

On Medicine

RIVISTA SCIENTIFICA INDIPENDENTE QUADRIMESTRALE



Intervista a Beatrice Zuffi

● **Le RASopatie**

Redazione OnMedicine

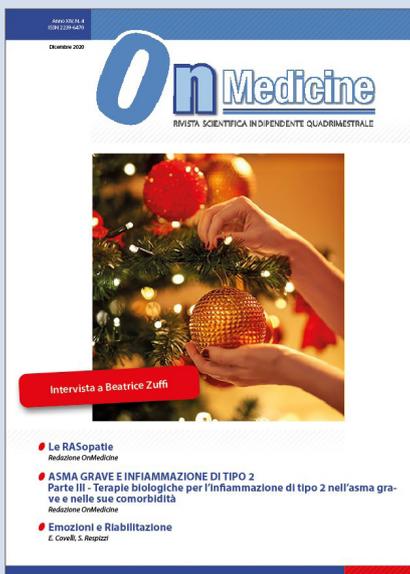
● **ASMA GRAVE E INFIAMMAZIONE DI TIPO 2**

Parte III - Terapie biologiche per l'infiammazione di tipo 2 nell'asma grave e nelle sue comorbidità

Redazione OnMedicine

● **Emozioni e Riabilitazione**

E. Covelli, S. Respizzi



SOMMARIO

4



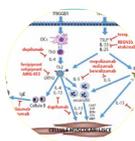
INTERVISTA
Beatrice Zuffi

6



FOCUS
Le RASopatie
Redazione On Medicine

9



APPROFONDIMENTI
ASMA GRAVE E INFIAMMAZIONE DI TIPO 2
Parte III - Terapie biologiche per l'infiammazione di tipo 2 nell'asma grave e nelle sue comorbidità
Redazione On Medicine

14



IL PARERE DELLO SPECIALISTA
Emozioni e Riabilitazione
E. Covelli, S. Respizzi

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

Dicembre 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,

l'ultimo numero di questo tristissimo 2020 si apre con un'intervista che trasmette gioia e positività: una giovane psicologa ci racconta del suo progetto di far vivere l'esperienza dell'attività sportiva anche a bambini che, per problemi legati allo spettro autistico, difficilmente potrebbero goderne.

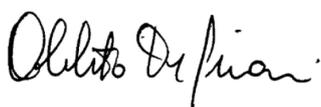
Si conclude la serie di articoli sull'asma grave con infiammazione di tipo 2 con un approfondimento sugli agenti biologici ad oggi disponibili per trattare non solo questa complessa patologia, ma anche le sue più frequenti comorbidità.

Il focus di questo numero è dedicato alle RASopatie, un gruppo di malattie, causate dalla mutazione di geni coinvolti nello sviluppo dell'embrione e dei suoi organi, che presentano caratteristiche cliniche comuni; la diagnosi genetica consente oggi di identificarle e di intraprendere immediatamente un corretto iter gestionale, necessariamente multidisciplinare.

Di particolare interesse, infine, il contributo specialistico, a cura di Elisabetta Covelli, analista transazionale, e Stefano Respizzi, fisiatra e medico dello sport, che ci presentano i risultati di una ricerca sull'influenza delle emozioni primarie sul percorso di riabilitazione fisica e sportiva.

Vi ringrazio per l'attenzione e la costanza con cui ci avete seguiti anche in un anno così difficile.

Arrivederci al 2021.

Il direttore responsabile

Intervista a Beatrice Zuffi

Redazione On Medicine



La “Carta dei Diritti del bambino nello sport” (O.N.U. 1992) sancisce 10 punti fondamentali a garanzia e sostegno dell’attività fisica: 1) diritto di fare dello sport; 2) diritto di divertirsi e di giocare; 3) diritto di beneficiare di un ambiente sano; 4) diritto di essere trattato con dignità; 5) diritto di essere accompagnato e allenato da persone competenti; 6) diritto di misurarsi con giovani di pari forza; 7) diritto di partecipare a competizioni adatte; 8) diritto di praticare il proprio sport nel pieno rispetto delle norme di sicurezza; 9) diritto di disporre del sufficiente tempo di riposo; 10) diritto di non essere un campione. Beatrice Zuffi, giovane psicologa milanese, è la promotrice di un progetto che fa di questo decalogo la propria bandiera.

Dottorssa Zuffi, cosa l’ha spinto a sviluppare il suo progetto?

La storia del “Progetto doppia A – Atletica e Autismo” inizia con una coincidenza. Nel mese di settembre del 2018 Stefania Morandi, presidente nonché fondatrice dell’associazione sportiva dilettantistica “Atletica Meneghina”, mi chiese se, in qualità di atleta e di laureanda in psicologia, me la sentivo diprovare ad affiancare durante l’allenamento un bambino di terza elementare che manifestava comportamenti aggressivi verso i compagni e tendeva ad allontanarsi senza permesso. La mamma di Mattia (nome di fantasia) mi aveva accennato alle difficoltà del figlio, sul quale pesava una diagnosi che lo collocava all’interno dello spettro dell’autismo. Ho accettato di fare questa prova al fianco di Mattia e da quel giorno non abbiamo mai smesso di allenarci insieme. Abbiamo infatti deciso di proporre al bambino una figura di riferimento fissa che lo aiutasse a concentrarsi per eseguire gli esercizi indicati dall’istruttore, che mediasse nel rapporto con i compagni e che fosse pronta a intervenire negli eventuali momenti di crisi.

Che influenza ha avuto la sua presenza nell’attività sportiva del bambino e del gruppo?

Dal momento che ho imparato a considerare qualsiasi etichetta diagnostica fuorviante e castrante (in particolar modo per i bambini) ho cercato di non soffermarmi sulle supposte difficoltà “croniche” di Mattia e di concentrarmi invece su tutto ciò che succedeva in pista, dandogli la possibilità di sorprendermi e di sorprendersi. È stato un anno bello e intenso, Mattia come tutti i bambini è cresciuto e cambiato molto, ha imparato che è possibile e, talvolta, necessario comportarsi diversamente. La mia presenza è stata inizialmente un elemento perturbante, ma molto rapidamente i bambini si sono abituati alla mia presenza e mi hanno assegnato un posto all’interno del gruppo. Ho conosciuto i bambini giocando e faticando insieme a loro mentre provavo a facilitare le loro interazioni, con il tempo ho cercato sempre più di farmi

da parte e di intervenire attivamente solo in alcune situazioni. Non posso dire che il percorso con Mattia sia lineare, che non abbia alti e bassi, ma il rapporto che si è formato tra noi ci permette di ripensare insieme a ciò che accade e di continuare a imparare dall'esperienza.

Come si è arrivati a trasformare questa esperienza in un progetto articolato?

L'anno di allenamenti con Mattia ha cambiato e ha fatto molto riflettere anche me; infatti, per la stagione sportiva successiva (2019/2020) quello che era nato come un esperimento si è trasformato in una iniziativa strutturata. Il progetto, che abbiamo presentato al Comune di Milano, è stato chiamato "Doppia A – Atletica e Autismo" perché la maggior parte delle richieste che "Atletica Meneghina" ha ricevuto sono state parte di genitori di figli con questa diagnosi, ma il progetto non si pone limiti rispetto alla possibilità di accogliere qualunque bambino delle elementari (anche se l'intenzione è di estendere la possibilità anche ad altre fasce d'età), almeno per fare una prova di un allenamento e capire insieme se il contesto è adatto a lui. Garantire la possibilità di accesso agli allenamenti è una forma di responsabilità sociale; nello specifico, il progetto "Doppia A – Atletica e Autismo" propone un istruttore di sostegno a chi ne ha bisogno durante l'attività di atletica per migliorare la sua qualità della vita, proponendo uno spazio, al di fuori dell'ambito familiare e terapeutico, che possa contribuire a sviluppare le capacità motorie, di socializzazione e di espressione personale.

Gli "istruttori di sostegno" si distinguono dagli altri?

L'istruttore di sostegno non ha nessun segno esteriore particolare che lo distingua dall'istruttore "vero e proprio": un tratto peculiare del progetto, infatti, è quello di non far sentire diversi i bambini seguiti, focalizzandosi sull'obiettivo in comune con i compagni di fare attività sportiva e divertirsi insieme. Il fatto che gli istruttori di sostegno siano laureati in psicologia dovrebbe essere una garanzia di formazione e sensibilità, ma è qualcosa che, una volta comunicato inizialmente alle famiglie, non viene appositamente messo in evidenza. Per lo stesso motivo abbiamo deciso di adottare l'espressione "istruttore di sostegno" anche se le persone che ricoprono questo ruolo, pur essendo appassionate di sport, non sono in possesso del brevetto di istruttore.

Come gestite il progetto ora che l'epidemia di Covid-19 sta limitando lo svolgimento delle attività sportive?

L'attività all'aperto è stata una delle ultime ad essere colpita dalle restrizioni legate alle misure anti Covid, ma anch'essa è stata toccata. La prima chiusura totale ci ha presi alla sprovvista e con la sospensione di tutte le attività anche il progetto è stato fermo circa due mesi e mezzo. "Atletica Meneghina" ha proposto corsi via Zoom, mentre io con la collaborazione dei genitori sono riuscita a rimanere in contatto con i bambini che seguivo tramite videochiamate, scambi di messaggi vocali o di brevi video. Quest'autunno è stato diverso: l'ultimo DPCM tutela il diritto delle persone con disabilità o con disturbi dello spettro autistico di proseguire le attività (anche quelle sportive). Perciò abbiamo subito contattato il Comune di Milano che ci ha concesso l'accesso speciale all'Arena per due ore alla settimana. Anche se il progetto prevede che i bambini siano seguiti singolarmente, abbiamo deciso di formare provvisoriamente un piccolo gruppo costituito dai sei bambini iscritti e da un istruttore di sostegno perché, avendo solo loro il diritto di accesso alla struttura, altrimenti si sarebbe persa la componente fondamentale del progetto: l'interazione giocosa con il gruppo. Infatti, le difficoltà relazionali che accomunano questi bambini sono una risposta disfunzionale al loro desiderio di socialità.

L'ipotiroidismo subclinico in età pediatrica

Redazione On Medicine

Le RASopatie sono un gruppo di malattie genetiche che presentano caratteristiche cliniche e molecolari comuni; sono causate dalla mutazione di geni coinvolti nello sviluppo dell'embrione e dei suoi organi; tra questi citiamo PTPN11, SOS1, SHOC2, RAF1, NRAS, KRAS, BRAF, HRAS, MEK1, MEK2, NF1, SPRED1, CBL.

È fondamentale che venga eseguita un'attenta valutazione clinica da parte degli specialisti per arrivare a una diagnosi specifica, confermata mediante lo studio dei geni coinvolti.

La diagnosi clinica di RASopatia può infatti essere confermata mediante esame molecolare specifico, su un campione di sangue periferico del paziente, utilizzando tecniche di laboratorio quali l'NGS (Next Generation Sequencing), che consente di studiare contemporaneamente tutti i geni identificati finora, responsabili delle diverse sindromi.

Tra le RASopatie fino a oggi individuate rientrano la sindrome di Noonan, la sindrome di Costello, la sindrome LEOPARD, la sindrome Mazzanti, la sindrome di Legius, la Neurofibromatosi-sindrome di Noonan e la sindrome associata a mutazione di CBL.

Gli individui affetti da queste malattie genetiche possono presentare:

- segni facciali caratteristici
- bassa statura
- malformazioni cardiache
- alterazioni della coagulazione del sangue
- anomalie della cute e degli annessi (peli, capelli, unghie)
- alterazioni scheletriche
- anomalie oculari e dell'orecchio
- coinvolgimento cognitivo di grado variabile.

Si possono manifestare solo alcune delle caratteristiche sopraelencate; la bassa statura rappresenta la problematica più comune.

Queste malattie genetiche, coinvolgendo organi e apparati differenti, richiedono una gestione medica multidisciplinare che comporta una serie di controlli periodici per seguire meglio l'evoluzione della malattia.

Management del paziente con RASopatia

I bambini affetti da RASopatia richiedono una presa in carico (**Tab. 1**) ed un attento follow-up multidisciplinare periodico (**Tab. 2**) per poter garantire una diagnosi precoce di interessamento d'organo, prevenire le complicanze, migliorare la prognosi ed offrire opportunità terapeutiche adeguate.

- Valutazione clinica ed auxologica (rilevazione peso, altezza e circonferenza cranica 3 vv/anno nei primi 3 anni e annualmente nelle epoche successive)
- Ecocardiogramma + ECG
- Ecografia addominale
- Ecografia cerebrale
- Valutazione oculistica
- Valutazione funzione uditiva (otoemissioni acustiche)
- Valutazione gastroenterologica (se problemi di alimentazione)
- Consulenza neuropsichiatrica (valutazione ipotonia)
- Indagine molecolare
- Counselling genetico familiare

Tabella 1. RASopatie: indagini alla diagnosi nel periodo neonatale

- Valutazione clinica con monitoraggio pressione arteriosa
- Valutazione auxo-antropometrica (ogni 6-12 mesi)
- Prelievo ematico (ogni 12 mesi): emocromo, funzionalità renale ed epatica, anti-transglutaminasi, assetto lipidico, es. urine, IGF-1, IGF-BP3, funzionalità tiroidea, metabolismo glucidico
- Studio coagulazione (se sintomi clinici o in previsione di procedure invasive)
- Valutazione cardiologica
 - ogni anno nei primi 3 anni di vita
 - ogni 5 anni in assenza di cardiopatia
 - in caso di cardiopatia, secondo parere del consulente cardiologo
 - follow-up anche in età giovane-adulta (rischio cardiomiopatia ipertrofica)
 - in genotipi correlati a cardiomiopatia ipertrofica (LEOPARD, RAF1, BRAF):
 - ◊ ecocardiografia negativa per CMI: ecografia cardiaca + ECG inizialmente 1 volta/anno per i primi 3 anni di vita, poi 1 volta/2 anni
 - ◊ ecocardiografia indicativa di CMI: controlli seriati + ECG secondo consulente cardiologo (ogni 2 mesi circa se aspetti ostruttivi, ogni 3-4 mesi se non aspetti ostruttivi)
- Valutazione endocrinologica con studio secrezione di GH dopo i 2 anni (secondo note AIFA) ed eventuale terapia con GH
- Alla pubertà ed in caso di ritardo puberale:
 - maschi: LH, FSH, PRL, testosterone; ecografia testicolare
 - femmine: LH, FSH, PRL, estradiolo, progesterone, ecografia pelvica
- Ecografia addominale (ogni 2 anni)
- Ecografia tiroidea (in base alla clinica)
- Visita ORL, ABR (prima dei 3 anni di vita), esame audiometrico (dopo i 3 anni di vita, ogni 2 anni o in relazione ad eventuale patologia)
- Valutazione ortodontico-odontoiatrica
- Valutazione oculistica-ortottica
- Valutazione dermatologica
- Eventuale trattamento linfedema
- Valutazione aspetti neurologici, neurocognitivi e comportamentali:
 - *nella prima infanzia:*
 - ◊ valutazione neuropsichiatrica ed eventuale EEG
 - ◊ RMN encefalo nel sospetto di anomalia cerebrale
 - ◊ valutazione foniatrica-logopedica
 - ◊ valutazione psico-cognitiva
 - ◊ valutazione sviluppo comportamentale
 - *in età giovane-adulta:*
 - ◊ valutazione performance scolastiche e scelta della professione
 - ◊ valutazione psicologica
 - ◊ counselling genetico

Tabella 2. RASopatie: indagini da eseguire nel follow-up



Gli obiettivi principali della presa in carico e del trattamento comprendono:

- garantire un attento follow-up multispecialistico e individualizzato, per migliorarne la gestione e la storia naturale
- se presente un ritardo di crescita associato a deficit di ormone della crescita (GH), considerare la possibilità di terapia con GH
- fornire un adeguato trattamento farmacologico o chirurgico per le complicanze d'organo
- fornire un corretto supporto psicologico.

I protocolli per il follow-up variano in relazione all'epoca di sviluppo del paziente.

Bibliografia di riferimento

- Rauen KA. The RASopathies. *Annu Rev Genomics Hum Genet.* 2013;14:355-69.
- Aoki Y, Niihori T, Inoue S, Matsubara Y. Recent advances in RASopathies. *J Hum Genet.* 2016 Jan;61(1):33-9.
- Tidyman WE, Rauen KA. Expansion of the RASopathies. *Curr Genet Med Rep.* 2016 Sep;4(3):57-64.
- Kim YE, Baek ST. Neurodevelopmental Aspects of RASopathies. *Mol Cells.* 2019 Jun 30;42(6):441-447.
- Jafry M, Sidbury R. RASopathies. *Clin Dermatol.* 2020 Jul-Aug;38(4):455-461.
- Moss C. RASopathies and the skin. *Br J Dermatol.* 2019 Jan;180(1):21.
- Gripp KW, et al. The sixth international RASopathies symposium: Precision medicine-From promise to practice. *Am J Med Genet A.* 2020 Mar;182(3):597-606.
- Aftab S, Dattani MT. Pathogenesis of Growth Failure in Rasopathies. *Pediatr Endocrinol Rev.* 2019 May;16(Suppl 2):447-458.
- Tidyman WE, Rauen KA. Pathogenetics of the RASopathies. *Hum Mol Genet.* 2016 Oct 1;25(R2):R123-R132.
- Bizaoui V, Gage J, Brar R, Rauen KA, Weiss LA. RASopathies are associated with a distinct personality profile. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2018 Jun;177(4):434-446.

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 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 III - Terapie biologiche per l'infiammazione di tipo 2 nell'asma grave e nelle sue comorbidità

Redazione On Medicine

Negli articoli precedenti abbiamo visto come il sistema immunitario sia formato da un complesso network che protegge l'ospite dagli agenti patogeni, mantenendo la tolleranza verso l'ospite stesso e verso auto-antigeni innocui.

Nei pazienti con asma grave sono presenti dei fattori che, associati a un danno all'epitelio di barriera, predispongono allo sviluppo di comorbidità di tipo 2; tra questi, giocano un ruolo di primo piano i fattori genetici e la modulazione del microbiota in senso infiammatorio.

Nell'ambito di queste comorbidità, rivestono particolare importanza la rinosinusite cronica con poliposi nasale, l'allergia alimentare e la dermatite atopica.

Rinosinusite cronica

Si riconoscono una forma con polipi nasali (chronic rhinosinusitis with nasal polyposis, CRSwNP) e una forma senza polipi (CRSsNP). Entrambe possono associarsi, oltre che all'asma, all'allergia respiratoria e alle reazioni da ipersensibilità all'acido acetilsalicilico, con una maggior prevalenza nel fenotipo della CRSwNP; quest'ultima si accompagna ad asma nel 42% dei casi, e l'85% di questi pazienti presenta un'infiammazione di tipo 2.

Dermatite atopica

È una patologia cutanea infiammatoria di tipo 2, ad andamento cronico, caratterizzata da intenso prurito; spesso si associa a sensibilizzazione ad allergeni pollinici e/o alimentari. La sua presenza in comorbidità nell'asma o nell'allergia alimentare riflette la natura sistemica della malattia. Si stima che circa un terzo dei pazienti con dermatite atopica (DA) siano affetti dalla forma moderata-grave, che si associa a un rischio più



elevato di comorbidità di tipo 2 e a un maggior carico di malattia.

Allergia alimentare

È caratterizzata da un'ipersensibilità IgE mediata ad allergeni di origine alimentare; la sintomatologia insorge dopo un'ora dall'ingestione e si manifesta con orticaria, angioedema o sindrome orale allergica, fino allo shock anafilattico. Recentemente si è scoperto che nei casi di anafilassi indotta da cibo mediata da IgE-specifiche, il passaggio dell'antigene delle cellule epiteliali intestinali è indotto dall'IL-13.

Esofagite eosinofila

Si caratterizza per un'infiltrazione predominante di eosinofili nell'esofago e si associa a una disfunzione della barriera mucosale, con disturbi gastrointestinali non specifici.

Le risorse della terapia biologica

Le interleuchine IL-4, IL-5 e IL-13, con un contributo diverso per ciascuna di esse, svolgono ruoli chiave negli effetti fisiopatologici dell'asma grave e delle comorbidità di tipo 2 e rappresentano pertanto dei target importanti per terapie biologiche mirate.

I recenti progressi sulle conoscenze dei meccanismi fisiopatologici e la maggior caratterizzazione dei fenotipi/endotipi alla base dell'asma grave hanno infatti permesso di affinare la selezione dei pazienti eleggibili a trattamenti sempre più personalizzati.

Fondamentale, in questo senso, è stato l'apporto dei dati ottenuti dagli studi, sia controllati in doppio cieco con placebo (DBPC) sia in real life, che hanno valutato l'efficacia di nuovi agenti biologici attivi nella modulazione dell'asma T2-high (**Fig. 1**).

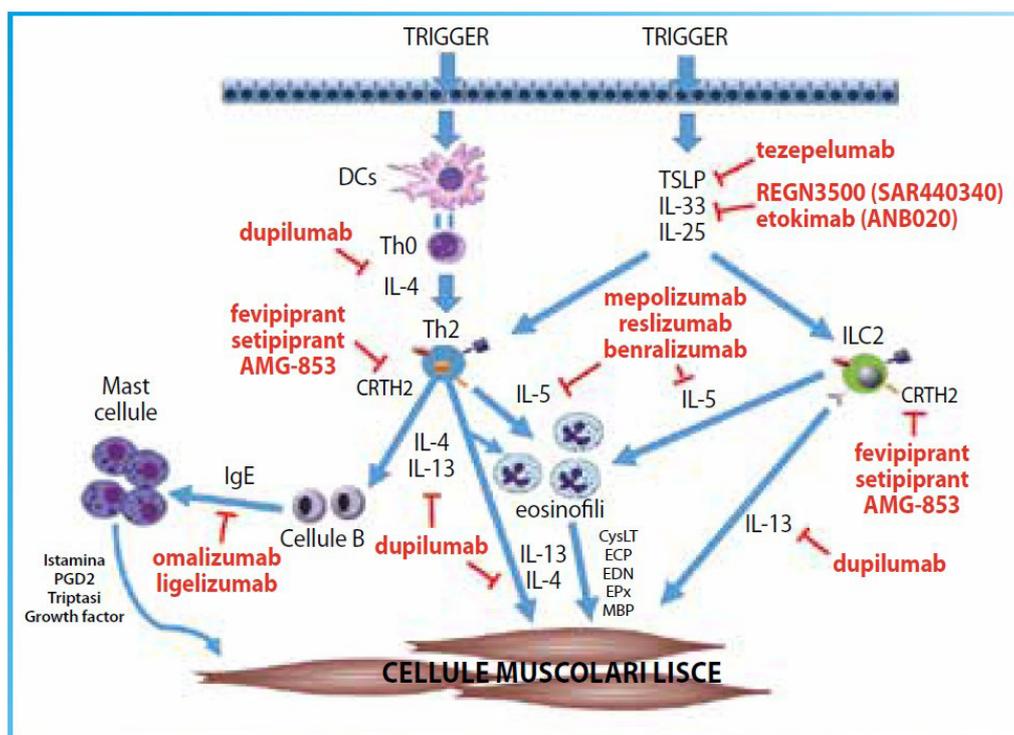


Figura 1. Asma T2-high: network cellulare e citochinico e interazioni con vari agenti biologici e

farmaci.

Questi studi hanno portato a chiarire l'impatto delle nuove terapie biologiche sull'asma grave T2-high e su alcune delle comorbidità a essa frequentemente associate, come la rinosinusite con poliposi nasale e la dermatite atopica, che con l'asma condividono i *movens* fisiopatologici; un approccio terapeutico che agisca "globalmente" su di essi permetterebbe di trarre il massimo beneficio dalla modulazione di *pathway* immunologici comuni.

Sono stati approvati negli ultimi anni diversi agenti biologici per il trattamento dell'asma grave; questi farmaci si discostano nettamente da quelli classici (**Tab. 1**) perché mirano a modulare gli effetti di substrati molto selettivi. Appartengono per questo motivo alla cosiddetta medicina "di precisione".

Farmaci tradizionali	Agenti biologici
Piccole molecole (MW < 1 kDa) Meccanismo d'azione farmacologico	Macromolecole (MW >> 1 kDa) Meccanismo d'azione biologico
Sintetizzati chimicamente (xenobiotici)	Strutturalmente simili a proteine autologhe e prodotti con tecniche di genetica molecolare e purificate da cellule «engineered»
Solitamente stabili	Sensibili al calore
Metabolizzati in prodotti attivi o inattivi	Digeriti e processati, non metabolizzati; catabolizzati in aminoacidi endogeni
Coinvolgimento del citocromo P450	Citocromo P450 indipendenti
Interazioni farmacologiche possibili con altri farmaci	Assenti interazioni farmacologiche
Somministrazione orale possibile	Somministrazione orale non possibile
Dose-risposta lineare	Dose-risposta non lineare

Tabella 1. Confronto tra farmaci tradizionali e agenti biologici

Agenti biologici e asma

Secondo le recenti Linee guida GINA, gli agenti biologici devono attualmente trovare indicazione per i pazienti che continuano ad avere sintomi nonostante l'uso di farmaci standard di controllo giornaliero inseribili nello step 5 di gravità. Ciò significa che prima di prescrivere un agente biologico, il medico dovrebbe assicurarsi che la diagnosi di asma sia confermata, che il paziente stia assumendo regolarmente la terapia antiasmatica assegnata in precedenza (compresa la verifica dell'adeguata erogazione dal device) e che stia evitando, per quanto possibile, qualsiasi potenziale trigger scatenante.

Dai risultati di numerosi studi clinici è emerso che i farmaci biologici consentono una riduzione:

- dei sintomi e della frequenza delle esacerbazioni
- delle visite al pronto soccorso
- dei ricoveri ospedalieri
- della necessità di steroidi per via orale e di altri farmaci, come i controller e i reliever.

Consentono inoltre un miglioramento dei parametri di funzionalità respiratoria, con un impatto favorevole sull'assenteismo scolastico e lavorativo e un miglioramento globale della qualità della vita, soprattutto nei pazienti con asma grave.



Attualmente sono disponibili a livello internazionale cinque agenti biologici approvati per l'asma (omalizumab, mepolizumab, reslizumab, benralizumab e dupilumab); altri sono in fase di sviluppo. Eccetto reslizumab, somministrabile per via endovenosa, tutti gli altri sono somministrabili per via sottocutanea con una frequenza di somministrazione diversa da uno all'altro. Per alcuni di essi è possibile l'autosomministrazione da parte del paziente, utilizzando le siringhe prefilled o l'auto-injector.

Omalizumab

Omalizumab inibisce il legame delle IgE ai recettori ad alta e bassa affinità, interferendo con la risposta immunitaria nei pazienti asmatici atopici, migliorando significativamente il controllo dei sintomi e prevenendo le esacerbazioni. Queste importanti azioni terapeutiche sono state documentate da diversi studi clinici randomizzati e da oltre 10 anni di esperienza nella pratica clinica quotidiana. In Italia è approvato per il trattamento dell'asma allergico grave non controllato negli adulti e nei bambini a partire dai 6 anni. Studi clinici sia randomizzati controllati sia di tipo osservazionale hanno dimostrato l'efficacia e la sicurezza di omalizumab nei pazienti affetti da rinite allergica, e sono terminati gli studi di fase III per determinarne l'efficacia in pazienti adulti con rinosinusite cronica con poliposi nasale. L'efficacia di omalizumab nel trattamento della DA necessita ancora di conferme.

Mepolizumab

Mepolizumab inibisce gli eosinofili impedendo il loro legame con l'IL-5 e inibendo, di conseguenza, l'attivazione, la maturazione, il reclutamento e la sopravvivenza degli eosinofili. Questo biologico consente una significativa riduzione delle esacerbazioni asmatiche e dell'uso di corticosteroidi, con un miglioramento dei punteggi dei parametri di controllo dell'asma.

Mepolizumab è attualmente in corso uno studio clinico di fase III (NCT03085797) del quale si attendono i risultati.

Esistono dati limitati sull'uso di mepolizumab nella DA moderata-severa.

Benralizumab

Benralizumab ha un'alta affinità per la subunità recettoriale specifica IL-5R α , espressa specificamente sulla superficie di eosinofili e basofili. È stata documentata l'efficacia del farmaco nel ridurre la frequenza delle esacerbazioni e nel migliorare i parametri di funzionalità polmonare nei pazienti con asma eosinofilico non adeguatamente controllato, con un significativo effetto sulla riduzione dell'uso di steroidi orali.

Per quanto riguarda la poliposi nasale e la DA, non si dispone di studi con benralizumab su ampie casistiche attualmente pubblicati.

Reslizumab

Reslizumab impedisce il legame di IL-5 con il suo recettore; ha dimostrato di migliorare la funzione polmonare, i sintomi e il controllo dell'asma e la qualità della vita in asmatici non adeguatamente controllati. In pazienti con rinosinusite e poliposi esistono solo casi clinici in cui ha indotto miglioramenti significativi della funzione polmonare e dei parametri di qualità della vita.

Dupilumab

Dupilumab è un anticorpo monoclonale che blocca gli effetti di IL-4 e IL-13, entrambe centrali nell'infiammazione T2-high. Ad oggi è il primo approvato specificamente come trattamento aggiuntivo di mantenimento nell'asma grave con infiammazione di tipo 2, caratterizzato da livelli aumentati di eosinofili nel sangue e/o di ossido nitrico esalato (FeNO), non adeguatamente controllato con un dosaggio elevato di un corticosteroide inalatorio in aggiunta a un altro farmaco per il trattamento di mantenimento.

Dupilumab è anche l'unico ad oggi indicato per la terapia della DA moderata-grave (in Italia oltre 2000 pazienti sono in trattamento col farmaco): in monoterapia o in terapia combinata, si associa a un efficace controllo della malattia, con miglioramento delle lesioni cutanee e della qualità della vita, nonché a riduzione significativa del prurito.

È stato inoltre il primo biologico ad essere approvato per il trattamento della rinosinusite con poliposi: ha infatti dimostrato un'efficacia consistente nel migliorare segni, sintomi e qualità di vita dei pazienti con questa patologia, consentendo una riduzione significativa degli interventi chirurgici di revisione/recidive e dell'uso di corticosteroidi.

Dupilumab è il primo biologico che include analisi pre-specificate per le comorbidità comuni e legate all'infiammazione delle vie aeree come endpoint esploratori in un programma clinico registrativo.

Dupilumab ha anche dimostrato di essere efficace contemporaneamente su più di una comorbidità di tipo 2 che si presenta nello stesso paziente (es. asma grave e poliposi nasale)

Conclusioni

Queste evidenze indicano che in futuro i pazienti con asma grave avranno a disposizione più opzioni di trattamento. Sarà quindi fondamentale stabilire i criteri per la loro categorizzazione, valutando la presenza o meno di comorbidità, per orientare la scelta di un agente biologico rispetto a un altro, la durata ottimale del trattamento e gli aspetti della long-term safety.

Bibliografia

- Leung DY, Guttman-Yassky E. Deciphering the complexities of atopic dermatitis: shifting paradigms in treatment approaches. *J Allergy Clin Immunol* 2014;134(4):769-79.
- Nishima S, Kozawa M, Milligan KL, et al. Omalizumab and unmet needs in severe asthma and allergic comorbidities in Japanese children. *Asia Pac Allergy* 2019;9(1):e7.
- Bieber T. Targeting T2 inflammation by dupilumab impacts on the microbiomic "menage a trois" of atopic dermatitis. *J Invest Dermatol* 2020;140(1):15-17.
- Khalaf K, Paoletti G, Puggioni F, et al. Asthma from immune pathogenesis to precision medicine. *Semin Immunol* 2019;46:101294.
- Schoettler N, Strek ME. Recent advances in severe asthma: From phenotypes to personalized medicine. *Chest* 2019. pii: S0012-3692(19)34108-X.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Difficult-to-treat & severe asthma in adolescent and adult patients. Updated 2019. Available from: <https://ginasthma.org>.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. Updated 2020. Available from: <https://ginasthma.org>.
- Nelson RK, Bush A, Stokes J, et al. Eosinophilic asthma. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2020;8(2):465-73.
- Lombardi C, Passalacqua G, Bagnasco D. Severe asthma, biologicals, and auto-injection: Yes, no, may be! *Allergy* 2019;75(2):444-5.
- Humbert M, Bousquet J, Bachert C, et al. IgE-mediated multimorbidities in allergic asthma and the potential for omalizumab therapy. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2019;7(5):1418-29.
- Pavord ID, Korn S, Howarth P, et al. Mepolizumab for severe eosinophilic asthma (DREAM): a multicentre, double blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2012;380:651-9.
- Bel EH, Wenzel SE, Thompson PJ, et al. Oral glucocorticoid-sparing effect of mepolizumab in eosinophilic asthma. *N Engl J Med* 2014;371:1189-97.
- Ortega HG, Liu MC, Pavord ID, et al. Mepolizumab treatment in patients with severe eosinophilic asthma. *N Engl J Med* 2014;371:1198-207.



- Chupp GL, Bradford ES, Albers FC, et al. Efficacy of mepolizumab add-on therapy on health-related quality of life and markers of asthma control in severe eosinophilic asthma (MUSCA): a randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel-group, multicentre, phase 3b trial. *Lancet Respir Med* 2017;5:390-400.
- Bachert C, Sousa AR, Lund VJ, et al. Reduced need for surgery in severe nasal polyposis with mepolizumab: Randomized trial. *J Allergy Clin Immunol* 2017;140(4):1024-31.
- Bleecker ER, FitzGerald JM, Chanez P, et al. Efficacy and safety of benralizumab for patients with severe asthma uncontrolled with high-dose inhaled corticosteroids and long-acting B2-agonists (SIROCCO): a randomised, multicentre, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet* 2016;388:2115-27.
- FitzGerald JM, Bleecker ER, Nair P, et al. Benralizumab, an anti-interleukin-5 receptor a monoclonal antibody, as add-on treatment for patients with severe, uncontrolled, eosinophilic asthma (CALIMA): a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet* 2016;388:2128-41.
- Nair P, Wenzel S, Rabe KF, et al. Oral glucocorticoid-sparing effect of benralizumab in severe asthma. *N Engl J Med* 2017;376:2448-58.
- Bjerner L, Lemiere C, Maspero J, et al. Reslizumab for inadequately controlled asthma with elevated blood eosinophil levels: a randomized phase 3 study. *Chest* 2016;150:789-98.
- Dupilumab efficacy and safety in moderate-to-severe uncontrolled asthma. *N Engl J Med* 2018;378:2486-96.
- Rabe KF, Nair P, Brusselle G, et al. Efficacy and safety of dupilumab in glucocorticoid-dependent severe asthma. *N Engl J Med* 2018;378:2475-85.
- Deeks ED. Dupilumab: A review in moderate to severe asthma. *Drugs* 2019;79:1885-95.
- Bachert C, Mannent L, Naclerio RM, et al. Effect of subcutaneous dupilumab on nasal polyp burden in patients with chronic sinusitis and nasal polyposis: a randomized clinical trial. *JAMA* 2016;315(5):469-79.
- Bachert C, Han JK, Desrosiers M, et al. Efficacy and safety of dupilumab in patients with severe chronic rhinosinusitis with nasal polyps (LIBERTY NP 440 SINUS-24 and LIBERTY NP SINUS-52): results from two multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, parallel-group phase 3 trials. *Lancet* 2019;394(10209):1638-50.
- Shirley M. Dupilumab: First global approval. *Drugs* 2017;77:1115-21.
- Beck LA, Thaci D, Hamilton JD, et al: Dupilumab treatment in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis. *N Engl J Med* 2014;371:130-9.
- Hamilton JD, Suarez-Farinas M, Dhingra N, et al: Dupilumab improves the molecular signature in skin of patients with moderate-to-severe atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol* 2014;134:1293-300.
- Blakely K, Gooderham M, Papp K. Dupilumab, a monoclonal antibody for atopic dermatitis: A review of current literature. *Skin Therapy Lett* 2016;21:1-5.
- Thaci D, Simpson EL, Beck LA, et al: Efficacy and safety of dupilumab in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis inadequately controlled by topical treatments: A randomised, placebo-controlled, dose-ranging phase 2b trial. *Lancet* 2016;387:40-52.
- Tsianakas A, Luger TA, Radin A: Dupilumab treatment improves quality of life in adult patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: Results from a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Br J Dermatol* 2018;178:406-14.
- Simpson EL, Bieber T, Guttman-Yassky E, et al; SOLO 1 and SOLO 2 investigators: Two phase 3 trials of dupilumab versus placebo in atopic dermatitis. *N Engl J Med* 2016;375:2335-48.
- Simpson EL. Dupilumab improves general health-related quality-of-life in patients with moderate-to-severe atopic dermatitis: Pooled results from two randomized, controlled phase 3 clinical trials. *Dermatol Ther (Heidelb)* 2017;7:243-8.
- Blauvelt A, de Bruin-Weller M, Gooderham M, et al: Long-term management of moderate-to-severe atopic dermatitis with dupilumab and concomitant topical corticosteroids (LIBERTY AD CHRONOS): A 1-year, randomised, double-blinded, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2017;389:2287-303.

IL PARERE DELLO SPECIALISTA

Emozioni e Riabilitazione

E. Covelli, S Respizzi

Introduzione

Nel presente articolo intendiamo illustrare una ricerca, da poco conclusa, che presenta come obiettivo principale quello di indagare quanto le emozioni primarie possano influenzare un percorso di riabilitazione fisica e sportiva.

Faremo riferimento alla Teoria dell'Analisi Transazionale per osservare le ipotesi di ricerca iniziali, proponendo, così, un Modello di intervento di coaching emotivo.

Infatti, si suppone che, all'inizio di ogni percorso di riabilitazione fisica e sportiva, il paziente sia in uno stato mentale patologico di "*impasse*" che inabilita, in parte, le personali risorse cognitive, emotive e comportamentali (Berne, 1961).

Esporranno le varie fasi di tale modello, esplicitando i metodi e strumenti utilizzati, i risultati ottenuti, le riflessioni conclusive e le ipotesi di indagine future.

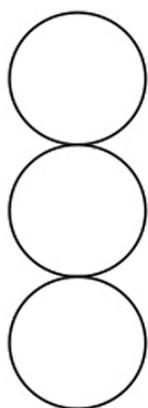
Riferimenti teorici

L'Analisi Transazionale è una teoria psicologica diffusasi dagli USA al resto del mondo a partire dal 1950. È stata formulata dal medico e psichiatra Eric Berne, nato in Canada nel 1910 e vissuto negli Stati Uniti fino al 1970, originario di una famiglia ebrea fuggita dall'Austria.

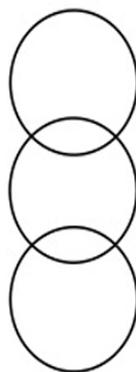
Allievo di Erik Eriksson, segue i neofreudiani per poi staccarsene con intuizioni originali. Come per ogni teoria psicologica occidentale, il fondamento teorico rimane la fenomenologia esistenzialista di Husserl e Heidegger, nata in Europa nei primi decenni del 1900. Proprio da questi principi teorici si spiega la centralità e il rispetto verso il paziente da parte del medico e/o operatore sanitario; l'idea, all'epoca rivoluzionaria, è che il paziente sia competente sul proprio bisogno mentre il medico sulle proprie competenze tecniche. Così, attraverso l'ascolto paritario e il rispetto reciproco, si instaura una relazione intersoggettiva nella quale "i due soggetti della relazione esistono nel momento in cui si percepiscono" (Heidegger, 1953).

Con tali presupposti teorici, la relazione di cura è "necessariamente" paritaria e reciproca, pur nella differenza di ruoli e competenze. L'operatore non è più, solo, espressione di conoscenze e tecniche ma uno dei due poli di una relazione reciprocamente sentita come curativa. L'ipotesi è, infatti, che una relazione intersoggettiva possa creare quella "scintilla di calore" o alleanza emotiva che stimola il paziente a uscire dall'isolamento e ad attivarsi efficacemente nel proprio processo di guarigione (Binswanger, 1970).

La nostra ipotesi suppone che, all'inizio e durante la maggior parte dei percorsi di riabilitazione fisica e sportiva, il paziente si possa trovare in uno stato mentale patologico di *impasse* o contaminazione, rappresentata dal diagramma sottostante (**Fig. 1**).



STRUTTURA DI PERSONALITÀ NORMALE



STRUTTURA DI PERSONALITÀ PATOLOGICA

Figura 1. Il diagramma mostra come alcune parti della personalità "invadono" i confini di quella centrale che rappresenta l'Adulto, la parte più razionale e consapevole del Sé (Berne, 1961).

In questo caso, il soggetto pensa, sente e agisce non in modo Adulto, cioè del tutto razionale e consapevole (cerchio centrale) ma è influenzato o invaso, contemporaneamente, da:

- pregiudizi, generalizzazioni e visioni del mondo ereditati dalle proprie figure Genitoriali (cerchio più alto);
- fobie, desideri, illusioni di tipo Infantili, poco attinenti alla realtà (cerchio più basso).

Durante l'impasse, ad esempio, il paziente crea immagini catastrofiche sul decorso della propria malattia, oppure si aspetta soluzioni magiche e inspiegabili o, ancora, si sente perseguitato da familiari o medici. L'elemento che accomuna tutti questi casi è che la responsabilità sull'esito del proprio processo riabilitativo è spostata verso entità esterne.

Altre volte, invece, la malattia viene vissuta come punizione verso i propri errori; così, la responsabilità personale diventa un peso insostenibile e solitario.

Ricordiamo che il paziente in stato di impasse è cognitivamente confuso, spesso non riesce a comprendere appieno e a memorizzare le indicazioni di medici e operatori, anche se espresse con linguaggio chiaro e semplice. Inoltre, esiste anche una confusione emotiva, secondo cui i sentimenti e le sensazioni personali vengono difficilmente riconosciute; sembra che il dolore fisico "copra" ogni altra emozione, così che la rabbia, la tristezza o la paura siano taciute e confuse fra loro.

Nello stato di *impasse* cognitiva ed emotiva, ciò che appare evidente all'osservatore esterno è il comportamento, poco funzionale a risolvere i problemi contingenti; di solito, si tratta di comportamenti considerati "passivi", poiché in essi le risorse del paziente sono poco vitali. Ad esempio, il paziente tende a "isolarsi" in modo eccessivo, con silenzi testardi, distacco forzato, scarsa concentrazione; altre volte, il paziente appare molto "agitato", senza motivo apparente, con forme di ipercinetismo (per quanto possibile), propensione al rischio, logorrea, scarsa coordinazione motoria. Spesso, dopo episodi prolungati di questo tipo, si registra un peggioramento della patologia esistente o l'insorgenza di una nuova; si può dire che, in questi casi, la richiesta di aiuto continua, anche in modi e tempi indefiniti (Schiff, 1971).

Elementi emotivi che influenzano i comportamenti correlati all'*impasse*

Nella civiltà occidentale, l'emotività è stata spesso considerata un ostacolo al raggiungimento degli obiettivi prefissi o una debolezza caratteriale. Sia in ambito sociale sia familiare, solo alcune emozioni sono ritenute tollerabili. Ad esempio, soprattutto nel secolo scorso, erano considerate emozioni accettabili per il genere maschile la rabbia o collera, per il genere femminile la tristezza o malinconia. Così, intere generazioni furono educate ad accettare e riconoscere in sé soprattutto queste due emozioni, nascondendo le altre (Erskine – Zaleman, 1979).

Secondo le ultime ricerche in ambito neurologico (Allen, 2011), antropologico (Thomson, 1983) e psicologico (Cornell – Hine, 1999), le emozioni umane autentiche sono assai simili a quelle dei primati e si riducono a un elenco piuttosto breve: sorpresa, interesse, disgusto, paura, rabbia, tristezza, gioia, speranza. A parte, ci sono le sensazioni fisiche primarie: sete, fame, sonno, stanchezza, dolore fisico.

Ognuna di queste emozioni, quando viene realmente riconosciuta dal soggetto, è portatrice di un'importante carica di energia e di informazioni. La paura può essere trasformata in cautela, la rabbia in determinazione, la tristezza in consapevolezza. La gioia indica uno stato di quiete positiva, mentre il dolore, sia interiore sia fisico, avverte che bisogna cambiare qualcosa in noi stessi o nel nostro corpo. In un determinato lasso temporale, più emozioni autentiche possono convivere nella stessa persona ma solo una di esse è, di solito, prioritaria e determina il comportamento successivo (Cornell – Hine, 1999).

In generale, le emozioni autentiche producono un naturale movimento interiore e corporeo teso verso il benessere dell'individuo. Invece, nello stato di *impasse*, questa "naturalità" appare bloccata o deviata in comportamenti inefficaci o, addirittura, dannosi. In questi casi, la relazione intersoggettiva che si instaura fra il paziente e la rete di operatori che gli gravitano intorno (medici, fisioterapisti, infermieri, psicologi) diventa essa stessa uno strumento di cura.

Ricerca e protagonisti

La nostra ricerca è nata dall'esigenza di rispondere alla necessità, riscontrata da recenti studi realizzati in USA, UK, Canada e Scandinavia, secondo i quali solo il 19% dei pazienti e atleti afferma di aver avuto l'opportunità di un supporto psicologico ed emotivo adeguato alle proprie esigenze riabilitative (Butler – Moseley, 2003).

Questa ricerca si propone di creare e utilizzare strumenti, sia qualitativi (colloqui, interviste) sia quantitativi (1 test e 3 questionari, di cui 2 a punteggio chiuso), utilizzati all'interno di un Modello di coaching emotivo per pazienti in fase di riabilitazione fisico-sportiva. Il percorso proposto ha il fine di supportare e potenziare gli aspetti emotivi della personalità del paziente, ritenuti importanti risorse per il conseguimento di uno stato di benessere fisico, personale e sociale.

Sono stati intervistati in modo individuale 55 pazienti, con follow up da 3 a 6 mesi, divisi in 2 gruppi, in base alla patologia invalidante:

- lombalgia o problemi cronici alla schiena;
- infortuni alle articolazioni, con o senza necessità di intervento chirurgico.

Il primo gruppo era costituito da pazienti in prevalenza poco sportivi e affetti da problemi alla schiena, di età variabile da 18 a 48 anni, che praticavano per lo più il tennis o frequentavano palestre.

Il secondo gruppo era costituito da pazienti, sportivi e non, che dovevano sottoporsi o avevano già subito un intervento a una o a entrambe le ginocchia (soprattutto LCA), di età variabile da 18 a 43 anni. Gli sport praticati, a livello sia agonistico sia amatoriale, erano in prevalenza calcio e pallavolo, in alcuni casi basket, sci e danza classica o moderna.

Riguardo agli elementi più specifici dei gruppi analizzati, rimandiamo alle nostre precedenti pubblicazioni (Respizzi – Covelli, 2015, 2016).

Strumenti

Gli obiettivi dei Questionari proposti sono:

- attivare o sviluppare un'Alleanza terapeutica fra l'operatore sanitario e il paziente, in modo che entrambi ne traggano utilità e beneficio, pur nella diversità di ruoli e competenze;
- stimolare le risorse cognitive ed emotive del paziente per uscire, almeno in parte, dallo stato di *impasse*;
- evidenziare eventuali incongruenze o discordanze comunicative fra gli operatori ed il paziente.

Durante il percorso di coaching emotivo è stato utilizzato anche un test già conosciuto, la "Tampa Scale for



Kinesiophobia”, adatto a misurare il livello di paura del movimento e del dolore fisico da parte dei pazienti (Kori – Miller, 1990; Lundberg, 2004).

A seguire, sono stati somministrati i Questionari sia a punteggio aperto sia chiuso, che offrono indicazioni ipotetiche ma con la possibilità, per l’operatore sanitario, di aumentare le proprie informazioni sul paziente, in modo da definire un percorso riabilitativo con maggiori probabilità di successo. Riguardo agli aspetti tecnici e statistici dei questionari, rimandiamo alle nostre precedenti pubblicazioni (Respizzi – Covelli, 2015, 2016).

Il Questionario aperto sulla “Comunicazione” indica come una comunicazione chiara e trasparente fra i diversi interlocutori, possa contribuire a rendere il percorso di riabilitazione efficace e privo di equivoci. In questi casi, è utile stipulare dei patti formativi con tutti i soggetti interessati così da esplicitare le loro aspettative e condividerle, per un più veloce iter riabilitativo (**Fig. 2**).

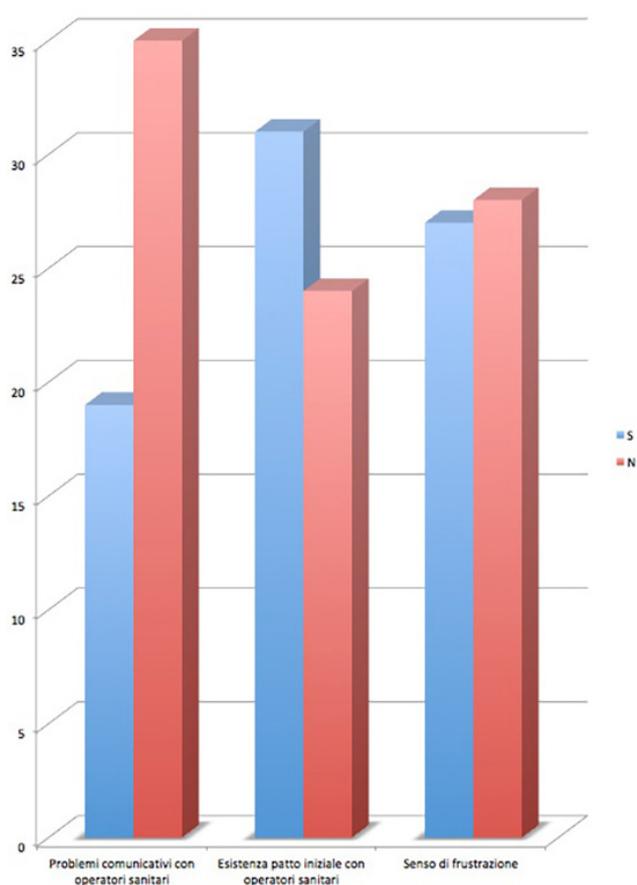


Figura 2. Il diagramma illustra quanto il tipo di comunicazione possa influire sul percorso riabilitativo.

Il questionario “Emozioni e Riabilitazione” ha l’obiettivo di valutare e stimolare le risorse emotive del paziente, al fine di renderlo più consapevole e attivo durante il proprio percorso di riabilitazione. Esso si concentra, infatti, sugli aspetti “infantili” della personalità, come:

- la capacità di riconoscere e ascoltare le proprie emozioni,
- raggiungere un positivo contatto con il proprio corpo,
- creare una efficace relazione con medici e operatori,
- ottenere un buon locus of control su Sé e l’ambiente circostante.

Infatti, la ricerca ha dimostrato che punteggi molto bassi o molto alti su queste particolari dimensioni rappresentano dei Fattori di Rischio per alcuni comportamenti fobici come la tendenza all’evitamento, l’ipervigilanza o varie forme patologiche di somatizzazione (**Fig. 3**).

Infine, è stato somministrato il questionario “Infortunio e Prevenzione” che ha l’obiettivo di registrare le variabili psico-sociali che sono in grado di influenzare gli episodi di infortunio ripetuto o di abbandono dello sport in pazienti sportivi infortunati, per la maggior parte agonisti.

Questo questionario esplora aspetti “genitoriali”, “adulti” e “infantili”, secondo la teoria di riferimento. Esso rappresenta un utile strumento per sollecitare le risorse cognitive ed emotive dello sportivo, in fase di elaborazione dell’infortunio vissuto e di progettazione del proprio futuro personale e professionale. Qui i Fattori di Rischio più evidenti per un’eventuale “Re-injury” o per l’abbandono precoce dell’attività agonistica sono dei punteggi molto alti o molto bassi soprattutto su due dimensioni:

- la presenza di forti pregiudizi familiari e sociali riguardo al progetto professionale/sportivo del soggetto;
- la capacità dello sportivo di trovare momenti di piacevolezza e arricchimento personale sia durante l’attività agonistica sia nel tempo libero (**Fig. 4**).

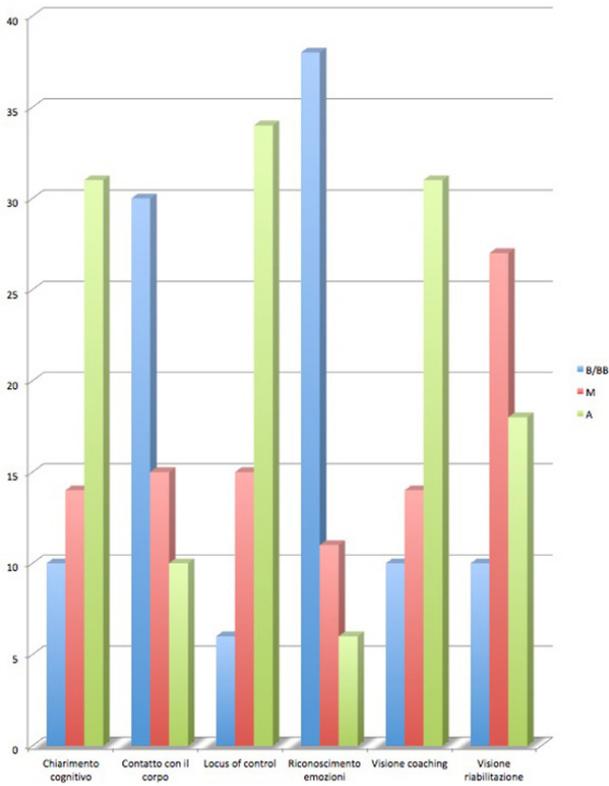


Figura 3. Risultati del questionario "Emozioni e Riabilitazione".

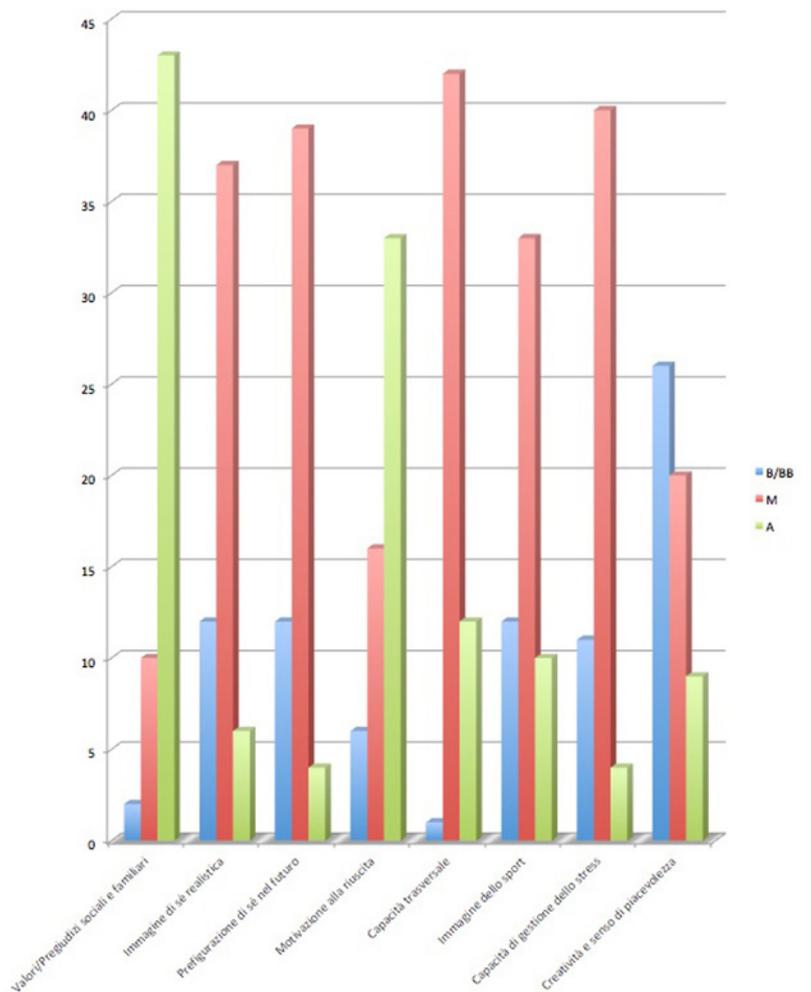


Figura 4. Elaborazione delle risposte al questionario "Infortunio e Prevenzione".



Infatti, la ricerca ha dimostrato che più la decisione riguardo al proprio futuro professionale è autentica, cioè adeguata ai profondi desideri dell'individuo, maggiori sono le probabilità sia di raggiungere gli obiettivi della riabilitazione sia di intraprendere la nuova fase di vita sportiva con maggiore entusiasmo rispetto al periodo precedente l'infortunio.

Nell'attuale modello di coaching emotivo sono previsti due/tre colloqui individuali fra l'operatore e il paziente, della durata di circa un'ora, per la presentazione, la somministrazione e la restituzione dei punteggi dei questionari. I colloqui, effettuati in "setting" protetto, sono occasioni per il paziente di rivelare difficoltà e aspettative molto spesso inconsapevoli o mantenute implicite, stimolando considerevolmente le proprie capacità emotive, cognitive e comportamentali. Il percorso riabilitativo può così essere modificato in modo da aumentare, ulteriormente, le probabilità di efficacia e di successo finale.

Conclusioni e prospettive future

I risultati della ricerca conclusa appaiono coerenti fra loro, convalidando le ipotesi iniziali.

Gli strumenti quantitativi utilizzati hanno verificato dei Fattori di Rischio importanti per l'aggravamento di disagi emotivi o l'eventuale insorgenza di reali patologie, durante le varie fasi di riabilitazione fisica: catastrofismo, ipervigilanza, isolamento emotivo, forme di somatizzazione, infortuni ripetuti nel tempo, abbandono precoce dell'attività agonistica e sportiva.

Anche il modello di coaching emotivo proposto riassume alcuni dei contenuti espressi in questa sede: il concetto di *impasse*, l'importanza di una significativa alleanza emotiva fra paziente e operatore, l'utilizzo di tecniche comunicative efficaci, il riconoscimento e utilizzo delle emozioni autentiche (**Fig. 5**).

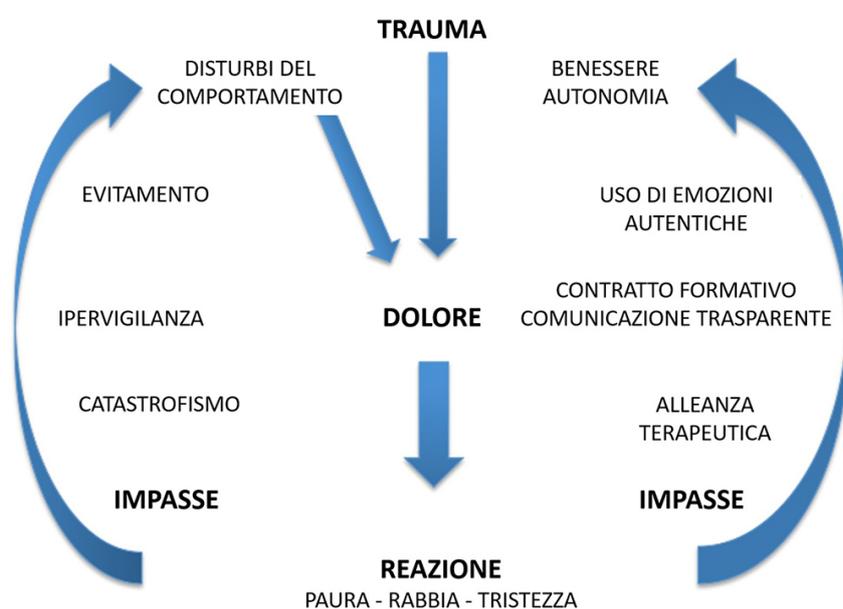


Figura 5. Modello di coaching emotivo

La Figura 5 rappresenta due possibili percorsi di riabilitazione: uno con esito negativo, l'altro con la guarigione o il miglioramento del paziente che riacquista un grado di autonomia, motoria e mentale, uguale o migliore rispetto al momento dell'evento patologico. Sembra altamente probabile che alla riabilitazione fisica si unisca un processo interiore di consapevolezza emotiva, comunicativa e relazionale, altrettanto terapeutico.

Il periodo di cura e riabilitazione diventa, così, per molti pazienti, un lento processo di autoconsapevolezza durante il quale il corpo e alcune parti del Sé, dimenticate o inascoltate, riaffiorano e pretendono attenzione.

Il linguaggio del corpo acquista significati fino ad allora sconosciuti, da ascoltare e interpretare con interesse e affetto; il corpo, cioè, assume caratteristiche più vicine al Sé, così da non essere più considerato e trattato come una macchina con cui sfidare o adeguarsi passivamente alle esigenze del tempo, degli impegni, delle mode e della società. Il corpo vive le proprie emozioni e la propria interiorità, rendendole delle potenziali risorse di energia curativa (Butler – Moseley, 2003).

Durante le interviste e i colloqui di restituzione dei punteggi sono state raccolte altre due variabili, espresse in modo spontaneo dai pazienti, che rappresentano dei dati imprevisti ma molto interessanti:

1. la percezione del dolore, che è apparsa alterata da elementi psico-sociali, come la paura e la solitudine. Secondo alcuni pazienti, la sensazione del dolore può diventare, nel tempo, una forma di dipendenza psicologica che caratterizza la personalità del paziente, contribuendo al suo isolamento rispetto all'ambiente abituale (**Fig. 6**).
2. l'interesse verso un supporto emotivo durante e dopo la fase di riabilitazione fisica, soprattutto con modalità di gruppo. Infatti, alcuni pazienti hanno auspicato la creazione di gruppi per pazienti affetti da patologie simili ma in fasi diverse della riabilitazione, guidati da un facilitatore specializzato e organizzati dalla struttura di riferimento (**Fig. 6**).

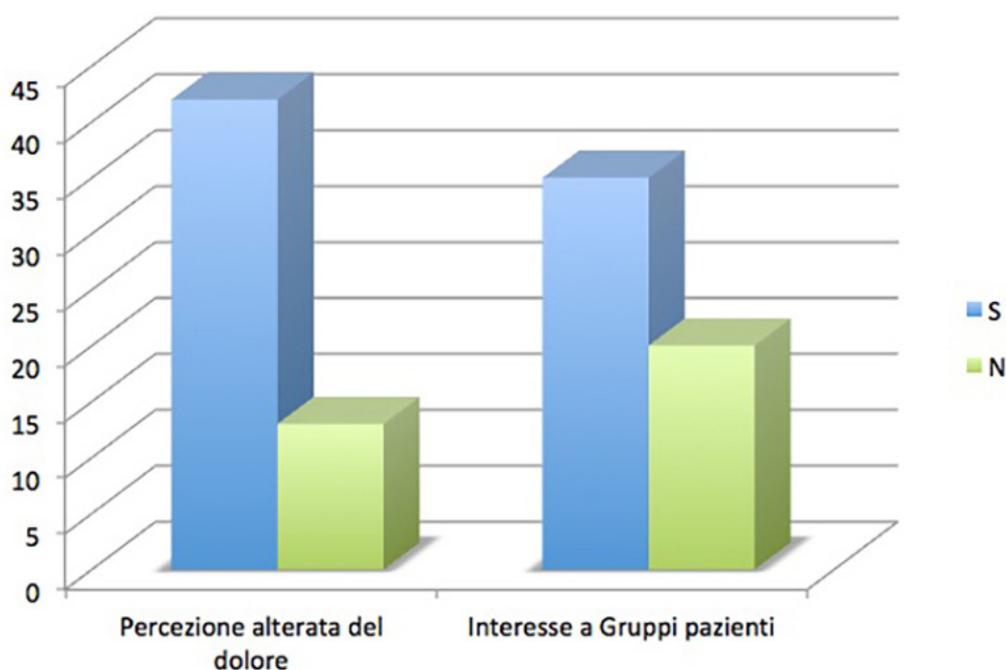


Figura 6. Esiti delle variabili raccolte durante i colloqui di restituzione dei punteggi.

Anche questi ultimi punti sembrano confermare totalmente l'ipotesi iniziale, già registrata in Nord America e Nord Europa, sull'esigenza di percorsi di supporto emotivo per pazienti in fase di riabilitazione fisica e sportiva (Butler – Moseley, 2003).

Auspichiamo che i dati raccolti possano essere di stimolo per nuovi e futuri approfondimenti.

Elisabetta Covelli

Analista Transazionale

Meravigli Medical Centre, Milano.

Stefano Respizzi

Fisiatra e medico dello sport

Direttore Dip. Riabilitazione IRCCS Humanitas Research Hospital, Rozzano (MI)



Bibliografia

- Allen J. (2011). "The experienced self as a developmental line and its script work". TAJ, 41, 58-68.
- Berne E. (1961). "Transactional Analysis in Psychotherapy". New York: Grove Press.
- Binswanger L. (1958). "Existence: a new dimension in psychiatry and psychology". New York: Basic Books.
- Butler D.S., Moseley L.S. (2003). "Explain pain". Adelaide: Noigroup Publications.
- Cornell B., Hine J. (1999). "Cognitive and social functions of emotions: a model for TA counsellor training". TA Journal, 29, 175-185.
- Erskine R., Zaleman M.J. (1979). "The Racket System: a Model for Racket Analysis". TA Journal, 9, 51-59.
- Heidegger M. (1953). "Being and Time". New York: State University of New York Press.
- Kori S.H, Miller R.P. (1990). "Kinesiophobia: a new view of chronic pain behaviour". Pain Management, 3: 35-43.
- Lundberg M.K.E. (2004). "A psychometric evaluation of the Tampa Scale for Kinesiophobia from a physiotherapeutic perspective". Physiotherapy and Practice, 20, 121-133.
- Respizzi S., Covelli E. (2015). "The Emotional Coaching Model: Quantitative and Qualitative Research into Relationships, Communication and Decisions in Physical and Sports Rehabilitation". Joints Journal, 4, 191-200.
- Respizzi S., Covelli E. (2016). "Un Modello di Coaching Emotivo: strumenti quantitativi e qualitativi per le riabilitazioni fisiche e sportive". Il Medico Sportivo, 2, 2-4.
- Schiff A. e J. (1971). "Passivity". TAJ, 1, 71-78.
- Thomson G. (1983). "Fear, Anger and Sadness". TAJ, 13, 20-24.



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