

Temi ed eventi

Qualità della vita e benessere psicologico: il caso dell'acalasia esofagea

Manuela Nicoletta Di Masi¹, Celeste Napolitano¹ & Andrea Bosco²

Ricevuto: 23 ottobre 2015; accettato: 7 dicembre 2015

Riassunto La riflessione teorica sull'esistenza delle persone, in particolare su quelle colpite da malattie rare, impone una analisi multidisciplinare. In queste occasioni di riflessione condivisa è possibile cercare di cogliere il denominatore comune delle storie individuali: una domanda di benessere prima ancora che di salute. Durante il VI meeting di Amae Onlus si è parlato di Qualità della Vita (QOL) delle persone con acalasia esofagea in un'ottica bio-psico-sociale, affrontando temi quali le tecniche di gestione del dolore, alimentazione *smart*, la relazione medico-paziente e il ruolo del benessere psicologico nella QOL dei malati. Il confronto ha fatto convergere i diversi collocutori sul bisogno del superamento del paternalismo forte a favore della *spinta gentile* del paternalismo libertario. Un percorso di *extraordinarium auxilium* in cui l'ultima parola spetta comunque alla persona malata e alla sua personale e incontestabile scelta di qualità della vita.

PAROLE CHIAVE: Acalasia esofagea; Relazione medico-paziente; Ansia di tratto; Approccio bio-psico-sociale; Errori diagnostici.

Abstract *Quality of Life and Psychological Well-being: The case of Achalasia* – A theoretical approach to understanding personal experience, particularly the experience of people affected by a rare illness, requires a multidisciplinary analysis. This analysis reveals a common denominator across individual histories: a concern with *well-being* even before *health*. During the 6th Meeting of Amae Onlus the Quality of Life (QOL) of achalasia patients was discussed using a biopsychosocial perspective, and tackled topics such as the management of pain, smart nutrition, the doctor-patient relationship and the role of psychological care for the QOL of patients. Scholars converged on the need to avoid *strong paternalism* in favour of the *nudge*: supporting patients to move towards making good choices. A path towards *extraordinarium auxilium*: the individual has the final word with respect to his personal and indisputable choices regarding quality of life.

KEYWORDS: Achalasia; Doctor/Patient Relationship; Trait Anxiety; Biopsychosocial Approach; Misdiagnosis.

¹ Amae Onlus, via Tiglio, 22 – 80030 San Paolo Bel Sito (Napoli) (I)

² Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia, Comunicazione, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", via Crisanzio, 42 - 70121 Bari (I)

E-mail: manuela.dimasi@libero.it; celeste_napolitano@libero.it; andrea.bosco@uniba.it (✉)



OGNI RIFLESSIONE TEORICA SULL'ESISTENZA delle persone, e ancor più su quelle colpite da malattie rare, impone un'analisi multidisciplinare, che non trascuri, tra l'altro, l'importanza esistenziale che rende l'uomo oggetto di studio e approfondimento dell'uomo stesso, che profonde energie potenti per interrogarsi su talune dinamiche. Quando questi momenti di riflessione comune hanno luogo, emergono domande di senso, si pongono quesiti finalistici ai quali molto spesso risulta complesso rispondere se non adottando una più ampia prospettiva di indagine.

In queste occasioni di osservazione condivisa è possibile cercare di cogliere il denominatore comune che collega i vissuti di persone affette da sindromi rare, qualcosa che superi la mera descrizione nosologica e la prescrizione terapeutica: uno di questi elementi unificatori è certamente la sofferenza, ma anche la resilienza, l'incertezza associata a una diagnosi difficile, lo stupore per il suo disvelarsi, lo stupore rispetto a una fragilità sovente inattesa, eppure risolta nel suo doloroso palesarsi.

Raccogliamo quindi le narrazioni di persone che chiedono di essere prese in carico, di essere curate, di *coesistere*:¹ la *Sorge* (cura), come luogo dell'esistenza, come capacità di aver cura del mondo, degli altri e dell'essere, dell'aiutare gli altri a essere liberi di assumere le proprie cure. Non si tratta solo di una *domanda di salute*. È una *domanda di benessere*.

È proprio in questo scenario psico-filosofico di costruzione di un indirizzo di benessere che si è svolto il VI incontro associativo di Amae Onlus - Associazione Malati di Acalasia Esofagea, tenutosi a Milano il 17 ottobre 2015 presso la Casa della Psicologia dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia (con il patrocinio dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia, di Uniamo - Federazione Italiana Malattie Rare e di Expo2015), aperto ai diversi collocutori afferenti a diverse discipline della Salute (medici di Medicina Generale e specialisti, operatori sanitari, psicologi, comunicatori in ambito medico-scientifico) e destinato prioritariamente ai pazienti, in una si-

nergia dove ciascuno comprenda dall'altrui testimonianza.

L'acalasia esofagea è una patologia rara che colpisce un individuo su 100.000 nella popolazione generale e i suoi esordi sono piuttosto subdoli. Questa malattia viene ancora troppo spesso confusa con altre patologie, in particolar modo con quelle a carico del sistema nervoso, a causa di sintomatologie affini. Chi ne è colpito ha infatti disfagia, dolori toracici, vomito (ai pasti e lontano da essi), perde progressivamente peso, e specialmente piacere per il cibo, la cui assunzione si traduce in disagio. Non è possibile guarire, ma ci si può sottoporre a diversi tipi di trattamento chirurgico² che di solito determinano una buona remissione dei sintomi almeno a cinque anni.³

Per le persone con acalasia esofagea un aspetto critico è la presa di coscienza postoperatoria della cronicità della patologia, dacché essa porta con sé la necessità di comportamenti adeguati alla nuova condizione, che potrebbe talvolta essere ingannevole. Il trattamento semplifica infatti il transito di cibo e liquidi attraverso l'esofago, senza però chiaramente recuperare la funzionalità peristaltica.

L'obiettivo prioritario dell'evento di Amae Onlus era di ridiscutere la presunta *restitutio ad integrum*, che le scienze mediche tentano di garantire, con uno sguardo attento all'impatto emotivo.

Al contempo, il *meeting* è stato occasione di interrogarsi su quesiti etici che troppo spesso restano sullo sfondo, silenti e sottaciuti, sulle

possibilità [...] di scelta che riguardano l'intervento abilitativo e riabilitativo. Questo può e deve essere un importante ambito di ricerca della psicologia clinica e delle scienze umane che si occupano delle relazioni interpersonali, della sofferenza e del miglioramento della qualità della vita.⁴

In particolare, Qualità della Vita (QOL) è stata definita «la percezione dell'individuo, della propria posizione nella vita, [...] in rela-

zione ai propri obiettivi, aspettative, standard e interessi».⁵ Nella prospettiva della riflessione teorica, la QOL ha intime connessioni con il più generale concetto di felicità. L'espressione *Qualità della vita* suggerisce infatti l'idea che la vita sia buona in tutti i suoi aspetti. E una vita buona deve anche essere una vita felice.⁶

Il concetto di felicità denota una valutazione globale e

non un'area specifica della vita, come ad esempio la vita lavorativa. Certamente l'apprezzamento del proprio lavoro contribuisce all'apprezzamento della vita nel suo complesso, tuttavia non lo determina.⁷

Il primo contributo, proposto da Celeste Napolitano, Presidente di Amae Onlus, è stato *Raccontare e raccontarsi nella malattia. L'Associazione come recettore e propagatore nella comunicazione del dolore resiliente. L'esperienza positiva di AMAE Onlus*.

La persona malata, più ancora se affetta da patologia rara, ha un'introspezione, uno sguardo, una dinamica di analisi e assimilazione degli eventi diversa da ogni altro collocatore, e questo stato interiore la porta a essere paziente, ma anche primo medico della propria malattia. Dacché tale soggetto vive direttamente ogni fase di quello di cui si argomenta, conosce e si conosce, racconta e riflette nell'altro l'immagine speculare del proprio vissuto, ascolta le narrazioni del dolore altrui e vi si rispecchia. È empatica, proprio perché fragile. Il mancato ripristino di una normalità latente, la mai totale restituzione della condizione pregressa all'agire patologico, ferisce e prova il malato raro nella psiche, oltretutto nel fisico. Ergo anche la mente necessita di un ausilio programmatico e sistemico.

Nel secondo contributo, *Il benessere psicologico nell'acalasia esofagea*, Manuela Nicoletta Di Masi ha preso in esame i diversi aspetti che emotivamente e fisicamente compromettono il benessere e la Qualità della Vita di un malato di Acalasia esofagea.

Sono state indicate e simulate, tra le di-

verse, alcune possibili soluzioni, come per esempio le tecniche della *mindfulness living & eating for achalasia patients*. Esse permettono di intervenire in presenza dei primi segni di disfagia attraverso rilassamento muscolare e respirazione consapevole; agiscono utilmente sul plesso solare, riducendo la tensione muscolare locale; consentono infine di ridurre/gestire il dolore toracico e gastrico. Tecniche di facile apprendimento, esse permettono di agire volontariamente sui distretti somatici coinvolti tanto nella patologia quanto nella percezione di benessere psicosomatico dell'individuo.⁸

Krizia Ferrini, nel suo contributo *Prendersi cura con gusto: sani consigli nutrizionali facilmente applicabili alla quotidianità*, ha introdotto i principi che consentono l'integrazione dell'alimentazione in un percorso olistico di cura. Ha inoltre presentato *Smart-Food* di IEO, un progetto di ricerca e divulgazione scientifica sui fattori protettivi e predittivi della dieta, per un nuovo approccio nutrizionale alla prevenzione, che ha come obiettivo la selezione di cibi protettivi per la salute e la comunicazione dei risultati della ricerca in ambito nutrizionale. Sono stati affrontati temi di natura pratica (la manipolazione degli ingredienti e la loro somministrazione al paziente con acalasia esofagea) relativi agli aspetti meccanici dell'alimentazione, fondamentali per la patologia oggetto del simposio.

Cristina Panisi ha introdotto una riflessione di grande interesse su *Il processo comunicativo nella relazione medico-paziente*. Le indicazioni per una comunicazione soddisfacente tra medico paziente richiedono al medico di promuovere un rapporto incentrato su una corretta simmetria comunicativa, dando maggiore spazio all'ascolto della persona con malattia, che è portatrice delle sue istanze e dei dubbi sul proprio futuro e sugli esiti delle terapie. Il medico è chiamato all'uso di frasi semplici, chiare e reiterate. E all'ascolto empatico.

In breve, deve aiutare la persona malata a promuovere una consapevolezza che integra

le aspettative del paziente e le capacità tecniche, statuendo un rapporto di fiducia che termina con un senso di reciproca soddisfazione per quanto negoziato.

È stato quindi illustrato da Andrea Bosco il *Protocollo per la valutazione del benessere psicologico e qualità della vita nell'acalasia esofagea. Dati preliminari su una casistica italiana*.

Si tratta di uno studio, unico nel suo genere in Italia su pazienti con acalasia esofagea, partito dall'esigenza dell'Associazione Amae Onlus di indagare e approfondire aspetti bio-psico-sociali che superino, incorporandola, la descrizione nosologica e le prescrizioni terapeutiche relative alla malattia. Il suo scopo era dunque quello di fornire dati aggiornati sulla QOL delle persone con acalasia esofagea in Italia. Si tratta di uno studio in prospettiva principalmente psicologica sulla qualità della vita e i tratti ansiosi in un campione di persone con acalasia esofagea, anche mediante il confronto con un campione di controllo. Tale metodologia di studio è del tutto sovrapponibile a quella di altri studi sulla qualità della vita condotti in popolazioni specifiche di malati rari.⁹

Il protocollo valutativo prevedeva, oltre a una serie di domande specificatamente pensate per il presente studio e costruite sulla base dei suggerimenti e le osservazioni pervenute direttamente dai malati all'interno di forum dedicati alla malattia, anche tre diversi strumenti di QOL caratterizzati da differenti livelli di specificità e aspetti indagati:

- 1) PGWB_S benessere psicologico percepito (concetto astratto di benessere);¹⁰
- 2) SF_12 benessere nella funzionalità quotidiana (concetto concreto e situato di benessere);¹¹
- 3) DS_QoL for Achalasia in grado di misurare la QOL in persone con acalasia esofagea.¹²

Tutti i partecipanti sono inoltre stati sottoposti al test STAI_X2 Gold Standard per la valutazione dell'ansia di tratto.¹³ I partecipanti con pregressa diagnosi di acalasia esofagea

erano 30, il campione di controllo di persone senza acalasia esofagea, appaiati per principali caratteristiche demografiche, 60. Le ipotesi principali dello studio erano:

- 1) Valutare la presenza di indici di ansia di tratto nel campione di persone con e senza acalasia, al fine di contribuire al dibattito sull'eventuale ruolo del tratto ansioso nell'insorgenza della malattia.
- 2) Procedere a un'indagine descrittiva della QOL delle persone con acalasia e all'individuazione di marker comportamentali e demografici in grado di favorire/accelerare il processo diagnostico, che nel caso dell'acalasia esofagea risulta piuttosto prolungato.

Il campione dei pazienti con acalasia esofagea (N=30) era così caratterizzato: 19 erano donne, l'età media era di 42,9 anni (Dev. St. 11,8), la durata media della patologia era pari a 10,7 anni (Dev. St. 7,99), il ritardo medio della diagnosi di acalasia era di 5,2 anni (Dev. St. 6,06). Dei 30 pazienti, 27 hanno subito già un primo intervento, nella maggioranza dei casi, si è trattato di un intervento chirurgico secondo la metodica di Heller-Dor (23 su 27). Infine, dei 27 pazienti già trattati, 21 sono ricorsi a un solo intervento, tre sono ricorsi a due interventi e infine, sei hanno dovuto sottoporsi a tre o più interventi nel corso della loro vita. Pertanto, la media dell'età, della durata della malattia, del ritardo nella diagnosi, le proporzioni del tipo e numero di trattamenti risultano comparabili a quelli di altri studi del genere.¹⁴

In Tabella 1 troviamo i risultati delle statistiche relative al confronto tra persone con e senza acalasia esofagea su tutte le misure desunte dagli strumenti di valutazione della QOL e dal test STAI per l'ansia di tratto.

Sono state condotte quattro statistiche U di Mann-Whitney, da cui emerge che le persone con acalasia esofagea percepiscono una peggiore qualità della vita soltanto per quanto riguarda gli aspetti specifici della malattia (QOL di Urbach for Achalasia) e gli aspetti

		Qualità della Vita (QOL)			
		STAI_X2 Ansia di tratto	PGWB_S Generale	SF_12 Funzionalità	Urbach for Achalasia
U di M-W		768	798,5	604,5	215,5
Z		-0,899	-0,631	-2,341	-5,782
Sign. Asint.		0,369	0,528	< 0,05	< 0,001
Sign. MC		0,377	0,528	< 0,05	< 0,001
IC 95%	LI	0,363	0,514	< 0,05	< 0,001
	LS	0,39	0,542	< 0,05	< 0,001
Con acalasia		Nella media	Nella media	QOL bassa	QOL bassa
Senza acalasia		Nella media	Nella media	QoL Alta	QoL Alta

Tabella 1. Confronti tra persone con acalasia esofagea e persone senza acalasia esofagea sulle misure di QOL e ansia di tratto, mediante statistica U di Mann-Whitney, sono altresì riportate Z, significatività asintotica e non parametrica Monte Carlo e intervalli di confidenza al 95% (IC 95%, Limite inferiore: LI; limite superiore: LS).

funzionali della vita quotidiana (SF-12, QOL Funzionalità).

Non vi sono al contrario, differenze significative tra persone con e senza acalasia per quanto riguarda il QOL generale che si riferisce alla qualità della vita in senso complessivo, lo stato di benessere generale, ma anche per quanto riguarda l'ansia di tratto: in altri termini non vi sono livelli di ansia di tratto più elevati tra le persone con acalasia esofagea rispetto al campione di persone senza acalasia esofagea.

Quindi l'acalasia esofagea, trattata, determina nei partecipanti livelli di QOL peg-

giori per tutti quegli aspetti riferibili, per esempio, alla deglutizione o al dolore toracico. I pazienti lamentano anche qualche difficoltà in più dei controlli nella gestione delle attività quotidiane, ma non sono più ansiosi e sono complessivamente soddisfatti delle loro condizioni di vita, nonostante la malattia. Un approfondimento sugli strumenti che mostravano differenze significative tra i due gruppi mediante curve ROC ha permesso di individuare i migliori marker in grado di differenziare i pazienti dai controlli, e sono in ordine d'importanza e tutti provenienti dallo strumento di Urbach: (1) limitazioni nello stile di

		Qualità della Vita (QOL)		
		PGWB_S Generale	SF_12 Funzionalità	Urbach for Achalasia
U di M-W		10,5	36	36,5
Z		-4,245	-3,186	-3,159
Sign. Asint.		<0,001	<0,01	<0,01
Sign. MC		<0,001	<0,01	<0,01
IC 95%	LI	<0,001	<0,001	<0,001
	LS	<0,01	<0,01	<0,01
Alta ansia		QoL Bassa	QoL Bassa	QoL Bassa
Bassa ansia		QoL Alta	QoL Alta	QoL Alta

Tabella 2. Confronto tra persone con acalasia esofagea e con bassi livelli di ansia di tratto (sotto la mediana osservata nel campione) e alti livelli di ansia di tratto (sopra la mediana osservata nel campione) rispetto alle misure di QOL. Per la statistica U di Mann-Whitney sono riportate Z, significatività asintotica e non parametrica Monte Carlo e intervalli di confidenza al 95% (IC 95%, Limite inferiore: LI; limite superiore: LS).

vita (p. es. non poter mangiare liberamente); (2) mangiare vegetali crudi; (3) essere costretti a bere acqua durante i pasti per aiutare la deglutizione; (4) mangiare riso/cereali.

In Tabella 2 sono riportati sinteticamente i dati relativi al confronto tra persone con acalasia esofagea con bassi livelli di ansia di tratto (sotto la mediana osservata nel campione) e quelli con alti livelli di ansia di tratto (sopra la mediana osservata nel campione) rispetto alle misure di QOL. Da questa analisi emerge in modo piuttosto chiaro che i livelli di ansia di tratto influiscono sulla percezione della QOL così come rilevata dai tutti gli strumenti utilizzati. È quindi possibile concludere preliminarmente che una condizione stabile di ansia determina la percezione di un peggiore stato di salute, anche specificatamente riferibile alle condizioni relative all'acalasia esofagea.

Infine è stata condotta una valutazione approfondita della storia diagnostica di ogni partecipante con acalasia esofagea. Da questa indagine è stato possibile rilevare che, prima di giungere a diagnosi definitiva di acalasia, quasi tutti i partecipanti si sono imbattuti nella perturbante esperienza di diagnosi errata o tardiva. In particolare, tali errori diagnostici si possono riassumere in due categorie: a carico del sistema nervoso (nevrosi, anoressia nervosa, globus, depressione, disturbo d'ansia generalizzato), e a carico del sistema digerente (reflusso gastroesofageo, gastrite, ernia iatale). Le giovani donne al di sotto dei 40 anni hanno avuto una probabilità di ricevere una diagnosi di disturbo nervoso sette volte maggiore rispetto agli uomini della stessa età, e comunque tre volte maggiore delle donne che hanno manifestato i disturbi dell'acalasia oltre i 40 anni. Si desume che le giovani donne siano la categoria a maggior rischio di diagnosi impropria (anoressia o disturbo nervoso).

Nel loro insieme, i risultati di questo studio pilota suggeriscono che esistono indicatori della QOL che caratterizzano in modo inequivocabile il vissuto delle persone con acalasia esofagea, e che pertanto tali indicatori possono facilmente aiutare a diagnosticare, ma anche a monitorare, il decorso della

patologia. L'ansia di tratto può influire sulla percezione di benessere generale, come anche sulla percezione degli esiti dei trattamenti percepiti come meno efficaci, e complica la gestione quotidiana dei sintomi connessi con la malattia, in primis dolore, reflusso e disfagia.

A coronamento dell'esperienza del *meeting* e del racconto dei pazienti, l'installazione fotografica denominata *Uno su 100.000*, a cura di Giacomo Albertini, fotografo e ammalato, che ha cristallizzato l'incontro in un caleidoscopio emotivo di immagini sospese e sinestesiche.

In conclusione, una vita felice abbraccia ogni aspetto dell'esistenza, all'interno della quale individuare dinamiche di azione e reazione, risposte positive e trasparenti, equilibrate e ragionate, consapevoli e sedimentate. La socializzazione, l'elaborazione di dinamiche e percorsi proattivi, l'elemento umanizzante in una fase in cui sovente la spersonalizzazione diventa sintomo tra i sintomi, sono dunque elementi preponderanti nella voce che un malato, e soltanto un malato, può dare a una storia altrimenti silenziosa.

Il confronto tra professionisti delle diverse discipline coinvolte, e il dialogo costante con i malati e le Associazioni che essi preziosamente alimentano e da cui sono rappresentati, sono l'unica strada per il passaggio da un *paternalismo forte*, in cui il professionista della cura si sostituisce al malato nelle scelte fondamentali, alla *spinta gentile* del *paternalismo libertario*,¹⁵ secondo il quale i professionisti della cura accompagnano il malato lungo il percorso dello *extraordinarium auxilium*, in cui l'ultima parola spetta sempre e comunque alla persona malata e alla sua personale e incontestabile scelta di qualità della vita.

Note

¹ Cfr. M. HEIDEGGER, *Sein und Zeit* 1927, in: M. HEIDEGGER, *Gesamtausgabe*, Bd. II, hrsg. von F.-W. VON HERRMANN, Vittorio Klostermann, Freiburg i.B. 1977 (trad. it. *Essere e tempo*, traduzione di F. VOLPI, Mondadori, Milano 2001).

² M.F. VAEZI, J.E. PANDOLFINO, M.F. VELA, *ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of*

Achalasia, in: «The American Journal of Gastroenterology», vol. CVIII, n. 8, 2013, pp. 1238-1249.

³ J.E. PANDOLFINO, A.J. GAWRON, *Achalasia: A Systematic Review*, in: «JAMA», vol. CCCXIII, n. 18, 2015, pp. 1841-1852.

⁴ E. MOLINARI, *Clinica psicologica in sindromi rare*, Bollati Boringhieri, Torino 2002, p. 7.

⁵ WHOQOL, in: «Social Science and Medicine», vol. XLI, n. 10, 1995, p. 1405.

⁶ R. VEENHOVEN, *Qualità della vita e felicità - Non proprio la stessa cosa*, in: G. DE GIROLAMO, A. BECCHI, F.S. COPPA, D. DE LEO, G. NERI, P. RUCCI, P. SCOCCO (a cura di), *Salute e Qualità della Vita*, Centro Scientifico Editore, Torino 2001, pp. 67-95.

⁷ *Ivi*, p. 70.

⁸ S.A. GAYLORD, O.S. PALSSON, E.L. GARLAND, K.R. FAUROT, R.S. COBLE, J. D. MANN, W. FREY, K. LENIEK, W. E. WHITEHEAD, *Mindfulness Training Reduces the Severity of Irritable Bowel Syndrome in Women: Results of a Randomized Controlled Trial*, in: «The American Journal of Gastroenterology», vol. CVI, 2011, pp. 1678-1688.

⁹ A.M. BOSCH, A. BURLINA, A. CUNNINGHAM, E. BETTIO, F. MOREAU-STUCKER, E. KOLEDVA, K. BENMEDJAHED, A. REGNAULT, *Assessment of the Impact of Phenylketonuria and its Treatment on Quality of Life of Patients and Parents from Seven European Countries*, In: «Orphanet Journal of Rare Diseases», vol. X, 2015, art. n. 80 - doi: 10.1186/s13023-015-0294-x.

¹⁰ E. GROSSI, N. GROTH, P. MOSCONI, R. CERUTTI, F. PACE, A. COMPARE, G. APOLONE, *Development and Validation of the Short Version of the Psychological General Well-Being Index (PGWB-S)*, in: «Health and Quality of Life Outcomes», vol. IV, 2006, art. n. 88 - doi: 10.1186/1477-7525-4-88.

¹¹ G. APOLONE, P. MOSCONI, L. QUATTROCIOCHI, E.A.L. GIANICOLO, N. GROTH, J.E. WARE JR., *Questionario sullo stato di salute SF-12 - Versione italiana*, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Milano 2001.

¹² D.R. URBACH, G.A. TOMLINSON, J.L. HARNISH, R. MARTINO, N.E. DIAMANT, *A Measure of Disease-Specific Health-Related Quality of Life for Achalasia*, in: «American Journal of Gastroenterology», vol. C, 2005, pp. 1668-1676.

¹³ C.D. SPIELBERGER, *State-Trait Anxiety Inventory*, adattamento italiano a cura di L. PEDRABISSI, M. SANTINELLO, Giunti OS, Firenze 1989.

¹⁴ I. GOCKEL, M. MÜLLER, J. SCHUMACHER, *Achalasia - a Disease of Unknown Cause that is Often Diagnosed too Late*, in: «Deutsches Ärzteblatt International», vol. CIX, n. 12, 2012, pp. 209-214.

¹⁵ Cfr. R.H. THALER, C.R. SUNSTEIN, *Nudge. Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*, Yale University Press, New Haven (CT) 2008 (trad. it. *Nudge: la spinta gentile. La nuova strategia per migliorare le nostre decisioni sul denaro, salute e felicità*, traduzione di A. OLIVERI, Feltrinelli, Milano 2009).