

Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA
PRESIDENTE: *Ch.ma Prof.ssa Veronica Macchi*

TESI DI LAUREA

ANALISI QUALITATIVA DEL DOLORE E DELLA COMPONENTE BIOPSIOSOCIALE IN
PAZIENTI CON SUTURA DI CUFFIA DEI ROTATORI
(Qualitative analysis of pain and biopsychosocial component
in patients with rotator cuff repair)

RELATORE: Prof.ssa Sara Dal Ben
Correlatore: Dott.ssa Francesca Bertoldo

LAUREANDO: Luigi Donato Toso

Anno Accademico 2021/2022

INDICE	
RIASSUNTO	0
ABSTRACT	1
INTRODUZIONE	2
CAPITOLO 1. DEFINIZIONI E CONCETTI TEORICI	3
1.1 Il modello biopsicosociale	3
1.2 La rottura dei tendini della cuffia dei rotatori	4
1.3 Influenza dei fattori biopsicosociali sulla percezione del dolore in letteratura	6
CAPITOLO 2. MATERIALI E METODI	8
2.1 Disegno di ricerca	8
2.2 Metodi di ricerca	9
2.3 Gestione analisi dati	12
CAPITOLO 3. RISULTATI E DISCUSSIONE	14
3.1 Analisi dati Quantitativi	14
PAM 13	14
SF-12	17
TAS 20	21
3.2 Analisi Dati Qualitativi	25
3.3 Unità di testo significativo	25
3.4 Analisi a Reti Tematiche	28
Temi di base	28
Temi organizzanti	29
Temi globali	30
3.4 Discussione congiunta	33
CAPITOLO 4. CONCLUSIONE	37
BIBLIOGRAFIA	39
ALLEGATI	41

RIASSUNTO

Nel corso degli anni, è stata progressivamente maggiormente riconosciuta in ambito riabilitativo l'influenza di fattori biopsicosociali in problematiche di tipo ortopedico e muscoloscheletrico, in particolare nelle patologie più comuni che colpiscono l'articolazione della spalla. L'obiettivo di questo lavoro di tesi è stato quello di analizzare la componente biopsicosociale e del dolore in pazienti che hanno subito un'operazione di sutura della cuffia dei rotatori, spesso trattata solamente dal punto di vista muscolo scheletrico, senza indagare le implicazioni personali. Inizialmente è stata redatta la ricerca bibliografica utilizzando il database PubMed; da questa prima ricerca sono emersi esempi di studi effettuati su larga scala che indagavano il fenomeno di interesse. In seguito sono stati scelti i metodi di ricerca, ovvero: 3 questionari che indagavano il benessere psicofisico e alcune domande di ulteriore approfondimento da somministrare attraverso un'intervista semi strutturata a sei pazienti nelle palestre di Schio e Thiene (in provincia di Vicenza). I questionari e le interviste somministrati sono stati poi analizzati sia separatamente che tramite una discussione congiunta, da cui è risultata una scarsa percezione di salute mentale da parte dei pazienti, a cui è stato possibile correlare l'influenza del dolore e dei fattori biopsicosociali. Ciò propone la tematica dell'attenzione agli aspetti psicosociali della salute anche in patologie ortopediche e alla gestione del paziente con un'ottica maggiormente olistica facendo fede alla salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente caratterizzato dall'assenza di malattia.

ABSTRACT

Over the years, the influence of biopsychosocial factors in orthopedic and musculoskeletal problems has been progressively more recognized in the rehabilitation field, in particular in the most common pathologies affecting the shoulder joint. The aim of this thesis work was to analyse the biopsychosocial component and the pain in patients who have undergone a rotator cuff suture operation, often treated only from a musculoskeletal point of view, without investigating the personal implications. Initially, the bibliographic search was made using the PubMed database and from this first research, a lot of studies investigating the phenomenon of interest appeared. The research methods were then chosen: 3 questionnaires investigating psychophysical well-being and some other questions presented through a semi-structured interview to six patients having rehabilitation in the gyms in Schio and Thiene (Vicenza). The questionnaires and the interviews were then analyzed both separately and through a joint discussion. Results are a poor perception of mental health by patients, related to the influence of pain and biopsychosocial factors. This outcome propose to underline the attention to the psychosial aspects of health even in orthopedic pathologies in order to manage the patient with a more holistic perspective. In fact health is a state of complete physical, mental and social well-being and it is not simply characterized by the absence of disease.

INTRODUZIONE

I disturbi di spalla che comportano dolore sono una problematica più comune di quanto ci si possa aspettare e hanno una prevalenza del 47% ed una prevalenza annuale del 70% nella popolazione mondiale ¹. Tra le patologie che possono colpire le spalle la più comune è legata ai traumi della cuffia dei rotatori ²; questi disturbi possono iniziare come semplici fastidi percepiti dai pazienti ad un certo grado del ROM (solitamente i gradi di maggior ampiezza di movimento) e possono diventare successivamente invalidanti sia in ambito lavorativo che sociale. La necessità di questa tesi nasce in primo luogo dalle esperienze fatte durante i tirocini, in particolare del terzo anno, in cui ho visto trattare e ho trattato pazienti con le problematiche prese in analisi in questo lavoro di ricerca ed ho notato un'alta frequenza di casi in cui, oltre alla problematica di spalla, la persona presentava difficoltà sociali o psicologiche, che esternava durante la seduta con lamentele sulla propria condizione di salute.

In secondo luogo l'obiettivo della tesi nasce dallo studio dell'approccio biopsicosociale ovvero la presa in carico del paziente in tutta la sua complessità con tutti gli aspetti che riguardano il contesto sociale, culturale e ambientale, superando la relazione medico-paziente vista come sola diagnosi di cura e andando più a fondo nella comprensione dei bisogni e delle necessità dei pazienti. Questo approccio olistico al paziente mi ha affascinato fin da subito nella mia esperienza da tirocinante, anche se ho potuto constatare che viene raramente tenuto in considerazione nei trattamenti di patologie considerate per lo più "ortopediche".

L'obiettivo principale di questa tesi è quindi studiare più a fondo il dolore di spalla dato da rottura di tendini della cuffia dei rotatori, patologia molto conosciuta e spesso sottovalutata dal punto di vista delle implicazioni psicologiche del paziente. Ho deciso di analizzare gli aspetti sopra citati di un gruppo di pazienti che si sono sottoposti ad intervento di sutura della cuffia dei rotatori, cercando di capire in particolare come il dolore può influenzare la vita dei pazienti e modificarne la quotidianità.

Per analizzare al meglio il vissuto dei pazienti ho scelto di utilizzare due modalità, una più oggettiva tramite dei test selezionati con l'aiuto di una specialista della riabilitazione psichiatrica ed una modalità che mi avrebbe permesso di andare più a fondo nell'analisi con il paziente e spaziare maggiormente negli argomenti attraverso un'intervista semi-strutturata. L'integrazione dei metodi quantitativo e qualitativo mi ha permesso di indagare in maniera più approfondita il vissuto di questi pazienti che ho conosciuto e di esplorare maggiormente il fenomeno studiato, così da rendere la mia esperienza uno spunto di riflessione utile per lo sviluppo di una cultura riabilitativa maggiormente attenta all'approccio biopsicosociale.

CAPITOLO 1.

DEFINIZIONI E CONCETTI TEORICI

1.1 Il modello biopsicosociale

Il modello biopsicosociale nasce dall'esigenza di superare uno schema ormai radicato nella medicina poiché la presa in carico di una persona malata non è solamente una diagnosi del problema seguita da un trattamento dei sintomi, ma anche e soprattutto cercare di immedesimarsi nei suoi bisogni per comprenderne l'unicità. Il superamento di questa concezione ha portato ad un cambiamento della relazione medico-paziente, passando da una malattia definita "biomedica" ad un approccio "biopsicosociale" incentrato sul paziente.

Il modello biopsicosociale è stato sviluppato da George Engel ed John Romano nel 1977 e, mentre i tradizionali modelli biomedici della medicina clinica si focalizzano sulla malattia, l'approccio biopsicosociale enfatizza l'importanza della conoscenza e della comprensione della salute umana nel suo contesto totale³.

Engel, ancor prima, criticò la visione dualistica del modello biomedico con la separazione netta tra corpo e mente (fatta risalire a Cartesio). In questa visione implicitamente si privilegia ciò che è reale ovvero il corpo, che diviene più degno di considerazione clinica. Egli cercò di integrare i due mondi mostrando con i suoi studi che la paura, la rabbia, l'ansia e l'attaccamento hanno un effetto fisiologico e strutturale sull'intero organismo⁴.

Il modello biopsicosociale propone infatti di vedere nel paziente non solo la malattia ma la salute del paziente come risultato di una continua interazione tra fattori biologici (biochimici, genetici, etc.), psicologici (personalità, umore, comportamento, etc.) e sociali (culturali, familiari, socioeconomici, etc.). Per poter comprendere i bisogni di salute di una persona è necessario quindi considerare il suo contesto sociale ed economico, le sue credenze, le sue aspettative, il suo livello di istruzione e l'ambiente in cui vive.

Valutando sia i fattori biologici che psicologici e sociali in un paziente, si potrebbe spiegare perché alcuni individui che non sono effettivamente malati percepiscono una sintomatologia, mentre al contrario individui con una patologia non percepiscono alcun malessere significativo.

Alcuni definiscono “malattia” ciò che per altri è solo un “problema di vita” e quindi sono influenzati dalla reazione emotiva nelle circostanze della vita e relativamente a dei sintomi reali ⁵.

Un riferimento al modello biopsicosociale è presente anche in uno dei documenti più importanti per la medicina, ovvero la definizione di Salute da parte dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che nella versione più recente del Glossario OMS della promozione alla salute la definisce “Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità” ⁶.

1.2 La rottura dei tendini della cuffia dei rotatori

La spalla, articolazione prossimale dell’arto superiore, è la più mobile di tutte le articolazione del corpo umano; possiede tre gradi di movimento, che permettono di orientare l’arto superiore nei piani dello spazio necessari al raggiungimento di vari oggetti ed allo svolgimento di azioni e gesti funzionali.

I gruppi muscolari che entrano in gioco nell’articolazione della spalla sono numerosi e tra i gruppi più importanti per la mobilità di questa articolazione troviamo i muscoli che compongono la Cuffia dei Rotatori: sovraspinato, infraspinato, piccolo rotondo e sottoscapolare; questi muscoli forniscono stabilizzazione dinamica all’articolazione glomerale, attirano la testa omerale in basso e all’interno, creando con il deltoide una coppia funzionale in addizione al contributo per il movimento della spalla.⁷

Il sovraspinato agisce principalmente nell’abduzione di spalla in sinergia con il deltoide, ed agisce in sinergia con anche gli altri muscoli della cuffia che sono indispensabili per la funzione di questo grosso muscolo. Il sovraspinato era ritenuto l’iniziatore dell’abduzione, ma successivamente con il blocco anestetico del nervo sottoscapolare (B. Van Linge e J.D. Mulder) si è dimostrato che è sufficiente il solo deltoide per l’iniziazione del movimento ed il sovraspinato da solo riesce tuttavia a determinare una abduzione dell’ampiezza uguale a quella del deltoide. L’azione del sovraspinato quindi è simile e sinergica ai muscoli della cuffia, è funzionale e di sostegno al deltoide che quando lavora in autonomia si affatica precocemente ⁸.

I restanti muscoli della cuffia oltre ad agire in sinergia per stabilizzare l’omero nella fossa glomerale hanno funzioni differenti tra loro: il piccolo rotondo e l’infraspinato agiscono per

extraruotare la spalla, mentre il sottoscapolare la ruota internamente e adduce e previene il dislocamento in avanti della spalla ⁹.

La rottura dei tendini di questi muscoli così importanti per il corretto funzionamento della mobilità dell'articolazione glomerale è molto comune: nel 30% degli adulti sopra i 60 anni abbiamo infatti delle lesioni non sintomatiche nella cuffia dei rotatori, mentre questo dato sale e raddoppia per le persone sopra gli 80 anni ¹⁰. Questa patologia è tra i più comuni infortuni trattati da chirurghi ortopedici, con uno spettro diagnostico che va da impingment del tendine nello spazio sub acromiale fino a rotture parziali e a rotture complete del tendine, che possono portare se non trattate ad un'artropatia dell'articolazione glomerale.

Le rotture della cuffia dei rotatori sono più comunemente date da processi degenerativi intrinseci dovuti all'età, piuttosto che da rotture traumatiche più comuni in atleti giovani ¹⁰.

Il dolore non è sempre lineare nelle rotture della cuffia dei rotatori; è comune infatti l'incidenza di rotture asintomatiche così come pazienti in cui il dolore è molto elevato e non facilmente sopportabile. Secondo uno studio di Yamaguchi et al. ¹¹ si è visto che i pazienti con 66 anni o di più con una rottura di cuffia dolorosa, spesso ne avevano una controlaterale non dolorosa e quindi presentavano una diagnostica la cui sintomatologia non era percepita dal paziente stesso.

Le possibili soluzioni a questo problema dipendono dal tipo di paziente e dalla condizione clinica, solitamente con pazienti giovani e lesioni parziali della cuffia il trattamento chirurgico non è la prima soluzione, ma si tenta di risolvere con trattamenti fisioterapici. Se in questi casi il dolore non diminuisce o in casi di pazienti in età lavorativa o lesioni a tutto spessore (molto estese) si procede invece per via chirurgica.

In passato la metodica più utilizzata per questo tipo di interventi era chiamata "aperta" e consisteva in un'incisione sulla spalla di circa 7 cm e il passaggio attraverso il deltoide; oggi le principali tecniche utilizzate dagli ortopedici sono metodiche artroscopiche micro invasive, che utilizzano una piccola telecamera a fibre ottiche per controllare la riuscita dell'intervento e necessitano solo di alcune piccole incisioni sulla spalla.

L'obiettivo di questo intervento è quello di riportare il tendine strappato o lesionato nuovamente nella sede di inserzione e fissarlo con dei sistemi di ancoraggio, tra cui i più utilizzati sono formati da "ancorette" di vari materiali che si applicano direttamente all'osso ¹².

1.3 Influenza dei fattori biopsicosociali sulla percezione del dolore in letteratura

Le Yellow flags in fisioterapia sono date da tutte quelle barriere di tipo psicosociale che possono ostacolare il recupero di un disordine muscoloscheletrico ¹³; sono comuni nella maggior parte delle patologie ortopediche in maggior parte e con maggior frequenza nelle patologie che colpiscono le spalle e il rachide lombare, patologie che spesso portano il dolore a cronicizzare e che, protraendosi nel tempo possono generare degli squilibri di tipo psicologico o sociale, se non già precedentemente presenti.

Le Yellow flags principalmente possono derivare da strategie sbagliate di gestione della patologia, stress, comportamenti malsani e incapacità di cambiare il proprio status psicologico ¹⁴. Più in generale nelle Yellow flags rientrano i fattori del modello psicosociale che influenzano fortemente la concezione del dolore; infatti in persone che presentano dolore cronico sono più presenti ansia, depressione e stress ¹⁵. Oltre a questi, anche fattori sociali come l'ambiente lavorativo possono influenzare lo stato di salute e la percezione del dolore; per esempio se un individuo si trova in un ambiente di lavoro che non lo supporta o ha una bassa soddisfazione in ciò che fa, le probabilità di recuperare da un infortunio per poter tornare al lavoro sono decisamente basse ¹⁶. L'ambiente infatti può essere importante nel favorire un recupero quando è positivo e stimolante, viceversa se non lo è può essere deleterio.

Le strategie di coping, ovvero la capacità di fronteggiare problemi ad influenza emotiva e della vita di tutti i giorni per diminuire lo stress percepito, hanno una grossa influenza sul dolore percepito da un paziente. Un paziente con una grande capacità di gestione del proprio stress e del proprio stato emotivo spesso può riuscire a percepire meno dolore o addirittura a non sentirlo a parità di patologia. Il binomio ansia-stress e dolore cronico non sempre si realizza, perché la capacità di coping può modulare l'effetto del dolore nella vita di una persona per poter essere funzionale nella società; in pazienti con un alto grado di coping funzionale il dolore può essere ridotto al minimo anche in casi in cui c'è del dolore cronico ¹⁷.

Secondo uno studio condotto da Jay M. Levin et. Al. Nel 2021 le Yellow flags ed in particolare il mancato coping positivo è stato registrato in maniera molto presente in un campione di pazienti sottoposti a intervento di spalla; in aggiunta da questo studio è emerso che i pazienti operati alla spalla avevano un tasso più alto di Yellow flags di vario tipo rispetto allo standard ¹⁸.

Secondo uno studio di Oxford effettuato da ML Reilingh del 2008 i fattori psicologici sono addirittura più importanti, nei pazienti con dolore cronico di spalla, di predittori fisici rispetto all'outcome: "il

miglioramento dei sintomi in pazienti che presentano dolore acuto di spalla era principalmente previsto dalla severità del dolore e della disabilità, mentre fattori psicologici possono influenzare quelli con dolore cronico di spalla”¹⁹.

In uno studio del 2017 di J. Martinez-Calderon con 307 casi selezionati si può trovare una correlazione tra il dolore cronico di spalla e numerosi fattori psicosociali come l’autoefficacia: essa determina la capacità di far fronte alle situazioni nella vita e svolgere attività anche con la presenza di dolore. In questo studio vengono incluse anche persone con limitazioni funzionali o dolore alla spalla che non riescono più ad eseguire determinate azioni nella vita quotidiana. Il dolore della spalla, unito a fattori psicologici negativi può influenzare quindi non solo l’aspetto di movimento del braccio ma anche la sfera sociale del paziente e potenzialmente intaccare anche le relazioni del singolo nella vita di tutti i giorni²⁰.

Riassumendo, secondo evidenze scientifiche le Yellow flags sono strettamente legate ai fattori biopsicosociali e diventano rilevanti anche in patologie viste come strettamente ortopediche, condizionandone il recupero. Gli studi presenti in letteratura sono scarsamente rilevanti dal punto di vista qualitativo, perché basati maggiormente su analisi di test e su un numero molto vasto di casi, che li rende rilevanti dal punto di vista statistico, ma che sottovaluta di considerare le peculiarità di ogni caso come individuo singolo e pieno di personali sfaccettature. È proprio questo l’intento di questa tesi, che tramite metodi qualitativi a complemento di metodi quantitativi cerca di indagare in profondità il vissuto di dolore e di disagio del paziente, cercando di raccogliere in modo più esaustivo possibile il “sentire” di pazienti con rottura di cuffia dei rotatori sottoposti a intervento di sutura.

CAPITOLO 2.

MATERIALI E METODI

L'idea alla base di questa tesi è analizzare la componente biopsicosociale e il dolore in pazienti che hanno effettuato un'operazione di sutura della cuffia dei rotatori e cercare di andare a fondo nell'analisi tramite l'utilizzo di test quantitativi ed un'intervista qualitativa semi strutturata, così da non limitare il paziente in ciò che si sente di esprimere rispetto la propria salute e la propria esperienza di malattia. In questo capitolo si descriverà: il disegno di ricerca, i metodi utilizzati per studiare il campione selezionato e le modalità di analisi dei dati raccolti.

2.1 Disegno di ricerca

Inizialmente è stata fatta una ricerca in letteratura delle evidenze scientifiche inerenti il tema scelto a sostegno dello sviluppo della tesi.

La ricerca è stata effettuata tramite il database PubMed con diverse parole chiave, combinate tra loro con operatori booleani "AND" e "OR", tra cui "Biopsycosocial factors", "rotator cuff tear", "pain" e "chronic shoulder pain".

Questa ricerca ha prodotto alcuni risultati tra cui è stato possibile selezionare articoli pertinenti all'argomento di tesi, che confermavano ed ampliavano la mia ipotesi iniziale anche se non in maniera esauriente. La letteratura riguardante le implicazioni dei fattori biopsicosociali nel dolore cronico di spalla ed in particolare nella rottura della cuffia dei rotatori non è molto estesa ed in solo pochi articoli si parla di analisi qualitativa, mentre la maggior parte degli studi si basa su analisi quantitative e con campione molto vasto.

Anche per questo motivo ho deciso di affiancare ad una prima ricerca quantitativa una ricerca qualitativa, così da poter esplorare più profondamente e realisticamente il piccolo campione che una tesi di questo genere permette.

Per la ricerca quantitativa ho scelto l'utilizzo di tre questionari che potessero rilevare il benessere psicofisico, la capacità di coping e le competenze emotive dei pazienti. Questi test sono L'SF-12,

PAM 13 e TAS 20, che integrandosi forniscono delle indicazioni sulle capacità biopsicosociali dei pazienti cui vengono autosomministrati.

Per analisi qualitativa si intende quel tipo di indagine che adotta un approccio naturalistico verso il suo oggetto di indagine, ovvero studia i fenomeni nei loro contesti naturali, tentando di dar loro un senso o di interpretarli nei termini di significato che le persone danno di essi ²¹. A differenza della ricerca quantitativa che si basa su risultati oggettivi, la ricerca qualitativa è prevalentemente empirica e basata su dati soggettivi dipendenti dal campione preso in analisi. I dati qualitativi sono verbali e non numerici quindi non statisticamente significativi; e dunque anche per questa caratteristica il campione preso in analisi non ha bisogno di essere ampio e non necessita di essere rappresentativo di un fenomeno, poiché di questo campione si rilevano i dettagli più piccoli. Lo scopo di questa analisi è quindi la ricerca di un nuovo fenomeno e la descrizione di esso, non la costruzione di un modello statistico che possa confermare o confutare un'ipotesi.

Il metodo qualitativo è molto usato in ambito sociale e psicologico e si presta anche ad analizzare una particolare patologia in ambito fisioterapico-riabilitativo. Considerato come i temi trattati in questa ricerca sono fenomeni complessi, le cui caratteristiche sono difficili da misurare, si necessitava quindi di un'analisi differente.

Per studiare in maniera completa il fenomeno oggetto di tesi ho perciò scelto di affiancare all'uso dei questionari un'intervista semi strutturata, che permette di rispondere alle domande sul vissuto del dolore in maniera più esaustiva e vicina alla realtà vissuta dai pazienti. L'utilizzo di entrambi questi metodi è il modo migliore per sostenere con dati e test quantitativi, quindi più oggettivi possibili, una parte di letteratura scientifica ancora non molto vasta.

2.2 Metodi di ricerca

La scelta dei questionari, in seguito ad una ricerca ed una selezione basata sul contenuto target di ricerca, sulla lunghezza del questionario, (i questionari non dovevano essere troppo lunghi per non scoraggiare i pazienti selezionati) nonché sulla completezza del dato finale raccolto come esaustivo dell'item del disegno di ricerca, è ricaduta sui tre questionari nominati in precedenza:

- PAM 13
- SF-12
- TAS 20

Il secondo test, il PAM 13 (Patient Activation Measure), è un questionario che ha come obiettivo indagare l'”attivazione” dei pazienti nella propria condizione medica e di salute. Nasce dallo studio di diversi ricercatori guidati da J. A. Hibbard che nel 2005 a partire dall'iniziale PAM formato da 22 items ne crearono una versione più breve con 13 items. Gli ultimi decenni hanno visto un viraggio profondo dei modelli di cura verso una sempre maggiore valorizzazione del ruolo della persona, vista come soggetto attivo ed “esperto” all'interno del processo clinico-assistenziale ²². A livelli bassi di attivazione, secondo le risposte al questionario, gli individui solitamente sono passivi e senza confidenza in se stessi e si affidano ciecamente al proprio medico; invece man mano che aumentano i livelli di attivazione gli individui hanno sempre più controllo e conoscenza sul proprio percorso di cura e sulla propria salute, fino a diventarne il principale artefice ed il focus è quello di mantenere uno stile di vita salutare al livello massimo di attivazione secondo la scala PAM ²³.

Lo SF-12 (Short form health survey) è un questionario che ha la finalità di indagare la percezione delle condizioni psicofisiche degli individui. È tratto da una versione più estesa, l'SF-36, introdotta negli Stati Uniti negli anni '80. Si tratta di un questionario multidimensionale, che si articolava in 36 items ora ridotti a 12 da analisi di validità successive, che si riferiscono ad otto dimensioni (attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali e salute mentale). La sintesi dei punteggi consente di costruire due indici dello stato di salute, uno riguardante lo stato fisico (Physical component summary - Pcs), mentre l'altro riguarda lo stato mentale (Mental component summary – Mcs). A livelli molto bassi (orientativamente sotto i 20 punti) la salute viene giudicata come scadente nella Pcs e corrisponde ad una condizione di "sostanziali limitazioni nella cura di sé e nell'attività fisica, sociale e personale; importante dolore fisico; frequente stanchezza". Altrettanto un basso indice di stato di salute psicologico evidenzia una “salute scadente” con "frequente disagio psicologico; importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi".

Il terzo test, TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale), ha la finalità di analizzare l'alessitimia, cioè un costrutto psicologico che descrive una condizione di ridotta consapevolezza emotiva, che comporta l'incapacità sia di riconoscere sia di descrivere i propri stati emotivi. Tale condizione è stata individuata e descritta per la prima volta negli anni cinquanta in pazienti affetti da patologie classicamente definite come psicosomatiche, maturando l'idea che tali pazienti fossero portati ad esprimere la sofferenza emotiva (altrimenti inesprimibile) tramite la sofferenza fisica. La TAS 20, tratto da una revisione della TAS creata da R.M. Bagby et. Al. nel 1994, ha tre principali fattori di analisi: DIF, cioè difficoltà di identificazione dei sentimenti e distinzione tra sentimenti e associazioni

fisiche; DDF cioè la difficoltà di descrizione dei propri sentimenti agli altri ed infine EOT, cioè uno stile cognitivo orientato verso la realtà esterna rispetto ad un locus of control più interiore.

Per l'analisi qualitativa l'altro strumento utilizzato è stato l'intervista semi strutturata. L'intervista ha uno scopo conoscitivo, cioè raccogliere delle informazioni concrete e risposte emotive tramite linguaggio verbale e l'osservazione del comportamento non verbale dell'intervistato.

L'intervista semi-strutturata è una particolare tipologia di intervista che induce da un modesto a forte coinvolgimento reciproco tra intervistato e intervistatore ed una scarsa possibilità di standardizzazione sia delle domande che delle risposte. Le interviste semi-strutturate sono governate da una guida all'intervista, che serve come struttura della stessa; l'intervistatore conduce domande dal contenuto prestabilito, principalmente domande aperte, che permettono all'intervistato di esprimersi liberamente sul tema proposto dall'intervistatore. L'ordine delle domande è flessibile e c'è la possibilità per chi intervista di aggiungere topic che emergono durante la comunicazione. Questa modalità dà all'intervistatore la libertà di approfondire determinati argomenti, di cambiare l'ordine delle domande o anche di dedicare più tempo ad alcuni argomenti piuttosto che ad altri. L'obiettivo non è quello di seguire alla lettera la guida dell'intervista, ma piuttosto di assicurarsi che i punti essenziali dell'intervista siano stati discussi e che i nuovi commenti siano stati ampliati e compresi. Un grande livello di libertà è concesso anche agli intervistati e anche se ciò si traduce in una scarsa possibilità di generalizzare i risultati ottenuti, è il metodo più efficace per descrivere un fenomeno complesso senza limitare l'esperienza dell'intervistato.

La scelta delle domande della mia intervista semi strutturata è stata guidata dalla necessità di integrare le scoperte derivanti dallo studio dei questionari, con ulteriori conoscenze e approfondimenti utili per il mio studio secondario ai temi che potevo ricavare dai questionari. Dopo aver selezionato le domande mi sono preparato a somministrare l'intervista vera e propria, che richiede grandi capacità di ascolto attivo privo di pregiudizi per cogliere profondamente le impressioni del paziente e i dettagli che non sono esplicitati verbalmente.

Per prepararmi alla conduzione dell'intervista ho effettuato delle simulazioni per capire quali potessero essere i miei punti deboli come intervistatore e per migliorare le mie capacità comunicative.

2.3 Gestione analisi dati

Affinché i risultati della ricerca qualitativa e quantitativa siano significativi è importante che tutti i dati raccolti siano analizzati secondo metodi precisi, scientificamente validati.

Rispetto alla ricerca quantitativa, la gestione dell'analisi dati dei questionari è stata gestita in maniera individuale per ognuno dei tre test; sia per la fase di processazione e sia per la fase di descrizione del dato raccolto, in termini descrittivi e non interpretativi si è condotta una prima fase di trasformazione del dato nominale in dato numerico per facilitare la fase di scoring. Successivamente, propedeuticamente nella fase analitica, in maniera ordinata e tramite l'applicativo Microsoft Excel, si sono calcolati gli esiti finali per partecipante, come sommatoria complessiva ad ogni test e come sommatoria delle singole sottoscale incluse. Seguendo le indicazioni corrispettive alla letteratura per testistica, si sono rilevati così gli esiti e le correlazioni principali della ricerca condotta che verranno riportati nella sezione dedicata nei Risultati.

Per quanto riguarda l'analisi qualitativa delle interviste, è stata inizialmente fatta una trascrizione fedele delle registrazioni e successivamente una classificazione dei dati narrativi in tabella (record biografico), riportata nel capitolo Risultati. Ho scelto di analizzare i dati qualitativi secondo il modello delle Reti Tematiche, che permette di organizzare i dati facilitando la rappresentazione e la strutturazione dei temi rilevanti delle interviste. Lo scopo di questo modello è l'analisi tramite una tecnica consolidata per segmentare il testo: ovvero fare un esame della sua struttura e ricercarne il significato attraverso una rappresentazione grafica. Secondo questo modello, esistono tre livelli di organizzazione dei temi:

- Tema di base: è il tema minimo, di ordine inferiore che considerato da solo non dice molto ma amplia il suo valore nel contesto grazie agli altri temi di base. È il contenuto minimo che emerge attorno ad un tema organizzante.
- Tema organizzante: è il tema intermedio che organizza e raggruppa temi di base secondo il significato simile, facendo emergere più in profondità il significato del testo. Più temi organizzati formano un tema globale.
- Tema globale: è un macro tema di ordine superiore, riassume i temi organizzati conducendo all'interpretazione del testo. Ogni tema globale è il nucleo di una rete globale ed ognuno dà significato ai gruppi di temi minori.

Una volta raccolti i temi di base si è provveduto alla loro classificazione in base al significato, individuando così il tema organizzante; successivamente, attraverso una reinterpretazione dei temi organizzanti, si è realizzata l'identificazione di uno o più temi globali. Le fasi del processo analitico che ho utilizzato sono tre: riduzione o segmentazione del testo, esplorazione del testo e integrazione delle reti. L'intero processo analitico è schematizzato nella seguente tabella:

PRIMA ANALISI: RIDUZIONE O FRAMMENTAZIONE DEL TESTO

Fase 1: Codificare il Materiale

- Ideare una struttura di codifica
- Analizzare il testo utilizzando la struttura di codifica

Fase 2: Identificare i Temi

- Riassumere dei temi ricavati dal testo codificato
- Raffinare i temi

Fase 3: Costruire le Reti

- Classificare i temi
- Scegliere i Temi di Base
- Riorganizzare i Temi Organizzanti
- Dedurre i Temi Globali
- Rappresentare come reti tematiche
- Verificare e perfezionare la rete

SECONDA ANALISI: ESPLORAZIONE DEL TESTO

Fase 4: Descrivere ed Esplorare le Reti Tematiche

- Descrivere la rete
- Esplorare la rete

Fase 5: Riassumere le Reti Tematiche

TERZA ANALISI: INTEGRAZIONE

Fase 6: Interpretare gli schemi

CAPITOLO 3.

RISULTATI E DISCUSSIONE

3.1 Analisi dati Quantitativi

In questa sezione verranno rievocati i numeri del campione coinvolto e le caratteristiche descrittive dello stesso nonché, successivamente, verranno esposti i dati relativi all'outcome esitato come da testistica somministrata. La coorte coinvolta è stata di 6 partecipanti:

- G.C. – M – 62 anni – intervento sutura cuffia 12/03/2022
- C.R. – M – 55 anni – intervento di sutura sovraspinato 04/02/2022
- T.M. – F – 56 anni – intervento di sutura sovraspinato 06/12/2021
- R.N. – M – 61 anni – intervento di borsectomia, asportazione calcificazione e reinserimento sovraspinato, tenotomia clb e acromion plastica 29/03/2022
- D.U. – M – 56 anni – intervento sutura cuffia 25/03/2022
- F.A. – M – 54 anni – intervento di acromion plastica, sutura cuffia, applicazione spaziatore inspace 09/03/2022

Relativamente all'analisi testistica, si evidenziano ora gli esiti raccolti come suddivisi per singolo questionario.

PAM 13

Tabella 1 [Valori per item Pam 13]

1	G.C.	C.R.	T.M.	R.N.	D.U.	F.A.
1	3	4	4	4	3	3
2	3	4	4	3	3	3
3	3	4	4	4	3	3
4	3	4	4	3	3	3

5	2	3	4	4	2	3
6	3	3	0	NR	2	3
7	3	3	2	3	3	2
8	2	3	3	4	3	2
9	2	3	3	4	3	3
10	3	3	4	3	3	3
11	2	2	2	3	2	3
12	2	2	2	4	2	2
13	2	3	2	NR	3	3
totale (somma items)	33	41	38	39	35	36
	63,46/100	78,85/100	73,08/100	75/100	67,31/100	69,23/100

Legenda	
Non crede che un'attivazione propria sia importante	< o = 47
Mancanza di conoscenza e di fiducia nell'agire	47,1-55,1
Tendenza all'agire	55,2 - 67
Azione	> o = 67,1

Tabella 2 [Risultati Pam 13]

Nella tabella 1 si illustra lo scoring del test Pam 13: esso è composto da 13 items dove, per ognuno degli items, è stata richiesta una risposta a punteggio da 1 a 4, corrispondente alla tendenza espressa dal partecipante di forte disaccordo (valore 1) fino a forte accordo (valore 4) relativamente al contenuto della domanda stimolo; successivamente ogni valore è stato sommato nella parte inferiore della tabella numero 1.

A partire dalla somma grezza dei punteggi è stato condotto il corrispondente valore testistico basato su una tabella di calibrazione del punteggio. Nello specifico l'obiettivo era la trasformazione del valore iniziale in un punteggio a scala 1-100. La formulazione trasformativa è stata dunque così calcolata: [punteggio grezzo/ numero totale di item risposti] x 13.

Si evidenzia in tabella 1 la mancanza di un dato corrispondente all'item 6 del paziente TM derivato dalla non compilazione del soggetto.

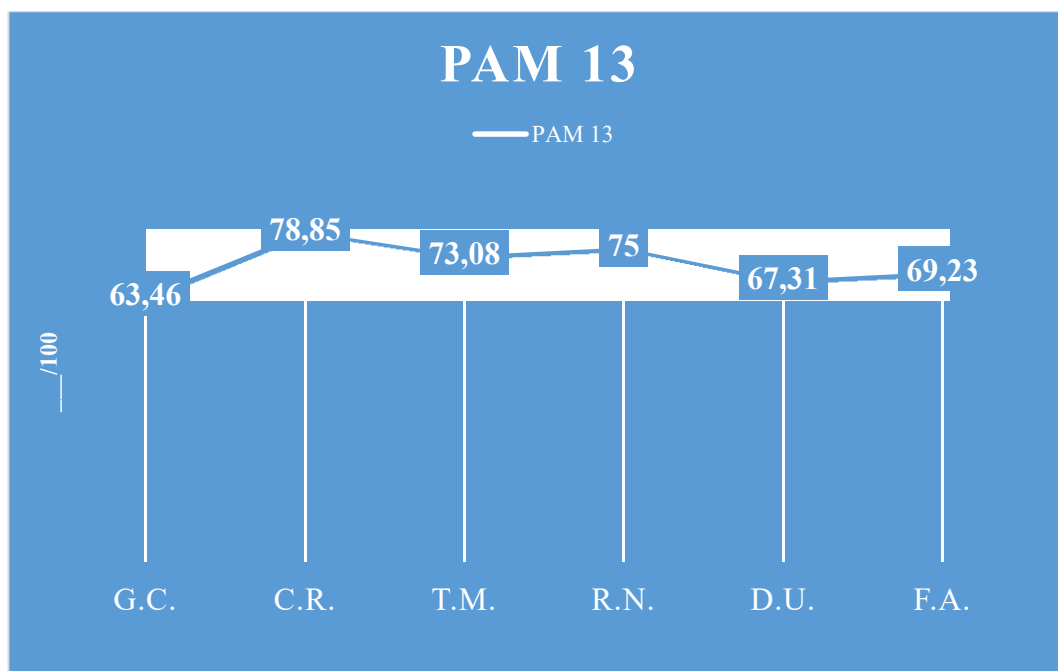
Relativamente alla tabella numero 2, si è voluto condividere la legenda che spiega i dati dell'ultima parte della tabella 1, in cui punteggi minori o uguali a 47 significano una scarsa attivazione ed un pensiero poco rivolto all'agire del paziente rispetto alla propria salute, mentre punteggi superiori indicano una crescente tendenza individuale all'agire come intenzione attiva e proattiva di partecipazione al proprio progetto di cura.

Da esiti rilevati solo 1 paziente su 6 ha risposto alle domande del test manifestando una minor tendenza all'agire verso il prendersi cura della propria salute, mentre tutti gli altri soggetti del campione hanno mostrato un'evidente tendenza all'azione.

Le 5 persone che hanno manifestato una maggior tendenza all'azione sono quindi coloro che sono pronti ad investire loro stessi nel migliorare il proprio stato di salute. Un esempio empirico è che tutta la coorte ha scelto di condurre un'operazione dedicata alla risoluzione della diagnostica ricevuta e sta facendo un percorso riabilitativo, quindi il dato che si ricava è in linea con la realtà.

Per quanto riguarda la persona che ha dato risposte esitanti in una sola potenziale tendenza all'agire, si rileva la dimostrazione di una minor attivazione di se stesso nel cambiamento della propria salute; in questo caso anche egli si è sottoposto all'operazione di sutura di cuffia dei rotatori e sta seguendo un percorso di riabilitazione, ma probabilmente vi è una differenza di compliance nel progetto terapeutico riabilitativo, quindi una minor proattività in questo percorso. Il dato rilevato da questa analisi appare contestualizzabile da diversi studi in cui si è visto come l'engagement di un paziente rispetto alla propria salute possa avere un ruolo fondamentale nell'outcome di essa.²⁴

Tabella 3 [grafico esplicativo Pam 13]



GC	63,46
CR	78,85
TM	73,08
RN	75
DU	67,31
FA	69,23

Nella tabella 3 invece sono stati riassunti i punteggi finali della tabella 1 ed inseriti in un grafico visivamente agevolante e utile per far risaltare i valori minori riscontrati che si discostano dalla tendenza di media. Il valore più basso, come visto precedentemente è 63.46 ed appartiene al paziente G.C. che ha dimostrato la minor tendenza all'agire in modalità attiva e proattiva per la propria salute.

SF-12

Tabella 4 [punteggi per item SF-12]

	G.C.	C.R.	T.M.	R.N.	D.U.	F.A.
La sua salute è*	2	NR	2	4	2	3
Limitazione attività fisica moderata	4	2	2	1	1	2
Limitazione salire piani di scale	2	2	3	3	2	3

Minor produzione sul lavoro/attività fisica	2	1	1	1	1	1
Limitazione di alcune attività causa salute fisica	1	1	1	1	1	2
Limitazione attività causa stato emotivo	2	1	2	2	1	2
Calo di concentrazione a causa dello stato emotivo	2	1	2	2	2	2
Dolore come ostacolo nelle attività	3	3	3	2	1	4
Sentirsi calmo e sereno*	3	5	4	5	5	4
Sentirsi pieno di energia*	2	3	4	5	5	3
Sentirsi scoraggiato e triste	5	6	6	5	5	4
Salute (fisica + emotiva) come interferenza	4	5	NR	4	1	4

Tabella 5 [Risultati per tipologia SF-12]

PAZIENTI	G.C.	C.R.	T.M.	R.N.	D.U.	F.A.	
Physical Health PCS (attività fisica, ruolo e salute fisica, dolore fisico, salute in generale)	12	9	10	8	6	12	/13
Mental Health MCS (vitalità, attività sociali, ruolo e stato emotivo, salute mentale)	14	16	18	19	18	18	/22

Nelle due tabelle precedenti (4 e 5) si illustra lo scoring del test SF-12, in cui 5 items fanno parte della categoria della PCS (salute fisica, intesa come attività fisica, ruolo del paziente nella propria salute

fisica e dolore fisico), e gli altri 5 fanno parte della categoria della MCS (salute mentale come stato emotivo e attività sociali). Per ogni item di ogni persona è stato dato un punteggio da 1 a 6.

Gli item relativi alla sotto scala salute fisica sono: item 2,3,4,5, 8; mentre gli item relativi alla sotto scala salute psichica sono: item 6,7,9, 10,11.

Sono stati esclusi dalle sotto scale il primo e l'ultimo item poiché a carattere generale rispetto alle categorie di PCS e MCS ma inseriti nel calcolo totale poiché fanno parte del test.

Nella formulazione dello scoring finale si è condotto una sommatoria con punteggio invertito relativo agli items 1, 9, 10 come da letteratura correlata.

Relativamente alla sigla NR si sono volute indicare quelle voci che non sono state rilevate poiché non compilate dai soggetti inclusi a data l'auto somministrazione del questionario.

Nella tabella 5 possiamo osservare la sommatoria dei valori della tabella 4 divisi nelle due componenti di salute: fisica e mentale. Per la contestualizzazione di questi dati si è evidenziato, nella colonna di destra della tabella, il limite superiore di punteggio cui condurre il raffronto con l'esito per item di ogni candidato.

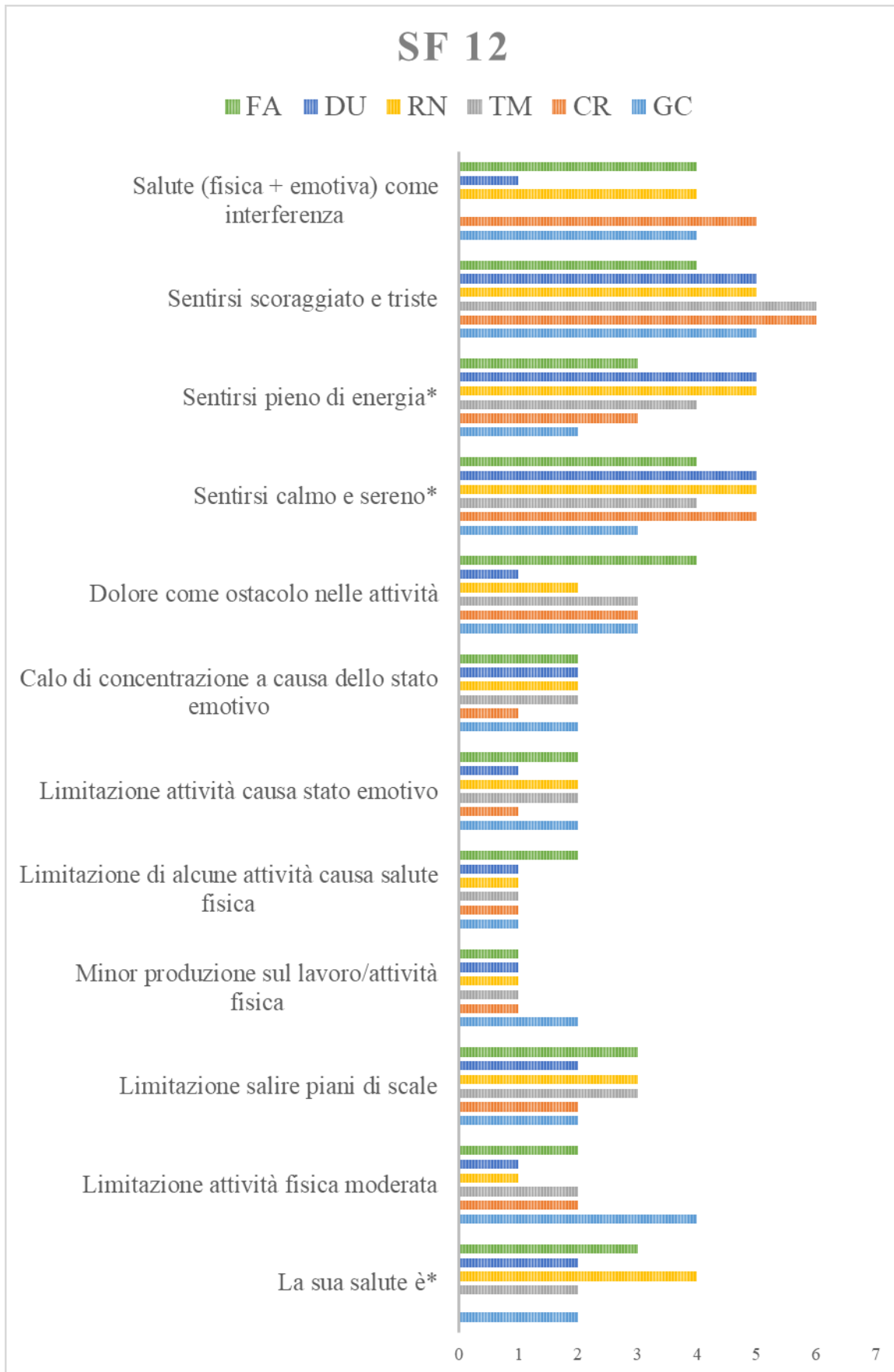
Il razionale identifica il direttamente proporzionale del punteggio, ovvero dove un punteggio più alto significa uno stato di salute percepito come non efficace.

Per quanto riguarda la categoria di salute fisica solamente un paziente (D.U.) ha una qualità percepita di salute fisica migliore di tutti gli altri, mentre due pazienti (G.C. e F.A.) hanno una percezione molto bassa di qualità della propria salute fisica, al limite con il punteggio superiore. In generale questa coorte ha dimostrato punteggi mediamente alti di insoddisfazione verso la propria salute fisica.

La categoria di salute mentale invece è differente: 4 pazienti su 6 hanno punteggi tendenti evidentemente al limite superiore individuato dal test, e ciò può dirci come il punteggio di salute mentale sia mediamente peggiore rispetto a quello di salute fisica; questo dato conduce ad una riflessione circa l'intensità emotiva che questa fase di malattia e di riabilitazione può comportare per la persona.

Significativo anche come il paziente D.U. che risultava il candidato con un miglior percepito di salute fisica abbia un punteggio molto basso relativamente all'area di salute mentale.

Tabella 6 [rappresentazione grafica dei singoli items SF-12]



Nella tabella numero 6 sono illustrati in un grafico ad istogramma i dati della tabella 4, in modo da evidenziare, attraverso il singolo raffronto per item per candidato, tutte le dimensioni di percepito rilevato attraverso lo stimolo delle domande prese in analisi: sia rispetto alla salute fisica, sia gli item relativi alla salute mentale e sia i due item generali non inclusi nelle sotto-scale

Andando ad analizzare i dati più significativi l'item "sentirsi scoraggiato e triste" rispetto ad altri items ha in media un punteggio molto alto e quindi rappresenta una generale tendenza al non essere positivo rispetto al proprio percorso riabilitativo. Anche chi come D.U. ha una percezione di salute molto positiva ha segnalato questo item relativo allo sconforto con un punteggio mediamente alto.

Un altro item molto interessante è "salute (mentale e fisica) come interferenza"; mediamente questa risposta è abbastanza alta, quindi l'impatto della salute nella propria vita per 4 persone su 6 è molto rilevante, mentre solamente un paziente (D.U.) non ritiene la salute impattante sulla propria vita pur ritenendosi evidentemente scoraggiato e triste per essa.

Relativamente agli items "sentirsi calmo e sereno" e "sentirsi pieno di energia", da un primo sguardo al grafico della tabella 6 potrebbe sembrare che le risposte siano state mediamente positive e che quindi in media i pazienti intervistati siano sereni e pieni di energie. Tuttavia questi items presentano come detto in precedenza un punteggio invertito, quindi un punteggio di 6 equivale ad un punteggio di 1 e parimenti per tutti i correlati punteggi. In questa chiave di lettura, corretta da letteratura, possiamo osservare quindi che vi è una scarsissima percezione di salute mentale ed in particolare un livello di energia mediamente basso con poca serenità, con l'eccezione di un solo paziente che ha riportato punteggi mediamente più alti in questi due items (il paziente G.C.).

TAS 20

Tabella 7 [Risultati per item TAS 20]

ITEMS	G.C.	C.R.	T.M.	R.N.	D.U.	F.A.
1	4	1	1	1	2	1
2	4	2	2	1	3	3
3	4	2	4	1	1	1
4*	2	2	3	1	1	2

5*	1	2	2	2	5	5
6	4	3	4	3	5	2
7	4	3	1	3	5	1
8	2	3	3	1	1	3
9	2	2	1	3	1	1
10*	1	2	1	1	1	1
11	4	3	3	1	5	4
12	5	3	3	3	1	5
13	4	1	3	1	1	1
14	2	3	2	3	2	3
15	2	3	4	1	2	3
16	5	3	1	1	1	4
17	4	3	1	1	1	4
18*	1	1	3	1	1	3
19*	1	3	3	3	1	3
20*	4	3	5	5	3	1

60	48	50	37	43	51
/100	/100	/100	/100	/100	/100

Tabella 8 [Somma risultati TAS 20]

Tabella 9 [Risultati totali per categorie]

ITEMS	G.C.	C.R.	T.M.	R.N.	D.U.	F.A.	Totali Parziali
DDF : Difficoltà nel comunicare i propri sentimenti agli altri	19	13	12	7	11	18	/25
DIF: difficoltà nell'identificare i propri sentimenti	24	15	16	15	17	10	/35
EOT: pensiero orientato all'esterno	17	20	22	15	15	23	/40

Nelle tabelle 7 e 9 sono inseriti i dati del test TAS 20 in cui sono state evidenziate, da letteratura, le tre principali aree in analisi, ovvero le tre sotto scale incluse: la difficoltà di comunicare i propri sentimenti agli altri (DDF) corrispondente agli item 2,4,11,12,17; la difficoltà individuale ad identificare i propri sentimenti (DIF) corrispondente agli item 1,3,6,7,9,13,14 e la capacità di avere un pensiero orientato all'esterno (EOT) corrispondente agli item 5,8,10,15,16,18,19,20.

Ogni Item è stato risposto secondo una gradazione di intensità da 1 a 5 con 1 indicante il totalmente in accordo e 5 completamente in disaccordo; di questi punteggi è stata condotta una sommatoria lineare con valore invertito per gli item 4,5,10,18 e 19.

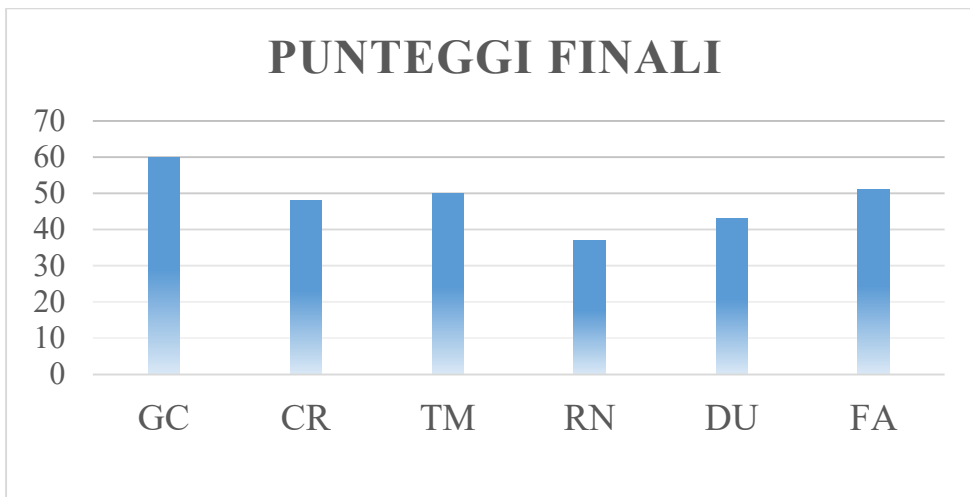
I punteggi sono stati calcolati inizialmente come suddivisi per sottocategoria, in cui il punteggio relativo ad ogni paziente è stato messo in relazione al totale parziale. Nella colonna di destra della tabella 9 è stato identificato il limite massimo raggiungibile in ogni sottoscala.

Successivamente, nella tabella 8 sono stati riportati i punteggi totali finali al test. Il punteggio prevedeva una finestra di risultato da 20 (valore minimo) a 100 (valore massimo): rispetto al campione 4 candidati su 6 sono esitati non alessitimici mentre 2 candidati hanno condotto un risultato finale borderline.

Per quanto riguarda l'item DDF, quindi la difficoltà nel comunicare i propri sentimenti agli altri, solo 2 pazienti su 6 hanno mostrato valori elevati, quindi una maggior difficoltà ad esprimere i propri sentimenti (pazienti GC e FA) mentre R.N. è il candidato che ha dimostrato minor difficoltà a parlare dei propri sentimenti.

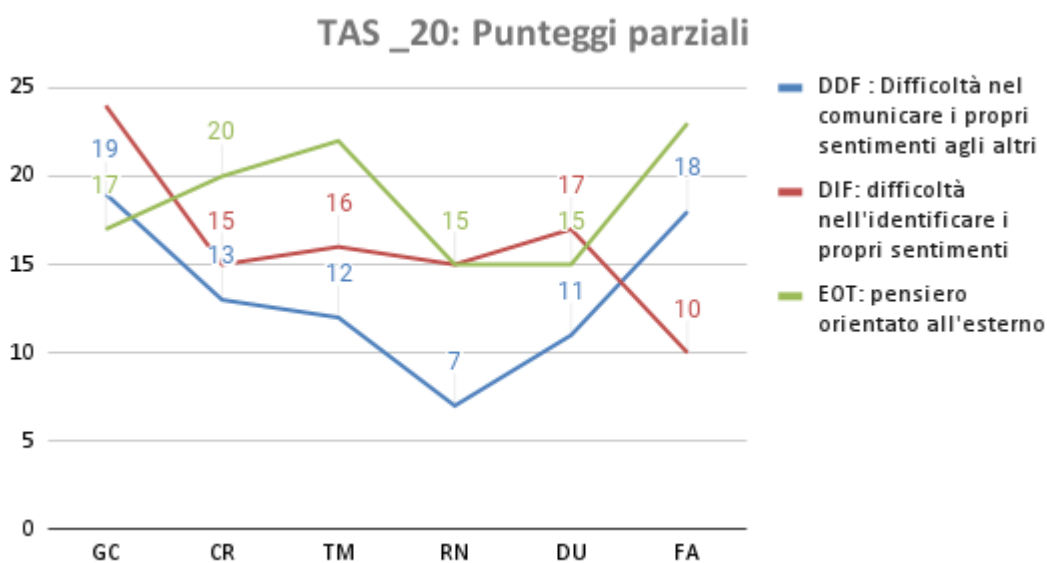
L'item DIF ha mostrato risultati per certi versi simili alla sottoscala precedente, infatti il paziente GC parimenti alla sottoscala DDF è risultata la persona con più difficoltà (in questo caso ad identificare i sentimenti), mentre il candidato FA è apparsa la persona con meno difficoltà al contrario dell'esito nella sottoscala precedente, dimostrando perciò capacità di capire ciò che sta sentendo ma con una difficoltà ad esprimerlo agli altri.

Tabella 10 [Punteggi finali TAS 20]



La tabella 10 identifica in una modalità grafica intuitiva i punteggi finali totali riportati nella tabella 8. L'obiettivo è una visualizzazione complessiva dell'andamento medio del funzionamento e della competenza emotiva della coorte considerata. Infine, nella tabella 11 si può osservare attraverso un grafico lineare, altrettanto graficamente intuitivo, le differenze di punteggio di ogni paziente non per totale finale ma per sottoscala.

Tabella 11 [Punteggi parziali TAS 20]



3.2 Analisi Dati Qualitativi

I dati delle interviste sono stati miniaturizzati e presentati mediante record biografico, ovvero inseriti in una tabella per rendere più intuitiva e veloce l'analisi delle stesse. Vedi allegato 4

3.3 Unità di testo significativo

Il testo delle interviste è stato suddiviso in unità semantiche per ognuna domanda, in modo da esplicitarne ciascuna espressione del fenomeno.

DOMANDA 1:

Unità semantiche: dolore, fastidio, miglioramento, gonfiore

Espressioni del fenomeno:

DOLORE: “non ho avuto dolore”, “dolore solo ai gradi estremi”, “dolore percepito più blando”, “un po’ di dolore di fondo”, “dolore poco”

FASTIDIO: “più che dolore solo un po’ di fastidio”

MIGLIORAMENTO: “sto bene”, “meglio rispetto ad un mese fa”

GONFIORE: “la spalla è più gonfia del solito”

DOMANDA 2:

UNITA' SEMANTICHE: Dolore, notte, fastidio, fatica.

ESPRESSIONI DEL FENOMENO:

DOLORE: “dolore iniziato nel 2018”, “male dietro la spalla”, “in una scala da 1 a 10, 10 dopo e 9 prima”, “muovendola si iniziava a sentire dolore la sera”, “faceva parecchio male”

NOTTE: “non riuscivo a dormire la notte”, “si iniziava a sentire dolore la sera”, “soprattutto la notte”

FASTIDIO: “male fastidioso che non ti lascia dormire”, “dava fastidio soprattutto la notte”

FATICA: “fatica a fare la bracciata nel nuoto”

DOMANDA 3:

UNITA' SEMANTICHE: dolore, pungente, fitta

ESPRESSIONI DEL FENOMENO:

DOLORE: “il dolore blocca”, “un male fastidioso”, “dolore fisso persistente”, “dolore acuto”, “lo sentivo di notte”, “dolore stava nei movimenti; un dolore acuto”

PUNGENTE: “sensazione di qualcosa che punge”, “come se uno ti piantasse uno spillone”

FITTA: “delle fitte durante i movimenti”, “fitte acute al minimo movimento”, “sentivo una fitta”

DOMANDA 4:

UNITA' SEMANTICHE: lavoro, pesi, sostituire, movimenti

ESPRESSIONI DEL FENOMENO:

LAVORO: “ho lavorato fino al giorno prima dell'operazione; molti lavori non potevo più farli”, “non potevo tornare a fare le pulizie”, “utilizzavo l'altro braccio per lavorare”, “mi ha disturbato nel lavoro”

PESI: “sollevare pesi sopra la testa non potevo più farlo”, “mi limitava nell'alzare pesi”

SOSTITUIRE: “se c'era qualcosa da prendere dall'alto lo facevo con la destra e non con la sinistra”, “ho sostituito il sinistro con il destro”, “se bloccato da una parte compensavo con l'altra”, “utilizzavo l'altro braccio per lavorare”

MOVIMENTI: “alcuni movimenti sapevo che non potevo più farli con la destra”, “non riuscivo a compiere tutti i movimenti”

DOMADA 5:

UNITA' SEMANTICHE: farmaci, la sera, a letto, a riposo, lavoro

ESPRESSIONI DEL FENOMENO:

FARMACI: “il farmaco ti dà sollievo immediato”

SERA: “sentivo meno male quando andavo a casa la sera”

RIPOSO: “se rimanevo a riposo non lo sentivo tanto; per alleviare il dolore riposo e ghiaccio”

LAVORO: “tenendomi impegnato lo sentivo di meno”, “al lavoro si sentiva tantissimo”, “se dovevo lavorare lo sentivo intensamente”

DOMANDA 6:

UNITA' SEMANTICHE: tendine, dolore

ESPRESSIONI DEL FENOMENO:

TENDINE: “i Sali minerali hanno sfilacciato il tendine”, “si son rotti i tendini”, “avevo il tendine lesionato”

DOLORE: “tutto l'insieme dava dolore”, “non funzionava più il meccanismo della spalla e la conseguenza era il dolore”

DOMANDA 7

UNITA' SEMANTICHE: lavoro, famiglia

ESPRESSIONI DEL FENOMENO:

LAVORO: “nel lavoro non riesci a svolgere i compiti più semplici”, “il lavoro ho dovuto lasciarlo”, “alcuni lavori in casa non riesci a farli più”, “non vedo i miei colleghi di lavoro da tre mesi”

FAMIGLIA: “ho rotto le scatole a mia moglie per le notti”, “compromessi con la famiglia”

DOMANDA 8

UNITA' SEMANTICHE: operazione, nessun pensiero

ESPRESSIONI DEL FENOMENO:

OPERAZIONE: “Stanchezza di andare sotto ai ferri”, “Chissà che mi chiamino per farmi operare”, “Il pensiero che dovevo farmi operare ma ero titubante e cercavo sempre di rimandare”

NESSUN PENSIERO: “Non ci pensavo”, “mi sembra di no”

3.4 Analisi a Reti Tematiche

L'analisi a reti tematiche è stata svolta con un esame della struttura del testo ed una ricerca di significato attraverso successive analisi approfondite del testo. Per la costruzione delle reti è stata applicata la triangolazione dei ricercatori, una prima analisi da parte mia e del relatore mantenendo i temi organizzanti comuni rilevati dalle due analisi distinte, a supporto della credibilità, affidabilità e confermabilità della ricerca.

Temi di base:

DOMANDA 1

- 1) Dolore al movimento
- 2) Gonfiore di spalla
- 3) Intervento positivo senza dolore
- 4) Difficoltà e fatica nei movimenti

DOMANDA 2

- 1) Dolore di notte o la sera che compromette il riposo
- 2) Dolore da molto tempo con limitazioni di movimento

DOMANDA 3

- 1) Dolore che blocca e fitte nei movimenti
- 2) Dolore acuto (spillone, fitte, pungente)
- 3) Movimento porta a dolore

DOMANDA 4

- 1) Limitazione nel movimento
- 2) Utilizzo dell'altro braccio per compiere determinati movimenti
- 3) Impossibile continuare a lavorare
- 4) Chiedevo aiuto a familiari o colleghi di lavoro

DOMANDA 5

- 1) Essere impegnato o lavorare mi faceva sentire il dolore meno
- 2) Dolore si percepiva maggiormente a lavoro
- 3) Riposo per fare passare il dolore

DOMANDA 6

- 1) Il dottore mi ha spiegato
- 2) Dolore proveniente da calcificazioni che lacerano i tendini

DOMANDA 7

- 1) Compromessi con la famiglia ed il lavoro
- 2) Lasciare il lavoro
- 3) Imbarazzo con la famiglia ed i colleghi
- 4) Smettere con attività piacevoli

DOMANDA 8

- 1) Pensiero rivolto all'operazione (fretta o speranza di non operarsi)
- 2) Speranza che il dolore smettesse presto
- 3) Cercare di non pensarci e stringere i denti

Temî organizzanti:

- 1) Dolore nel movimento
- 2) Limitazioni funzionali del movimento
- 3) Dolore durante il lavoro / dolore a riposo
- 4) Dolore notturno
- 5) Limitazione lavorativa
- 6) Compromessi con la famiglia
- 7) Rinuncia di attività piacevoli
- 8) Richiesta di aiuto a familiari o colleghi

9) Speranza che il dolore in un modo o nell'altro passasse in fretta

10) Resilienza

Temi globali:

Dolore

Il dolore è stato il tema maggiormente trattato nelle interviste, sia nelle domande che nelle risposte date dai pazienti la descrizione del dolore era molto diversificata e ruotava attorno a due principali poli: il dolore acuto descritto come *“Su una scala da uno a dieci nove, come uno che ti piantasse uno spillone”* e ancora *“Sentivi come qualcosa che punge più che altro”* ed un dolore cronico *“fisso persistente”* che dura nel tempo e diventa ingombrante nei pensieri e nella vita quotidiana. Da queste interviste emerge che il dolore è permeato nella quotidianità di essi e difficilmente riescono a compiere la più piccola azione senza pensarci o farci attenzione *“sentivo delle fitte quando facevo dei movimenti, sentivi proprio il punto che faceva male, sempre un male fastidioso”*; le limitazioni funzionali che derivano dal dolore sono solamente la punta dell'iceberg di ciò che comporta questo fastidioso compagno di vita. Il dolore è spesso riportato come notturno: *“di notte invece un male rompiscatole”*, *“la notte quando mi appoggiavo sulla spalla mi dava fastidio”*; nella maggior parte dei casi il dolore rovina il sonno *“un male che non ti lascia dormire e ti devi girare continuamente, dormire nel lato della spalla impossibile”* e senza il corretto riposo è difficile funzionare correttamente nella vita *“il non dormire è stato un handicap”*. Per i pazienti il dolore notturno è dunque una delle problematiche maggiori, 5 su 6 tra gli intervistati lo hanno incluso nelle loro descrizioni. Il dolore giornaliero viene percepito da alcuni maggiormente durante il lavoro *“mi ha disturbato nel lavoro mi limitava nell'alzare pesi o alzare le braccia”*, *“Al lavoro si sentiva tantissimo, nei momenti in cui si sforzava si sentiva proprio la limitazione e dovevi passare dall'altra parte”* limitando quindi nell'attività lavorativa e nel muovere dei carichi e altri, in questo caso 2 su 6, percepiscono il dolore più intensamente quando la spalla è a riposo e quindi si concentrano maggiormente sul sintomo *“Soprattutto quando tornavo a casa la sera da lavoro, quando ti rilassi, Non so se perché lo ascoltavo di più, tenendomi impegnato lo sentivo meno”*. E' interessante questa divisione perché può far capire ancora meglio come il dolore non sia uniforme nella quantità e nella percezione, anche in pazienti con tipologie di problemi molto simili.

Un altro aspetto del dolore che è stato molte volte nominato dai pazienti è l'associazione movimento-dolore: *“Il dolore stava nei movimenti, quando facevo un movimento fuori dalla portata sentivo una fitta”, “Durante il giorno sentivo delle fitte quando facevo dei movimenti, sentivi proprio il punto che faceva male, sempre un male fastidioso”*; è significativo che emerga come tema comune la “chinesiofobia”, ovvero la paura del movimento associata al dolore, che costituisce una delle principali cause di rallentamento nel recupero dopo un intervento di riparazione della cuffia dei rotatori ²⁵ *“Il dolore era come c’era qualcosa che ti dice fermati perché’ fa male”*.

Dipendenza dagli altri

Il tema globale della dipendenza dagli altri è trattato da quasi tutti i pazienti su piani differenti: in molti casi è visto come la dipendenza dalla propria famiglia e soprattutto partner o coniuge, in altri come dipendenza dai colleghi di lavoro che possono sostenere e dare una mano alla persona che non riesce più ad eseguire un movimento fondamentale per il proprio lavoro: *“Ho lavorato fino al giorno prima di essere operato, però tanti lavori non riuscivo più a farli, sollevare pesi sopra la testa, girarli, diventava un problema”*; nella maggior parte dei casi (4 pazienti su 6) la dipendenza da familiari non è esplicitata ma sottintesa, non espressa rispetto al prossimo ma ad un’impossibilità di eseguire tutte le azioni da parte del paziente *“mi ha disturbato nel lavoro mi limitava nell’alzare pesi o alzare le braccia”*. I restanti 2 intervistati, invece, ne parlano ammettendo una dipendenza o un bisogno di aiuto da parte del proprio partner o da parte della famiglia *“a casa sempre limitato e facevo sempre meno, stavo attento e chiamavo i figli per farmi aiutare”*; la dimensione familiare per molti dei pazienti è difficile da affrontare perché è difficile lasciarsi aiutare quando solitamente si svolgono tutte le faccende di casa o i lavori più faticosi *“se la famiglia è abituata che fai una parte dei lavori devi ridimensionare il tiro e dire alla famiglia: io non riesco a fare queste cose pensateci voi”*.

Rinunce

Le rinunce sono un tema su cui non tutti gli intervistati si sono espressi e sono solitamente aspetti che passano in secondo piano rispetto al dolore, quasi come fosse una conseguenza naturale della condizione, pensando di rinunciare a ciò che fa stare bene perché non si è più in salute; le rinunce spaziano da attività piacevoli nel tempo libero, ad attività lavorative *“facevo le pulizie e non riesco nemmeno a tornare a lavoro”*, e anche ad attività di volontariato *“facevo del volontariato con la protezione civile e ho dovuto smettere per non aggravare ulteriormente la situazione”*. Le persone che hanno lamentato le maggiori rinunce hanno parlato anche di lavori casalinghi a cui purtroppo

hanno dovuto rinunciare *“alcuni lavori a casa non li faccio più”*, *“non riesco a fare i movimenti circolari per pulire i vetri”*.

Solo un paziente fa riferimento ad attività che faceva nel tempo libero e che ha dovuto abbandonare o limitare *“Per esempio andare in moto mi piace e fa male stare per parecchio tempo con i gomiti piegati e le spalle alzate, anche guidare la macchina, stare con le mani sul volante è molto fastidioso”*; questa limitazione è difficile da accettare perché toglie parte del piacere della vita di tutti i giorni; come affermato dallo stesso paziente, con tutte queste rinunce *“Una persona non può rendere pienamente nella vita di tutti i giorni”*.

Compromessi

Di compromessi i pazienti intervistati ne devono fare molti, a partire dalla riconsiderazione dei propri limiti, per comprendere che non si è più gli stessi di un tempo e non si possono fare le stesse cose *“però impari a capire che fino a lì puoi arrivare e alcune cose non le puoi fare”*. Scendere a compromessi con se stessi è difficile perché significa cambiare l'immagine che si ha di se stessi e rivoluzionare la propria quotidianità, cambiare il modo in cui si fanno le cose più semplici e che una volta sembravano scontate *“cercavo di convivere non è che mi bloccassi completamente, anche se dopo sapevo che la fine della giornata non era come all'inizio”*. Una delle cose più comuni che le interviste hanno rilevato è che per i pazienti è stato necessario cambiare braccio con cui facevano le più svariate attività e quindi imparare uno schema completamente diverso di movimento *“per esempio quando devi prendere qualcosa dall'alto, la prendevo con la sinistra invece che con la destra, alcune cose sapevi che dovevi fare con la sinistra”*; non tutti riescono a rendere questo cambio efficace per le diverse necessità lavorative *“ho sostituito il braccio destro con il sinistro ma non è la stessa cosa, anche perché quando si stancava prima facevi il cambio adesso cosa fai? Prima ne avevo due adesso ne ho una, è limitativo abbastanza il discorso”*.

Per qualcun altro invece non è stato complicato questo periodo di compromessi ed è stato semplicemente un percorso che si può superare utilizzando tecniche come la resilienza *“cerco sempre di usare la resilienza come sistema di e... quindi di conseguenza se mi bloccavo da una parte compensavo in qualche modo dall'altra”*, *“diciamo che impari a convivere, come se tu perdi un-arto impari ad usare l'altro. Fintanto che riesci a gestire il dolore”*.

3.4 Discussione congiunta

Dall'analisi dei questionari e delle interviste nasce questa discussione congiunta per ricercare tematiche maggiormente rilevanti e per mettere in correlazione dati quantitativi e qualitativi.

Le risposte al test Pam 13 dimostrano come la tendenza all'agire ed a prendersi cura della propria salute sia un tratto comune a buona parte dei pazienti analizzati, questo può far capire il perché delle risposte quasi totalmente affermative e complete della domanda numero 6 "le sembra di aver capito da cosa era causato il dolore che sentiva?"; a questa domanda solo un intervistato aveva risposto di non aver capito, mentre tutti gli altri avevano compreso la motivazione del dolore con vari gradi di elaborazione e questo identifica una tendenza alla ricerca di informazioni per un insight di malattia e della sintomatologia esprimibile. Il paziente T.M., che aveva espresso una non comprensione delle cause del dolore aveva tuttavia raggiunto un buon punteggio nel test dell'alessitimia: questa correlazione dimostra come talvolta una non conoscenza di malattia possa attivare meccanismi di difesa relativamente alle emozioni, ovvero come lo stato di benessere emotivo percepito possa non essere basato su un dato di realtà ma su una percezione non consapevole. Il paziente G.C. ha un risultato al test Pam 13 borderline ed è uno dei pazienti che ha manifestato minor propensione a farsi operare, questo lo si può dedurre dalla sua risposta alla domanda 8 "quali pensieri associava al dolore?" che è stata: *ero stanco di andare sotto i ferri operatori perché ne ho fatte molte in questi anni.*

Nel test SF-12 i risultati dimostrano in generale una compromissione della percezione della salute mentale maggiore di quella fisica. Rispetto a quello che emerge dalle interviste, la percezione di salute fisica è abbastanza in linea con le risposte della prima domanda "come si sente adesso e come va la spalla?" alla quale quasi tutti i pazienti hanno risposto in modo positivo; per esempio il paziente D.U. è l'intervistato con il punteggio minore nella categoria di salute fisica (tabella 5) e ha risposto a questa domanda: *un po' affaticato ma non ho dolore solamente fastidio*; altri pazienti con un punteggio maggiore nella salute fisica hanno dato risposte omogenee e tendenzialmente coerenti, per esempio il paziente C.R. con un punteggio di 9 (tabella 5) e quindi perfettamente nella media degli intervistati rispondeva così alla prima domanda dell'intervista: *sto bene, il dolore è presente solo ai gradi estremi (di movimento)*. Anche per G.C. ed F.A. le risposte a questa domanda sono in linea con le risposte al questionario in cui hanno espresso il punteggio maggiore di questa categoria (PCS, Tabella 5): *non ho avuto dolore dopo l'intervento; dolore poco solo spalla rigida.*

Nella seconda parte del test in cui vi è analizzata la salute mentale (MCS) 4 pazienti su 6 hanno dichiarato con questo test di avere una salute mentale non ottimale, a volte questo dato è concorde

con quanto detto della salute fisica mentre altre volte è apparso in disaccordo. Per esempio per quanto riguarda il paziente G.C., egli è uno dei pazienti con il maggior punteggio in salute fisica, e che quindi ritiene di essere poco in salute, mentre ha rilevato invece il minor punteggio negli item della salute mentale, quindi di aver una buona salute mentale (o almeno maggiore della media degli intervistati); questo può essere trovato nelle sue risposte all'intervista, nelle quali fa poco riferimento alla propria salute mentale e alla domanda 7 "Il dolore ha modificato le relazioni della sua vita" ha risposto: *no, impari a convivere e usare l'altro arto*. Una dichiarazione di sicurezza nei propri mezzi, risorse ed abilità che chiude l'esplorazione di spazi di approfondimento e riflessioni di tipo introspettivo. Tuttavia lo stesso soggetto, nel questionario TAS 20 lo stesso paziente risultava molto in difficoltà ad esprimere i propri sentimenti e ad identificarli (tabella 9) e quindi questa apparente sicurezza nei propri mezzi manifestata sia nell'intervista che nel questionario SF-12 potrebbe mascherare un'incapacità di riconoscere e poter esprimere agli altri i propri sentimenti, quindi non essere privo di un percepito ma proteggersi da esso attraverso il non essere in grado di esternare l'emotività ai propri conoscenti e tantomeno ad un estraneo che effettua un'intervista.

Per vedere l'esempio opposto invece il paziente D.U. è colui che riteneva la propria salute fisica maggiore di tutti gli altri, ma presentava una percezione della salute mentale molto bassa con il secondo punteggio più alto della categoria MCS (tabella 5). Nella sua intervista questo emerge soprattutto nelle domande 5 e 7; la domanda 5 è "C'erano momenti in cui sentiva meno dolore?" e la sua risposta è stata: *No, era un continuo, se dovevo lavorare lo sentivo intensamente*; è stato l'unico paziente che a questa risposta ha dato un no, quindi che non riusciva a trovare un sollievo dal dolore che lo tormentava durante tutta la giornata. La domanda 7 "Il dolore ha modificato le relazioni della tua vita?" è stata la più critica: *Ho dovuto smettere di fare volontariato – alcuni lavori a casa non li puoi fare più – andare in moto mi piaceva e ho dovuto smettere*. Tra tutti gli intervistati è colui che è stato più colpito nell'area globale delle rinunce: ha dovuto abbandonare il suo lavoro ed il volontariato, ed ha dovuto rinunciare ad una delle sue passioni come andare in moto; pertanto tutto ciò è comprensibile possa aver lasciato un profondo malessere che si è riscontrato poi più mentalmente che fisicamente. Andando a vedere poi i singoli items della tabella 6 del questionario SF-12 si può vedere come questo intervistato sia tra i più scoraggiati e tristi e tra i pazienti con meno energia e con meno serenità. Tuttavia un dato interessante è però che esso non ritenga né la salute mentale, né la salute fisica né il dolore interferente nella propria vita e quotidianità.

Per confermare ciò si può vedere anche la tabella 9 del questionario TAS 20 in cui il paziente D.U. è il secondo intervistato che ha minor difficoltà a comunicare i propri sentimenti agli altri ed il minor

pensiero orientato all'esterno, quindi un soggetto che appare molto introspettivo ed alla ricerca di risposte alle difficoltà in se stesso piuttosto che nell'ambiente esterno.

Anche il paziente R.N. ha rilevato punteggi simili ad D.U. nel questionario SF-12, quindi una percezione di salute fisica buona ed una di salute mentale tra le meno buone, e nelle interviste tutto ciò è meno visibile rispetto al paziente D.U. ma è ugualmente interessante soprattutto attraverso l'analizzare le risposte alle domande 4, 7 e 8: la domanda 4 è "Come il dolore la limitava all'interno della giornata?" alla quale ha risposto: *sostanzialmente io cerco sempre di usare la resilienza come sistema – se mi bloccavo da una parte compensavo in qualche modo dall'altra, non mi lasciavo abbattere completamente dal dolore tipo non ne posso più, cercavo di conviverci.*

Alla domanda 7 ha risposto: *a livello familiare se la famiglia è abituata che fai una parte dei lavori devi ridimensionare il tiro e dire alla famiglia io non riesco a fare queste cose – un periodo di compromessi – non ho mai caricato gli altri di quello che ero carico io, cerco di gestirlo in qualche modo.*

Mentre alla domanda 8 "Quali pensieri associava al dolore?" ha risposto: *Non ci pensavo.* Quindi un paziente con risposte dichiarate verbalmente non totalmente in linea con quanto emerso indirettamente dal questionario SF-12. Gli esiti potrebbero far pensare ad una persona che non subisce una ripercussione nella salute mentale da una componente di salute fisica. Infatti l'unica risposta che può far pensare ad una compromissione della salute mentale è la risposta alla domanda 7, in cui è presente il tema globale dei compromessi, in questo caso quelli familiari, dove comunque, secondo il paziente, sono gestiti senza troppi problemi.

Infine, se andiamo a vedere poi le risposte al questionario TAS 20 vediamo come il paziente R.N. sia il paziente con maggior propensione a comunicare i propri sentimenti agli altri (tabella 10) e come sia nella media per quanto riguarda l'identificazione dei propri sentimenti.

Una visualizzazione del funzionamento in questo paziente potrebbe condurre ad un'associazione dove il comunicare agli altri i propri sentimenti sia una modalità di ricerca di supporto sociale e di rielaborazione tramite il confronto con l'altro.

Prendendo un altro esempio per questo item del test SF-12 il paziente F.A. ha invece il punteggio massimo nell'item PCS e il secondo punteggio più alto nell'item MCS, quindi percepisce una pessima salute sia mentale che fisica. Ciò nelle interviste non emerge, anzi, in particolare nella domanda 8 "Quali pensieri associava al dolore?" egli ha risposto: *No, mi sembra di non aver associato nessun pensiero.* L'unica domanda in cui emerge un po' di cambiamento negativo è la numero 7 in cui dice:

a parte che non vedo i miei colleghi di lavoro da tre mesi non direi quindi direi di no, nessun cambiamento stratosferico. Nemmeno la poca percezione di salute fisica emerge dalla sua intervista anche se è tra i pochi pazienti che non hanno incluso momenti di sollievo come risposta alla domanda 5. Una spiegazione a ciò può essere ricercata nelle risposte del paziente al questionario TAS 20 in cui è la persona con maggior difficoltà ad esprimere i propri sentimenti (tabella 9) anche se è in grado di identificarli, per questo con un test scritto è riuscito meglio ad identificare una carenza di benessere nella salute mentale e fisica ma non è stato poi in grado di comunicarla a me tramite intervista.

CAPITOLO 4.

CONCLUSIONE

Dalla revisione bibliografica iniziale è stato possibile analizzare ciò che la ricerca internazionale può dirci rispetto ad una tematica di nicchia nel mondo fisioterapico e ancora in via di sviluppo, ovvero l'approccio biopsicosociale in medicina e riabilitazione. Si è arricchita la conoscenza di una problematica così diffusa e allo stesso tempo sottovalutata come la rottura non traumatica della cuffia dei rotatori e si è cercato di addentrarsi nei suoi aspetti meno conosciuti, come le ripercussioni mentali emotive e sociali sulla vita delle persone che ne soffrono.

La iniziale domanda di tesi era in che modo questo dolore protratto nel tempo possa modificare la vita delle persone e se effettivamente ci sia un'influenza anche nelle sfere non colpite direttamente dalla malattia, come le emozioni e i legami interpersonali. Questa domanda è stata sfidante e stimolante ed ha necessitato di un'analisi non numerica ma introspettiva, per cercare la risposta nella vita delle persone, che è un argomento delicato e difficile da descrivere. Si è cercato di analizzare sia il contenuto dei pensieri, sia il vissuto di sei pazienti tramite due metodi di ricerca utilizzati parallelamente, tre questionari ed un'intervista semistrutturata, per cercare una corrispondenza tra le risposte di entrambe le modalità di indagine e dare maggiore valore di verità al lavoro di ricerca.

Dai questionari sono emersi dati molto interessanti; il primo dato che emerge è che 4 intervistati su 6 hanno una scarsa percezione della propria salute mentale, considerata peggiore di quella fisica. Quattro pazienti operati per una problematica ortopedica hanno infatti manifestato un punteggio basso in domande relative alla propria salute mentale, portando a riflettere su quanto sarebbe importante dedicare del tempo a questo aspetto durante i trattamenti riabilitativi. Un altro dato che emerge dai test è la mancanza di capacità di esprimere o di identificare i propri sentimenti (presente in 2 partecipanti su 6); questo può indurre a ritenere difficile per alcuni pazienti esprimersi liberamente rispetto alle proprie difficoltà mentali o sociali, così come non è stato facile aprirsi nell'intervista su tematiche effettivamente delicate.

Dalle interviste e dalla loro successiva analisi sono emersi dei temi molto presenti come le rinunce o i compromessi che queste persone si sono trovate ad adottare nella vita di tutti i giorni e come queste abbiano portato a uno squilibrio nell'aspetto mentale. Da sottolineare il pesante ruolo del dolore che è stato più volte descritto come un elemento che blocca non solo nel compiere un'azione riabilitativa, ma anche lo svolgere varie attività della vita o nelle relazioni di tutti i giorni.

Dalla discussione congiunta dei dati quantitativi e qualitativi sono emerse ulteriori correlazioni per quanto riguarda le rinunce ed i compromessi e la salute mentale, mentre è emerso come la salute fisica che non è sempre indice di salute globale della persona.

L'esperienza di conoscenza approfondita del vissuto di questi 6 pazienti, seppur poco rappresentativa, permette di sensibilizzare il fisioterapista che intraprende un percorso riabilitativo con persone che hanno subito una rottura non traumatica della cuffia dei rotatori verso un approccio olistico, che consideri la salute come l'insieme di tutte le componenti che ne fanno parte.

Accanto alla somministrazione di test che valutano la componente fisica (mobilità articolare, forza muscolare) dovrebbero ad esempio trovare spazio anche la condivisione di test che valutino la salute psicosociale come quelli proposti in questo lavoro di tesi; questo garantirebbe quella visione d'insieme del paziente necessaria ad instaurare una relazione riabilitativa efficace, indispensabile per una buona compliance del paziente, per un engagement al trattamento motivante l'espressione dei propri bisogni, relativi al proprio quotidiano, per una conseguente buona riuscita del percorso riabilitativo anche nell'ambiente di vita della persona che dovrebbe essere l'obiettivo finale di ogni riabilitazione di successo.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Wong WK, Li MY, Yung PS, Leong HT. The effect of psychological factors on pain, function and quality of life in patients with rotator cuff tendinopathy: A systematic review. *Musculoskelet Sci Pract.* 2020 Jun; 47:102173
- ² Gao Y, Wu K, Guo J, Cheng M. A clinical study of shoulder arthroscopic rotator cuff repair on the psychological function of patients after operation. *Ann Palliat Med.* 2020 Nov;9(6):4228-4232.
- ³ Engel GL, *Clinical Application of the Biopsychosocial Model*, 1981
- ⁴ Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Ann Fam Med.* 2004 Nov-Dec;2(6):576-82
- ⁵ G.L. Engel, The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, in *Science*, 1977, vol. 196: 129-36
- ⁶ Glossario OMS della Promozione della Salute (PDF)
- ⁷ Dang, Alexis; Davies, Michael, Rotator Cuff Disease. *Sports Medicine and Arthroscopy Review*, 26(3), (2018), pp. 129-133
- ⁸ Kapandji I A, *Fisiologia Articolare Vol. 1 (Arto Superiore)*, 2002
- ⁹ Foster M A, *Chinesiologia Terapeutica Sistemi muscoloscheletrici, palpazione e meccanica corporea*, Piccin (2015), pp. 578-583
- ¹⁰ Teunis T, Lubberts B, Reilly B T, et al. A systematic review and pooled analysis of the prevalence of rotator cuff disease with increasing age, *J Shoulder Elbow Surg.* 2014; pp. 1913–1921
- ¹¹ Yamaguchi K, Ditsios K, Middleton W D, Hildebolt C F, Galatz L M, Teefey S A, The demographic and morphological features of rotator cuff disease: A comparison of asymptomatic and symptomatic shoulders. *J Bone Joint Surg Am* 2006; pp. 1699-1704
- ¹² Guerra B, *Struttura Complessa di Chirurgia della spalla e del gomito*, Istituto Ortopedico Rizzoli, 15 Febbraio 2018
- ¹³ Üstun TB ; Chatterji S; Bickenbach J; Kostanjek N; Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability & Rehabilitation*, (2003); 25(11-12):565-71
- ¹⁴ WHO Guidelines on Health-Related Rehabilitation, 2011
- ¹⁵ Williams DA. The importance of psychological assessment in chronic pain. *Curr Opin Urol.* 2013, 23(6):554-9
- ¹⁶ Van Poppel MN, Koes BW, Deville W, Smid T, Bouter LM. Risk factors for back pain incidence in industry: a prospective study. *Pain.* 1998 Jul; 77(1):81-6
- ¹⁷ Jensen, Mark P.; Turner, Judith A.; Romano, Joan M.; Karoly, Paul (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47(3):249-83
- ¹⁸ Levin JM, Baker R, Goltz DE, Wickman J, Lentz TA, Cook C, et al. Heterogeneity of pain-related psychological distress in patients seeking care for shoulder pathology. *J Shoulder Elbow Surg.* 2022 Apr; 31(4):681-7
- ¹⁹ Reilingh ML, Kuijpers T, Tanja-Harfterkamp AM, van der Windt DA. Course and prognosis of shoulder symptoms in general practice. *Rheumatology (Oxford).* 2008 May;47(5):724-30

- ²⁰ Martinez-Calderon J, Struyf F, Meeus M, Morales-Ascencio JM, Luque-Suarez A. Influence of psychological factors on the prognosis of chronic shoulder pain: protocol for a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2017 Mar 6; 7(3)
- ²¹ Denzin, Yvonna S. Lincoln. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks :SAGE, 2011
- ²² Graffigna G, Barello S, Riva G, Castelnuovo G, Corbo M, Coppola L et al. Promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di consenso italiana [Recommendation for patient engagement promotion in care and cure for chronic conditions.]. *Recenti Prog Med*. 2017 Nov;108(11):455-475
- ²³ 2016 Insignia Health. Patient Activatin Measure (PAM) Survey Levels
- ²⁴ Graffigna G, Barello S, Riva G, Castelnuovo G, Corbo M, Coppola L, Daverio G, Fauci A, Iannone P, Ricciardi W, Bosio AC; CCIPE Working Group. Promozione del patient engagement in ambito clinico-assistenziale per le malattie croniche: raccomandazioni dalla prima conferenza di consenso italiana [Recommendation for patient engagement promotion in care and cure for chronic conditions.]. *Recenti Prog Med*. 2017 Nov;108(11):455-475.
- ²⁵ Wang H, Hu F, Lyu X, Jia H, Wang B, Liu F, Yang Y. Kinesiophobia could affect shoulder function after repair of rotator cuff tears. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022 Jul 26;23(1):714

ALLEGATI

ALLEGATO 1

QUESTIONARIO SULLO STATO DI SALUTE (SF-12)

ISTRUZIONI: Questo questionario intende valutare cosa Lei pensa della Sua salute. Le informazioni raccolte permetteranno di essere sempre aggiornati su come si sente e su come riesce a svolgere le Sue attività consuete.

Risponda a ciascuna domanda del questionario indicando la Sua risposta come mostrato di volta in volta. Se non si sente certo della risposta, effettui la scelta che comunque Le sembra migliore.

1. In generale, direbbe che la Sua salute è

Eccellente 1

Molto buona 2

Buona 3

Passabile 4

Scadente 5

2. La sua salute La limita attualmente nello svolgimento di attività di moderato impegno fisico (come spostare un tavolo, usare l'aspirapolvere, giocare a bocce o fare un giro in bicicletta, ecc.)?

SI, mi limita parecchio 1

SI, mi limita parzialmente 2

NO, non mi limita per nulla 3

3. La sua salute La limita attualmente nel salire qualche piano di scale?

SI, mi limita parecchio 1

SI, mi limita parzialmente 2

NO, non mi limita per nulla 3

4. Nelle ultime 4 settimane, ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa della sua salute fisica?

SI 1

NO 2

5. Nelle ultime 4 settimane, ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività, a causa della sua salute fisica?

SI 1

NO 2

6. Nelle ultime 4 settimane, ha reso meno di quanto avrebbe voluto sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?

SI 1

NO 2

7. Nelle ultime 4 settimane, ha avuto un calo di concentrazione sul lavoro o nelle altre attività quotidiane, a causa del suo stato emotivo (quale il sentirsi depresso o ansioso)?

SI 1

NO 2

8. Nelle ultime 4 settimane, in che misura il dolore l'ha ostacolata nel lavoro che svolge abitualmente (sia in casa sia fuori casa)?

Per nulla 1

Molto poco 2
Un po' 3
Molto 4
Moltissimo 5

9. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito calmo e sereno?

Sempre 1
Quasi sempre 2
Molto tempo 3
Una parte del tempo 4
Quasi mai5
Mai 6

10. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito pieno di energia?

Sempre 1
Quasi sempre 2
Molto tempo 3
Una parte del tempo 4
Quasi mai 5
Mai 6

11. Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane si è sentito scoraggiato e triste?

Sempre 1
Quasi sempre 2
Molto tempo 3

Una parte del tempo 4
Quasi mai 5
Mai6

12. Nelle ultime 4 settimane, per quanto tempo la Sua salute fisica o il Suo stato emotivo hanno interferito nelle sue attività sociali, in famiglia, con gli amici?

Sempre 1
Quasi sempre 2
Una parte del tempo3
Quasi mai..... 4
Mai5

SF-12TM – © Health Assessment Lab 1994 – All Rights Reserved

ALLEGATO 2

Patient Activation Measure

Sotto vi sono alcune affermazioni che le persone a volte fanno quando parlano della propria salute. Indicare quanto lei è in accordo o in disaccordo con ciascuna di queste affermazioni riferendosi a lei, cercando la sua risposta. La sua risposta dovrebbe corrispondere a ciò che è vero per lei e non solo ciò che lei pensa che il suo dottore voglia che lei dica.

Se l'affermazione non la riguarda risponda N/R

1. In fin dei conti sono io la persona responsabile della cura della mia salute.	Molto In disaccordo	In disaccordo	D'accordo	Molto D'accordo	N/R
2. Avere un ruolo attivo nella cura della mia salute è la cosa più importante che influenza la mia salute.	Molto in disaccordo	In disaccordo	D'accordo	Molto d'accordo	N/R
3. Sono sicuro che posso aiutare a prevenire o ridurre i problemi correlati alla mia salute.	Molto In disaccordo	In disaccordo	D'accordo	Molto D'accordo	N/R
4. So a cosa serve ciascuna delle cure a me prescritte.	Molto In disaccordo	In disaccordo	D'accordo	Molto D'accordo	N/R

5. Sono sicuro di essere capace di distinguere quando ho bisogno di chiedere assistenza medica e quando posso gestire da solo il mio problema di salute.	Molto In disaccordo	In disaccordo	D'accordo	Molto D'accordo	N/R
6. Sono sicuro di saper comunicare ad un dottore le preoccupazioni che ho riguardo la mia salute anche quando questi non lo chiede .	Molto In disaccordo	In disaccordo	D'accordo	Molto D'accordo	N/R

7. Sono sicuro di saper seguire I trattamenti medici di cui potrei aver bisogno a casa.	Molto In disaccordo	In disaccordo	D'accordo	Molto D'accordo	N/R
8. Comprendo I miei problemi di salute e cosa li causa.	Molto In disaccordo	In disaccordo	D'accordo	Molto D'accordo	N/R
9. So quali cure sono disponibili per la mia salute.	Molto In disaccordo	In disaccordo	D'accordo	Molto D'accordo	N/R

10. Sono stato capace di sostenere (essere al pasto con) i cambiamenti, come mangiare correttamente o fare degli esercizi.	Molto In disaccordo	In disaccordo	D'accordo	Molto D'accordo	N/R
11. So come prevenire I mie problemi di salute.	Molto In disaccordo	In disaccordo	D'accordo	Molto D'accordo	N/R
12. Sono sicuro di saper trovare soluzioni quando sorgono nuove condizioni sulla mia salute.	Molto In disaccordo	In disaccordo	D'accordo	Molto D'accordo	N/R
13. Sono sicuro di saper sostenere i cambiamenti, come mangiare correttamente o fare degli esercizi, anche durante periodi di stress.	Molto In disaccordo	In disaccordo	D'accordo	Molto D'accordo	N/R

ALLEGATO 3

TAS – 20

Toronto Alexithymia Scale

G.J. TAYLOR, R.M. BAGBY, J.D.A. PARKER, 1992

Seguendo le istruzioni sotto elencate indichi quanto è d'accordo o no con ciascuna delle seguenti affermazioni segnando una x sopra il numero corrispondente.

Segnare una sola risposta per ciascuna frase.

1 = NON SONO PER NIENTE D'ACCORDO

2 = NON SONO MOLTO D'ACCORDO

3 = NON SONO NÉ D'ACCORDO NÉ IN DISACCORDO

4 = SONO D'ACCORDO IN PARTE

5 = SONO COMPLETAMENTE D'ACCORDO

1. Sono spesso confuso/a circa le emozioni che provo
2. Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti
3. Provo delle sensazioni fisiche che neanche i medici capiscono
4. Riesco facilmente a descrivere i miei sentimenti
5. Preferisco approfondire i miei problemi piuttosto che descriverli semplicemente
6. Quando sono sconvolto/a non so se sono triste, spaventato/a o arrabbiato/a
7. Sono spesso disorientato dalle sensazioni che provo nel mio corpo
8. Preferisco lasciare che le cose seguano il loro corso piuttosto che capire perché sono andate in quel modo
9. Provo sentimenti che non riesco proprio ad identificare
10. È essenziale conoscere le proprie emozioni

11. Mi è difficile descrivere ciò che provo per gli altri
12. Gli altri mi chiedono di parlare di più dei miei sentimenti
13. Non capisco cosa stia accadendo dentro di me
14. Spesso non so perché mi arrabbio
15. Con le persone preferisco parlare di cose di tutti i giorni piuttosto che delle loro emozioni
16. Preferisco vedere spettacoli leggeri, piuttosto che spettacoli a sfondo psicologico
17. Mi è difficile rivelare i sentimenti più profondi anche ad amici più intimi
18. Riesco a sentirmi vicino ad una persona, anche se ci capita di stare in silenzio
19. Trovo che l'esame dei miei sentimenti mi serve a risolvere i miei problemi personali
20. Cercare significati nascosti in film o commedie distoglie dal piacere dello spettacolo

ALLEGATO 4

Domande	G.C.	C.R.	T.M.	R.N.	D.U.	F.A.
1. Come si sente adesso e come va la spalla?	- Positivo non ha avuto dolore dopo l'intervento	- Bene, dolore al movimento solo ai gradi estremi	- Meglio rispetto a un mese fa - Percezione del dolore più blanda - Intervento non è andato a buon fine	- La spalla sta bene, resta un po' di dolore di fondo	- Un po' affaticato ma più che dolore è fastidio - La spalla è più gonfia del solito	- Ho difficoltà in certi movimenti - Dolore poco ma spalla rigida
2. Come stava la spalla prima dell'intervento	- Dolori iniziati nel 2018 - Fatica a fare la bracciata nel nuoto - Dicembre 2020 caduta con botta alla spalla	- Non riuscivo a dormire la notte, male dietro la spalla, un male fastidioso che non ti lascia dormire	- In una scala da 1 a 10, 10 dopo e 9 prima, era rotto e son stata bloccata con la fascia sei mesi fino all'intervento	- Se la tenevo ferma ci convivevo - muovendola si iniziava a sentire dolore la sera	- Faceva parecchio male - Non riuscivo ad alzare il braccio	- Dava fastidio soprattutto la notte, quando mi appoggiavo sulla spalla

<p>3. Come potrebbe descrivere il dolore prima dell'intervento?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sensazione di qualcosa che punge - Con il movimento arriva fino ad un certo punto, poi il dolore blocca 	<ul style="list-style-type: none"> - Durante il giorno delle fitte durante i movimenti - Durante la notte un male fastidioso che non ti fa dormire 	<ul style="list-style-type: none"> - Fitte acute al minimo movimento - Dolore fisso persistente in cui poi subentra anche la testa 	<ul style="list-style-type: none"> - Il dolore è acuto su una scala da uno a dieci nove come uno che ti piantasse uno spillone - Dipende da che movimento fai 	<ul style="list-style-type: none"> - Lo sentivo di notte e di sera dopo lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolore stava nei movimenti, sentivo una fitta - Un dolore acuto
<p>4. Come il dolore la limitava all'interno di una giornata?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se c'era qualcosa da prendere dall'alto lo prendevo con la sinistra e non con la destra - Alcuni movimenti sapevo che non potevo farli più con la destra 	<ul style="list-style-type: none"> - Parecchio, ho lavorato fino al giorno prima dell'operazione ma molti lavori non potevo più farli - Sollevare pesi sopra la testa non potevo più farlo - A casa ero molto limitato e chiamavo i miei figli per farmi aiutare 	<ul style="list-style-type: none"> - dolori assurdi, la posizione supina non riuscivo a mantenerla senza cuscino - Non potevo tornare a fare le pulizie - Ho sostituito il sinistro con il destro ma non è la stessa cosa 	<ul style="list-style-type: none"> - Resiliente - Se bloccato da una parte compensavo con l'altra 	<ul style="list-style-type: none"> - Non riuscivo a compiere tutti i movimenti - Utilizzavo l'altro braccio per lavorare 	<ul style="list-style-type: none"> - Nel primo periodo poco magari solo di notte, e dopo mi ha disturbato nel lavoro mi limitava nell'alzare e pesi o alzare le braccia
<p>5. C'erano momenti in cui sentiva meno dolore?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tenendo le braccia lungo il corpo - A letto per non sentire 	<ul style="list-style-type: none"> - Alzando sempre meno il braccio - Tenendomi impegnato lo sentivo di meno 	<ul style="list-style-type: none"> - Al lavoro si sentiva tantissimo - Ho fatto il laser che mi ha fatto bene e poi 	<ul style="list-style-type: none"> - Se rimanevo a riposo non lo sentivo tanto - Per alleviare 	<ul style="list-style-type: none"> - No era un continuo, se dovevo lavorare lo sentivo intensamente 	<ul style="list-style-type: none"> - Il movimento peggiore era alzarla di lato

	dolore mettevo un cuscino cervicale sotto la spalla		antinfiammatori, farmaci - Il farmaco ti dà più sollievo immediato	riposo e ghiaccio		- Sentivo meno male quando andavo a casa la sera
6. Le sembra di aver capito da cosa era causato il dolore che sentiva?	- La cuffia dei rotatori aveva già iniziato a lacerarsi prima - Poi con il trauma che ho avuto ho fatto il resto	- Il dottore mi ha spiegato, l'artrite, con i Sali minerali hanno sfilacciato il tendine	- No	- Una serie di calcificazioni che andavano per compressione - Tutto l'insieme dava dolore	- Perché si sono rotti i tendini e non funzionava più il meccanismo della spalla e la conseguenza era il dolore	- Avevo il tendine lesionato - Portando una stufagiù dalle scale è scivolata e per tenerla si è rotta
7. Il dolore ha modificato le relazioni della sua vita?	- No, impari a convivere e ad usare l'altro arto	- Un po' di imbarazzo perché nel lavoro non riesci a svolgere i compiti più semplici - A casa ho rotto le scatole a mia moglie per le notti era difficile	- Il lavoro ho dovuto lasciarlo	- Compromessi con la famiglia per fare i lavori di casa - Mai caricato gli altri di ciò che ero carico io	- Ho dovuto smettere di fare volontariato - Alcuni lavori in casa non li fai più - Andare in moto mi piaceva e ho dovuto smettere	- Non vedo i miei colleghi di lavoro da tre mesi
8. Quali pensieri associava al dolore?	- Stanchezza di andare sotto ai ferri	- Che sei limitato a fare tante cose	- Chissà che mi chiamino per farmi operare - Il dolore c'era sempre e per riuscire a stare dietro al lavoro mi dicevo "pastiglia e si va avanti"	- Non ci pensavo - Dicevo al dolore di smetterla	- Il pensiero che dovevo farmi operare ma ero titubante e cercavo sempre di rimandare	- Mi sembra di no...