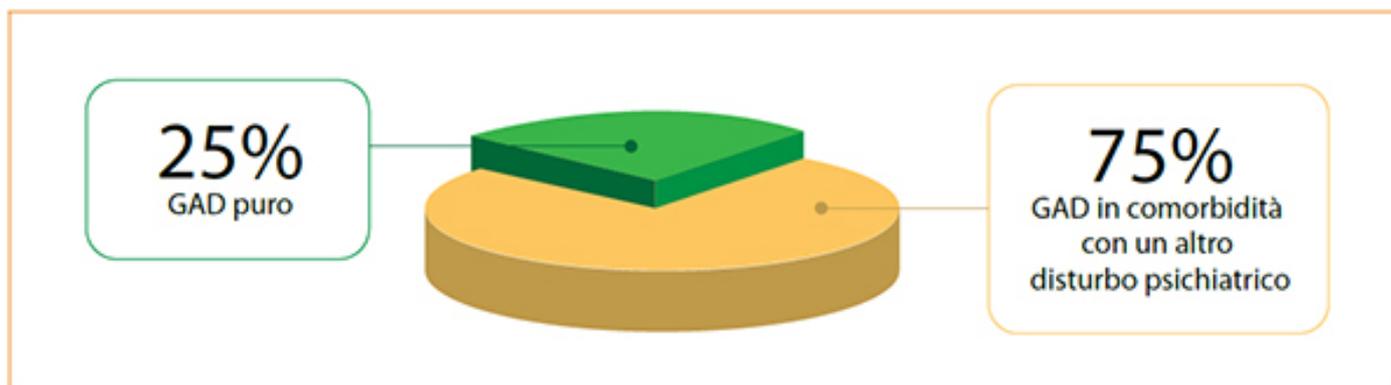


Figura 1. Presenza di disturbo d'ansia generalizzata (GAD) in concomitanza con un altro disturbo mentale nei pazienti di alcuni servizi di medicina generale (elaboraz. grafica da testo Ref. 7)

Si stima che i disturbi d'ansia abbiano una comorbidità con il disturbo bipolare superiore al 90%;⁸ molto elevata (fino a circa il 50%) è anche la comorbidità tra disturbi d'ansia e disturbi da uso di sostanze e da uso di alcool.⁹

La comorbidità tra ansia e depressione implica:^{2,10,11}

- diminuita risposta ai trattamenti
- maggior utilizzo dei servizi sanitari
- maggiore compromissione occupazionale
- maggiore impatto sociale
- aumento della cronicità
- maggiore compromissione sociale
- maggiore incidenza di suicidio
- aumento della gravità dei sintomi.

È quindi fondamentale distinguere tra ansia intesa come stato emotivo fisiologico, definibile come ansia lieve, e ansia come vero e proprio disturbo psichiatrico. In entrambi i casi questi disturbi, se non controllati, possono diventare debilitanti e interferire in modo importante con le attività quotidiane dei soggetti che ne soffrono.

Le armi terapeutiche

Più del 50% dei pazienti con disturbi ansiosi ancora oggi non riceve una terapia appropriata;¹² la mancanza di consapevolezza, lo stigma che circonda la malattia mentale e le variazioni nella capacità dei medici di diagnosticare e trattare le condizioni psichiatriche sono fattori che contribuiscono al problema.¹³

Per quanto riguarda l'ansia lieve, dal momento che non esiste una definizione uniforme non sono disponibili linee guida per il trattamento.¹⁴

Le Linee guida CANMAT (Canadian Network for Mood and Anxiety Disorders)¹⁵ forniscono informazioni scientifiche aggiornate sulla gestione terapeutica dei disturbi d'ansia, definendo per ciascuno di essi gli approcci farmaco-terapeutici di prima linea; se la risposta al dosaggio ottimale è inadeguata o l'agente non è tollerato,

si deve passare a un altro agente di prima linea prima di considerare i farmaci di seconda linea. I pazienti che non rispondono agli agenti di prima o seconda linea sono considerati affetti da malattia refrattaria al trattamento; in tali pazienti è importante rivalutare la diagnosi e considerare le condizioni mediche e psichiatriche associate che possono influenzare la risposta alla terapia.

In Europa circa il 30% dei pazienti affetti da disturbo d'ansia è in trattamento con farmaci psicotropi, circa il 25% con ansiolitici, il 15% circa con antidepressivi e, infine, circa il 5% con antipsicotici.¹⁶ Dato che gli ansiolitici sintetici convenzionali sono gravati da numerosi effetti avversi, i ricercatori stanno cercando di trovare medicinali sicuri con proprietà ansiolitiche estratti da fonti naturali.

Una risorsa fondamentale per la gestione dei disturbi d'ansia viene dalla terapia cognitivo-comportamentale (CBT), che combina la terapia cognitiva (cambiamento del modo di pensare) con la terapia comportamentale (cambiamento del comportamento); questi obiettivi vengono raggiunti instaurando un rapporto di collaborazione con il clinico.

La CBT ha mostrato risultati superiori o almeno uguali a quelli ottenuti con gli psicofarmaci nel trattamento della depressione e dei disturbi d'ansia, e si è rivelata assai più utile degli psicofarmaci nel prevenire le ricadute. Nel disturbo d'ansia generalizzata (GAD), la CBT è un'opzione di prima linea efficace quanto la farmacoterapia. Nel trattamento della fobia sociale, la CBT da sola è considerata un'efficace opzione di prima linea, con benefici mantenuti per un periodo di tempo che può arrivare a 5 anni; la CBT e la farmacoterapia sembrano avere un'efficacia simile per il trattamento delle forme acute, ma dopo l'interruzione del trattamento i guadagni ottenuti con la CBT persistono più a lungo di quelli ottenuti con la farmacoterapia.

Nel disturbo di panico, si sono rivelate utili le tecniche di psicoeducazione, che partono dal presupposto che alla base del panico vi siano dei fattori scatenanti di origine cognitiva interpretati in modo catastrofico (**Fig. 2**).

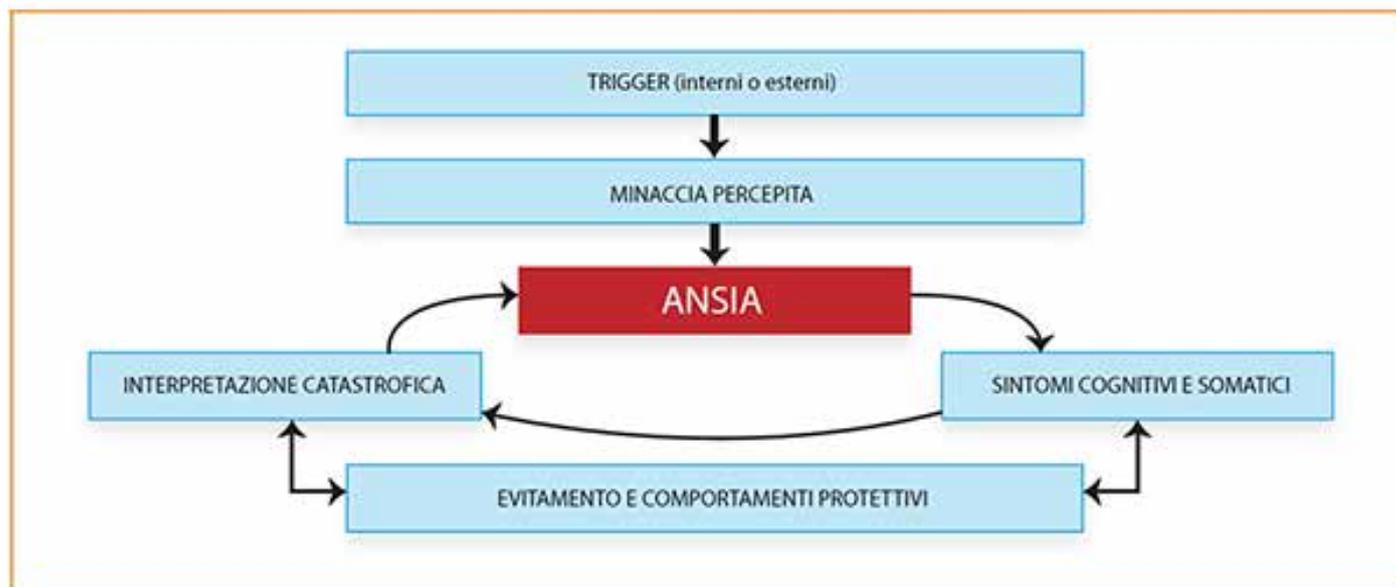


Figura 2. Il modello cognitivo del disturbo di panico prende in considerazione trigger interni o esterni che portano ad ansia e ai sintomi correlati (mod. da Ref. 17)

Conclusioni

diagnosi e il trattamento dei disturbi d'ansia sono tuttora non ottimali. Esistono diversi approcci terapeutici, che spaziano dalla terapia comportamentale a quella farmacologica, che comprende rimedi sintetici e naturali. È fondamentale tenere in considerazione gli eventuali effetti collaterali correlati al trattamento, ed è quindi opportuno valutare, volta per volta, quello maggiormente indicato per il singolo paziente.

A cura di

Paolo Valsecchi

Psichiatra

Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)

ASST Spedali Civili di Brescia

Bibliografia

1. Alonso J, Lépine JP; ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry* 2007;68(Suppl 2):3-9.
2. Kessler RC et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:8-19.
3. Lijster JM et al. The age of onset of anxiety disorders. *Can J Psychiatry* 2017;62(4):237-46.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC; 2000.
6. Kessler RC. The global burden of anxiety and mood disorders: putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *J Clin Psychiatry* 2007;68(Suppl 2):10-9.
7. Maier W et al. Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:29-36.
8. Kessler RC et al. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Med* 1997;27:1079-89.
9. Lai HM et al. Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend* 2015;154:1-13.
10. Lecrubier Y. Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 17):33-8.
11. Kaufman J, Charney D. Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2000;12(Suppl 1):69-76.
12. Kasper S et al. Silexan, an orally administered Lavandula oil preparation, is effective in the treatment of 'subsyndromal' anxiety disorder: a randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol* 2010;25:277-87.
13. Nutt DJ et al. Consensus statement on the benefit to the community of ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) survey data on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 2007;68(Suppl 2):42-8.
14. Kasper S et al. Efficacy and safety of Silexan, a new, orally administered lavender oil preparation, in subthreshold anxiety disorder - evidence from clinical trials. *Wien Med Wochenschr* 2010;160(21-22):547-56.
15. Katzman MA et al; Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University. *Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders*. *BMC Psychiatry* 2014;14(Suppl 1):S1.
16. Alonso J et al; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;420:55-64.
17. Wells A. *Trattamento cognitivo dei disturbi d'ansia*. McGraw Hill; 1999.



Via Brembo, 27 - 20139 Milano (MI) - Tel. +39 02 56665.1