

LA PREVENZIONE DELL'ASMA

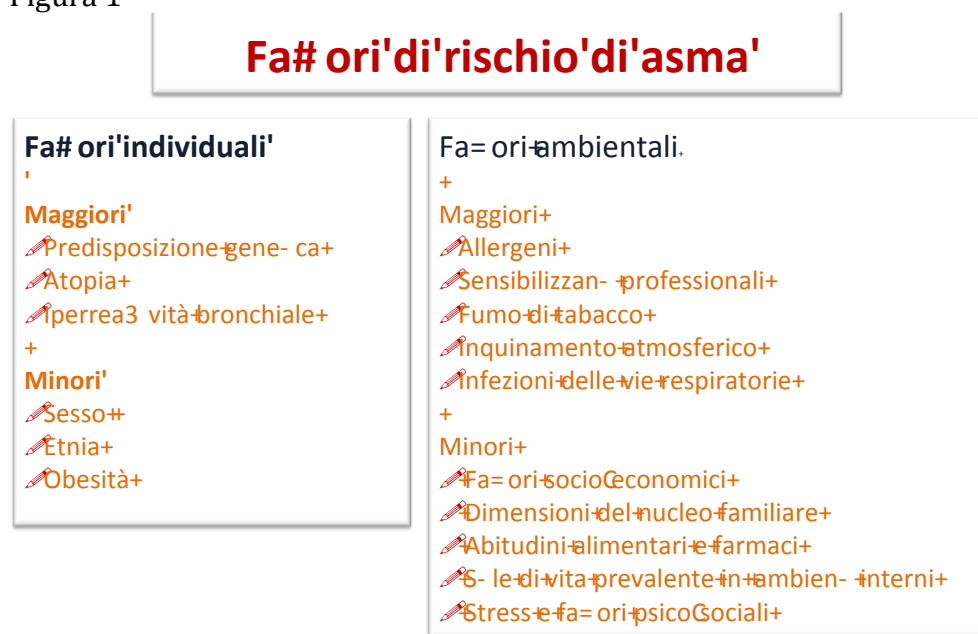
RICCARDO PISTELLI

L'asma bronchiale è una malattia ad alta prevalenza in quasi tutte le aree geografiche. In alcune aree del globo, quali il continente australiano o le isole britanniche, raggiunge frequenze pari o superiori al 20% nella popolazione di età compresa fra i 6 e i 14 anni (1). In Italia, nella medesima fascia d'età, sono state stimate frequenze pari a circa il 12% (2). Pur con valori minori, anche le fasce d'età più avanzate sono affette da un'elevata frequenza della malattia (3,4).

L'asma bronchiale determina un significativo peggioramento delle condizioni di vita, con conseguenze quantificabili in un carico economico elevato, soprattutto in termini di costi indiretti attribuibili alle limitazioni delle attività sociali e lavorative causate dalla presenza della malattia. Ovviamente, non sono trascurabili i costi diretti di gestione della malattia che, in Italia, sono in gran parte sostenuti dal Servizio Sanitario Nazionale (5).

Date queste premesse, la prevenzione dell'asma costituisce un obiettivo di ovvia rilevanza. Gli studi epidemiologici hanno permesso finora di individuare una congerie di fattori, causali o aggravanti della malattia, molti dei quali sono potenzialmente aggredibili o modificabili nel tentativo di ottenere una profilassi primaria della malattia, riducendone l'incidenza (Fig1).

Figura 1



Purtroppo, nessuna strategia di prevenzione primaria è stata finora seguita da un'adeguata dimostrazione di efficacia (6,7). Al contrario, l'applicazione di una strategia di stratificazione di gravità della malattia (Fig 2), con la conseguente somministrazione di farmaci adeguati al livello di rischio di eventi negativi dovuti alla presenza della malattia, consente oggi di ottenere un "livello di controllo clinico" dell'asma completo o soddisfacente in almeno quattro su cinque pazienti (8).

Figura 2

Classificazione di gravità prima dell'inizio del trattamento

Caratteristiche cliniche in assenza di terapia			
	Sintomi	Sintomi'no(urni'	FEV ₁ o PEF
Step 4 Grave Persistente	Continui Attività fisica limitata	Frequenti	FEV ₁ < 60% predetto Variabilità PEF > 30%
Step 3 Moderato Persistente	Quotidiani Attacchi che limitano l'attività	> 1 volta/settimana	FEV ₁ 60-80 % predetto Variabilità PEF > 30%
Step 2 Lieve Persistente	> 1 volta/settimana ma < 1 volta / giorno	> 2 volte al mese	FEV ₁ ≥ 80 % predetto Variabilità PEF 20-30%
Step 1 Intermittente	< 1 volta/settimana	≤ 2 volte al mese	FEV ₁ ≥ 80 % predetto Variabilità PEF < 20%

La presenza di almeno uno dei criteri di gravità è sufficiente per classificare un paziente in un determinato livello di gravità

© 2013 PROGETTO LIBRA •
www.ginasma.it

La sfida del prossimo futuro è posta dall'individuazione di strategie altrettanto efficaci in quella minoranza di pazienti che oggi sfugge al controllo e che sono definiti come affetti dalla cosiddetta "Difficult to control Asthma" (9).

Bibliografia

- 1: Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. The International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. *Lancet*. 1998; 351: 1225-32.
- 2: Asthma and respiratory symptoms in 6-7 yr old Italian children: gender, latitude, urbanization and socioeconomic factors. SIDRIA (Italian Studies on Respiratory Disorders in Childhood and the Environment). *Eur Respir J*. 1997; 10: 1780-6.
- 3: de Marco R, Cappa V, Accordini S, Rava M, Antonicelli L, Bortolami O, Braggion M, Bugiani M, Casali L, Cazzoletti L, Cerveri I, Fois AG, Girardi P, Locatelli F, Marcon A, Marinoni A, Panico MG, Pirina P, Villani S, Zanolin ME, Verlato G; GEIRD Study Group. Trends in the prevalence of asthma and allergic rhinitis in Italy between 1991 and 2010. *Eur Respir J*. 2012; 39: 883-92.
- 4: Cazzola M, Puxeddu E, Bettoncelli G, Novelli L, Segreti A, Cricelli C, Calzetta L. The prevalence of asthma and COPD in Italy: a practice-based study. *Respir Med*. 2011; 105: 386-91.
- 5: Accordini S, Bugiani M, Arossa W, Gerzeli S, Marinoni A, Olivieri M, Pirina P, Carrozzi L, Dallari R, De Togni A, de Marco R. Poor control increases the economic cost of asthma. A multicentre population-based study. *Int Arch Allergy Immunol*. 2006; 141: 189-98.
- 6: Azad MB, Coneys JG, Kozyrskyj AL, Field CJ, Ramsey CD, Becker AB, Friesen C, Abou-Setta AM, Zarychanski R. Probiotic supplementation during pregnancy or infancy for the prevention of asthma and wheeze: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2013; 347: f6471.
- 7: van Schayck OC, Maas T, Kaper J, Knottnerus AJ, Sheikh A. Is there any role for allergen avoidance in the primary prevention of childhood asthma? *J Allergy Clin Immunol*. 2007; 119: 1323-8.
- 8: Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J, Busse WW, Clark TJ, Pauwels RA, Pedersen SE; GOAL Investigators Group. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004; 170: 836-44.
- 9: O'Byrne PM, Pedersen S, Schatz M, Thoren A, Ekholm E, Carlsson LG, Busse WW. The poorly explored impact of uncontrolled asthma. *Chest*. 2013; 143: 511-23.