

On Medicine

RIVISTA SCIENTIFICA INDIPENDENTE QUADRIMESTRALE



Intervista a Elisabetta Covelli

● **ESERCIZIO A RESISTENZA ELASTICA E FUNZIONE MOTORIA
Parte 2. Pilates Matwork e resistenza elastica**

C. Tempino

● **ASMA GRAVE E INFIAMMAZIONE DI TIPO 2
Parte I - Outcome clinici dell'asma grave**

Redazione OnMedicine

● **I disturbi d'ansia nella popolazione generale**

A. Sessa



SOMMARIO

4



INTERVISTA
Elisabetta Covelli

7



FOCUS
ESERCIZIO A RESISTENZA ELASTICA E FUNZIONE MOTORIA
Parte 2. Pilates Matwork e resistenza elastica
Redazione On Medicine

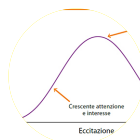
10



APPROFONDIMENTI
ASMA GRAVE E INFIAMMAZIONE DI TIPO 2

Parte I - Outcome clinici dell'asma grave
Redazione On Medicine

16



IL PARERE DELLO SPECIALISTA
I disturbi d'ansia nella popolazione generale
A. Sessa

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 © 2019 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

Ottobre 2019

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,

ci siamo lasciati all'inizio dell'emergenza Covid-19 correlata, ci rivediamo nella sua fase (speriamo) terminale. Affrontiamo il tempo a venire con uno sguardo nuovo che abbraccia le attività di ogni settore, sperando sia foriero di progressi utili alla nostra vita quotidiana.

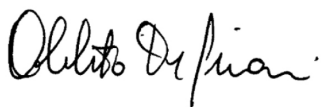
E proprio alla vita di ogni giorno si rivolgono i contenuti di questo numero, che si apre con l'intervista a una terapeuta traslazionale, Elisabetta Covelli, che ci spiega come le emozioni, la paura in particolare, possono condizionare il percorso riabilitativo e chi si appresta ad affrontarlo.

Continua la rassegna dedicata all'esercizio a resistenza elastica e funzione motoria con un contributo sull'applicazione di questo metodo nel Pilates proposto da una delle pioniere in Italia sul suo utilizzo, la fisioterapista Carmen Tempino.

Proponiamo poi, a partire da questo numero, una serie di approfondimenti che focalizzano i meccanismi e le conseguenze dell'infiammazione di tipo 2 nell'asma grave, e trasmettono le più recenti evidenze sullo sviluppo di terapie mirate.

Il numero si chiude parlando di disturbi d'ansia nella popolazione generale, tema quanto mai consono al periodo che abbiamo appena vissuto, a firma del dottor Aurelio Sessa, medico di medicina generale nonché specialista in Medicina Interna.

Buona lettura.

Il direttore responsabile



INTERVISTA

Intervista a Elisabetta Covelli

Redazione On Medicine



La paura del dolore e del movimento, che possiamo soffrire o che abbiamo provato in passato, è un'emozione frequente in chi ha subito un trauma fisico importante e condiziona in modo rilevante il percorso riabilitativo. Imparare a gestire questa e le altre emozioni di base, può consentire al paziente di essere più collaborativo con chi lo assiste nel recupero della condizione persa e, così, di accelerare la ripresa delle normali attività. Ce ne parla la dottoressa Elisabetta Covelli, Analista Transazionale, collaboratrice in alcuni Centri Medici di Milano.

Dottoressa Covelli, cos'è l'analisi transazionale e come è nato il suo interesse per la paura del dolore nel percorso riabilitativo?

Sono laureata in Filosofia e in Scienze Psicologiche; inoltre, ho conseguito la Certificazione Europea ed Internazionale in Analisi Transazionale, una delle scuole di pensiero della psicoanalisi, fondata dal medico psichiatra Eric Berne dagli anni '50 in USA. Essa si concentra sugli aspetti comunicativi ed emotivi delle "transazioni", cioè "relazioni" fra due o più persone.

Da diverso tempo, mi occupo di Counselling e Coaching, sia professionale sia sportivo, collaborando con Medici e Fisioterapisti che seguono pazienti in riabilitazione post traumatica.

Ho sempre praticato sport e, a causa di un trauma fisico, sono entrata in contatto con il mondo della riabilitazione fisica.

Nel corso del suo iter riabilitativo è stata influenzata dalla paura del dolore?

Sicuramente sì. Come paziente ho compreso quanto le emozioni possano influenzare la riabilitazione, così ho iniziato a dedicarmi a questo argomento che è oggetto di studio da parecchio tempo e in diverse sedi. Esiste, infatti, un test, la Tampa Scale of Kinesiophobia, elaborato specificamente per valutare la fobia del movimento in soggetti che hanno subito un trauma che impedisce di praticare, per un certo periodo, sia lo sport agonistico e amatoriale sia un'attività fisica quotidiana.

Questa fobia, a parer suo, si ricollega al timore di percepire di nuovo dolore o di subire un nuovo infortunio?

Secondo me, a entrambe le situazioni; ovviamente, il "farsi male" crea dolore e periodi d'inattività, quindi c'è, spesso, il timore di entrambi gli aspetti. È importante notare che solo quando la paura è eccessiva, cioè

inefficace per il normale svolgimento della riabilitazione e della vita quotidiana, diventa patologica e, in alcuni casi, una vera fobia.

Qui, mi riallaccio alla teoria di riferimento, l'Analisi Transazionale, e in particolare alla Teoria delle Emozioni. Essa è da tempo convalidata anche dagli antropologi e da molti studi: le emozioni di base degli esseri umani, come dei primati, non sono molte. Oltre alla paura, ci sono la rabbia, il dolore, fisico ed emotivo, la gioia e la speranza. Le emozioni sono tutte positive e utili per la sopravvivenza, sia degli individui sia della specie. Diventano patologiche quando sono eccessive rispetto alla realtà (ad esempio, si prova una paura/ansia troppo forte rispetto al reale pericolo). In questi casi, la percezione della realtà risulta alterata, spesso in modo inconsapevole.

Come si è svolta la sua ricerca?

Ho collaborato con una équipe di Medici e Fisioterapisti nell'ambito di un progetto di ricerca volto a definire dei questionari che, sottoposti a soggetti volontari, fossero in grado di individuare i fattori di rischio che possono indurre alcuni comportamenti inefficaci per il raggiungimento degli obiettivi della riabilitazione, come l'abbandono precoce del percorso riabilitativo e la tendenza a farsi male di nuovo, la cosiddetta "re-injury". Dalla ricerca effettuata, si evince che i possibili fattori di rischio sono:

- scarsa capacità di riconoscere ed utilizzare efficacemente le proprie emozioni;
- scarso "contatto" con il proprio corpo, usato solo come "strumento";
- difficoltà nella comunicazione e relazione con gli operatori;
- forte presenza di pregiudizi sociali e familiari che ostacolano le scelte individuali.

Ogni persona percepisce il dolore in modo diverso perché ciascuno ha la propria soglia di dolore; quanto influisce questo fattore sulla resa di una riabilitazione?

Molto. Su questo tema ci sono molti studi in itinere. Spesso, la paura del dolore e/o del movimento nasce dallo scarso riconoscimento delle emozioni reali. Per questo, la percezione del dolore può risultare alterata rispetto alla norma. Infatti, ci sono emozioni dette "sostitutive" o "parassite"; cioè, oltre alla paura possono essere coinvolte altre emozioni che il paziente, talvolta, non coglie consapevolmente, come la rabbia e la tristezza. Queste emozioni, se riconosciute, diventano delle risorse di energia positiva; per esempio, la rabbia può diventare "determinazione" per il raggiungimento degli obiettivi della riabilitazione stessa.

Esiste una terapia che aiuti a sconfiggere queste emozioni negative e aiuti il paziente a dare il meglio di sé nel percorso riabilitativo?

Uno dei percorsi proposti, è chiamato "coaching emotivo". Esso prevede un ciclo di incontri, preceduti dalla compilazione dei questionari prima citati, che consente di porre una prima ipotesi sul problema del paziente. Di solito, si tratta di un totale di 10-12 incontri durante i quali il paziente viene stimolato a riconoscere l'emozione principale che influenza il suo comportamento in fase riabilitativa. Questo può motivare meglio il paziente a proseguire la riabilitazione e a raggiungere gli obiettivi prefissati.



Quindi è un percorso di sostegno psicologico che si affianca a quello riabilitativo vero e proprio?

Sì, ma è opportuno precisare che non si tratta di un percorso di psicoterapia. È esclusivamente un percorso di supporto emotivo al paziente che si trova già inserito in centri di riabilitazione medica e fisica. Il coaching emotivo e sportivo è diffuso nel Nord Europa e in Nord America da moltissimi anni; in Italia è ancora poco conosciuto. La nostra ricerca nasce dal fatto che è stato evidenziato che alcuni pazienti, soprattutto sportivi agonisti o amatoriali di buon livello, spesso si lamentavano perché non si sentivano supportati emotivamente, durante il percorso di riabilitazione, in modo adeguato alle loro necessità.

Secondo lei, il coaching emotivo può risultare utile anche in pazienti affetti da patologie neurodegenerative quali sclerosi multipla o distrofia muscolare, che presentano una forma progressivamente invalidante per la quale è necessaria una costante gestione fisioterapica?

Sì. Ritengo che la Teoria delle Emozioni possa essere applicata a qualunque persona con diverse sindromi patologiche. Credo sia consigliabile che gli operatori incaricati abbiano una conoscenza approfondita della situazione, così da poter definire il percorso più idoneo possibile per il paziente. Inoltre, è fondamentale che fra il paziente e tutti gli operatori sanitari da cui è seguito ci sia una comunicazione trasparente e rispettosa, formulando sin dall'inizio un Contratto o Patto Formativo riguardo a ruoli, competenze e obiettivi di ogni soggetto coinvolto nel percorso riabilitativo. In questo modo, si può creare una vera alleanza emotiva fra operatori e paziente, aumentando le probabilità di raggiungere e, anche, superare gli obiettivi riabilitativi prefissati.

ESERCIZIO A RESISTENZA ELASTICA E FUNZIONE MOTORIA

Redazione On Medicine

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 2. Pilates Matwork e resistenza elastica

C. Tempino

Il Pilates Matwork (PM) è un metodo costituito da un programma di esercizi a corpo libero (matwork) che hanno lo scopo di aumentare forza, elasticità e resistenza, lavorando sul controllo globale del corpo e sulla precisione del gesto motorio. La versatilità del metodo lo rende di facile applicazione in ambito sia sportivo sia terapeutico. Il metodo si avvale anche dell'ausilio di piccoli attrezzi come le palle di varie dimensioni, il magic circle, il foam roller, lo stability disc, le bande elastiche.

PRINCIPI BASE DEL METODO PILATES

I sei principi del Pilates costituiscono le fondamenta sulle quali si basa il metodo. Tali principi sono utili a stabilire e a migliorare la qualità degli esercizi e permettono il controllo ed il mantenimento costante di un buon allineamento posturale.

1. Ricerca del baricentro

Nel Pilates il baricentro comprende la zona lombare posteriormente, la zona addomino-pelvica anteriormente. Una buona stabilizzazione di questa zona mira al raggiungimento di una corretta postura, migliora l'equilibrio statico e dinamico, riduce il carico sul tratto lombare. Il baricentro è il fondamento di tutti i movimenti: senza un baricentro forte e stabile non si possono muovere correttamente braccia e gambe.

I muscoli che svolgono il ruolo di stabilizzatori sono suddivisi in due categorie: gli stabilizzatori profondi, brevi e resistenti, che attraversano una singola articolazione o pochi segmenti spinali e sono responsabili della stabilità della "zona neutra" (detta anche "posizione neutra del bacino") che riduce o previene la comparsa di dolori lombari; e gli stabilizzatori superficiali, più grandi e potenti, che attraversano due o più articolazioni e sono responsabili dei principali movimenti del corpo. Gli esercizi a resistenza elastica hanno una duplice azione, quella di potenziare il lavoro degli stabilizzatori contrastandolo o agevolandolo.



2. Controllo

Gli esercizi richiedono un controllo completo del corpo e della mente; si tratta di una complessa interazione tra il cervello, i muscoli e i sistemi di comando del sistema nervoso. Questa interazione prende il nome di “controllo motorio”, nel quale giocano un ruolo fondamentale gli stabilizzatori profondi e superficiali. Se il centro del corpo (core) è forte e stabile, è possibile muovere gli arti con un maggior controllo.

3. Precisione

Un buon controllo motorio comporta tanta pratica per essere sviluppato con precisione. Per questo, ogni esercizio può essere suddiviso in più livelli prima di arrivare all'esecuzione finale. Nel Pilates, ogni movimento va attentamente calcolato e pianificato, prevenendo in questo modo il rischio di infortuni.

4. Concentrazione

In ogni esercizio nessuna parte del corpo viene trascurata; l'attenzione è posta non solo al movimento, ma anche alla posizione del corpo nello spazio. Attraverso un lavoro consapevole, il corpo è in grado di discriminare ciò che è corretto da ciò che è sbagliato; si tratta di un processo di autocorrezione in grado di riconoscere, ridurre o eliminare eventuali compensi. Una volta raggiunto un controllo mentale completo per ogni esercizio, si potrà dare inizio al processo di apprendimento motorio.

5. Fluidità del movimento

Il controllo consapevole del gesto motorio e la sua precisione sono in grado di dare continuità e fluidità al movimento. I movimenti all'interno di un singolo esercizio non sono interrotti, ma correlati l'uno all'altro; lo stesso vale anche per un programma di esercizi: ogni esercizio è correlato a quello successivo in maniera ritmica. La somma di tutti i principi rende ogni esercizio o programma di esercizi “funzionale”. Il Pilates è un lavoro di tipo funzionale in quanto prevede l'utilizzo di più gruppi muscolari che attivano tutto il corpo in maniera armonica e precisa; tali esercizi migliorano le capacità fisiche dell'individuo e le attività svolte nel quotidiano.

6. Respirazione

La tecnica respiratoria utilizzata nel Pilates, detta “lateral breathing”, agevola l'espansione laterale della cassa toracica. Durante l'inspirazione avviene l'espansione laterale delle coste e il restringimento dei fianchi; durante l'espirazione avviene il corretto reclutamento dei muscoli stabilizzatori profondi. Tale tecnica agevola il mantenimento della posizione neutra del bacino durante gli esercizi, riduce la pressione addominale evitando di spingere in fuori l'addome, facilita l'attivazione corretta dei muscoli addominali, prevenendo l'estensione della colonna.

FINALITÀ DEGLI ESERCIZI A RESISTENZA ELASTICA CON METODO PILATES MATWORK

Il PM realizzato con bande elastiche consente di:

- aumentare l'elasticità e la forza muscolare
- migliorare la flessibilità articolare
- migliorare l'allineamento posturale sia statico sia dinamico
- migliorare l'equilibrio e la coordinazione motoria
- migliorare il controllo del baricentro ed il controllo motorio
- migliorare la stabilità articolare
- alleviare i dolori muscolari ed articolari
- allentare le tensioni a carico del tratto lombare
- riequilibrare il cingolo scapolo omerale ed il cingolo pelvico
- ristabilire la funzione diaframmatica
- riequilibrare le curve fisiologiche della colonna vertebrale
- diminuire le tensioni articolari
- migliorare la percezione corporea.

Grazie all'estrema versatilità del metodo Pilates e ai principi sui quali si fonda, ogni esercizio può essere semplificato in base al livello personale e avere uno scopo diverso. Sarà compito del rieducatore adattare l'esercizio alla persona e non viceversa.

Carmen Tempino

Fisioterapista, Milano

Bibliografia di riferimento

- Panjabi MM. The stabilizing system of the spine. Part 1. Function, dysfunction, adaptation, and enhancement. J Spinal Disord 1992;5(4):383-9.
- Bergmark A. Stability of the lumbar spine- A study in mechanical engineering. Acta Orthop Scand Suppl 1989;230:1-54.
- Pilates JH, Miller WJ. Ritorno alla vita. Carrocci, Roma, 2008.
- Ungaro A. Pilates. Corpo in movimento. Fabbri Editore, 2002.
- Kendall F, Kendall McCreary E. I muscoli. Funzioni e test con postura e dolore. Verduci Editore, 2006.



APPROFONDIMENTI

ASMA GRAVE E INFIAMMAZIONE DI TIPO 2

Nell'asma grave l'infiammazione cronica sottostante è guidata nel 50%-82% dei pazienti dalla cascata dell'infiammazione di tipo 2, promossa cioè da linfociti T-helper 2 (TH2) CD4+ e dalle cellule linfoidi innate di tipo 2 (ILC2), in cui un ruolo patogenetico fondamentale, riconosciuto dall'ultimo aggiornamento delle linee Guida GINA (GINA Pocket Guide Difficult-to-treat & severe asthma – aprile 2019), è svolto dalle interleuchine IL-4, IL-5 e IL-13.

Proponiamo a partire da questo numero una serie di approfondimenti che focalizzano i meccanismi e le conseguenze cliniche dell'infiammazione di tipo 2 nell'asma grave e trasmettono le più recenti evidenze sullo sviluppo di terapie mirate.

Parte I - Outcome clinici dell'asma grave

Redazione On Medicine

L'asma è una malattia cronica delle vie aeree caratterizzata da ostruzione bronchiale più o meno accessoriale, solitamente reversibile spontaneamente o in seguito alla terapia; si associa ad ampia variabilità nel tempo della funzione polmonare, di solito concordante con l'andamento dei sintomi; provoca iperreattività bronchiale e un accelerato declino della funzionalità respiratoria che può evolvere, in alcuni casi, in un'ostruzione irreversibile delle vie aeree.

Come viene definita l'asma grave?

Esistono tre documenti di riferimento per definire l'asma grave:

- il documento prodotto dalla task force della European Respiratory Society (ERS) e dell'American Thoracic Society (ATS), che definisce asma grave la forma che necessita del trattamento con steroide inalatorio (ICS) ad alte dosi associato a un altro farmaco controller per prevenire che diventi non controllata, oppure che rimane non controllata nonostante questa terapia;
- il documento del Severe Asthma Research Program (SARP), che definisce asma grave il caso che presenti uno dei due criteri maggiori: alta dose di ICS oppure corticosteroide orale (OCS) per almeno il 50% dei giorni dell'anno precedente; e almeno due dei sette criteri minori: uso concomitante di un altro controller, sintomi quotidiani richiedenti il trattamento con beta-agonisti a breve durata d'azione (SABA), $FEV_1 < 80\%$ del predetto, necessità di almeno tre cicli di OCS durante l'anno precedente, una o più visite urgenti nell'anno precedente, deterioramento delle condizioni in caso di riduzione del 25% della dose di ICS o OCS, anamnesi di crisi asmatiche causa di rischio di vita;
- il documento della Global Initiative for Asthma (GINA), che definisce asmatici gravi i pazienti in trattamento step 4 o 5 ma solo quelli con alta dose di ICS o in trattamento con OCS.

Ruolo della funzione polmonare

Nella patogenesi delle alterazioni che si correlano all'asma grave partecipano numerosi meccanismi, tra i quali giocano un ruolo fondamentale l'infiltrazione di cellule infiammatorie, il rilascio di mediatori e il rimodellamento delle vie aeree.

Il danno strutturale sottostante alla condizione asmatica esita in una destrutturazione del parenchima polmonare e in un'alterata interdipendenza tra sistema polmonare e bronchiale; ne conseguono alterazioni fisiopatologiche di rilevanza assoluta atte a giustificare la sintomatologia che accompagna i pazienti affetti da asma grave, che possono presentare quadri di ostruzione bronchiale fissa, difficilmente o non reversibile. Generalmente, infatti, in questi pazienti tutti gli indici di flusso espiratorio ($FEV_{1,}$, FEV_{1}/FVC , $FEF_{25-75\%}$) sono significativamente ridotti, così come lo è la capacità vitale forzata (FVC), dato che le vie aeree si chiudono prematuramente verso la fine di un'espiazione piena. La risposta di questi indici ai farmaci broncodilatatori è di grande importanza ed è funzione della gravità dell'asma.

Durante gli attacchi asmatici i volumi polmonari sono aumentati, con una riduzione delle resistenze delle vie aeree di ogni grandezza; la terapia broncodilatatrice migliora questo quadro broncospastico.

Alcune evidenze suggeriscono che un cambiamento della tensione di superficie del rivestimento alveolare possa essere responsabile di un'alterazione delle proprietà elastiche del polmone; la perdita della retrazione elastica polmonare determina la perdita di trazione radiale sulle pareti dei bronchioli, con un loro conseguente collabimento all'atto di un'espiazione anche minimamente più rapida e forzata che di norma (ostruzione al flusso aereo da cause estrinseche). Nel caso di malattie nelle quali il lume bronchiale è diminuito di calibro, come l'asma grave, il flusso aereo risulta ridotto da un aumento delle resistenze, anche se la pressione fornita dalla forza di retrazione elastica del polmone è conservata (ostruzione al flusso aereo da cause intrinseche).

Una valutazione funzionale ventilatoria consente l'identificazione del paziente con asma grave; in modo particolare, risulta essenziale eseguire una spirometria globale che possa favorire un'approfondita valutazione dei volumi dinamici e statici (**Tab. 1**).

PRIMO LIVELLO	Spirometria semplice + FeNO
SECONDO LIVELLO	Spirometria globale o pletismografia + DLCO
TERZO LIVELLO	<i>Single breath test</i>

Tabella 1. Test funzionali ventilatori per la valutazione del paziente affetto da asma grave (DLCO: diffusione alveolo-capillare del monossido di carbonio; FeNO: frazione di ossido nitrico esalata)

Pazienti asmatici non controllati

Tutti i documenti di riferimento sull'asma grave evidenziano che l'approccio alla gestione dell'asma è basato sul controllo della malattia, per il quale si fa riferimento a una componente attuale, relativa ai sintomi e allo stato funzionale del paziente nel periodo corrente, e a una componente a lungo termine, che si riferisce al rischio di esacerbazioni, all'instabilità clinica, al permanere di una riduzione della funzionalità polmonare, agli effetti collaterali del trattamento correlati in particolare all'uso cronico di OCS.



Vengono definiti non controllati:

- i pazienti sintomatici (cioè che presentano frequenti sintomi diurni, che ricorrono a farmaci broncodilatatori al bisogno, che presentano limitazioni dell'attività quotidiana, che vengono svegliati di notte dall'asma);
- i pazienti con buon controllo dei sintomi, ma con due o più riacutizzazioni nell'anno precedente che abbiano richiesto l'utilizzo di OCS;
- i pazienti con buon controllo dei sintomi, ma con una o più riacutizzazioni nell'anno precedente che abbiano comportato il ricovero ospedaliero;
- i pazienti che presentano sia sintomi di non controllo sia riacutizzazioni.

In generale, si può dire che esiste una popolazione scarsamente responsiva ai trattamenti ai quali rispondono invece la maggior parte dei pazienti asmatici: si parla allora di asma difficile da trattare, ovvero dei casi che non risultano controllati nonostante il trattamento degli step 4 e 5 GINA (per esempio, dose medio-alta di ICS più un secondo controller; terapia di mantenimento con OCS) oppure che necessitano di questo trattamento per raggiungere e mantenere un buon controllo dei sintomi e ridurre il rischio di riacutizzazioni. In questo ambito troviamo un sottogruppo di pazienti, pari al 3,6%, che risulta affetto da asma grave refrattario al trattamento (**Fig. 1**).



Figura 1. Percentuale di pazienti affetti da asma grave refrattario al trattamento

Asma grave e corticosteroidi orali

Per molti anni l'unico trattamento in aggiunta alla terapia inalatoria è stato l'utilizzo degli OCS, a cicli o per lunghi periodi. L'efficacia degli OCS si correla alla loro attività antinfiammatoria; lo sviluppo dell'asma, anche grave, è infatti il risultato di una complessa interazione tra genetica, danno delle vie aeree e alterata risposta immunitaria all'interno dell'apparato respiratorio.

L'uso cronico di OCS, tuttavia, espone i pazienti a numerosi, potenziali effetti collaterali sistemici (**Tab. 2**); l'avvento dei corticosteroidi per via inalatoria (ICS) e il riconoscimento che questi possono essere ugualmente efficaci nella maggior parte dei pazienti con asma hanno indotto una progressiva riduzione dell'uso di OCS, tranne che nella popolazione con asma grave che, tuttavia, nonostante il trattamento continuativo con queste molecole può continuare ad andare incontro a riacutizzazioni. Si prevede che il

ruolo degli OCS diminuirà con la crescente esperienza con gli agenti biologici, che consentono una terapia più mirata.

• Perdita di densità ossea e rischio di fratture
• Aumento di peso e sindrome metabolica
• Soppressione surrenalica
• Immunosoppressione relativa
• Sintomi neuropsichiatrici (insonnia, manie e ansia)
• Ulcera peptica
• Ipertensione
• Insufficienza cardiaca congestizia
• Dislipidemia, redistribuzione del grasso corporeo
• Cataratta, glaucoma
• Ecchimosi
• Strie cutanee
• Modifiche dell'appetito
• Ritenzione di liquidi

Tabella 2. Complicanze correlate all'uso a lungo termine di corticosteroidi orali

Riacutizzazioni e qualità di vita nel paziente asmatico

Le riacutizzazioni sono spesso la più comune e temibile manifestazione clinica dei pazienti con asma grave, aumentandone il rischio di morte e, sicuramente, influenzandone il decorso naturale; per questo motivo la loro prevenzione è stata inserita in tutte le raccomandazioni per il trattamento dell'asma come importante componente per il raggiungimento del controllo di malattia.

Sono definite da un marcato, progressivo deterioramento dei sintomi di asma e dell'ostruzione bronchiale, che compare nello spazio di ore o giorni e può durare settimane, richiedendo spesso un cambiamento della gestione terapeutica.

Una definizione pratica di gravità della riacutizzazione asmatica, proposta dall'American Family Physician, prevede la valutazione della capacità di eloquio: l'impossibilità di esprimersi per frasi compiute a causa della dispnea è un segno di gravità di riacutizzazione che richiede il ricorso all'assistenza medica immediata. Le comorbidità (rinosinusite, malattia da reflusso gastro-esofageo, infezioni respiratorie ricorrenti, poliposi nasale, apnee ostruttive nel sonno), così come l'effetto di allergeni e inquinanti atmosferici, possono



contribuire a un aumento delle riacutizzazioni.

È noto che la percezione di malattia è influenzata da variabili fisiologiche e psicologiche. Nel descrivere l'impatto che la malattia ha sulla loro qualità di vita (QoL), i pazienti asmatici sono soliti individuare tre diversi aspetti: le riacutizzazioni, la gestione dei sintomi, la gestione della fase intercritica.

Questi aspetti si coniugano nella vita reale con la tendenza a isolarsi e ridurre le relazioni sociali. Gli asmatici sono costretti ad assentarsi spesso dal lavoro o da scuola, a interrompere le attività usualmente praticate; si innesca così un circolo vizioso che esita in un peggioramento complessivo della QoL e dello stato generale di salute.

Per questo motivo, i "patient reported outcomes", ovvero le variabili più intrinsecamente associate alla condizione clinica percepita dal paziente e all'impatto sulle attività quotidiane stanno sempre più assurgendo al ruolo di "primary outcomes" nella valutazione di efficacia dei trattamenti per l'asma; la QoL può essere valutata mediante questionari somministrati al paziente o autosomministrabili (**Tab. 3**).

Il ruolo delle riacutizzazioni e della QoL nel decorso e nella prognosi dei pazienti con asma grave sono quindi determinanti, e devono essere presi in considerazione nella gestione complessiva del paziente e della malattia.

Questionario	No. di item	Domini
Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ)	20	4
St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)	76	3
Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ)	32	4
Living With Asthma Questionnaire (LWAQ)	68	11
Asthma Quality of Life	20	4

Tabella 3. Esempi di questionari sulla qualità della vita correlati alla malattia asmatica

Bibliografia di riferimento

- Choo XN, Pavord ID. Morbidity associated with oral corticosteroids in patients with severe asthma. *Thorax* 2016;71:302-4.
- Chung KF, Wenzel SE, Brozek JL, et al. International ERS/ATS guidelines on definition, evaluation and treatment of severe asthma. *Eur Respir J* 2014;43:343-73.
- Diamant Z, Boot JD, Virchow JC. Summing up 100 years of asthma. *Respir Med* 2007;101:378-88.
- Fahy JV. Type 2 inflammation in asthma-present in most, absent in many. *Nat Rev Immunol* 2015;15(1):57-65.
- Gauthier M, Ray A, Wenzel SE. Evolving concepts of asthma. *Am J Respir Crit Care Med* 2015;192:660-8.
- GINA Pocket Guide for Health Professionals. Difficult-to-treat & severe asthma in adolescent and adult patients. Diagnosis and management. V2.0; April 2019.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Updated 2020. Disponibile sul sito web: www.ginasthma.org.
- Heijkenskjold Rentzhog C, Janson C, Berglund L, et al. Overall and peripheral lung function assessment by spirometry and forced oscillation technique in relation to asthma diagnosis and control. *Clin Exp Allergy* 2017;47(12):1546-54.
- Juniper EF, Guyatt GH, Willan A, et al. Determining a minimal important change in a disease-specific quality of life questionnaire. *J Clin Epidemiol* 1994;47:81-7.

- Moy ML, Israel E, Weiss ST, et al. Clinical predictors of health-related quality of life depend on asthma severity. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163(4):924-9.
- Robinson D, Humbert M, Buhl R, et al. Revisiting Type 2-high and Type 2-low airway inflammation in asthma: current knowledge and therapeutic implications. *Clin Exp Allergy* 2017;47(2):161-75.
- Schipper H, Clinch J, Olweny CLM. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: Spilker B Editors. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven Press, 1990:11-23.
- van den Berge M, ten Hacken NH, van der Wiel E, Postma DS. Treatment of the bronchial tree from beginning to end: targeting small airway inflammation in asthma. *Allergy* 2013;68(1):16-26.
- Wenzel SE, Fahy JV, Irvin CG, et al. Proceedings of the ATS workshop on refractory asthma: Current understanding, recommendations, and unanswered questions. *Am J respir Crit Care Med* 2000;162:2341-51.



IL PARERE DELLO SPECIALISTA

I disturbi d'ansia nella popolazione generale

A. Sessa

L'ansia è una reazione di allarme e allerta psichica che potenzia le capacità operative del soggetto nel risolvere una situazione. È di per sé una condizione psicologica fisiologica; diventa patologica quando tale reazione è quantitativamente esagerata, con conseguente caduta nel livello delle prestazioni (**Fig. 1**).

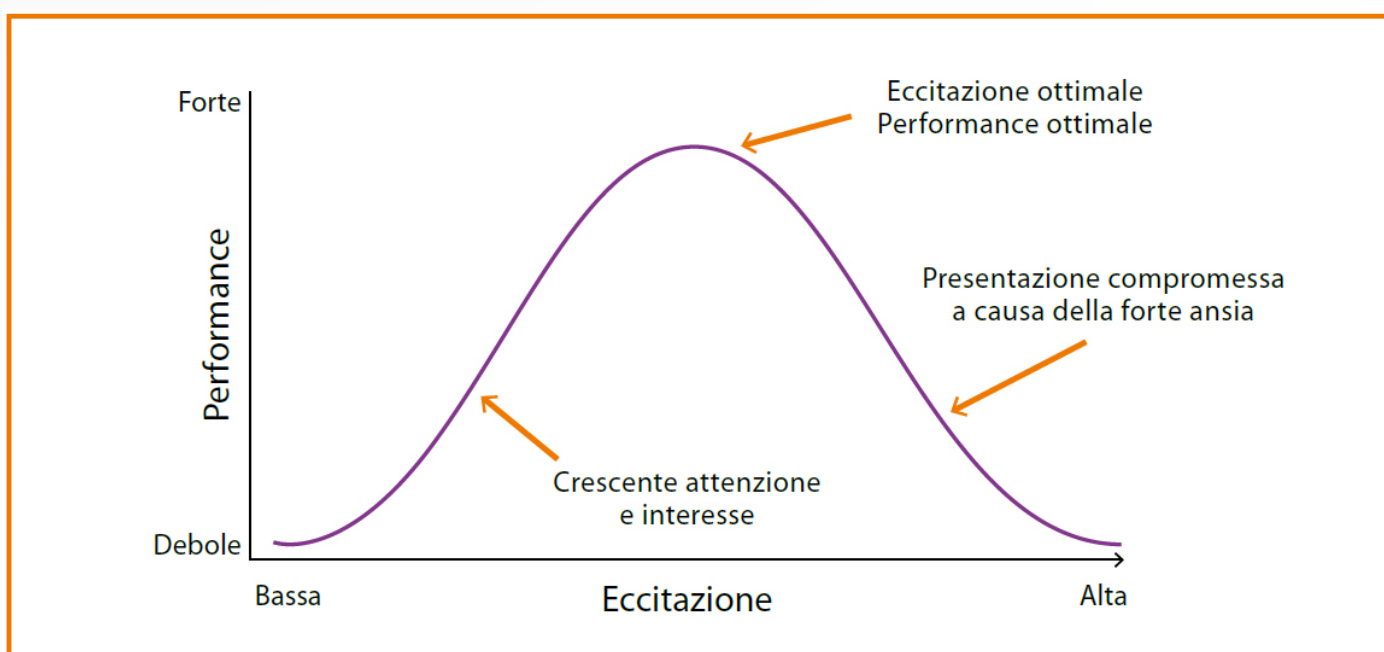


Figura 1. Curva di Yerkes-Dodson che evidenzia il passaggio da normale stato di allerta psichica (ansia fisiologica) a perdita del controllo dello stato emotivo (ansia patologica).

I disturbi d'ansia sono molto probabilmente causati da un'interazione tra fattori ambientali e specifiche vulnerabilità neurobiologiche che coinvolgono mediatori chimici cerebrali come serotonina, noradrenalina, dopamina, GABA e recettori oppioidi endogeni.¹

In Italia si stima una prevalenza dei disturbi d'ansia del 10,4%, maggiore nel sesso femminile (12,4-13,1%) rispetto a quello maschile (6,9-7,5%);² si assiste a un continuo, sensibile incremento dell'incidenza che giustifica la necessità di poter riconoscere anticipatamente gli stati cosiddetti "sottosoglia".³ Infatti, i sintomi all'inizio possono essere di lieve o moderata entità, atipici, mascherati, di breve durata o ricorrenti; talvolta chi ne soffre tende a somatizzare questo disturbo sotto forma di stanchezza, apprensione costante, disturbi del sonno, tachiaritmie, disturbi addominali, mal di testa.⁴

I disturbi d'ansia non riconosciuti e curati correttamente causano un forte disagio psichico, che può alterare significativamente la qualità di vita; è stato dimostrato che se i pazienti portano con sé questi disturbi per più di 12 mesi presentano un grado di severità dei sintomi maggiore e un tempo di guarigione più lungo rispetto a chi viene preso in cura più precocemente.⁵

Ansia ed età

I disturbi d'ansia possono colpire tutte le fasce di età, ciascuna delle quali presenta caratteristiche peculiari. Nella fascia pediatrica/adolescenziale possono evidenziarsi condizioni comportamentali ansiose, che vengono solitamente rilevate nell'ambiente scolastico, in seno alla famiglia o dal pediatra, secondarie il più delle volte a un disagio familiare o a separazione dei genitori. Lo specialista di riferimento per questi casi è il neuropsichiatra infantile.

Il giovane adulto, intendendo quella fascia di età che va dai 20 ai 60 anni, solitamente è caratterizzato da una personalità sana, attiva, che raramente usufruisce di cure mediche, se non in maniera estemporanea, anche in presenza di sintomi ansiosi di un certo rilievo.

Poi abbiamo la fascia di età superiore a 60 anni; questa popolazione spesso soffre di patologie croniche e disturbi funzionali. La letteratura è ricca di riferimenti circa il fatto che le malattie croniche possano essere di per sé causa di disturbi d'ansia, così come alcune terapie farmacologiche (**Tab. 1**); anche la disabilità, quando presente, può essere causa di disturbi dell'umore significativi.⁶

Patologie e condizioni che possono provocare disturbi d'ansia	Ipertiroidismo, asma, broncopatia cronica ostruttiva, scompenso cardiaco, aritmie, cardiopatia ischemica, ipoglicemia, insufficienza corticosurrenalica, feocromocitoma, porfiria, carenza di vitamina B12, embolia polmonare, astinenza da alcol
Farmaci che possono provocare disturbi d'ansia	Corticosteroidi, salbutamolo, simpaticomimetici, insulina, ormoni tiroidei, L-dopa, caffeina, cannabis, amfetamine e altre sostanze psicostimolanti

Tabella 1. Patologie e farmaci causa di disturbi d'ansia

Ansia e benzodiazepine

Il ricorso alle benzodiazepine per il trattamento dei disturbi d'ansia cominciò a partire dagli anni '60, e il loro uso si diffuse rapidamente grazie a un buon profilo di tollerabilità se paragonato a quello dei barbiturici. Il meccanismo d'azione delle benzodiazepine si è scoperto e compreso circa due decenni dopo la loro immissione in commercio, contemporaneamente al fatto che i clinici cominciarono a scoprire fenomeni di abuso e dipendenza.⁷

La prevalenza d'uso nella popolazione generale è del 4-5%, con una netta maggior diffusione nel sesso femminile;⁸ negli ultimi anni si è assistito a un sensibile aumento del loro consumo: tra i primi venti principi



attivi di classe C che necessitano di ricetta medica per la dispensazione, sei sono benzodiazepine.⁹

L'alternativa vegetale

L'uso di medicinali di origine vegetale può essere considerato una valida alternativa alla prescrizione e all'impiego di psicofarmaci, quali benzodiazepine o inibitori del reuptake della serotonina, specie nelle forme iniziali e minori.

Le fitomedicine sono un insieme di complessi multicomponenti che contengono ingredienti farmacologicamente attivi che agiscono su diversi target biologici, con minori eventi avversi e con basso rischio di interazione tra farmaci; costituiscono quindi una interessante alternativa soprattutto nella cura delle persone anziane, in cui le politerapie sono frequenti e comuni.¹⁰ L'uso di farmaci con un buon profilo di sicurezza e con una potenziale ridotta interazione è particolarmente importante in questa fascia d'età, tenendo conto che le terapie per i disturbi d'ansia possono durare mesi.^{11,12}

A cura di

Aurelio Sessa

Medico di Medicina Generale, Varese

Specialista in Medicina Interna

Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

Bibliografia

1. Bandelow B et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. *World J Biol Psych* 2008;9:248-312.
2. VIII Report Health Search 2014. www.healthsearch.it.
3. Haller H et al. The prevalence and burden of subthreshold generalized anxiety disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2014;14:128-40.
4. Alvarez E et al. Broadening of Generalized Anxiety Disorders Definition Does not Affect the Response to Psychiatric Care: Findings from the Observational ADAN Study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2012;8:158-68.
5. Lee S et al. Implications of modifying the duration requirement of generalized anxiety disorders in developed and developing countries. *Psychol Med* 2009;39:1163-76.
6. Forsell Y et al. Prevalence and correlates of depression in a population of nonagenarians. *Br J Psychiatry* 1995;167:61-4.
7. Wick JY. The history of benzodiazepines. *Consult Pharm* 2013;28:538-48.
8. Olfson M et al. Benzodiazepine use in the United States. *JAMA Psychiatry* 2015;72:136-42.
9. AIFA. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2018. www.aifa.gov.it.
10. Loew D et al. Herbal medicine in practice: possible applications in geriatric diseases. *Z Phytother* 2010;31:145-8.
11. Baldwin DS et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2005;19:567-96.
12. NICE 2007: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Anxiety (amended): Management of anxiety disorders in adult in primary, secondary and community care. www.nice.org.uk.

Eventi di più comune riscontro in corso di collaborazione con Sintesi InfoMedica *

MUTAZIONI CREATIVE



IPERVISIONE STRATEGICA



EUFORIA DA SUCCESSO



* Data on file Sintesi Infomedica 2000-2018
ATTENZIONE. Gli effetti sono dose-dipendente e non transitori

INTOLLERABILMENTE EFFICACI

Siamo un'agenzia di comunicazione specializzata nell'area Healthcare; sviluppiamo strategie di informazione e formazione scientifica e le supportiamo attraverso un'ampia gamma di prodotti e servizi.

Siamo un team di professionisti con storie ed esperienze diverse, che condividono le proprie competenze per creare progetti innovativi di elevata qualità scientifica.

Siamo dei buoni ascoltatori e dei partner flessibili; rispondiamo in modo rapido alle richieste dei nostri clienti grazie a una struttura agile ed esperta.

Siamo una realtà nata e cresciuta in Italia, ma ci avvaliamo di specialisti internazionali per far parlare i nostri progetti in tutte le lingue.

Siamo così. Prendeteci, sul serio.

Sintesi
InfoMedica

Soluzioni integrate per la
comunicazione medico-scientifica

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

www.sintesi-infomedica.it - info@sintesiinfomedica.it



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

