



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA
PRESIDENTE: *Ch.mo Prof. Raffaele De Caro*

TESI DI LAUREA

L'INFORMAZIONE COME STRUMENTO TERAPEUTICO

RELATORE: Prof. Giorgio Granzotto

Correlatore: Ft. Marco Caia

LAUREANDO: Riccardo Quarta

Anno accademico 2014-2015

INDICE

Riassunto	pag. 3
Introduzione	pag. 4
Capitolo 1: Presupposti teorici	pag. 6
Una riflessione iniziale: l'informazione nella relazione professionista-cliente	pag. 6
1.1 Introduzione: l'informazione nella fisioterapia	pag. 7
1.2 Il contesto: la patient-centered medicine	pag. 8
1.3 Relazioni fra informazione e soddisfazione nell'ambiente sanitario	pag. 10
1.4 Le prospettive significative	pag. 11
1.5 Il significato terapeutico dell'informazione	pag. 14
1.6 Difficoltà nel trasmettere e nel valutare l'informazione	pag. 16
Capitolo 2: L'informazione nella formazione universitaria.....	pag. 18
Capitolo 3: Proposta di studio sperimentale	pag. 22
3.1 Motivi della proposta	pag. 22
3.2 Obiettivi.....	pag. 23
3.3 Materiali e metodi	pag. 23
Capitolo 4: Presentazione dei dati	pag. 31
4.1 Introduzione	pag. 31
4.2 Risultati	pag. 31
4.3 Discussione.....	pag. 38
Conclusioni.....	pag. 41
Bibliografia.....	pag. 44
Ringraziamenti	pag. 49
Allegati	pag. 50

RIASSUNTO

Informare il paziente riguardo alla dinamica della propria patologia, alle modificazioni attese del trattamento, all'eziologia del problema e infine alla prognosi, è un'attività che in fisioterapia ha molteplici motivazioni e obiettivi.

Inoltre, dalla ricerca bibliografica, è emerso che l'informazione può profilarsi come un vero e proprio strumento terapeutico in quanto:

-l'aspetto più rilevante nel determinare la soddisfazione del paziente, misura di outcome sempre più utilizzata e associata a migliori risultati clinici a parità di trattamento ricevuto

-è l'unico mezzo per agire sulle “prospettive significative”, grande opportunità e al contempo criticità riabilitativa

-un intero movimento, la psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI) ha indagato e dimostrato i rapporti della sfera psicologica su quella biologica tramite la mediazione di alcuni sistemi biologici: appunto quello nervoso, endocrino e immunitario.

Nonostante queste solide premesse teoriche, in ambito fisioterapico non si è venuti a conoscenza di studi randomizzati controllati che cerchino di isolare e quantificare gli effetti terapeutici di un approccio informativo.

Si è deciso perciò di predisporre uno studio osservazionale-sperimentale teso a rispondere al seguente quesito clinico: un approccio maggiormente informativo, a cui è associato un incremento del livello conoscitivo del paziente rispetto alla sua patologia, è associato a outcome clinici (dolore, articularità, funzione, efficacia globale percepita del trattamento) migliori a parità di trattamento riabilitativo ricevuto?

Purtroppo, non è stato possibile concludere lo studio per una mancanza imprevista di pazienti eleggibili per lo stesso. Il disegno dello studio è stato comunque presentato all'interno dell'elaborato.

Tuttavia è stato possibile raccogliere e presentare i dati provenienti dai questionari autoprodotti, somministrati a pazienti e fisioterapisti nel contesto di quello studio.

Quello che emerge dai risultati è che sia i pazienti (media=3,7/4) sia i fisioterapisti (media=5/5) ritengono che l'informazione sia importante per i pazienti, tuttavia il livello conoscitivo dei pazienti è basso (media=8,2/15) e generalmente anche i fisioterapisti ritengono i pazienti siano poco informati rispetto al proprio problema. C'è quindi una difficoltà nel trasmettere o nel recepire il messaggio informativo, il che può essere motivato dal fatto che non vi sia una salda consapevolezza (né da parte dei fisioterapisti né da parte dei pazienti) che l'informazione sia un vero e proprio strumento terapeutico.

Il presente elaborato, al di là dei limiti nei suoi risultati, si è proposto perciò di offrire degli spunti di riflessione su questo argomento così da poter diventare una proficua occasione di rinnovamento professionale.

INTRODUZIONE

Motivazioni per uno studio sperimentale. Le evidenze raccolte a dimostrazione del potere terapeutico dell'informazione sono state tali da far sorgere il seguente quesito clinico: un paziente seguito maggiormente dal punto di vista informativo (e quindi con un livello conoscitivo più alto) può avere degli outcome clinici sia oggettivi che soggettivi migliori, a parità di trattamento ricevuto? Le evidenze fino a qui raccolte supportano a livello teorico questa possibilità, ma non è stato trovato nessuno studio che la indagasse in modo randomizzato-controllato. Per risolvere il quesito clinico si è quindi individuata una patologia di riferimento che potesse beneficiare particolarmente di un approccio informativo (gli esiti di ricostruzione di cuffia dei rotatori) e degli outcome adeguati alla patologia.

Panoramica dello studio. Il disegno originale dello studio, impostato secondo questi criteri, è articolato e per una sua descrizione più schematica si rinvia all'Allegato 1.

Lo studio, attraverso un protocollo sperimentale, si proponeva di verificare se, a parità di trattamento riabilitativo ricevuto, i pazienti che venivano seguiti maggiormente dal punto di vista "informativo" avessero un incremento maggiore degli outcome clinici soggettivi (dolore, efficacia globale del trattamento) e oggettivi (articolari, funzione) rispetto al gruppo di controllo. Come obiettivo secondario si intendeva di verificare se il livello conoscitivo finale del paziente fosse maggiormente determinante sull'incremento degli outcome clinici rispetto all'expertise del fisioterapista.

È stata invece predisposta una fase osservazionale, precedente a quella sperimentale, per ovviare al sospetto che i fisioterapisti, consapevoli di partecipare a uno studio con argomento l'informazione, potessero modificare le proprie abitudini comunicative: tale dubbio avrebbe reso ambigui i risultati dello studio sperimentale, in quanto anche i pazienti del gruppo di controllo avrebbero tendenzialmente ricevuto una quantità di informazioni maggiore del consueto. Quindi l'obiettivo della prima fase, che prevedeva semplicemente la rilevazione del livello conoscitivo dei pazienti, era quello di valutare un eventuale incremento del livello conoscitivo dei pazienti del gruppo di controllo della fase sperimentale (i cui fisioterapisti erano comunque a conoscenza dello studio) rispetto a quelli della fase osservazionale, che non hanno ricevuto nessun tipo di informazione in più prima della rilevazione del livello conoscitivo (come il gruppo di controllo della fase sperimentale), ma i cui fisioterapisti non erano ancora a conoscenza dello studio: anche l'emergere di tali differenze sarebbe stato interessante.

Panoramica dei contenuti dell'elaborato. Prima della presentazione delle due parti dello studio, saranno presentati i presupposti teorici che costituiscono il razionale sotteso all'indagine della variabile informazione (Capitolo 1), e sarà effettuata una breve considerazione su quanto la pratica dell'informazione sia attualmente diffusa nel percorso universitario (Capitolo 2).

Poiché in corso d'opera ci si è resi conto che la fase sperimentale non avrebbe beneficiato di un numero congruo di pazienti, in questa stesura finale dell'elaborato si discuteranno solamente i risultati della prima fase osservazionale e dei questionari destinati ai fisioterapisti, raccolti in numero considerevole (16), anche se somministrati nel contesto della fase sperimentale (Capitolo 4).

Sarà tuttavia presentato in modo più dettagliato il disegno originale dello studio, in quanto per quel che se ne è a conoscenza è il primo studio a proporsi di indagare in modo randomizzato e controllato l'efficacia dell'informazione come strumento terapeutico (Capitolo 3).

CAPITOLO 1

PRESUPPOSTI TEORICI

“Patient empowerment begins with information and education and includes seeking out information about one's own illness or condition, and actively participating in treatment decisions.” (Lau, 2002)

Una riflessione iniziale: l'informazione nella relazione professionista-cliente. In tutte le situazioni in cui si richiede l'aiuto di un professionista in quanto esso dispone di conoscenze e competenze più specifiche delle proprie, ci si sente più a proprio agio se questo professionista, oltre a esplicitare adeguatamente la propria professione, ci informa di qual è la sua proposta professionale e come intende declinarla nella nostra particolare situazione.

Tentando di parafrasare questo senso di gratitudine nei confronti dell'informazione, si può dire che si percepisce l'informazione come buona garanzia di trasparenza del professionista e di qualità metodologica del suo agire (a cui si può pensare corrisponderanno risultati di qualità). Inoltre, se ci si pensa è facile capire come di fronte a un qualsiasi professionista e a una prestazione professionale si vivono sentimenti di incertezza, ansia e disagio legati al fatto che non si hanno conoscenze riguardo alle dinamiche e ai tempi dell'intervento professionale, e che fino al termine della prestazione è difficile fare ipotesi riguardo al successo o meno della prestazione stessa.

Al di là del risultato della prestazione (che fra l'altro in ambito sanitario non è detto possa sempre esser positivo, nonostante la competenza e l'impegno del professionista), è il comportamento del professionista quello che determina se la persona avrà un vissuto positivo della prestazione, se deciderà volentieri o meno di ritornarvi in caso di necessità, del giudizio che essa avrà della professione in generale e in sintesi della sua soddisfazione verso la prestazione ricevuta. Al contrario, se il professionista non dà informazioni si alimentano vissuti di sospetto, disagio, a volte vero e proprio risentimento, che trovano giustificazione solo se la prestazione va a buon fine: il che ancora una volta in ambito sanitario non è sempre così scontato, anche perché il risultato può non andare sempre incontro alle attese del paziente.

Se questo accade, è facile capire come la persona eviterà di richiedere la stessa prestazione, si rivolgerà a un altro professionista (magari di un altro tipo), si formerà un giudizio ambiguo se non apertamente negativo della professione, e nei casi peggiori sconsiglierà a parenti e conoscenti quel professionista o addirittura presenterà reclami formali.

Questa dinamica è amplificata in ambito sanitario in quanto il bisogno per cui il paziente richiede la prestazione del professionista, il bisogno di salute, ha un'importanza molto alta, riguarda una sfera assolutamente personale e vede il paziente in uno stato di minorità

marcato (disabilità motoria o di altro tipo) rispetto al professionista. In questo stato di estrema difficoltà e necessità aumentano le risposte emotive alle scelte e soprattutto al comportamento del professionista sanitario, sia in termini di approvazione e gratitudine sia al contrario in termini di disagio e ostilità.

Questi meccanismi, per quanto intuibili a una breve riflessione, non hanno goduto per il momento di un'enfasi tale da incoraggiare in modo deciso questi comportamenti in ambito sanitario, tanto che la condotta di comportamento verso il paziente è affidata in buona parte alla discrezione del singolo.

Fortunatamente, dei comportamenti corretti dal punto di vista comunicativo sono già sufficientemente diffusi in ambito sanitario, in quanto rispondono anche a norme di buon senso, educazione e rispetto verso il prossimo. Così non è per l'abitudine di informare adeguatamente i pazienti, usanza ancora una volta non istituzionalizzata e lasciata all'arbitrio di ogni professionista.

Tuttavia, al di là del buon senso e della correttezza, sempre più studi stanno evidenziando come la comunicazione abbia di per sé veri e propri effetti terapeutici sui pazienti.

Infatti, come succede spesso - e come dovrebbe di fatto succedere - nelle professioni a fondamento scientifico come la nostra, c'è uno scambio continuo di idee ed evidenze fra le scienze di base e la pratica clinica, e si può dire che recentemente si sta affermando una vera e propria tendenza all'indagine dei rapporti fra comunicazione e outcome clinico: probabilmente quindi in un prossimo futuro un comportamento comunicativo "corretto" sarà incoraggiato nei professionisti sanitari come lo sono le "buone abitudini" professionali basate sulle evidenze, in quanto garanti di un migliore outcome clinico. E allo stesso modo comportamenti scorretti verranno non più considerati solo difetti di carattere ma vere e proprie strategie inefficaci.

1.1 Introduzione: l'informazione in fisioterapia

L'informazione rivolta al paziente in fisioterapia è fondamentale per una serie di ragioni:

- maggiore compliance del paziente e aderenza al trattamento;
- possibilità del paziente di dare propriamente il consenso informato, e partecipare attivamente al trattamento;
- miglioramento del comportamento motorio (soprattutto nel caso esso sia una delle cause dell'insorgere della patologia) ed esecuzione corretta degli esercizi in autotrattamento;
- prevenzione, intesa anche come successiva al primo manifestarsi dei sintomi, per evitare recidive;
- soddisfazione verso la prestazione sanitaria;**
- miglioramento delle "prospettive significative" rispetto alla malattia e miglioramento degli outcome clinici.**
- responsabilità nei benefici a lungo termine**

Tuttavia, come spiegato più dettagliatamente nel Capitolo 2, i fisioterapisti non sono formati in modo lineare riguardo a motivi e scopi dell'informazione in ambito sanitario, per cui tendono a somministrare l'informazione in modo casuale e arbitrario.

Più in particolare, gli ultimi tre obiettivi dell'informazione appena elencati, nonostante costituiscano le motivazioni più importanti per cui un paziente dovrebbe essere adeguatamente informato, non vengono solitamente approfonditi.

Campo d'indagine. Il presente elaborato, oltre a richiamare in generale l'attenzione sull'argomento informazione, si concentra sull'aspetto intrinsecamente terapeutico dell'informazione stessa. Più precisamente:

-non viene posta attenzione alle modalità in cui l'informazione viene trasmessa, anche perché essa rientra nel contesto della relazione fisioterapista-paziente, che costituisce un argomento separato anche se strettamente collegato e che a differenza dell'informazione è ben definito nella formazione universitaria;

-per quanto riguarda poi i contenuti dell'informazione, si farà riferimento alla comunicazione al paziente di informazioni riguardanti la patologia, gli effetti del trattamento e la prognosi. Non si discuterà quindi dell'educazione del paziente rispetto all'esercizio terapeutico e agli ausili, né all'educazione dei caregiver.

Infatti, l'importanza dell'informazione in fisioterapia è soprattutto collegata a questi aspetti, ed è motivata dal fatto che essa è correlata a una maggiore soddisfazione verso la prestazione (la quale a sua volta è correlata a migliori outcome clinici) e in quanto la presenza o l'assenza dell'informazione influisce notevolmente (in senso positivo o negativo) sulle attitudini e sulle credenze che i pazienti hanno verso la malattia, le quali sono anch'esse correlate ad outcome clinici migliori.

1.2. Il contesto: la patient-centered medicine

“Contemporary forces have bolstered this movement. The growing demands for quality and safety in health care have refocused attention on patient outcomes”. (Bardes, 2012)

“Approccio biopsicosociale” e “patient-centered medicine” sono solo alcuni fra i nomi che sono stati dati a una tendenza, non più recentissima ma ancora in affermazione e in pieno sviluppo, che si sta diffondendo nella pratica riabilitativa e più in generale sanitaria.

A proposito di questo modello è stato detto: *“it stakes a position in contrast to which everything else is both doctor-centered and suspect on ethical, economic, organizational and metaphoric grounds”.* (Bardes)

Questa tendenza è stata declinata anche molto diversamente nel corso degli anni e nelle situazioni sanitarie, ma ha come denominatore comune il superamento del vecchio modello “biomedico” o “centrato sul medico”: un approccio che si concentra sui bisogni e sulle preoccupazioni del professionista, più che su quelli del paziente.

I due aspetti più criticati di tale modello erano che:

-il professionista sanitario era l'unico detentore delle conoscenze riguardanti sia la patologia che il conseguente trattamento. Il paziente non partecipava in nessun modo alle decisioni cliniche, rimanendo dunque un protagonista “passivo” durante tutto il percorso di cura;

-era fatta esclusivamente attenzione alla sfera prettamente “biologica” del paziente, escludendo del tutto o quasi quella psicologica e sociale, che invece sono di fondamentale importanza: se comunque partecipano in ogni forma di patologia e disabilità, diventano addirittura imprescindibili in un numero sempre più vasto di patologie, soprattutto quelle legate al dolore cronico (Engel, 1977).

Una riflessione che si può fare a proposito è che la patient-centered medicine non si occupa di “cosa” il professionista somministra al paziente (in termini di prestazioni di vario tipo: farmaci, interventi chirurgici, valutazioni specialistiche e nel caso dei fisioterapisti il trattamento riabilitativo) ma di “come” esso lo faccia: in tal senso è facile rendersi conto di come gran parte delle prescrizioni e accorgimenti di questo concetto riguardino la comunicazione fra operatore sanitario e paziente.

Più precisamente, oltre a osservare le correlazioni fra “buona” comunicazione e risultati clinici (che comunque sono soggetti a un campionario molto eterogeneo di fattori), di recente nella ricerca si è fatto l'ulteriore passo di proporre e indagare dei pathways precisi secondo cui la comunicazione influenza i risultati clinici. Tale correlazione sembra quindi acquisire sempre di più dei caratteri scientifici ufficiali.

Detto questo, è possibile riassumere tutte le “pratiche” legate al concetto di patient-centered medicine a due aspetti comunicativi, quello “relazionale” e quello “informativo”. Anche se non senza una certa difficoltà, dovuta al fatto che il modello “biomedico” sia in molte realtà ancora inconsciamente applicato, quello che è stato osservato è che giustamente si sta dando all'aspetto relazionale un'importanza sempre maggiore, sia fra gli studenti che fra i professionisti già formati: infatti nel mio corso universitario è stato dato un adeguato spazio alla sensibilizzazione verso questi concetti e allo sviluppo di competenze trasversali (con alcuni corsi di psicologia e relazione terapeutica) e specifiche voci di verifica nella valutazione del tirocinio, e fortunatamente fra i professionisti abilitati è sempre più raro vedere carenze in questa direzione.

L'aspetto più “informativo” dell'approccio è invece a mio parere ancora ampiamente sottovalutato, nella formazione e quindi nella pratica clinica: anche se ovviamente sono previste adeguate preparazione teorica e capacità di ragionamento clinico, mancano i momenti in cui si valuta come queste conoscenze vengano condivise col paziente, tanto che questa è una competenza (ancora una volta trasversale) il cui sviluppo è affidato esclusivamente alle attitudini del neolaureato.

Questo è dovuto in primo luogo al fatto che la pratica di “informare” il paziente sia ancora molto raramente diffusa fra i fisioterapisti, in quanto ancora non universalmente

riconosciuta come necessità (e risorsa) e che sia difficoltoso stabilire in quali modalità e quantità trasmettere le informazioni al paziente.

Tale incertezza è però una contraddizione nell'applicazione dell'approccio biopsicosociale, anche perché la cura dell'aspetto relazionale, l'ascolto e il supporto psicologico - per quanto sicuramente auspicabili anche nella figura del fisioterapista - sono precisa competenza di un'altra figura sanitaria (lo psicologo per l'appunto), mentre uno dei compiti specifici del fisioterapista è la prevenzione (come previsto fra l'altro anche dal Profilo Professionale), che non può non essere esplicata se non con l'informazione. Inoltre come "specialista" del sistema di movimento, il fisioterapista è la figura più indicata nella prevenzione (intesa anche come successiva al primo manifestarsi della sintomatologia), così importante nei disturbi muscolo-scheletrici, che costituiscono la famiglia di patologie d'elezione per il fisioterapista: infatti nella pratica fisioterapica spesso se non sempre gli obiettivi sono di "rieducazione funzionale" e parte del trattamento è affidata all'autonomia del paziente, che va perciò adeguatamente preparato e informato.

Se si assume come paradigma di riferimento quella della patient-centered medicine, sarebbe auspicabile che i fisioterapisti, proprio perché è loro competenza specifica, adottino un approccio informativo in maniera più sistematica.

A tal proposito potrebbe essere utile approfondire le ragioni principali per cui l'informazione può essere considerata un vero e proprio strumento terapeutico.

1.3. Relazioni fra informazione e soddisfazione nell'ambiente sanitario

"Supporting these recent trends is a new concept of the patient as consumer [...]: new priorities take center stage: customer satisfaction, comparison shopping, broad ranges of alternatives" (Bardes)

La rivoluzionaria scelta di abbandonare il comodo orizzonte monocompartimentale dell'approccio biomedico era stata mossa non solo dal bisogno di rendere l'ambiente sanitario più accogliente, "a misura di persona" e dal fatto che fosse eticamente e giuridicamente auspicabile una maggiore partecipazione del paziente, ma anche per il sospetto - che è diventato poi evidenza - che in tal modo i risultati clinici potessero migliorare, sia in modo diretto che indiretto (Coulter, 2014).

A proposito dell'aspetto della patient-centered medicine qui esaminato, ovvero la comunicazione con finalità informative, la variabile che temporalmente vi è stata prima associata (pur senza chiarirne in modo esplicito i nessi) è stata la **soddisfazione**. La soddisfazione del paziente con la fisioterapia è infatti usata spesso come variabile di outcome in quanto appunto si ritiene che essa sia correlata (ancora una volta senza individuarne i motivi) con outcome clinici migliori. Non solo: i pazienti che riferiscono un grado di soddisfazione più alto, sono più portati a continuare la relazione di cura col professionista, di continuare a cercare le cure sanitarie quando richiesto e di aderire ai piani

di trattamento raccomandati. Soprattutto è stato dimostrato che i pazienti che riferiscono di aver ricevuto cure migliori sono quelli che rispondono meglio al trattamento, sia dal punto di vista soggettivo che da quello oggettivo, fornito dai rilevatori clinici. Il dimostrare empatia al paziente e alla sua situazione e informarlo dei processi patologici e delle possibilità di trattamento, facendo quindi attenzione anche al suo vissuto e alle sue credenze, è passato dall'essere semplice “buona educazione” a un vero e proprio strumento terapeutico, in quanto si è visto che a parità di cure ricevute la soddisfazione percepita è tanto importante (Coulter, 2014; Street, 2009; Capaldo, 2007)

Uno studio del 2009 (Beattie) ha indagato quindi con quali aspetti della prestazione sanitaria, compresi quelli interpersonali, tecnici e ambientali, era maggiormente correlata la soddisfazione.

Il risultato è stato che la soddisfazione dei pazienti è stata maggiormente associata con gli items che riflettevano un'interazione di alta qualità col fisioterapista (ovvero tempo, spiegazioni adeguate e istruzioni al paziente) e inoltre ha stabilito che i fattori ambientali, come la posizione della clinica, la disponibilità del parcheggio, il tempo d'attesa e il tipo di equipaggiamento usato non erano fortemente correlati alla soddisfazione complessiva.

Più in particolare, le voci che sono state maggiormente correlate alla soddisfazione sono:

-“il fisioterapista risponde alle mie domande”

-“il fisioterapista spiega il trattamento”

Ma se un'adeguata informazione è associata a maggiore soddisfazione, intuitivamente è anche vero che quando l'informazione non è adeguata la soddisfazione ne risente.

A proposito dei problemi riportati dei pazienti riguardo all'NHS (il SSN inglese), in uno studio della Coulter è riportato che “alcuni problemi sono sorti ripetutamente: il fallimento nel fornire adeguate informazioni su prognosi e trattamento, non sufficiente coinvolgimento nelle decisioni, debole supporto all'autotrattamento, mancanza di supporto emotivo ed empatia, [...]” (Coulter)

La soddisfazione si prefigura quindi come un fine, e l'informazione il mezzo più importante per raggiungerlo (anche se non l'unico).

La correlazione fra outcome clinici e soddisfazione è un campo che in fisioterapia merita sicuramente di essere ulteriormente indagato, considerata la sua crescente importanza e l'evoluzione del paziente allo status di cliente, che come tale va soddisfatto.

1.4. Le prospettive significative del paziente

“...non conta tanto ciò che succede alla gente, ma è come essi lo interpretano e come viene spiegato loro ciò che succede che determina le loro azioni, le loro speranze, la loro soddisfazione, il loro benessere emozionale e la loro prestazione.” (Mezirow, 1990)

Tuttavia, a ben vedere la soddisfazione, seppure sia un outcome ampiamente utilizzato e il cui significato è ampiamente individuabile anche nella cultura popolare, è solo uno dei tanti elementi che vanno a formare le “prospettive significative” del paziente.

Il termine, una felice intuizione dello psicologo Mezirow, riassume in sé le credenze, le comprensioni, le attitudini, le emozioni e le aspettative dei pazienti.

Secondo questo autore, una prospettiva significativa del singolo viene acquisita ed evolve da una combinazione di esperienze personali, sociali e culturali, in cui le interpretazioni cosce ed inconscie e le emozioni concorrono a mascherare le loro visioni e i loro sentimenti.

Al di là delle speculazioni psicologiche che potrebbero far perdere di vista il fine del discorso, nel contesto della fisioterapia le prospettive significative costituiscono uno spunto di riflessione molto interessante sulla necessità e sugli obiettivi dell'informazione.

Le prospettive significative infatti costituiscono al tempo stesso una criticità e un'occasione riabilitativa.

Una criticità perché delle prospettive generate da informazioni errate possono pregiudicare pesantemente l'effetto dell'intervento fisioterapico (anche se esso raggiunge gli obiettivi prefissati), un'occasione perché delle prospettive generate da informazioni corrette possono indirizzare correttamente il processo di recupero, migliorare la qualità percepita del trattamento (e la soddisfazione verso lo stesso) e non da ultimo contenere la disabilità percepita quando per esempio fra gli obiettivi realisticamente attesi non è contemplato il recupero completo (Street, 2009).

Quando un paziente si sottopone a una prestazione fisioterapica piuttosto che sanitaria, esso in partenza non è privo di informazioni riguardo a quello che gli è successo o che gli sta per succedere, ma ha assimilato altre informazioni dall'esperienza personale o da raccomandazioni e consigli ricevuti dal medico curante, dalla famiglia e dagli amici.

Queste informazioni non solo potrebbero essere scorrette in partenza (o comunque non valide in relazione al caso specifico del paziente) ma sono anche state assimilate non in proporzione della loro verosimiglianza ma in ragione di quanto hanno colpito il paziente, considerando per di più che il paziente si trova ad essere, nella malattia, meno lucido e più impressionabile.

Nella mia esperienza di tirocinio ho notato che delle prospettive significative distorte possono portare a due comportamenti/attitudini scorretti: quello in inibizione e quello al contrario in iperattivazione.

Alcuni autori descrivono il modello in inibizione proprio riguardo all'argomento in discussione: "le credenze ed i sentimenti che sono controproducenti per il trattamento del paziente e per il recupero, come ad esempio l'eccessiva paura di un movimento o del dolore, possono contribuire al decondizionamento fisico, alla scarsa motivazione verso l'auto-trattamento, alla scarsa auto-efficacia ed infine agli scarsi risultati" (Jones & Revett, 2004).

Ho osservato poi come alcuni pazienti al contrario si impegnano in attività eccessive per la loro condizione, ignorano i segnali d'allarme inviati dal proprio organismo e nel

trattamento si aspettano (e ritengono quindi terapeutici) sensazioni molto maggiori di quelle auspicabili in rispetto della propria condizione infiammatoria.

Inoltre, come accennato anche in precedenza, l'informazione diventa addirittura essenziale nei pazienti con dolore cronico, e anche in questo caso si prefigura come unico strumento realmente efficace. (Nijs, 2011)

“Patients with “unexplained” chronic musculoskeletal pain who are misinformed about pain, consider their pain as more threatening and demonstrate lower pain tolerance, more catastrophic thoughts and less adaptive coping strategies” (Jackson, 2005)

Quindi come suggerito da Jones e Revett ogni comportamento del paziente andrebbe valutato in relazione alla prospettiva significativa che vi si cela: questa specifica valutazione non ha uno spazio dedicato all'interno del piano di trattamento ma continua per tutta la durata dello stesso, ed è tanto più efficace quanto più il fisioterapista è consapevole del significato delle prospettive significative e di come queste possono influenzare i risultati.

Ma se lo scopo dell'elaborato non era sensibilizzare all'esistenza e alla valutazione delle prospettive significative, un accenno a questo argomento diventa pertinente se si considera come si imposta il “trattamento” o meglio la ricalibrazione delle prospettive significative stesse.

Gli strumenti tradizionali della fisioterapia (la terapia manuale e l'esercizio terapeutico) risulterebbero infatti inefficaci di fronte a una prospettiva significativa distorta. Anche se questi strumenti sono essenziali per la buona riuscita del trattamento, trascurare un aspetto psicosociale di tale importanza sarebbe in contrasto con i principi fondamentali della medicina centrata sul paziente e soprattutto potrebbe portare a dei risultati parziali o insoddisfacenti, anche nel caso le manovre tecniche vengano impartite adeguatamente.

Di fronte a una prospettiva significativa dannosa lo strumento d'elezione risulta essere invece un approccio formativo paziente e completo, che indagherà le lacune conoscitive del paziente in modo da supplirvi.

Queste lacune sono spesso individuabili nella conoscenza delle dinamiche della patologia, degli effetti e degli obiettivi del trattamento e della prognosi attesa, che sono appunto i contenuti informativi indagati in questo elaborato.

Infine, anche se la formulazione del concetto di “prospettive significative” è avvenuta in un contesto prettamente psicologico, l'informazione rientra perfettamente nell'ambito di competenza del fisioterapista: anzi, le sue conoscenze del sistema movimento, le sue competenze comunicativo-relazionali e la quantità di tempo che esso passa col paziente lo rendono forse la figura più indicata a esercitare questo importante compito (Slujis, 1991).

1.5. Il significato terapeutico dell'informazione

Come argomento più importante a favore del promuovere l'informazione a vero e proprio strumento terapeutico vi è la dimostrazione dell'influenza della sfera psicologica su quella biologica.

Che i due aspetti siano collegati è assolutamente coerente con la patient-centered medicine: adottare tale modello significa per il clinico rendersi conto della necessità di considerare la persona nella sua interezza e di agire quindi anche la sfera psicologico-cognitiva, e non solo quella biologica, costituita dai sintomi.

Questo è il risultato di una silente rivoluzione scientifica, che sta portando alla scomparsa del paradigma riduzionista in quanto incapace di spiegare adeguatamente la realtà, scientifica e nel nostro caso clinica. Questo movimento ha avuto un'evoluzione lenta e graduale, diverse facce e portavoce - relativi ad ambiti scientifici anche diversissimi - ma si manifesta nel suo più alto grado di autoconsapevolezza nel movimento della Psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), di cui esiste anche un ramo italiano (SIPNEI).

Questa tendenza sostiene e indaga l'esistenza di rapporti bidirezionali fra psiche e sfera biologica, o meglio fra psiche e i sistemi che hanno i più importanti effetti sulla sfera biologica, ovvero quello nervoso, endocrino e immunitario. Non solo sono stati prodotti innumerevoli studi che dimostrano le relazioni fra questi sistemi, ma anche altrettanti in cui si fa una dimostrazione (o si avanza un'ipotesi) riguardo ai veri e propri percorsi biochimici tramite cui queste influenze vengono esplicate.

Questi non sembrano ambiti di squisita competenza del fisioterapista, che è il sistema movimento, tuttavia è facile riconoscere come qualsiasi movimento sia prodotto e modulato dal sistema nervoso, e che ogni dinamica patologica prevede il manifestarsi di un processo infiammatorio, indiscutibilmente prodotto e mediato dai sistemi endocrino e immunitario.

Vengono riportati alcuni degli esempi citati nel trattato:

-in ambito medico è risaputo che spesso depressione e dislipidemia sono correlati. Un approccio riduzionista, che non contempla l'influenza della sfera psicologica su quella biologica, interpreterebbe questo dato come una casualità (in quanto sono interessate sfere diverse), e il trattamento che ne consegue si risolverebbe nel trattare questi due aspetti separatamente (con un antidepressivo il primo, con una statina il secondo). In realtà, come confermato da ricerche recenti (Yu, 2010; Xu, 2011; Fan, 2009) depressione e dislipidemia sembrano essere il frutto di uno stesso squilibrio psichico, a cui è associato un correlato infiammatorio (è stato dimostrato che lo stress determina uno stato infiammatorio tramite l'aumento di determinati agenti chimici e ormonali), o al contrario il frutto di una infiammazione cronica associato al suo correlato depressivo: un approccio onnicomprensivo quindi, nonostante la presentazione biologica del sintomo dislipidemia, prenderebbe in considerazione anche degli strumenti capaci di intervenire sulla sfera psicologica.

-un altro studio (Hansel, 2007) ha dimostrato come lo stress di tipo cronico (sfera psicologica), indicato dalla disregolazione nella produzione di cortisolo e catecolamine (sfera endocrina) determini l'attivazione del circuito immunitario Th2 (sfera immunitaria), inadatta a rispondere a infezioni virali e proliferazioni neoplastiche. Gli effetti di infezioni e neoplasie interessano infine la sfera biologica.

-il cancro per l'appunto è una delle patologie in cui più si sono indagate relazioni fra stress psico-sociale e outcome clinici. Sono presentati i risultati di diverse meta-analisi (Chida, 2008; Satin, 2009; Pinquart e Dubenstein, 2010) che correlano rispettivamente lo stress psico-sociale, la depressione e l'isolamento sociale al peggioramento della sopravvivenza in questi malati. Un altro studio presentato (Andersen, 2010) confrontava due gruppi di pazienti di cui uno veniva sottoposto, oltre al controllo medico, a un programma di gestione dello stress di 26 sedute (per un totale di meno di 40 ore all'anno). Dopo 13 anni, la differenza nella mortalità era di circa il 20% a favore dei pazienti che hanno seguito questo programma.

Nel trattato sono affrontate soprattutto patologie di interesse medico: ma poiché le scienze di base sono le medesime per medicina e fisioterapia, sarebbe interessante e anzi auspicabile un trasferimento delle prassi e dei modelli anche al nostro ambito, eventualità teoricamente possibile ma ancora non indagata.

Più in particolare, facendo riferimento alla patologia che si è deciso di indagare in questo elaborato (gli esiti di ricostruzione di cuffia dei rotatori), se per il momento non si è fatto l'audace tentativo di correlare lo stato emotivo e i livelli di depressione e ansia con gli outcome clinici (tentativi che sarebbero d'altronde più di interesse di altre figure professionali), si è voluto indagare se operando sulla sfera psicologica con uno strumento di competenza del fisioterapista (l'informazione) sia possibile ottenere risultati sulla sfera biologica, descritta per l'appunto dagli outcome clinici.

Per rendere più chiaro il senso del discorso, se è dimostrato che la sfera psicologica influenza quella biologica, e se è dimostrato che l'informazione influenza la sfera psicologica, l'informazione si potrebbe rilevare come strumento in grado di influenzare anche la sfera biologica.

A conferma di quanto detto anche nel trattato del Bottaccioli, dopo l'esame superficiale di diverse patologie, si propone come esempio un approccio integrato alla cura della depressione, inteso come modello concettuale anche per altre patologie.

Fra i punti fondamentali di questo approccio, il primo è appunto imperniato sull'importanza dell'informazione: *“qualsiasi operatore che approcci una persona affetta da depressione dovrebbe dare un'informazione completa sul disturbo e sull'efficacia dei vari strumenti terapeutici”* (Bottaccioli, 2014).

Ma se indubbiamente spetta alle scienze di base, e non al fisioterapista, indagare i rapporti e le modalità con cui questi rapporti si esplicano, è vero anche che il fisioterapista, come

tutti gli altri professionisti sanitari, abbia almeno il dovere di essere a conoscenza dell'esistenza di una tendenza scientifica tanto importante, o almeno non agire in contrasto con essa. Anche perché come abbiamo già detto cortesia, pazienza e disponibilità a informare il paziente sono condotte gratuite e che rispondono anche a palesi norme di corretto vivere civile.

Si sta producendo una mole sterminata di studi che hanno come paradigma di riferimento, esplicito o meno, quello della PNEI, tanto che è possibile ritenerlo uno degli ambiti multidisciplinari di ricerca più importanti, più attuali, e con maggiori prospettive di espansione nel futuro.

L'intenzione è che anche questo elaborato possa essere inserito in questo filone.

1.6. Difficoltà nel trasmettere e nel valutare l'informazione

“The assessment of reasons for the therapeutic effects [of information] is complicated. Is the attention given to the patient or is it what they learn that matters? It is reasonable to believe that the effect of caregiving will diminish over the time, and that any long-lasting effect will be a result of the informative part.” (Indahl, 1998)

Questa citazione proviene dall'unico studio che indaga gli effetti dell'informazione (anche se associati a una leggera mobilitazione) e descrive il punto più problematico della misurazione degli effetti dell'informazione: il paziente sta meglio perché lo si tranquillizza e gli si dà attenzione o perché impara? Le sopracitate influenze della sfera psicologica su quella biologica legittimano entrambe le ipotesi. È fornita tuttavia anche la risposta più plausibile: nel lungo termine, quando si presume che gli effetti della relazione (e anche delle applicazioni manuali) non saranno più influenti, ogni rimanente beneficio dovrebbe essere imputato all'informazione.

Quindi se sul breve termine è difficile differenziare fra effetti dell'informazione e quelli della relazione. Ma se i benefici permangono anche nel lungo termine, essi saranno dovuti all'informazione.

Questo è anche l'ultimo argomento a favore dell'informazione come strumento terapeutico. Sarebbe comunque interessante valutare con altri studi se l'informazione ha effetti positivi indipendentemente o meno dall'aumento del livello conoscitivo (e imputabile perciò alla relazione) e se questi effetti permangono nel lungo termine.

Uno studio che isoli la componente informativa dovrebbe quindi somministrare l'informazione in assenza di una relazione rilevante col paziente.

Per quanto riguarda infine le criticità nel trasmettere l'informazione, esse riguardano soprattutto la ritenzione della stessa.

Uno studio sulla compliance a lungo termine (Ice, 1985), individua proprio nell'abilità mnemonica del paziente uno dei fattori principali contribuenti a un comportamento

compiante o meno, mentre altri sostengono che i pazienti ricordano meno del 50% delle informazioni comunicate dagli operatori sanitari di persona (CPTBC, 2012) e che i pazienti non recepiscono l'informazione e non sono soddisfatti con essa anche se i clinici sono convinti di essersi espressi adeguatamente (Ley, 1977; Capaldo, 2007).

Street (2009) individua le cause di queste misconpressioni anche nel fatto che “clinici e pazienti guardano salute e malattia da lenti differenti” e che “la comprensione dei pazienti è idiosincratca” e conclude che “anche se un sistema esterno di codifica riconosce che il clinico ha fornito informazioni adeguate al paziente, ciò potrebbe non essere stato recepito dal paziente, o non essere stato percepito come informativo”.

Come limitare perciò i bias legati alla trasmissione e soprattutto alla ricezione delle informazioni?

Un'altro studio ha stabilito che *“found recall after oral, visual and oral, and written presentation was not significantly different, but the information was better retained than the given later. In clinical patient, these data suggest that placing instructions and device first and stressing their importance will reduce forgetfulness and increase recall”* (Ley, 1977).

Quindi, per quanto il disegno di studio proposto più avanti, si è valutato che somministrare in modo scritto l'informazione (dopo aver valutato il livello conoscitivo iniziale) sarebbe potuto essere un buon compromesso: in questo modo le informazioni in quanto scritte sarebbero state facilmente richiamabili, non sarebbe stato richiesto ulteriore tempo ai clinici e si sarebbero potute valutare la volontà del paziente di informarsi, la sua abilità mnemonica e in generale la sua attitudine all'informazione.

Più precisamente, la valutazione del livello di conoscenza del paziente riguardo alla propria malattia è un aspetto ancora pochissimo indagato nella ricerca legata alla pratica sanitaria: è stato possibile rintracciare pochi studi riguardo alla valutazione del livello di conoscenza in patologie di pertinenza esclusivamente medica (Briggs, 2005; Esmael, 2013; Jolles, 2013; Simian, 2016) e nessuno riguardo a tale valutazione in ambito fisioterapico.

Tutti questi studi rilevati per valutare il livello di conoscenza sono ricorsi a un questionario patologia-specifico autoprodotta, talvolta pre-validato.

Da questi studi si evince che sotto questo punto di vista la ricerca in fisioterapia è indietro rispetto a quella in medicina, e che il questionario autoprodotta e patologia-specifico è un metodo usato (l'unico?) per valutare questo aspetto.

Tutti questi aspetti sono stati tenuti in considerazione nella stesura del disegno dello studio sperimentale.

CAPITOLO 2

L'INFORMAZIONE NELLA FORMAZIONE UNIVERSITARIA

Nonostante la crescente importanza che la letteratura sta dando all'informazione come strumento terapeutico, durante l'esperienza del tirocinio clinico l'impressione era che i fisioterapisti non fornissero al paziente le informazioni principali relative a patologia, trattamento e prognosi, o almeno non in modo sistematico e completo. Si è rafforzata quindi l'opinione che gran parte delle carenze o situazioni spiacevoli legate ad aspetti del trattamento indipendenti dalla mera applicazione delle tecniche (stati d'animo negativi del paziente, incomprensioni, miscomprensione delle indicazioni date, con rischi per la salute del paziente e per il buon esito del trattamento) fossero proprio imputabili a un'informazione non somministrata in modo adeguato. Questo sospetto non è stato smentito dai risultati di tipo descrittivo raccolti dallo studio osservazionale, di cui si parlerà nel prossimo capitolo.

A tal proposito è sorto il seguente quesito: è possibile che la modalità con cui viene l'informazione viene affrontata dai professionisti possa risentire in modo significativo da quello che è il percorso formativo professionalizzante?

Nel corso di laurea in Fisioterapia si dedica ampio spazio anche allo sviluppo delle competenze trasversali comunicative e relazionali del professionista, tanto che queste tematiche costituiscono parte rilevante del programma di 5 insegnamenti del primo anno (Psicologia Generale, Psicologia Sanitaria, Metodologia Generale dell'Esercizio Professionale, Relazione Terapeutica e Pedagogia della Salute), per un totale di 120 ore di lezione frontale e 12 crediti.

Lo spazio dedicato è ritenuto congruo anche in considerazione del fatto che i concetti relativi al modello biopsicosociale di approccio al paziente e alla corretta gestione dello stesso sono ripresi, anche se in modo non strutturato, all'interno di molti altri corsi, soprattutto quelli di Prassi Terapeutica Professionale.

Inoltre nel programma standard dei tirocini di primo e terzo anno fra le conoscenze e le abilità da acquisire figura la voce "capacità comunicative", mentre per quanto riguarda la valutazione degli obiettivi raggiunti l'area "relazione" ha un peso significativo nella valutazione finale.

Anche il ruolo dell'informazione è stato ampiamente affrontato e trattato, soprattutto nelle modalità con cui essa va somministrata, ma non sempre è stata ribadita in modo preciso la necessità di informare il paziente su dinamiche della patologia, effetti e obiettivi del trattamento e prognosi, e che soprattutto questi contenuti non sono stati correlati in modo lineare al substrato teorico presentato nel Capitolo 1.

E' stata condotta quindi un'analisi sui contenuti dell'informazione effettivamente affrontati durante le lezioni a cui ho assistito. Per rendere più strutturata questa ricerca, si è analizzato i programmi standard dei corsi sopra citati e si è riscontrato che il termine "informazione" o "informare" non compare né nelle "conoscenze e abilità da acquisire" né nei "contenuti" (né l'argomento è citato ricorrendo ad altri termini o locuzioni).

Il termine "informazione" compare invece nei contenuti del corso "Medicina Legale, Management e Psicologia" ma nella sua accezione legale (relativa al consenso informato), non nel suo significato comunicativo-relazionale.

Il termine "educazione" invece viene citato con varie declinazioni all'interno dei contenuti dell'insegnamento "Pedagogia della Salute", che potrebbero di fatto alludere al potere terapeutico dell'informazione del paziente:

- Educazione, formazione, istruzione: elementi essenziali
- La relazione educativa: finalità, obiettivi; fasi del processo educativo; il dialogo educativo
- Educazione della persona assistita
- Strumenti e strategie d'azione educativa; la progettazione educativa
- Competenze educative del professionista sanitario

Tuttavia i contenuti delle lezioni tenute dal docente esplicitano che l'azione di "educazione del paziente" riguarda i seguenti concetti :

-*"educazione alla salute"*, come evoluzione antitetica della "educazione sanitaria" e con i seguenti obiettivi:

1. promozione della capacità dell'individuo di auto-tutelare la propria salute rispetto ai rischi provenienti dalle sue stesse abitudini personali;
2. promozione della capacità dell'individuo di auto-tutelare la propria salute rispetto ai rischi provenienti dal suo ambiente di vita e di lavoro;
3. promozione della capacità del cittadino di ricorrere in modo pertinente e critico ai servizi tecnico-istituzionali.

-*"psicologia della salute"*, che ha l'obiettivo prefissato di "individuare le determinanti psicologiche e sociali del comportamento delle persone in relazione alla salute al fine di spiegare e predire le scelte delle persone in materia di salute e malattia".

Non vengono fatti ulteriori accenni né all'informazione né all'educazione del paziente.

Invece dal materiale dell'insegnamento "Metodologia Generale dell'Esercizio Professionale" effettivamente proposto dal docente, si evince bene come l'informare il paziente sia una delle cose da fare quando si interagisce il paziente. Non sono però specificati contenuti e motivazioni dell'informazione.

Non si contesta la scelta di proporre agli studenti le nozioni relative a questi concetti, tuttavia, anche se l'ambito di interesse è molto vicino a quello oggetto dell'elaborato (soprattutto nell'educare il paziente rispetto a comportamenti motori scorretti), si ha

l'impressione che non sia stata sufficientemente sottolineata la necessità di informare il paziente riguardo alle dinamiche della patologia, agli effetti del piano di trattamento del fisioterapista, alle modalità di recupero e alla prognosi, e che soprattutto gli elementi che sottendono al rationale di tale comportamento non sono stati approfonditi.

Una riflessione interessante riguardo a questi argomenti (e che anzi ha ispirato questo elaborato) è stata invece la presentazione del primo capitolo del libro “Clinical reasoning for manual therapists”, di Jones & Revett (presente in bibliografia) durante l'insegnamento di Prassi Terapeutica Professionale in Riabilitazione Ortopedica. Questo materiale conteneva, fra le varie nozioni, anche dei riferimenti alle “prospettive significative”, che sono state esposte nel Capitolo 1 di questo elaborato come una delle motivazioni principali a informare il paziente.

Tuttavia, il capitolo di questo libro è stato assegnato all'approfondimento personale e comunque nel contesto del ragionamento clinico, quindi uno studente meno interessato all'argomento potrebbe non aver recepito nemmeno questo labile spunto di riflessione.

Per quanto riguarda invece il tirocinio clinico, se è ammesso che l'attività di informazione del paziente rientri in quella di “educazione del paziente” (come però non è specificato), questa non compare nell'area di valutazione relativa alla “relazione”, né nelle “capacità comunicative”, bensì nei contenuti relativi alla “prassi terapeutica” e nelle conoscenze richieste “conoscenze e competenze di comprensione applicate”. Nondimeno, come precedentemente accennato, il tema dell'informazione come strumento terapeutico non viene affrontato né negli insegnamenti predisposti allo sviluppo delle competenze trasversali, né in quelli relativi alla Prassi Terapeutica Professionale (se non in modo incidentale) né soprattutto le guide tirocinio sono solite ad applicare questa pratica in modo consapevole e sistematico.

Il riferimento preciso ai contenuti dell'informazione indagati in questo elaborato è invece descritto nel “Core Curriculum – Core Competence”, documento proposto dall'AIFI nel 2003 e che ha “l'obiettivo primario di garantire standard formativi omogenei ai diversi Corsi di Laurea in Fisioterapia che costituiscono l'offerta formativa di settore delle nostre Università”.

Più precisamente, il “Core Curriculum” definisce gli obiettivi educativi specifici per raggiungere le conoscenze, abilità e competenze richieste dal neo-professionista, mentre il “Core Competence” (relativo alla attività di tirocinio), descrive e motiva le competenze fondamentali (anche trasversali) che lo studente di fisioterapista deve acquisire durante il tirocinio clinico nei tre anni. Fra i due viene operata e proposta una sintesi, definita “Core Integrato”.

In questo documento, l'informazione, intesa come relativa a patologia, trattamento e prognosi, è chiaramente descritta come uno dei passaggi della pianificazione dell'intervento riabilitativo:

“Programmare interventi di educazione, informazione e addestramento a paziente/familiari nel trattamento (riguardante situazione patologica corrente, progressi nel trattamento, piano di trattamento- fattori di rischio, interventi preferiti, esiti attesi-, gestione dei fattori di rischio per prevenire complicazioni e mantenere il programma di salute, cambiamenti di modalità di trattamento/setting)”

Quindi viene effettivamente fatto il riferimento ai contenuti, ma ancora una volta non al substrato teorico che vi si cela dietro (anche se d'altronde non ne è neanche la sede appropriata).

Si noti anche che l'ambito in cui l'argomento è inserito è quello della “Cura e riabilitazione” (e giustamente non in quello di “Prevenzione”, “Relazione” o “Educazione del paziente”).

In conclusione, nel corso di laurea appena sostenuto è riconosciuta l'importanza dell'aspetto relazionale e terapeutico della comunicazione e dell'interazione fra il professionista e il paziente. Inoltre, viene ampiamente proposto il modello biopsicosociale che è il contesto teorico in cui trova legittimazione la teoria dell'informazione come strumento terapeutico. Tuttavia, questi concetti necessiterebbero di una trattazione lineare e consequenziale così da rinforzare nello studente la conoscenza riguardo alle evidenze di letteratura che incoraggiano questa pratica. Così facendo probabilmente il neoprofessionista potrebbe adottare l'informazione al paziente come strumento terapeutico fin da subito ed in maniera sistematica

Se le potenzialità terapeutiche dell'informazione dovessero essere riconosciute anche a livello accademico, l'approfondimento di tali argomenti nei programmi dei corsi di laurea potrebbe essere privo di difficoltà. Il substrato teorico sopra riassunto è infatti coerente con teorie già ampiamente accettate e divulgate e sono già presenti gli spazi (gli insegnamenti di Pedagogia della Salute e Metodologia Generale dell'Esercizio Professionale) dove tali concetti potrebbero essere trattati.

CAPITOLO 3

PROPOSTA DI STUDIO SPERIMENTALE

3.1. Motivi della proposta

Lo studio originale è stato interrotto nella fase sperimentale in quanto, dopo colloquio con un esponente del team chirurgico, si è venuti a sapere che il numero di pazienti operati sarebbe stato limitato, tanto da non garantire un qualsiasi tipo di validità ai risultati. Si reputa che questo evento non sia imputabile a un errore di valutazione, in quanto l'intervento di ricostruzione di cuffia dei rotatori è uno dei più frequenti in ambito ortopedico per l'arto superiore e perciò era atteso un numero congruo di pazienti. Inoltre, non sono stati esclusi pazienti a causa di criteri d'esclusione troppo selettivi.

Più in particolare, i pazienti reclutati in tale fase sono risultati essere 2, e i risultati del “questionario per il paziente” somministrato loro sono stati integrati in modo diverso nei dati complessivi.

Tuttavia, si è deciso di esporre ugualmente il disegno originale dello studio in quanto:

-non si è a conoscenza di altri studi in ambito fisioterapico che indagano in modo randomizzato e controllato gli effetti dell'informazione del paziente sugli outcome clinici. L'unico studio simile (Indahl, 1998) di cui si è venuti a conoscenza, anche se ha anch'esso come patologia di riferimento un disturbo muscolo-scheletrico spesso oggetto di riabilitazione (la lombalgia) prevede il coinvolgimento esclusivo della figura del fisiatra e associa all'informazione anche l'indicazione a una leggera mobilizzazione: impossibile quindi isolare gli effetti di una dall'altra sugli outcome clinici (anche se i pazienti che hanno beneficiato di tale combinazione hanno risultato avere risultati migliori di quelli del gruppo di controllo). Altri studi individuati (Briggs, 2005; Esmael, 2013; Jolles, 2013; Simian, 2016) indagano l'informazione ma non come strumento terapeutico, non sono longitudinali e hanno come riferimento patologie di interesse prettamente medico e non coinvolgono quindi fisioterapisti;

-lo studio si è rilevato fattibile: al momento dell'interruzione era già ben avviato e c'era stata un'ottima risposta da pazienti e fisioterapisti. L'unico fattore che ha interferito ma che è stato determinante nella decisione di interrompere lo studio è stata la necessità di terminare lo studio entro precise scadenze. Avendo a disposizione anche poco più tempo si sarebbe potuto disporre di un numero sufficiente di pazienti.

Quindi si è ritenuto che proporre il disegno dello studio originale avrebbe potuto avere motivo di interesse e costituire un punto di partenza per studi simili, non limitati in termini di tempo e di mezzi.

3.2. Obiettivi

Lo studio ha due obiettivi, di diverso tipo:

-SPERIMENTALE: l'obiettivo principale è verificare se, nel trattamento post-intervento di ricostruzione di cuffia dei rotatori, sollecitare l'incremento del livello conoscitivo nei confronti del proprio problema tramite un questionario somministrato telefonicamente in aggiunta al trattamento tradizionale (gruppo sperimentale), comporti miglioramenti statisticamente significativi in dolore, articolari, funzione e efficacia globale percepita rispetto al solo trattamento tradizionale (gruppo di controllo). Si vuole peraltro escludere che a concorrere a risultati clinici migliori sia l'expertise del fisioterapista, piuttosto che il trattamento sperimentale.

-OSSERVAZIONALE: inoltre, si vuole raccogliere dei dati di tipo non statistico relativi ad attitudine e opinioni di pazienti e fisioterapisti nei riguardi del potere terapeutico dell'informazione.

3.3. Materiali e metodi

3.3.1. Patologia di riferimento

Per tale studio è stata scelta come patologia di riferimento quella di esiti di ricostruzione di cuffia dei rotatori, per vari motivi.

Si è preso come ambito di riferimento quello ortopedico, che oltre a essere l'ambito fisioterapico più osservato, ha tipicamente pazienti con performance cognitive intatte (tali quindi da beneficiare una comunicazione anche "tradizionale"). Inoltre la ricostruzione o sutura della cuffia dei rotatori è un intervento molto diffuso, la riabilitazione degli esiti è regolato in maniera relativamente rigida da protocolli e i pazienti che ne beneficiano hanno tipicamente una prognosi positiva, disabilità relativamente contenuta e solitamente non sono pazienti eccessivamente anziani.

Infine un paziente con questa problematica ha delle caratteristiche che lo rendono particolarmente idoneo a beneficiare di un approccio maggiormente teso all'informazione e quindi particolarmente eleggibile per questo studio:

- il dolore e la disabilità funzionale permangono per molto tempo dopo l'intervento, destando un senso di incertezza e preoccupazione nel paziente che può influenzare negativamente il recupero;
- una notevole importanza dell'autotrattamento, inteso anche come precauzione nella gestione dell'arto operato e come modificazione delle abitudini funzionali;
- secondo il parere, sempre più condiviso, di alcuni, è il comportamento motorio a determinare nella maggior parte dei casi la sintomatologia e la rottura della cuffia, e ugualmente il comportamento motorio può modificare positivamente o meno la prognosi (nel lungo periodo ma anche nel breve) a seconda che sia corretto o meno.

Informare e preparare correttamente il paziente è quindi importante in questa patologia più che in altre per diminuire le sensazioni negative legate alla patologia e per promuovere un movimento corretto, importante se non addirittura necessario per un buon esito del trattamento.

Il protocollo fisioterapico relativo alla riabilitazione di questa patologia in uso nella sede originaria di studio ha inizio circa dopo 3 settimane dall'intervento. In questo periodo al paziente è prescritto l'uso di un tutore in abduzione inizialmente per tutto il giorno e la notte e l'immobilità assoluta. Si procede quindi al primo ciclo (10 sedute per due settimane) di mobilizzazione passiva e svezamento dal tutore, mentre la mobilizzazione attivo-assistita e la rieducazione funzionale cominciano gradualmente a partire dal secondo ciclo (altre 10 sedute per circa due settimane). In caso di risultati insoddisfacenti in termine di dolore, articolari o funzione si procede con altri cicli di trattamento.

In questo studio vengono presi in considerazione pazienti che stanno per intraprendere il secondo ciclo di fisioterapia.

3.3.2. Protocollo operativo (vd. Allegato 1)

Lo studio coinvolge un campione di pazienti sottoposti ad intervento di ricostruzione di cuffia dei rotatori e di seguito riabilitati secondo il protocollo in uso nella sede dello studio. Sono previste due fasi, che sono effettuate in momenti successivi e con partecipanti differenti, anche se assimilabili per caratteristiche.

3.4.2.1. Prima fase (osservazionale)

Lo studio è stato articolato in due fasi in quanto vi è il sospetto che i fisioterapisti, sapendo di partecipare a uno studio sull'informazione dei pazienti, possano modificare le proprie abitudini comunicative, dando maggiori informazioni del consueto anche ai pazienti del gruppo di controllo. In tal caso, vi sarebbe stato un importante errore metodologico in quanto il trattamento impartito al gruppo di controllo non sarebbe più stato “tradizionale” (dal punto di vista informativo) e i risultati dello studio avrebbero in parte perso di validità. Perciò è stata introdotta questa prima fase, che permette di confrontare la quantità di informazioni “consueta” impartita ai pazienti (nella prima fase, in cui i fisioterapisti non sono a conoscenza della partecipazione allo studio) con quella che i fisioterapisti impartiranno ai pazienti della seconda fase, in modo da poter rilevare (e discutere) eventuali differenze.

Nella prima fase in occasione della visita di controllo dopo il 2° ciclo di fisioterapia, la figura di riferimento (un fisioterapista anziano coinvolto nello studio) individua fra i pazienti inviati nel reparto di riabilitazione in seguito a intervento di ricostruzione di cuffia dei rotatori quelli eleggibili allo studio, ne propone la partecipazione e raccoglie il consenso informato; successivamente ai pazienti viene somministrato telefonicamente il “questionario per il paziente”, teso primariamente a indagare il livello conoscitivo del

paziente rispetto al proprio problema. Lo scopo di questa prima fase dello studio è quello di creare un database che rispecchi il livello conoscitivo medio del campione, che verrà poi confrontato con il livello conoscitivo medio del gruppo di controllo.

3.4.2.2. **Seconda fase (sperimentale)**

Terminata la costruzione del database ha inizio la seconda fase, in cui in primo luogo viene proposto ai tutti i fisioterapisti della struttura di partecipare, e viene quindi somministrato loro il “questionario per il fisioterapista” con lo scopo primario di rilevarne l'expertise.

Tramite un sistema di codifica, l'esaminatore fosse a cieco dell'identità dei fisioterapisti: a tal proposito alla figura di riferimento è stata consegnata una lista (Allegato 4) con presenti i nominativi di tutti i fisioterapisti presenti nella struttura, a cui sono stati associati in modo progressivo delle lettere dell'alfabeto in base all'ordine di restituzione. Riguardo al questionario, la figura di riferimento ha trattenuto la Sezione 3 dello stesso, col nominativo del fisioterapista, mentre all'esaminatore viene consegnata la Sezione 4, a cui la figura di riferimento ha apposto solo il codice del fisioterapista che ha compilato il questionario. Le altre sezioni, comprendenti la presentazione dello studio, la Scheda di valutazione e una copia della scala SST tradotta, sono rimaste in possesso dei fisioterapisti. In caso di effettivo reclutamento di uno o più pazienti, la figura di riferimento ha fornito altre copie della Scheda di valutazione e della scala SST al fisioterapista..

Quindi, in modo simile alla prima fase, la figura di riferimento individua i pazienti eleggibili allo studio, ne propone la partecipazione e raccoglie il consenso informato. Tuttavia, in questa fase il reclutamento avviene in occasione della visita fisiatrica di controllo dopo il I° ciclo. I pazienti idonei, che accettano di partecipare allo studio e che vengono assegnati ai fisioterapisti partecipanti allo studio, vengono randomizzati in gruppo sperimentale e di controllo (Allegato 5).

Successivamente, in entrambi i gruppi gli outcome clinici (dolore, articolari, funzione, efficacia globale percepita) vengono rilevati in due momenti: il primo giorno del 2° ciclo di fisioterapia (t0), e nell'ultimo giorno di questo (t1). Inoltre i pazienti di entrambi i gruppi sono contattati telefonicamente per la compilazione del “questionario per il paziente” dopo la visita di controllo seguente al 2° ciclo.

Tutti i pazienti coinvolti nello studio, sia nella prima che nella seconda fase, riceveranno il trattamento consueto come previsto dal protocollo vigente nel luogo di studio.

Nel gruppo sperimentale la differenza sarà esclusivamente che il “questionario per il paziente” verrà somministrato anche in precedenza, successivamente alla visita fisiatrica di controllo del 1° ciclo e all'arruolamento. I pazienti potranno conservare una copia del questionario stesso dopo averlo compilato la prima volta.

3.3.3. Popolazione

Vengono reclutati i pazienti sottoposti a intervento di ricostruzione di cuffia dei rotatori.

I criteri utilizzati per l'arruolamento dei pazienti della seconda fase sono di seguito elencati.

Per quanto riguarda quelli della prima fase, i criteri sono i medesimi a eccezione dell'anamnesi negativa per le patologie di carattere sistemico, in quanto si è ritenuto che un eventuale ritardo nel recupero non interessasse l'attitudine all'informazione, unico aspetto ritenuto rilevante in quella fase.

Criteri d'inclusione:

- intervento monolaterale di ricostruzione o sutura di cuffia dei rotatori
- età superiore a 45 anni

Criteri d'esclusione:

- anamnesi di altri interventi chirurgici di ricostruzione di cuffia dei rotatori (anche alla spalla controlaterale)
- diagnosi di ritardo mentale
- patologie di interesse sistemico

Nota: sono stati proposti i precedenti criteri d'inclusione ed esclusione al fine di rendere il campione quanto più possibile omogeneo dal punto di vista del recupero e dell'attitudine all'informazione.

Per quanto riguarda il recupero, pazienti con età inferiore ai 45 anni sono rari e presumibilmente hanno un recupero più veloce, mentre i pazienti con patologie di interesse sistemico (diabete, artrite reumatoide, infezioni sistemiche) potrebbero avere ritardi nel recupero imputabili alla patologia concomitante.

A proposito invece dell'attitudine all'informazione, i pazienti già sottoposti ad un intervento simile potrebbero avere un bagaglio di conoscenze di partenza diverso da chi si appresta a tale intervento. Sono accettati invece pazienti sottoposti precedentemente a interventi al cingolo scapola di carattere diverso (come fratture, acromion-plastica o bursectomia). Il ritardo mentale invece potrebbe pregiudicare invece un aumento del livello conoscitivo del paziente.

3.3.4. End-points

Per verificare l'obiettivo principale, sono stati predisposte le seguenti ipotesi, conseguenti fra loro:

- A1) Il livello conoscitivo dei pazienti del gruppo sperimentale è maggiore di quello dei pazienti del gruppo di controllo;
- A2) L'incremento per ciascun outcome clinico del gruppo sperimentale è maggiore di quello dei pazienti del gruppo di controllo;
- A3) La correlazione fra l'incremento di ciascun outcome clinico e l'incremento del livello conoscitivo è maggiore della correlazione fra l'incremento di ciascun outcome clinico e l'expertise del fisioterapista assegnato.

Inoltre, si vuole indagare se:

- B1) sono presenti differenze statisticamente significative fra il livello conoscitivo dei pazienti della 1° fase e i pazienti del gruppo di controllo della 2° fase.
- B2) se l'incremento di ciascun outcome clinico è maggiormente correlato (in valore assoluto) all'incremento del livello conoscitivo, all'expertise del fisioterapista o all'età del paziente.

3.3.5. Outcome misurati

Nella fase sperimentale vengono indagati degli outcome oggettivi (articolari e funzione) e soggettivi (dolore ed efficacia globale percepita del trattamento).

Note:

-si è scelto di non valutare un altro outcome solitamente indagato negli studi sull'argomento, la forza, in quanto i pazienti vengono esaminati in una fase riabilitativa in cui è sconsigliata una contrazione massimale dei muscoli i cui tendini sono stati suturati.

-si è scelto di non proporre come outcome relativo alla funzione il punteggio di alcune scale di valutazione largamente impiegate e validate per gli studi sull'argomento (Constant Shoulder Score, UCLA Rating Shoulder Scale), in quanto la loro compilazione richiede tempo e conoscenza della scala, e si è pensato che tale prospettiva avrebbe potuto limitare il numero di fisioterapisti partecipanti allo studio. Non ci sono particolari argomenti a sfavore dell'utilizzo di altre scale di valutazione se reputato appropriato (se non quelle che richiedono l'esame della forza), soprattutto se già in uso nella sede di studio.

3.3.6. Strumenti di valutazione

Nota: Gli outcome sono riassunti in una sezione del “questionario per il fisioterapista” denominata “Scheda di valutazione”.

A tal proposito, gli strumenti utilizzati sono:

✓ **Articolarità:** esame dell'articolarietà del cingolo scapolare (quindi a scapola non fissata) nelle seguenti direzioni:

-flessione

-abduzione

-rotazione interna

-rotazione esterna

Nota: si è deciso di non indagare l'articolarietà della sola articolazione gleno-omeroale (quindi a scapola fissata) principalmente perché tale esame non è in uso nella sede originaria di studio. Anche se l'articolazione la cui l'escursione è ridotta in caso di lesione della cuffia dei rotatori è quella gleno-omeroale (deficit che viene compensato con un'importante elevazione e rotazione craniale di scapola), non si è reputata inappropriata questa scelta perché è una misurazione di tipo più funzionale (indaga infatti lo spostamento dell'arto nello spazio) e inoltre in un esame a scapola fissata i tendini da poco oggetto di intervento avrebbero potuto andare incontro a pericolose sollecitazioni, specie in valutazione iniziale.

✓ **Funzione:** SST (Simple Shoulder Test) tradotta in italiano. (Allegato 5)

La scala SST è un questionario destinato alla compilazione del paziente composto da 12 domande a risposta dicotomica (“sì” o “no”) che indaga il dolore in alcune situazioni quotidiane (2 domande) e la capacità del paziente di eseguire alcune attività funzionali quotidiane (10 domande). È validata e ampiamente usata in letteratura. Al paziente non è richiesto di eseguire effettivamente le azioni descritte ma di riferire se secondo il suo parere sarebbe in grado di eseguirle.

Una copia della scala SST tradotta è contenuta alla fine del “questionario per il fisioterapista” (Allegato 3).

Nota: esistono circa 20 scale validate e utilizzate nella valutazione della spalla, alcune tradotte e validate anche in italiano. Nonostante questo, come precedentemente accennato, si è preferito proporre una traduzione in italiano della scala SST (Simple Shoulder Test), (Sezione VI dell'Allegato 3) in quanto la sua compilazione è rapida e a carico del paziente (Placzek, 2004). Non si sconsiglia l'uso di altre scale se ritenuto più appropriato, se non per i motivi sopra riportati. L'utilizzo di una versione tradotta e non ancora validata costituisce una delle criticità dello studio.

✓ **Dolore:** scala NRS (Numeric Related Scale).

La NRS è una scala verbale a 11 punti che va da 0 a 10, dove a 0 corrisponde “nessun dolore” e a 10 corrisponde “il massimo dolore immaginabile”. È validata e ampiamente usata in letteratura e nella sede originaria di studio. Come indicato nel “questionario per il fisioterapista”, in questo studio è stata declinata in questo modo: *“In una scala da 0 a 10, dove 0 corrisponde a nessun dolore e 10 corrisponde al massimo dolore immaginabile, come definirebbe il suo dolore in questo momento?”*.

✓ **Efficacia globale percepita del trattamento:** scala GPE (Global Perceived Effect).

La GPE è una scala verbale a 11 punti che spazia dal -5 (molto peggio) passando per lo 0 (nessun cambiamento) al +5 (remissione completa). È usata in letteratura e dotata di buone proprietà psicometriche, ed è di semplice e rapida somministrazione in quanto è costituita unicamente da una domanda rivolta dal fisioterapista al paziente. Come indicato nel “questionario per il fisioterapista”, in questo studio è stata declinata in questo modo: *“In una scala che va da -5 a +5 passando per lo 0, dove -5 corrisponde a molto peggio, +5 a sono completamente guarito e 0 a nessun cambiamento, come direbbe che è cambiata la sua situazione generale attuale rispetto a prima dell'intervento?”*.

Nel contesto dello studio sono inoltre stati proposti due questionari autoprodotti, in quanto non si è venuto a conoscenza di strumenti simili validati:

✓ il “**questionario per il paziente**” (Allegato 2). Il documento proposto in allegato è quello consegnato ai pazienti del gruppo sperimentale dopo la prima somministrazione del questionario stesso. La modalità di consegna individuata come ottimale è l'invio tramite mail, tuttavia, in caso il paziente non disponga di un indirizzo di posta elettronica, esso viene consegnato a mano dalla figura di riferimento quando il paziente si ripresenta nella sede di studio per continuare il trattamento. Si è deciso di consegnare il documento anche ai pazienti della prima fase, anche se il loro contributo allo studio era terminato al momento della compilazione del questionario stesso.

Il documento è composto da quattro sezioni:

-la prima è costituita dal “Questionario per il paziente” vero e proprio, somministrato telefonicamente ai pazienti di entrambe le fasi. Questa sezione è composta a sua volta da due parti: la prima, “Profilo conoscitivo del paziente”, indaga il livello conoscitivo del paziente e ha come obiettivo quello di sintetizzare il profilo conoscitivo del paziente tramite un punteggio. È composta da 15 domande a risposta dicotomica, che indagano conoscenze basilari di anatomia, anatomia funzionale, rieducazione funzionale, criteri di elezione per l'intervento e prognosi. Il risultato sarà un punteggio da 0 a 15. Sia il punteggio iniziale che la modifica di punteggio fra somministrazione iniziale e finale saranno confrontati con le altre variabili. La seconda, “Opinioni del paziente sul

questionario e sull'informazione", ha finalità descrittive, è composta da 11 domande a risposta multipla e indaga la soddisfazione del paziente verso il questionari e le opinioni dello stesso riguardo all'informazione in ambito sanitario.

-la "Formula introduttiva", usata dallo studente come traccia per presentare il questionario al paziente.

-la "Soluzione e spiegazione delle domande", in cui appunto si indica la risposta giusta a ciascuna domanda, seguita da una spiegazione che contiene informazioni utili all'educazione del paziente rispetto al proprio problema. L'incremento del livello conoscitivo dovrebbe avvenire proprio in base alla lettura di questa sezione o alla raccolta di queste informazioni da altre fonti, come il fisioterapista o da ricerche personali del paziente.

-il "Razionale delle domande", in cui viene spiegato il rationale sotteso a ciascuna domanda. Nella formulazione di domande e risposte si sono ricercati precisi riferimenti in manuali, protocolli e RCT longitudinali (Neumann, 2010; Spunton, 2010; Martini, 2014; Kapandji, 2012; BWH, 2009; Boileau, 2005, Cofield, 2001, Galatz, 2001).

Il "questionario per il paziente" si propone quindi un duplice obiettivo: misurare il livello conoscitivo di tutti i pazienti coinvolti nello studio ed essere inoltre strumento di incentivo informativo per il gruppo sperimentale. Il questionario (risolto e commentato) rimane infatti a disposizione dei pazienti del gruppo sperimentale, che potranno quindi informarsi dal proprio fisioterapista, in autonomia o tramite il questionario stesso.

✓ il "**questionario per il fisioterapista**" (Allegato 3), che è invece composto da 3 sezioni:

-la prima, "Expertise", è tesa a sintetizzare l'expertise del fisioterapista tramite un punteggio. È composta da 3 domande a risposta multipla a ciascuna delle quali corrisponde un punteggio da 1 a 5. Il risultato sarà quindi un punteggio da 3 a 15.

-la seconda, "Abitudini Comunicative", e la terza, "L'informazione del paziente" indagano rispettivamente le abitudini comunicative del fisioterapista e le opinioni del fisioterapista in merito all'informazione del paziente, sono composti rispettivamente da 13 e 3 domande a risposta multipla e hanno finalità di tipo descrittivo (non concorrono perciò alla sintesi del profilo).

Inoltre sono contenuti nel questionario:

-la presentazione dello studio;

-le sezioni relative alla codifica del fisioterapista;

-la scheda di valutazione, comprendente tutte le voci e gli strumenti di misurazione relativi agli outcome;

-una copia della scala SST tradotta.

CAPITOLO 4

PRESENTAZIONE DEI DATI

4.1. Introduzione

La prima fase dello studio (osservazionale) è stata completata come previsto anche se con un numero esiguo di pazienti (5).

Per quanto riguarda invece la seconda fase (sperimentale), è stata somministrata una quantità congrua di “questionari per il fisioterapista” ma non è stato possibile reclutare un numero adeguato di pazienti.

Con riferimento alle variabili indagate per questa fase quindi:

-il livello conoscitivo iniziale e finale non è stato rilevato (se non per 2 pazienti, i cui risultati sono stati integrati con le opportune precauzioni con quelli dei pazienti della prima fase);

-gli outcome clinici non sono stati rilevati per nessun paziente;

-l'expertise dei fisioterapisti è stata rilevata in un numero congruo di questionari (16).

Si è reputato quindi che i risultati effettivamente rilevati, relativi al “questionario per il paziente” e al “questionario per il fisioterapista”, potessero essere comunque interessanti e sono stati perciò presentati.

4.2. Risultati

A. Questionario per il paziente

Sono stati somministrati 7 questionari, 5 nell'ambito della 1° fase e 2 nell'ambito della 2° fase.

Per quanto riguarda i questionari della 2° fase, i due pazienti al momento della randomizzazione sono stati assegnati al gruppo di controllo, quindi il questionario è stato proposto loro dopo il 2° ciclo di trattamento (come i pazienti della prima fase). Tuttavia si è deciso di considerare assimilabili agli altri solo i dati della seconda parte del questionario (“Opinioni del paziente sul questionario e sull'informazione”), in quanto nella 2° fase i fisioterapisti erano stati informati dello studio e possono aver modificato le proprie abitudini comunicative, alterando l'omogeneità dei risultati della prima parte (“Profilo conoscitivo del paziente”). Quindi per quanto riguarda la prima parte i dati dei 5 pazienti della prima fase (le misure relative a questi pazienti sono definite “PARZIALI”) e del totale dei pazienti (definite “TOTALI”) sono stati presentati in modo distinto e confrontati.

Tutti i pazienti hanno accettato di rispondere alle domande del questionario, anche se 3 non hanno risposto a tutte le domande. Più in particolare, 3 pazienti hanno lasciato incomplete alcune domande della prima parte (rispettivamente 1, 3 e 1, di media 1,7) e 1 di questi ha lasciato incomplete delle domande della seconda parte (2).

Tutti i pazienti hanno richiesto (anche quelli appartenenti alla prima fase, i quali terminavano il proprio contributo richiesto alla tesi con la compilazione del questionario) il documento con soluzione, spiegazione e rationale delle domande. Tuttavia solo 3 pazienti hanno ricevuto il file nella modalità preferita (invio per mail), in quanto i rimanenti 4 non disponevano di indirizzo di posta elettronica. In quel caso i pazienti hanno ritirato una copia cartacea del documento dalla figura di riferimento al momento del ritorno nella struttura per la continuazione del ciclo di trattamento o per altri motivi. Si è notato che la media dell'età dei pazienti che disponevano di mail o meno è stata molto diversa (58 anni i pazienti provvisti di mail, 69 quelli senza).

A1. Profilo conoscitivo del paziente

Per quanto riguarda il livello conoscitivo dei pazienti, esso è risultato di 8,2 per i primi 5 pazienti e di 8,7 considerando anche gli altri due.

Sono state anche analizzate le risposte della prima parte, in modo da indagare la variabilità delle risposte e quindi se ci sono domande (e corrispettivi argomenti) su cui generalmente un paziente è informato o meno. A tal fine è stato assegnato 1 a ogni risposta corretta e 0 a ogni risposta errata, è stato calcolato il punteggio medio per ogni domanda (parziale e totale) e si è considerata:

- punteggio minore di 0,3: risposta generalmente errata
- punteggio compreso fra 0,3 e 0,7: risposta variabile
- punteggio maggiore di 0,7: risposta generalmente corretta

Eventuali decimali dopo il primo sono stati arrotondati.

Domanda	Punteggio parziale	Punteggio totale	Differenze
1. La cuffia dei rotatori è costituita da muscoli e legamenti.	0 (gen. errata)	0 (gen. errata)	NO
2. I muscoli compresi nella cuffia dei rotatori sono 2.	0 (gen. errata)	0,2 (gen. errata)	NO
3. L'acromion è una protuberanza ossea della scapola.	0,3 (variabile)	0,3 (variabile)	NO
4. I muscoli della cuffia dei rotatori originano tutti dalla scapola e si inseriscono tutti sull'omero (l'osso del braccio).	0,8 (gen. corretta)	0,9 (gen. corretta)	NO
5. Una delle funzioni principali della cuffia dei rotatori è ruotare il braccio, sia in dentro che in fuori.	1 (gen. corretta)	1 (gen. corretta)	NO

6. Un'altra delle funzioni principali della cuffia dei rotatori è tenere “abbassata” la testa dell'omero quando si alza il braccio.	0,8 (gen. corretta)	0,9 (gen. corretta)	NO
7. Se la cuffia dei rotatori non funziona correttamente, quando si alza il braccio si avverte dolore in quanto viene compresso un nervo.	0,2 (gen. errata)	0,1 (gen. errata)	NO
8. Quando si alza il braccio davanti, tenere il gomito piegato provoca meno dolore alla spalla.	0,8 (gen. corretta)	0,6 (variabile)	SI'
9. Quando si alza il braccio davanti, tenere il braccio ruotato esternamente (ovvero con il pollice che indica verso l'alto) provoca meno dolore alla spalla.	0,9 (gen. corretta)	0,8 (gen. corretta)	NO
10. Una postura con le spalle “in avanti” aumenta lo spazio in cui scorre la cuffia, ed è quindi consigliata come posizione per ridurre il dolore.	0,2 (gen. errata)	0,4 (variabile)	SI'
11. La causa principale di lesione alla cuffia dei rotatori è una malattia degenerativa di causa ancora ignota che colpisce il tessuto muscolare.	0,4 (variabile)	0,5 (variabile)	NO
12. Tutte le lesioni alla cuffia dei rotatori vengono trattate chirurgicamente.	0,2 (gen. errata)	0,4 (variabile)	SI'
13. Dopo un mese dall'intervento, il tendine della cuffia dei rotatori è circa al 20% della sua resistenza normale.	1 (gen. corretta)	1 (gen. corretta)	NO
14. Se il trattamento ha buon esito il dolore, a eccezione di casi particolari dovrebbe ridursi ma rimanere presente, anche a riposo.	1 (gen. corretta)	0,9 (gen. corretta)	NO
15. Per quanto riguarda i movimenti, alla fine del trattamento dovrebbe riuscire a fare tutto, in molti casi anche a riprendere un'eventuale attività sportiva.	1 (gen. corretta)	1 (gen. corretta)	NO

A2. Opinioni del paziente sul questionario e sull'informazione

Per quanto riguarda invece la seconda parte, è stata fatta la media della risposte assegnando rispettivamente:

- 4 punti a “molto”;
- 3 punti ad “abbastanza”;
- 2 punti a “poco”;
- 1 punto a “per niente”.

Inoltre è stata calcolata la correlazione di Pearson fra le risposte e l'età e le risposte e il livello conoscitivo. Sono state considerate significative le correlazioni superiori a 0,7 in valore assoluto.

Eventuali decimali dopo il primo sono stati approssimati.

Domanda	Media	Correlazione con l' età	Correlazione con il livello conoscitivo
B1. Ha trovato il precedente questionario difficile?	1,7 (poco)	-0,6	0,6
B2. Pensa di aver capito tutte le domande?	2,6 (abbastanza)	0,8	-0,6
B3. Ha trovato il precedente questionario lungo?	1,5 (poco)	0,1	0,2
B4. Pensa che il questionario sia stato utile?	3,3 (abbastanza)	-0,5	0,8
B5. Pensa che il questionario sarebbe stato maggiormente utile subito dopo l'intervento (in modo da permetterle di informarsi sin da subito)?	2,9 (abbastanza)	-0,1	0,1
B6. E' soddisfatto di come ha risposto alle domande?	3 (abbastanza)	0	-0,5
B8. Pensa che sia importante che voi pazienti siate informati riguardo al vostro problema?	3,7 (molto)	-0,6	0,8
B9. Pensa che il precedente questionario dovrebbe essere introdotto nel protocollo riabilitativo?	3,8 (molto)	-0,4	0,8
B10. Se sì, pensa che il precedente questionario debba essere introdotto anche per altre malattie?	4 (molto)	NP*	NP*
B11. In generale, quanto ha apprezzato il precedente questionario?	3,4 (abbastanza)	-0,7	0,3

B. Questionario per il fisioterapista

Dei 28 fisioterapisti che praticano nella sede di studio, è stata proposta la partecipazione allo stesso a 23, poiché come indicato dalla figura di riferimento gli altri 5 non hanno occasione di trattare pazienti con la tipologia di pazienti oggetto di studio (fisioterapisti dedicati a prestazioni domiciliari o a reparti non di interesse ortopedico).

Di questi, 16 fisioterapisti hanno compilato e consegnato il questionario, mentre i rimanenti 7 non lo hanno fatto entro il termine ultimo fissato e quindi sono stati considerati non interessati alla partecipazione allo studio.

Perciò si è raccolto il questionario dal 69,5% dei fisioterapisti interessati.

B1. Esperienza

Il punteggio sintetizzato dalle 3 domande è risultato compreso fra 4 a 12, su un range possibile di 3-15, con una media di 8,6.

Per ogni domanda è stata calcolata la media delle risposte e il range di risposte rappresentate almeno in un questionario.

Domanda	Media	Range
Indichi i suoi anni di esperienza (pratica professionale):	3,4	1-5
Indichi nell'ultimo anno quanti pazienti con esiti di ricostruzione di cuffia dei rotatori ha trattato:	3,2	1-5
Negli ultimi 5 anni, quanti corsi di specializzazione/master universitari pertinenti con la patologia oggetto di studio (esiti di ricostruzione di cuffia dei rotatori)?	2	1-3

B2. Abitudini comunicative

Alle risposte delle domande sono stati assegnati dei punteggi progressivi da 1 a 5, rispettivamente:

- 1 punto: "mai" o "per nulla";
- 2 punti: "poco";
- 3 punti: "ogni tanto" o "indifferente";
- 4 punti: "spesso" o "abbastanza";
- 5 punti: "sempre" o "molto".

Sono state quindi calcolate le medie e la correlazione dei punteggi con quello dell'expertise: a tal proposito è stato considerato rilevante un punteggio in valore assoluto maggiore di 0,7.

Eventuali decimali dopo il primo sono stati approssimati.

Domanda	Media	Correlazione con l'expertise
----------------	--------------	---

B1. Solitamente lei comunica col paziente:	4,6 (sempre)	-0,1
B2. Solitamente lei col paziente parla delle dinamiche fisiopatologiche della patologia:	4,3 (spesso)	0,01
B3. Solitamente lei col paziente parla di come il trattamento influenzerà il decorso della patologia:	4,4 (spesso)	0,2
B4. Solitamente lei si accerta che il paziente abbia ben compreso gli obiettivi di trattamento:	4,4 (spesso)	0,9
B5. Solitamente lei si accerta che il paziente abbia ben compreso in che tempi è previsto raggiunga gli obiettivi di trattamento:	4,1 (spesso)	0,3
B6. Solitamente lei si accerta che il paziente abbia ben compreso la diagnosi:	4,3 (spesso)	0,5
B7. Indichi quanto lei gradisce comunicare col paziente riguardo argomenti non necessariamente relativi alla patologia e al trattamento:	4 (abbastanza)	0,3
B8. Indichi quanto lei gradisce comunicare col paziente riguardo gli aspetti relativi alla patologia e al trattamento:	4,7 (molto)	-0,6
B9. Indichi quanto lei gradisce comunicare col paziente in generale:	4,3 (abbastanza)	0
B10. Secondo lei, quanto è importante che il paziente sia informato in generale:	5 (molto)	0,1
B12. Secondo lei, quanto è importante che il paziente sia informato sulla prognosi:	4,7 (molto)	0,4
B13. Secondo lei, quanto è importante che il paziente sia informato sulle dinamiche della patologia:	4,5 (molto)	0,3
B14. Secondo lei, quanto è importante che il paziente sia informato sugli effetti del trattamento:	4,4 (abbastanza)	0,4

La Domanda 11 infine indagava i motivi per cui i fisioterapisti ritenevano che l'informazione fosse importante per il paziente. Si poteva rispondere alla domanda solo se si era risposto in modo positivo alla Domanda 10 ed erano indicate 7 risposte possibili, a cui si potevano eventualmente aggiungere altre risposte ritenute più appropriate.

Tutti i fisioterapisti hanno risposto in modo positivo alla Domanda 10 e hanno perciò risposto alla Domanda 11, con una media di 3,6 risposte fra quelle elencate (range: 1-7).

Più precisamente, ciascuna risposta è stata rappresentata il seguente numero di volte:

Risposta	Numero di rappresentazioni	Percentuale sul totale
È un diritto del paziente	13	81%
È un dovere del professionista sanitario	12	75%
Rientra nella tendenza – dimostrata dalla letteratura – dell'evoluzione del paziente da “protagonista passivo” a “cliente informato”	6	38%
Il paziente sarà portato a eseguire in modo più continuato gli esercizi	8	50%
Il paziente sarà portato a eseguire meglio gli esercizi	5	31%
Avere informazioni precise riguardo alla propria patologia facilita nel costruire una credenza positiva verso la patologia, con effetti positivi sulla sfera psicologica	2	12%
Avere informazioni precise riguardo alla propria patologia facilita nel costruire una credenza positiva verso la patologia, con effetti positivi non solo sulla sfera psicologica ma anche sull'outcome clinico	11	69%

Nessun fisioterapista ha aggiunto una nuova risposta.

B3. L'informazione del paziente

Media e correlazione del punteggio relativo all'expertise sono stati calcolati nel medesimo modo della sezione precedente.

Domanda	Media	Correlazione con l'expertise
C1. Secondo lei, generalmente il paziente quanto è informato riguardo alla propria prognosi:	2,6 (sufficientemente)	0
C2. Secondo lei, generalmente il paziente quanto è informato riguardo alle dinamiche della propria patologia:	2,3 (poco)	-0,1
C3. Secondo lei, generalmente il paziente quanto è informato riguardo agli effetti del trattamento:	2,8 (sufficientemente)	0,1

4.3. Discussione

Questionario per il paziente: profilo conoscitivo. Da questi risultati si evince che i pazienti hanno difficoltà con le nozioni anatomiche (domande 1-3), e credono quindi che la cuffia dei rotatori sia costituita anche da legamenti, non hanno chiaro il numero di muscoli che la compongono e non sono a conoscenza di cosa sia l'acromion. Le conoscenze anatomiche, per quanto possano sembrare fini a sé stesse e ininfluenti sul recupero dei pazienti, consentono invece loro di avere un approccio più cognitivo al dolore, e permettono loro di avere prospettive più precise riguardo la natura delle strutture compromesse e della loro localizzazione spaziale, e questo può diminuire le sensazioni di incertezza, di ansia e la percezione stessa del dolore e della disabilità.

Sembrano invece essere a conoscenza della localizzazione spaziale della cuffia dei rotatori (domanda 4) e quindi del dolore causato dalla sua infiammazione, e della funzione della cuffia dei rotatori stessa di gruppo di muscoli rotatori e depressori dell'omero (domande 5-6). Non sono invece a conoscenza del meccanismo del conflitto, in quanto sono generalmente convinti che il dolore in elevazione sia causato dalla compressione di un nervo (domanda 7): considerata l'apprensione generale delle persone verso danni al sistema nervoso, questa misconoscenza potrebbe influenzare molto negativamente l'attitudine verso il dolore e la patologia.

Per quanto riguarda gli accorgimenti funzionali, i pazienti sembrano conoscere quelli di elevare l'arto tenendo il gomito piegato (domanda 8) e quello di tenere l'arto extraruotato durante l'elevazione per ritardare il conflitto (domanda 9) mentre non conoscono quello importantissimo di evitare posture in anteposizione del cingolo scapolare (domanda 10) in quanto riduce lo spazio di scorrimento della cuffia e induce accorciamenti muscolari che alterano statica e dinamica di tutto il cingolo.

Inoltre non sono a conoscenza del fatto che la causa principale di lesione alla cuffia dei rotatori è una degenerazione progressiva causata da movimenti eseguiti ripetutamente in maniera scorretta e non una malattia degenerativa idiopatica del tessuto muscolare (domanda 11) né che non tutte le lesioni della cuffia dei rotatori sono trattate chirurgicamente (domanda 12).

Sono invece generalmente informati dell'estrema fragilità del tendine della cuffia dei rotatori anche dopo un mese dall'intervento (domanda 13) e riguardo alla prognosi, sia riguardo il dolore (domanda 14) che la funzione (domanda 15).

Questionario per il paziente: Opinioni sul questionario e sull'informazione. Dai risultati della seconda parte del “questionario per il paziente”, si evince che i pazienti non hanno trovato il questionario né eccessivamente difficile (Domanda 1, media: poco), né lungo (Domanda 3, media: poco). Invece lo hanno trovato utile (Domanda 4, media: abbastanza) e in generale lo hanno apprezzato (Domanda 11, media: abbastanza), e sarebbero d'accordo nell'introdurlo nel protocollo riabilitativo (Domanda 9, media: molto) e per altre patologie (Domanda 10, media: molto) e, riguardo alla propria patologia, pensano sarebbe stato maggiormente utile immediatamente dopo l'intervento (Domanda 5, media: abbastanza).

Per quanto riguarda la percezione dei pazienti nel rispondere alle domande, i pazienti nonostante i punteggi generalmente bassi (media parziale: 8,2/15) pensano di aver capito tutte le domande (Domanda 3, media: abbastanza) e sono soddisfatti di come hanno risposto alle domande (Domanda 6, media: abbastanza).

Invece, i 2 pazienti che non si sono ritenuti soddisfatti di come hanno risposto alle domande, hanno indicato (nella Domanda 7) nel fisioterapista e nel medico chirurgo, rispettivamente, le figure che avrebbero dovuto a informarli meglio.

Per quanto riguarda le correlazioni con età e livello conoscitivo, sono risultati essere correlati in modo rilevante:

-l'età a la risposta alla Domanda 2 (“Pensa di aver capito tutte le domande?”) in modo positivo;

-il livello conoscitivo e la risposta alla Domanda 4 (“Pensa che il questionario sia stato utile?”) in modo positivo;

-il livello conoscitivo e la risposta alla Domanda 8 (“Pensa che sia importante che voi pazienti siate informati riguardo al vostro problema?”) in modo positivo;

il livello conoscitivo e la risposta alla Domanda 9 (“Pensa che il precedente questionario dovrebbe essere introdotto nel protocollo riabilitativo?”) in modo positivo.

Si evince quindi che i pazienti più anziani pensano più spesso di aver capito tutte le domande (anche se poi il livello conoscitivo non è risultato adeguato) mentre i pazienti con un livello conoscitivo più alto sono quelli che considerano il questionario più utile e l'informazione più importante per i pazienti.

Non è stato possibile calcolare la correlazione della Domanda 10 con età e livello conoscitivo in quanto tutti i pazienti hanno dato la stessa risposta (4, molto).

Questionario per il fisioterapista: Expertise. Il punteggio ottenuto è risultato ampiamente variabile, quindi le 3 domande potrebbero essere quindi adatte a descrivere con in un punteggio discreto la variabilità di esperienza presente in questa e in altre strutture.

Inoltre tutte le possibili risposte sono state rappresentate nelle prime due domande, mentre nella terza non sono state rappresentate le risposte corrispondenti a 4 (“da sei a dieci”) e 5 (“più di dieci”).

Questo può significare che le risposte alle prime due domande (e le domande stesse) sono adeguate nel considerare la variabilità presente fra i fisioterapisti, mentre nella terza domanda sarebbero sufficienti le prime tre possibilità di risposta.

Questionario per il fisioterapista: Abitudini comunicative. I risultati evidenziano come la maggior parte dei fisioterapisti è convinta di dedicare congruo spazio alla comunicazione e all'informazione del paziente sotto tutti gli aspetti, di accertarsi che abbia ben compreso le informazioni e di gradire la comunicazione stessa col paziente. Inoltre, tutti e 16 i fisioterapisti hanno affermato di ritenere molto importante che il paziente sia informato (Domanda 10).

Infine, la maggior parte dei fisioterapisti ritiene l'informazione un diritto del paziente (81%) e un dovere del professionista sanitario (75%), e la maggior parte di loro (69%) riconosce che l'informazione può influenzare anche sull'outcome clinico (Domanda 11).

Tuttavia, poiché il punteggio del profilo conoscitivo del paziente non è risultato adeguato (media parziale: 8,2/15), è chiaro come ci sia stato un difetto nella comunicazione e/o nella ricezione delle informazioni. Per quanto è stato possibile constatare durante l'esperienza di tirocinio, nella maggior parte dei casi sono carenti entrambi questi aspetti, e si è imputata questa dinamica al fatto che i fisioterapisti non sono stati formati nel dispensare un'informazione in modo sistematico (Capitolo 2) e tramite un supporto (verosimilmente quello cartaceo) che permetta di superare in parte le difficoltà legate alla ritenzione delle informazioni (Capitolo 1, Paragrafo 6).

Per quanto riguarda la correlazione della media delle risposte con l'esperienza del fisioterapista (secondo quanto rilevato dal questionario relativo), solo una voce è risultata fortemente correlata, ovvero quella relativa alla comunicazione degli obiettivi di trattamento (Domanda 4). Esso è un aspetto più specifico che quindi potrebbe essere considerato in maniera più sistematica nei fisioterapisti professionalmente più anziani (o almeno, nella loro percezione). L'assenza di correlazione per tutte le altre voci evidenzia che le abitudini comunicative sono molto simili fra tutti i fisioterapisti (almeno per quanto riportato da loro), indipendentemente dalla loro esperienza.

Questionario per il fisioterapista: L'informazione del paziente. Dall'analisi delle medie si evince come le risposte dei fisioterapisti siano molto meno entusiastiche della sezione precedente, in quanto tutte le medie sono al di sotto della soglia neutrale fra positività e negatività (3). Quindi anche i fisioterapisti si rendono conto che nonostante la propria propensione comunicativo-informativa i pazienti ritengono poco le informazioni relative alla propria patologia.

In accordo con quanto affermato nella sezione precedente, nessuna voce è stata correlata in modo rilevante con l'esperienza del fisioterapista.

CONCLUSIONI

Anche se con le numerose limitazioni di cui si parlerà dopo, dai questionari emergono chiaramente dei dati in contrasto fra loro:

-sia i pazienti che i fisioterapisti considerano l'informazione fondamentale nel trattamento riabilitativo;

-sia i pazienti che i fisioterapisti sono soddisfatti di come avviene lo scambio dell'informazione: i primi nella maggior parte dei casi ritengono di aver risposto abbastanza bene alle domande, i secondi riferiscono di comunicare al paziente informazioni riguardo a dinamiche della patologia, effetti del trattamento e prognosi e inoltre riferiscono di accertarsi che il paziente abbia ben compreso queste informazioni;

-tuttavia, il livello di conoscenza del proprio problema rimane basso nei pazienti. A dimostrarlo non solo il risultato del “questionario per il paziente” (media=8.2, di poco superiore alla casualità, che si attesta a 7.5) ma anche quello del “questionario per il fisioterapista”: anche i professionisti ritengono che i pazienti siano in media poco informati.

Quello che trapela da questi risultati è che non vi sia una salda consapevolezza (né da parte dei fisioterapisti né da parte dei pazienti) che l'informazione sia un vero e proprio strumento terapeutico.

Infatti, da un lato i pazienti non si assicurano di aver davvero tutte le informazioni di cui necessitano per formarsi delle prospettive significative realistiche e propositive, permanendo inconsciamente in uno stato di incertezza che alimenta vissuti di disagio e verosimilmente influenza tempi e qualità del recupero.

Dall'altro, i fisioterapisti non somministrano l'informazione in modo sistematico e presumibilmente non dispongono delle conoscenze tali da poter fare inferenze sulle

prospettive significative dei pazienti a partire dai loro comportamenti: questo aspetto riabilitativo viene perciò trascurato.

Il presente elaborato, al di là dei limiti non trascurabili dei suoi risultati, si è proposto perciò di offrire degli spunti di riflessione su questo argomento, che potrebbe essere una grande occasione di rinnovamento professionale.

Inoltre una maggiore pratica informativa potrebbe svincolare la figura del fisioterapista dallo stereotipo di “massaggiatore”, ancora tanto diffuso nella cultura popolare, e riconoscergli una dignità professionale più adeguata alle sue competenze.

Limitazioni. La più importante è legata al fatto che gli strumenti utilizzati per rilevare i dati presentati non sono validati. Questo tuttavia è dovuto al fatto che (almeno per quanto si è venuti a conoscenza) l'informazione è un aspetto ancora poco indagato, soprattutto in fisioterapia, e che non esistono strumenti validati per misurarla. Il presente elaborato infatti non reclama nessun valore se non come spunto di riflessione, in attesa di ulteriori studi.

Per quanto riguarda altre possibili obiezioni, qualcuno potrebbe ritenere che l'informazione non sia un compito del fisioterapista e che non sia così rilevante nel trattamento del paziente da meritare ulteriori indagini. Tuttavia si spera che si sia ribadito sufficientemente che l'informazione è competenza specifica del fisioterapista (e che anzi da questo punto di vista è avvantaggiato rispetto ad altre figure sanitarie); riguardo alla rilevanza, se le associazioni con outcome clinici migliori sono ancora da dimostrare (anche se teoricamente verosimili), rimane il fatto che l'informazione è associata a maggiore soddisfazione e qualità percepita del pazienti continuando al contempo ad essere uno degli aspetti più carenti secondo il paziente stesso: la sua pratica quindi sicuramente deve essere ancora perfezionata.

Un'altra obiezione potrebbe essere che il fisioterapista in determinate condizioni lavorative può non avere il tempo di somministrare l'informazione: ciò nonostante la maggioranza dei fisioterapisti comunica con i pazienti riguardo alla patologia (e gradisce il farlo), quindi il suggerimento di farlo in modo più consapevole e completo all'interno del tempo già dedicato a questo scopo non sembra essere una richiesta eccessiva.

Per quanto riguarda la proposta dello studio sperimentale, un limite è il fatto che per misurare la funzione si è proposto di usare la traduzione di una scala, che in italiano non è stata validata. È stata una scelta che si è presa consapevolmente: poiché i risultati non avrebbero comunque potuto avere una validità riconosciuta internazionalmente per la presenza di questionari autoprodotti, si è fatto quel tipo di compromesso per fornire uno strumento veloce e intuitivo e aumentare perciò l'adesione dei fisioterapisti allo studio. Uno studio il cui contesto non prevedesse problematiche relative alla collaborazione dei fisioterapisti, come già affermato, potrebbe usare scale più lunghe e complicate ma maggiormente affidabili, con le precauzioni sopra riportate.

Suggerimenti. Come accennato prima, per confermare l'influenza della sfera psicologica su quella biologica si potrebbero misurare con scale apposite anche le variabili relative allo stato emotivo (ansia, depressione, paura) osservare eventuali modifiche dopo la somministrazione dell'informazione e indagare associazioni con gli outcome clinici.

Un altro aspetto riguarda la scelta delle domande componenti i questionari: questa scelta è stata ponderata ma in fin dei conti arbitraria. Un altro studio potrebbe valutare quindi la consistenza interna delle domande, al fine di individuare se ve ne sono di ridondanti, ed eventualmente modificarne il numero, l'argomento o la formulazione.

Un elemento che invece si è resi conto di aver trascurato e invece la conoscenza del motivo della tenotomia del capo lungo del bicipite: è un'operazione che non si esegue in tutti i pazienti ma di cui è bene siano ben chiare le finalità nel caso venga eseguita. Potrebbe essere interessante aggiungere una domanda a questo proposito.

Una riflessione finale: il vissuto del paziente. Per concludere, la necessità di indagare l'argomento informazione era sorta in seguito a diversi episodi, avvenuti sia durante il tirocinio clinico che al di fuori di esso, in cui grazie a qualche informazione, scontata per i professionisti, si è riusciti (o si sarebbe potuto farlo) a risolvere stati di incertezza e di disagio riguardo alla patologia contingente, alcuni inveterati e altri che avevano motivato comportamenti incoerenti o rischiosi per il paziente. La speranza è che lo strumento informazione vada incontro a una diffusione sempre maggiore, in modo da evitare il ripresentarsi di queste situazioni.

Un'ulteriore conferma si è avuta durante la somministrazione dei questionari: parlando con un paziente è venuto fuori che esso aveva da due mesi (dall'operazione) dei vissuti problematici e rancorosi verso la decisione del chirurgo di recidere il tendine del capo lungo del bicipite, e temeva per il recupero funzionale del suo braccio. Questa scelta è stata sicuramente fatta negli interessi del paziente (in alcuni casi un tendine del capo lungo del bicipite, se lasciato intatto, provoca dolore e infiammazione duraturi) ma nessuno dei professionisti di diversa natura con cui il paziente ha avuto contatto ha ritenuto necessario dare questa semplice informazione al paziente, o almeno non ha creato un clima relazionale tale in cui il paziente si sentisse libero di esporre questo suo importante dubbio. Dopo l'informazione il paziente si è dimostrato grato e rasserenato.

Se non si fosse ancora convinti dell'importanza dell'informazione, si dovrebbe considerare che, anche se ci vorrà ancora del tempo per aumentare la diffusione delle buone pratiche relative all'informazione e per dimostrare le sue associazioni con outcome clinici oggettivamente migliori, l'informazione tranquillizza il paziente e ne migliora il vissuto, in una situazione di preoccupazione e incertezza come quella della patologia. Questo, anche solo dal punto di vista umano, dovrebbe essere uno degli obiettivi principali del

professionista sanitario. A questo proposito, l'informazione potrebbe essere lo strumento più efficace.

“L'evoluzione di una relazione impostata sull'offerta di aiuto da parte del terapeuta ad una basata sull'offerta di conoscenza individua il paziente come entità autonoma e responsabile che ricorre all'operatore come fonte esperta di informazioni, per giungere a una comprensione condivisa del problema e alla sua soluzione. Questo è un processo inarrestabile, alimentato dalla diffusione e dalla facilità di accesso all'informazione medica”. (Capaldo, 2007)

BIBLIOGRAFIA

(1) Andersen B.L. et al. (2008) “Psychological intervention improves survival for breast cancer patients”, *Cancer*, Vol. 113, pag. 3450-58.

(2) Bardes C.L. (2012) “Defining Patient-Centered Medicine” *The New England Journal of Medicine*, Vol. 366, n° 9, pag. 782-883.

(3) Beattie P.F., Pinto M.B., Nelson M.K., Nelson R. (2002) “Patient satisfaction with outpatient physical therapy: instrument validation”, *Physical Therapy*, Vol. 82, pag. 557-565.

(4) Boileau P., Brassart N., Watkinson D.J. e altri (2005) “Arthroscopic Repair of full-thickness tears of the supraspinatus: does the tendon really heal?” *Journal of Bone and Joint Surgery*, Vol. 87-A, n° 6, pag. 1229-1240.

(5) Bottaccioli F. (2014) “Epigenetica e psiconeuroendocrinoimmunologia”, Edra, Milano.

(6) The Brigham and Women's Hospital (2009) “Arthroscopic Rotator Cuff Repair Protocol”, Boston.

(7) Briggs A.L., Jackson T.R., Bruce S. (2005) “The development and performance validation of a tool to assess patient anticoagulation knowledge” *Research in Social and Administrative Pharmacy*, Vol. 1, pag. 40-59.

- (8) Capaldo G. (2007) “La relazione con il paziente: dal to cure al to care”, *Scienza Riabilitativa*, Vol. 8, n° 3, pag. 5-12.
- (9) Chida Y., Hamer M., Wardle J. Et al. (2008) “Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival?”, *Nature Clinical Practice Oncology*, Vol. 5, pag. 5466-75.
- (10) Cofield R.H., Parvizi J., Hoffmeyer P.J. e altri (2001) “Surgical Repair of Chronic Rotator Cuff Tears” *Journal of Bone and Joint Surgery*, Vol. 83-A, n° 1, pag. 71-77.
- (11) College of Physical Therapists of British Columbia (2012) “Making a connection. Communication in the therapeutic relationship”.
- (12) Coulter A., Locock L., Ziebland S., Calabrese J. (2014) “Collecting data on patient experience is not enough: they must be used to improve care”, *BMJ*, Vol. 348.
- (13) Engel G.L. (1977) “The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine” *Science, New Series*, Vol. 196, N° 4286, pag. 129-136.
- (14) Esmael A., Ali I., Agonafir M. (2013) “Assessment of Patients' Knowledge, Attitude, and Practice Regarding Pulmonary Tuberculosis in Eastern Amhara Regional State, Ethiopia: Cross-Sectional Study” *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* Vol. 88, n° 4, pag 785–788.
- (15) Fan L.B. et al. (2009) “Association between job stress and blood lipids among university staff in Yunann province”, *Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi*, Vol. 37, n° 5, pag. 454-7.
- (16) Galatz L.M., Griggs S., Cameron B.D. (2001) “Prospective Longitudinal Analysis of Postoperative Shoulder Function” *Journal of Bone and Joint Surgery*, Vol. 83, n° 7, pag. 1052-56.
- (17) Hall A.M., Ferreira P.H., Maher C.G. (2010) “The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review” *Physical Therapy*, Vol. 90, n° 8, pag. 1099-1110.
- (18) Hansel A. et al. (2010) “Inflammation as psychophysiological biomarker in chronic psychophysiological stress”, *Neuroscience and Biobehavioural Reviews*, Vol. 35, pag. 115-121.

- (19) Ice R. (1985) "Long-Term Compliance" *Physical Therapy* Vol. 65, n° 12, pag. 1832-1839.
- (20) Indahl A., Haldorsen E.H., Holm S. (1998) "Five-Year Follow-Up Study of a Controlled Clinical Trial Using Light Mobilization and an Informative Approach to Low Back Pain" *Spine*, Vol. 23, N° 23, pag. 2625-2630.
- (21) Jackson T., Pope L. Nagasaka T. et al. (2005) "The impact of threatening information about pain on coping and pain tolerance" *British Journal of Health Psychology*, Vol. 10, pag. 441-51.
- (22) Jolles E.P., Padwal R.S., Clark A.M. (2013) "A Qualitative Study of Patient Perspectives about Hypertension" *ISNR Hypertension*, Vol. 2013.
- (23) Jones M., Rivett D. (2004) "Principles of clinical reasoning in manual therapy" in Jones M., Rivett D. (2004) "Clinical Reasoning for Manual Therapists", Elsevier, England, pag. 3-24.
- (24) Kamper S.J., Ostello R.W., Maher C.G. (2010) "Global Perceived Effect scales provided reliable assessments of health transition in people with musculoskeletal disorders, but ratings are strongly influenced by current status" *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 63, pag. 760-766.
- (25) Kapandji A.I. (2012) "Anatomia funzionale. L'arto superiore", Maloine, Parigi.
- (26) Lau (2002) "Patient empowerment: a patient-centered approach to improve care" *Hong Kong Medical Journal*, Vol. 8, n° 5, pag. 372-4.
- (27) Ley P. (1977) "Psychological studies of doctor-patient communication" Oxford, England.
- (28) Lipton B.H. (2005) "La biologia delle credenze. Come il pensiero influenza il DNA e ogni cellula", Macro, Cesena.
- (29) Martini F.H., Timmons M.J., Tallitsch R.B. (2014) "Anatomia umana", EdiSES, Napoli.
- (30) Mezirow J. (1990) "Fostering critical reflection in adulthood: a guide to transformative and emancipatory learning", Jossey-Bass, San Francisco.

- (31) Mezirow J. (1991) "Transformative dimensions of adult learning", Jossey-Bass, San Francisco.
- (32) Murante A.M. (2014) "Qualità percepita dai pazienti. A cosa servono i dati?"
Redazione SI
- (33) Neumann D.A. (2010) "Kinesiology of the Musculoskeletal System" Mosby Elsevier, St. Louis.
- (34) Nijs J, Van Wilgen C.P., Van Oosterwijck J. Et al. (2011) "How to explain central sensitization to patients with "unexplained" chronic musculoskeletal pain: practice guidelines" *Manual Therapy*, Vol. 16, pag. 413-18.
- (35) Pinquart M, Duberstein P.R. (2010) "Association of social networks with cancer mortality: a meta-analysis", *Crit. Rev. Oncol. Hematol.*, Vol. 75, n° 2, pag. 122-37.
- (36) Placzek J.D., Lukens S.C., Badalanmenti S. (2004) "Shoulder Outcome Measures: a Comparison of 6 functional tests" *The American Journal of Sports Medicine* Vol. 32, n° 5, pag. 1270-1277.
- (37) Potter M., Gordon S., Hamer P. (2003) "The physiotherapy experience in private practice: the patients' perspective" *Australian Journal of Physiotherapy*, Vol. 49, n° 3, pag. 195-202.
- (38) Profilo Professionale del Fisioterapista (D.M. 14/7/1994 n° 741), Articolo 1.
- (39) Satin J.R. et al. (2009) "Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis", *Cancer*, Vol. 115, pag. 5349-61.
- (40) Simian D., Flores L., Ibanez P. (2016) "O-025 Disease-Related Knowledge in Inflammatory Bowel Disease" *Inflammatory Bowel Disease*, Vol. 22, Supp 1:S9
- (41) Sluijs E.M. (1991) "A Checklist to Assess Patient Education in Physical Therapy Practice: Development and Reliability" *Physical Therapy*, Vol. 71, pag. 561-569.
- (42) Spunton V., Fusco A., Conti M. (2010) "Riabilitazione postchirurgica dopo riparazione della cuffia dei rotatori" in Ferrari S., Pillastrini P., Testa M., Vanti C. (2010) "La riabilitazione post-chirurgica nel paziente ortopedico", Elsevier, Milano, pag. 396-407.

(43) Street Jr. R.L., Makoul G., Arora N.K., Epstein R.M. (2009) “How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes”, *Patient Education and Counseling*, Vol. 74, pag. 295-301.

(44) Wloszczak-Szubzda A., Jarosz M.J. (2013) “Professional communication competences of physiotherapists -- practice and educational perspectives” *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* Vol. 20, n° 1, pag. 189-194.

(45) Xu W. et al. (2011) “Association between job stress and newly detected combined dyslipidemia among chinese workers: findings from the SHISO study”, *Journal of Occupational Health*, Vol. 53, n° 5, pag. 334-42.

(46) Yu R.H. et al. (2010), “Psychological factors and subclinical atherosclerosis in postmenopausal Chinese women in Hong Kong”, *Maturitas*, Vol. 67, n° 2, pag. 186-91.

(47) Zambelli Pinto R., Ferreira M.L., Oliveira V.C. (2012) “Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review” Vol. 58, n° 2, pag. 77-87.

RINGRAZIAMENTI

A Engel, per aver coraggiosamente cominciato tutto!

A Giorgio Granzotto, per la disponibilità, l'interesse e l'ispirazione e per essere il professionista e il docente che è

A Marco Caia, per l'impegno e l'entusiasmo, e per avermi aiutato anche prima di intraprendere quest'avventura

A tutti i fisioterapisti di Vittorio Veneto: siete speciali!

A Liviana e Valeria, perché non mi hanno fatto pentire di aver ripetuto l'ultimo periodo

A Francesca Gattinoni, per un paio di ottimi consigli

Ai pazienti, che proprio con tanta pazienza hanno ascoltato quello che avevo da dire

Alla famiglia, per il sostegno, e agli amici, se non altro per la simpatia

A Francesca Russo per la consulenza statistica

A tutte le innumerevoli persone che mi hanno aiutato lungo la strada

A Serena, per avermi messo la mano sulla spalla e avermi detto che sarebbe andato tutto bene

ALLEGATI

- Allegato 1:** Protocollo dello studio, differenze fra i gruppi e momento di somministrazione del questionario..... pag. 51
- Allegato 2:** Questionario per il paziente pag. 53
- Allegato 3:** Questionario per il fisioterapista..... pag. 61
- Allegato 4:** Lista di fisioterapisti per la codifica dei questionari..... pag. 76
- Allegato 5:** Lista di randomizzazione pag. 77

Allegato 1

Protocollo dello studio, differenze fra i gruppi e momento di somministrazione del questionario.

1. Protocollo operativo

QUANDO	COSA	CHI
A) PRIMA FASE (OSSERVAZIONALE)		
A1) Dopo la fine del II° ciclo di trattamento	Raccolta del consenso informato di partecipazione allo studio e dell'autorizzazione al trattamento dei dati Somministrazione telefonica del “questionario per il paziente” al paziente	Figura di riferimento
B) SECONDA FASE (SPERIMENTALE)		
B1) Inizio dello studio	Somministrazione del “questionario per i fisioterapisti” ai fisioterapisti Compilazione in autonomia del “questionario per i fisioterapisti” Raccolta dei questionari e consegna allo studente	Figura di riferimento Fisioterapista Figura di riferimento
B2) Dopo la fine del I° ciclo di trattamento	Raccolta del consenso informato di partecipazione allo studio e dell'autorizzazione al trattamento dei dati Randomizzazione e assegnazione al gruppo sperimentale o di controllo Somministrazione telefonica del “questionario per il paziente” ai pazienti del <u>gruppo sperimentale</u>	Figura di riferimento Studente
B3) T0 (1° giorno II° ciclo)	Rilevazioni delle misure di outcome clinico iniziali in <u>entrambi i gruppi</u>	Fisioterapista
B4) T1 (ultimo giorno II° ciclo)	Rilevazioni delle misure di outcome clinico finali in <u>entrambi i gruppi</u>	Fisioterapista
B5) Dopo la fine del II° ciclo di trattamento	Somministrazione telefonica del “questionario per il paziente” ai pazienti di <u>entrambi i gruppi</u>	Studente
B6) Fine della raccolta dati	Elaborazione statistica	Studente

Nota: la figura di riferimento è un professionista esperto ed anziano coinvolto nello studio.

➤ **Differenze fra i gruppi**

	1 ^a fase	2 ^a fase	
Randomizzazione	No	Sì:	
	Gruppo unico	Gruppo sperimentale	Gruppo di controllo
Questionario (PRE-trattamento)	No	Sì (B)	No
Trattamento (come protocollo)	Sì	Sì	Sì
Misurazione outcome clinico (PRE e POST trattamento)	No	Sì	Sì
Questionario (POST-trattamento)	Sì (A)	Sì (B')	Sì (C)
Consapevolezza dei fisioterapisti della partecipazione allo studio	No	Sì	Sì
Livello di conoscenza del paziente (atteso)	Baseline (no consapevolezza fisioterapisti)	Aumentato rispetto a gruppo di controllo (per somministrazione questionario anche in momento precedente)	
		Aumentato rispetto al gruppo di controllo (1° fase)	Aumentato rispetto al baseline (1° fase) (consapevolezza dei fisioterapisti)

➤ **Momento somministrazione “questionario per il paziente”**

	Intervento 1° ciclo	Dopo visita fisiatrica (fine 1° ciclo)	2° ciclo	Dopo visita fisiatrica (fine 2° ciclo)
1° fase				A
2° fase		B		B' C

Nota: i fisiatri, sebbene informati nello studio, non partecipano in nessun modo allo stesso. La visita fisiatrica è tenuta solamente come tappa di riferimento che sancisce il superamento del ciclo di trattamento.

Allegato 2

Questionario per il paziente



Università degli studi di Padova
Dipartimento di Riabilitazione, ULSS 7

Tesi di Laurea: “L'informazione come strumento terapeutico”

Corso di Laurea in Fisioterapia, sede di Conegliano

Studente: Riccardo Quarta

Relatore: Giorgio Granzotto

Corelatore: Marco Caia

Questionario per il paziente

Indice

1. Questionario per il paziente
 - a. Profilo conoscitivo del paziente
 - b. Opinioni del paziente sul questionario e sull'informazione
2. Formula introduttiva
3. Soluzione e spiegazione delle domande
4. Razionale delle domande

1a. Questionario per il paziente: Profilo conoscitivo del paziente.

Cognome	Nome	Data di nascita
Data somministrazione del questionario		
Ha accettato di rispondere alle domande: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Ha terminato di rispondere a TUTTE le domande: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Codice del fisioterapista assegnato:		

1. La cuffia dei rotatori è costituita da muscoli e legamenti. VERO FALSO
2. I muscoli compresi nella cuffia dei rotatori sono 2. VERO FALSO
3. L'acromion è una protuberanza ossea della scapola. VERO FALSO
4. I muscoli della cuffia dei rotatori originano tutti dalla scapola e si inseriscono tutti sull'omero (l'osso del braccio). VERO FALSO
5. Una delle funzioni principali della cuffia dei rotatori è ruotare il braccio, sia in dentro che in fuori.
VERO FALSO
6. Un'altra delle funzioni principali della cuffia dei rotatori è tenere “abbassata” la testa dell'omero quando si alza il braccio. VERO FALSO
7. Se la cuffia dei rotatori non funziona correttamente, quando si alza il braccio si avverte dolore in quanto viene compresso un nervo. VERO FALSO
8. Quando si alza il braccio davanti, tenere il gomito piegato provoca meno dolore alla spalla.
VERO FALSO
9. Quando si alza il braccio davanti, tenere il braccio ruotato esternamente (ovvero con il pollice che indica verso l'alto) provoca meno dolore alla spalla.
VERO FALSO
10. Una postura con le spalle “in avanti” aumenta lo spazio in cui scorre la cuffia, ed è quindi consigliata come posizione per ridurre il dolore. VERO FALSO
11. La causa principale di lesione alla cuffia dei rotatori è una malattia degenerativa di causa ancora ignota che colpisce il tessuto muscolare. VERO FALSO
12. Tutte le lesioni alla cuffia dei rotatori vengono trattate chirurgicamente. VERO FALSO
13. Dopo un mese dall'intervento, il tendine della cuffia dei rotatori è circa al 20% della sua resistenza normale. VERO FALSO
14. Se il trattamento ha buon esito il dolore, a eccezione di casi particolari dovrebbe ridursi ma rimanere presente, anche a riposo. VERO FALSO
15. Per quanto riguarda i movimenti, alla fine del trattamento dovrebbe riuscire a fare tutto, in molti casi anche a riprendere un'eventuale attività sportiva. VERO FALSO

1b. Questionario per il paziente: Opinioni del paziente sul questionario e sull'informazione.

Ha accettato di rispondere alle domande: Sì No

Ha terminato di rispondere a TUTTE le domande: Sì No

1. Ha trovato il precedente questionario difficile?

Molto Abbastanza Poco Per niente

2. Pensa di aver capito tutte le domande?

Molto Abbastanza Poco Per niente

Se no, quali? ...

3. Ha trovato il precedente questionario lungo?

Molto Abbastanza Poco Per niente

4. Pensa che il questionario sia stato utile?

Molto Abbastanza Poco Per niente

5. Pensa che il questionario sarebbe stato maggiormente utile subito dopo l'intervento (in modo da permetterle di informarsi sin da subito)?

Molto Abbastanza Poco Per niente

6. E' soddisfatto di come ha risposto alle domande?

Molto Abbastanza Poco Per niente

7. Se non lo è, chi pensa avrebbe dovuto informarla meglio? (sono possibili più risposte)

Il medico

Il fisioterapista

Avrei dovuto informarmi di più io come paziente

Altro indicare:

8. Pensa che sia importante che voi pazienti siate informati riguardo al vostro problema?

Molto Abbastanza Poco Per niente

9. Pensa che il precedente questionario dovrebbe essere introdotto nel protocollo riabilitativo?

Molto Abbastanza Poco Per niente

10. Se sì, pensa che il precedente questionario debba essere introdotto anche per altre malattie?

Molto Abbastanza Poco Per niente

11. In generale, quanto ha apprezzato il precedente questionario?

Molto Abbastanza Poco Per niente

Riservato all'esaminatore:

-Il paziente ha richiesto l'invio della mail con la soluzione e spiegazione delle domande? Sì No

-Particolarità e criticità riscontrate:

2. Formula introduttiva

Salve,

sono Riccardo Quarta, sono uno studente del III anno di Fisioterapia. Per la tesi sto portando avanti uno studio in collaborazione con l'ospedale di Vittorio Veneto. Questo le è stato accennato da un fisioterapista vero?

Lei ha da poco fatto la visita di controllo dal fisiatra vero? Quando?

Allora se lei è disponibile le proporrei un breve questionario telefonico composto da poche domande.

Rispondere alle domande dovrebbe richiedere in tutto una decina di minuti, ma se preferisce posso richiamare e somministrarle il questionario in un altro momento.

La tesi ha come argomento l'informazione come strumento terapeutico.

Le seguenti domande vengono proposte in quanto richiedono la conoscenza di concetti che possono essere utili alle persone col suo problema, sia durante che dopo il trattamento riabilitativo.

Le domande potranno sembrarle difficili, ma lei risponda senza preoccuparsi di sbagliare: i risultati del questionario verranno usati infatti in forma anonima e in ogni caso non saper rispondere alle domande non è assolutamente una sua colpa come paziente.

Se lo desidera, al termine del questionario posso inviarle per mail un documento con soluzione e spiegazione delle domande. Posso procedere?

Il questionario è diviso in due parti.

La prima parte indaga la sua conoscenza del suo problema ed è composta da 15 brevi affermazioni, che lei potrà dire essere vere o false, secondo quello che sa.

La seconda parte indaga invece come lei si è trovato/a col questionario, è composta da altre poche domande a cui lei potrà rispondere molto, abbastanza, poco o per nulla.

Se non dovesse capire le domande posso ripetergliene il testo.

Posso cominciare?

Dopo aver concluso:

1^a fase: le chiederei di non fare parola del questionario ad altri pazienti e ad i fisioterapisti dell'ulss 7, in quanto in questa fase è previsto non siano a conoscenza dello studio.

2^a fase: le chiederei di non fare parola del questionario ad altri pazienti dell'ulss 7.

3. Soluzione e breve spiegazione delle domande

1. La cuffia dei rotatori è costituita da muscoli e legamenti.

FALSO: la cuffia dei rotatori è costituita esclusivamente da muscoli. Le problematiche primarie legate alla cuffia sono quindi di tipo esclusivamente muscolare (stiramenti, contratture, infiammazione dei tendini), anche se possono comportare anche interessamenti di altre strutture di diverso tipo (articolazioni, legamenti, borse).

2. I muscoli compresi nella cuffia dei rotatori sono 2.

FALSO: la cuffia dei rotatori è composta da 4 muscoli: sopraspinato, sottospinato, piccolo rotondo e sottoscapolare, che sono così raggruppati per la vicinanza (a volte sovrapposizione) dell'inserzione tendinea sull'omero e per la similarità della loro funzione. Nelle lesioni della cuffia dei rotatori solitamente viene solo coinvolto il sopraspinato, più raramente anche il sottoscapolare o gli altri muscoli.

3. L'acromion è una protuberanza ossea della scapola.

VERO: se per una conformazione individuale o per problemi degenerativi si ingrossa, può andare a comprimere la cuffia dei rotatori. Perciò spesso viene "limato" in modo che crei meno problemi.

4. I muscoli della cuffia dei rotatori originano tutti dalla scapola e si inseriscono tutti sull'omero (l'osso del braccio).

VERO: infatti stati dolorosi legati alla cuffia dei rotatori vera a propria si possono avvertire dalla testa dell'omero alla scapola. Altri dolori, ad esempio sul braccio o sulla regione fra scapola e colonna vertebrale o collo non sono imputabili direttamente all'infiammazione o lesione della cuffia dei rotatori bensì ad altri muscoli (che possono essere contratti o stirati) o ad altre strutture.

5. Una delle funzioni principali della cuffia dei rotatori è ruotare il braccio, sia in dentro che in fuori.

VERO: quasi tutti i muscoli della cuffia dei rotatori sono rotatori esterni (ovvero, tenendo il gomito piegato, ruotano il braccio in modo che la mano vada verso fuori). Solo il sottoscapolare è un rotatore interno, e interviene soprattutto quando la mano è dietro la schiena (come per grattarsi la schiena o allacciarsi il reggiseno). Il sopraspinato inoltre ha un ruolo importante nell'alzare il braccio lateralmente.

6. Un'altra delle funzioni principali della cuffia dei rotatori è tenere "abbassata" la testa dell'omero quando si alza il braccio.

VERO: o meglio, la tengono "centrata" nel suo alloggiamento nella scapola, evitando che provochi danni a sé stessa e alle strutture circostanti durante il movimento del braccio.

7. Se la cuffia dei rotatori non funziona correttamente, quando si alza il braccio si avverte dolore in quanto viene compresso un nervo.

FALSO: a essere compressa è spesso la cuffia dei rotatori stessa. Per questo nel tempo può infiammarsi e andare incontro a degenerazione e rotture.

8. Quando si alza il braccio davanti, tenere il gomito piegato provoca meno dolore alla spalla. VERO: diminuisce il braccio di leva dell'arto, quindi il braccio è meno pesante, c'è meno spostamento della testa e la cuffia è meno danneggiata e riesce a "controllare" meglio il movimento.

9. Quando si alza il braccio davanti, tenere il braccio ruotato esternamente (ovvero con il pollice che indica verso l'alto) provoca meno dolore alla spalla.

VERO: infatti c'è una protuberanza ossea sulla testa dell'omero che spesso va a “sbattere” contro la cuffia. Se si tiene il braccio ruotato esternamente questa protuberanza viene tenuta lontana dalla cuffia e dalle strutture connesse.

10. Una postura con le spalle “in avanti” aumenta lo spazio in cui scorre la cuffia, ed è quindi consigliata come posizione per ridurre il dolore.

FALSO: anzi, in quella postura la cuffia ha meno spazio per scorrere perciò si infiamma più facilmente. Tenere le spalle “dritte” (ben allineate) invece aumenta lo spazio.

11. La causa principale di lesione alla cuffia dei rotatori è una malattia degenerativa di causa ancora ignota che colpisce il tessuto muscolare.

FALSO: la causa più frequente è una degenerazione progressiva collegata a un comportamento motorio scorretto (posture della spalla o schemi di movimento del braccio scorretti), che infiammano ripetutamente la cuffia, rendendola più fragile, tanto che bastano traumi di bassa entità per creare lesioni o addirittura rotture.

12. Tutte le lesioni alla cuffia dei rotatori vengono trattate chirurgicamente.

FALSO: vengono trattati chirurgicamente solo pazienti con lesioni complete dei tendini, con stati dolorosi importanti e con il tendine lacerato in buone condizioni e non retratto. In caso contrario, viene prescritto del trattamento “conservativo”, ovvero senza interventi chirurgici. Se questo fallisce e la situazione peggiora, si deve procedere anche qui con l'intervento.

13. Dopo un mese dall'intervento, il tendine della cuffia dei rotatori è circa al 20% della sua resistenza normale.

VERO: per cui bisogna evitare di sollecitare eccessivamente il tendine, sia con contrazioni improvvise o troppo intense, sia evitando di allungarlo eccessivamente.

14. Se il trattamento ha buon esito il dolore, a eccezione di casi particolari dovrebbe ridursi ma rimanere presente, anche a riposo.

FALSO: infatti l'obiettivo dell'intervento e del conseguente trattamento riabilitativo è la scomparsa del dolore e il ritorno alla funzionalità normale del braccio.

15. Per quanto riguarda i movimenti, alla fine del trattamento dovrebbe riuscire a fare tutto, in molti casi anche a riprendere un'eventuale attività sportiva.

VERO: infatti l'obiettivo dell'intervento e del conseguente trattamento riabilitativo è la scomparsa del dolore e il ritorno alla funzionalità normale del braccio.

4. Razionale delle domande

Nota: per esigenze dello studio questa sezione è scritta in linguaggio più tecnico rispetto alle altre sezioni del questionario, ma le parti importanti per il paziente dovrebbero essere comunque comprensibili.

Il carattere “didattico” del presente questionario costituisce la variabile aggiuntiva che distingue il gruppo sperimentale da quello di controllo, quindi la presente sezione e quella precedente (“soluzione e spiegazione delle domande”) sono importanti soprattutto per i pazienti che fanno parte del gruppo sperimentale.

Tuttavia, si tratta di conoscenze che possono essere utili e interessanti anche per gli altri pazienti che hanno risposto al questionario nel contesto di questo studio, anche se gli è stato somministrato in una fase avanzata del trattamento.

Le domande dalla (1) alla (4) indagano alcune nozioni prettamente anatomiche. Una conoscenza anche superficiale di questi concetti anche se in apparenza fine a sé stessa aiuta invece il paziente a essere meno disorientato quando legge i referti o parla con i professionisti sanitari, diminuendone l'incertezza e la preoccupazione e aumentandone la consapevolezza.

Rispondere alla domanda (4) in particolare permette al paziente di ragionare su quale regione della schiena si estenda la cuffia, in modo da poter contestualizzare anche cognitivamente il dolore e la limitazione funzionale, nonché l'attenzione a sensazioni particolari provenienti da quel distretto.

Le domande dalla (5) alla (10) invece riguardano la funzione del “gruppo funzionale” cuffia dei rotatori. Informarsi riguardo a queste domande porta il paziente a comprendere quali siano i meccanismi per cui si crea il danno, e di conseguenza quale sia il comportamento motorio corretto tale da ridurre il dolore e il danno tissutale. Questo infine corrisponde in un certo senso al concetto Sahrman di “educare il paziente rispetto alla sua disfunzione”, promuovendo una correzione spontanea dei comportamenti scorretti durante la quotidianità.

La domanda (11) invece ha come tema l'eziologia (più frequente) delle lesioni della cuffia dei rotatori. Come prima, un'informazione del genere aumenta la consapevolezza del paziente e ne diminuisce le emozioni negative, che spesso hanno origine inconscia dovuta fra l'altro alla mancanza di informazioni esatte riguardo all'evento patologico in atto. Inoltre, pone ulteriore enfasi sul ripristinare un comportamento motorio corretto sia per la buona riuscita del trattamento sia per evitare recidive.

La domanda (12) dà un'idea al paziente dei criteri di eleggibilità per l'intervento a cui è andato incontro il paziente, in modo da renderlo più consapevole della sua situazione e della motivazione delle scelte mediche che sono state prese.

La domanda (13) fornisce invece un dato preciso su quale sia la resistenza effettiva del tendine quando il paziente si appresta a cominciare il secondo ciclo di trattamento. Questo dato dovrebbe da un lato scoraggiare comportamenti motori eccessivamente intraprendenti, dall'altro rassicurare il paziente della motivazione del suo dolore e limitazione funzionale.

Le domande (14) e (15) invece sono molto importanti perché tranquillizzano il paziente sul carattere (solitamente) assolutamente positivo della prognosi, sia per quanto riguarda il dolore e la funzione. Poiché il dolore e il deficit funzionale permangono per molto tempo anche dopo l'intervento, il paziente potrebbe essere portato a essere meno ottimista, e tale atteggiamento negativo potrebbe influenzare anche l'adesione al trattamento, la qualità di vita durante la riabilitazione e i tempi di guarigione stessi.

Nota: da una breve indagine non strutturata è emerso che le persone senza conoscenze di anatomia funzionale, benché giustamente abbiano dei dubbi sul significato di “*rotazione interna*” ed “*esterna*” di omero, eseguono tutte correttamente il movimento di elevazione se gli viene chiesto di fare attenzione alla direzione del pollice. Nello stesso modo è emerso che le persone non riconoscono univocamente il significato di spalle “*anteposte*” e “*retroposte*”, quindi si è optato per un meno elegante ma più universale “*in avanti*” e “*in dietro*”.

Allegato 3

QUESTIONARIO PER IL FISIOTERAPISTA



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

Università degli studi di Padova
Dipartimento di Riabilitazione, ULSS 7

Tesi di Laurea: “L'informazione come strumento terapeutico”

Corso di Laurea in Fisioterapia, sede di Conegliano

Studente: Riccardo Quarta

Relatore: Giorgio Granzotto

Corelatore: Marco Caia

Questionario per il fisioterapista

Indice

- I. Presentazione dello studio
- II. Protocollo operativo
- III. Modulo di partecipazione allo studio
- IV. Questionario per il fisioterapista
- V. Scheda di valutazione del paziente
- VI. Scala SST (tradotta)

I. Presentazione dello studio

Salve,

con il presente si richiede di partecipare alla tesi di laurea “L'informazione come strumento terapeutico”, dello studente Riccardo Quarta. In sintesi il proposito della tesi è indagare gli effetti della comunicazione sul rapporto terapeutico e sugli esiti dell'intervento riabilitativo stesso.

Per ulteriori informazioni se richiesto vi sarà consegnato il progetto di tesi.

In questa seconda e finale fase dello studio è richiesta anche la partecipazione di voi fisioterapisti.

Partecipare a questo studio non comporta un grosso impegno in termini di tempo, non sono richieste informazioni personali e non vi è richiesto di modificare né le vostre abitudini comunicative né quelle riabilitative.

Per quanto riguarda la durata dello studio, esso avrà inizio appena raccolti tutti i questionari e terminerà indicativamente il 4 Marzo 2016.

Come riassunto nella tabella alla fine della presentazione, dopo aver accettato di partecipare il vostro contributo sarà richiesto in 4 momenti:

- 1) Compilazione del questionario
- 2) Reclutamento dei pazienti
- 3) Valutazione iniziale
- 4) Valutazione finale

Più nel dettaglio:

1) **Compilazione del questionario:** il questionario è composto da 3 sezioni, che indagano rispettivamente A) l'esperienza del fisioterapista (tramite 3 domande generali), B) le sue abitudini comunicative e C) le sue opinioni in tema di comunicazione. Non sono richieste perciò competenze o conoscenze specifiche, né vengono poste domande di carattere personale. Una volta compilato il questionario verrà consegnato alla figura di riferimento nominata per tale incarico (Marco Caia) il quale assegnerà una lettera-codice al fisioterapista e annoterà tale lettera in un documento in cui appunto a ciascuna lettera è associato il corrispondente fisioterapista. Il questionario verrà poi riconsegnato allo studente per l'elaborazione dei dati: in questo modo lo studente non sarà a conoscenza dell'identità del fisioterapista che ha compilato il questionario e la figura di riferimento non sarà a conoscenza dei dati dei questionari. La figura di riferimento utilizzerà poi il documento con l'associazione lettere-nomi per comunicare allo studente, tramite l'opportuno codice, quale fisioterapista sta seguendo i pazienti coinvolti nello studio. Il tempo stimato per compilare il questionario è di 3 minuti.

Ulteriori informazioni riguardanti contenuti e modalità di compilazione del questionario verranno date nella sezione apposita.

2) **Reclutamento dei pazienti:** per lo studio i pazienti verranno selezionati secondo i seguenti criteri:

- ✓ Criteri d'inclusione: intervento di ricostruzione di cuffia dei rotatori, età maggiore o uguale a 45 anni.

- ✓ Criteri d'esclusione: anamnesi positiva ad altri interventi di ricostruzione di cuffia dei rotatori, diagnosi di ritardo mentale, patologie sistemiche.

Se accettate di partecipare allo studio vi si chiede di comunicare alla figura di riferimento (Marco Caia) i dati identificativi (bastano nome, cognome e data di nascita) dei pazienti che avete in trattamento che risultano eleggibili secondo questi criteri.

Nota: per fini organizzativi dello studio, si chiede di segnalare eventuali pazienti eleggibili già quando ricevono il I° ciclo di trattamento.

I pazienti seguiranno quindi questo iter:

- ✓ assegnazione a gruppo sperimentale o di controllo tramite lista di randomizzazione (in possesso e a conoscenza esclusiva dello studente).

Quindi i pazienti di entrambi i gruppi riceveranno:

- ✓ valutazione iniziale (nel primo giorno del II° ciclo di trattamento) secondo le modalità riportate in seguito.
- ✓ trattamento consueto a completa discrezione del fisioterapista, secondo protocollo e secondo i bisogni riabilitativi del paziente.
- ✓ valutazione finale (nell'ultimo giorno del II° ciclo di trattamento) secondo le modalità riportate in seguito.
- ✓ somministrazione telefonica del “questionario per il paziente” ad opera dello studente, in seguito alla visita di controllo fisiatrica dopo il II° ciclo.

In aggiunta, ai pazienti del gruppo sperimentale verrà somministrato il “questionario per il paziente” anche in precedenza, dopo la visita fisiatrica del I° ciclo.

Nota: ai fisioterapisti non è richiesto sapere se il paziente appartiene ad un gruppo o ad un altro. Inoltre si chiede di NON modificare le proprie abitudini comunicative né di modificare le modalità di trattamento: in altre parole nonostante la partecipazione allo studio il fisioterapista dovrebbe trattare il paziente come di consueto, ad eccezione dei momenti valutativi.

Infine, il “questionario per il paziente” NON indaga in nessun modo la soddisfazione del paziente nei confronti del fisioterapista, ma esclusivamente il suo livello di conoscenza rispetto al proprio problema. A tal proposito, i pazienti del gruppo sperimentale (che riceveranno prima il questionario) potrebbero fare delle domande relative alla propria patologia: i fisioterapisti sono liberi di rispondere (o meno) a tali interrogativi, anche se il paziente porta in seduta una copia del questionario (lo studio prevede questa possibilità).

3) **Valutazione iniziale** (primo giorno del II° ciclo)

La valutazione richiesta ai fini di questo studio è brevissima, a eccezione dell'esame articolare che però è già previsto in una consueta valutazione fisioterapica.

In allegato è inserita una scheda valutativa con inserite le voci di valutazione considerate per questo studio. Se il fisioterapista accetta di partecipare allo studio gli verranno consegnate alcune copie di queste schede, che compilerà in occasione della valutazione iniziale.

Le voci indagate sono le seguenti:

1. **Dolore**, tramite scala NRS (Numeric Rating Scale): viene chiesto al paziente “in una scala da 0 a 10, dove 0 corrisponde a nessun dolore e 10 corrisponde al massimo dolore immaginabile, come definirebbe il suo dolore in questo momento?”
2. **Efficacia globale percepita del trattamento**, tramite scala GPE (Global Perceived Effect): al paziente viene chiesto “in una scala che va da -5 a +5 passando per lo 0, dove -5 corrisponde a molto peggio, +5 a sono completamente guarito e 0 a nessun cambiamento,

come direbbe che è cambiata la sua situazione generale attuale rispetto a prima dell'intervento?”

3. **Funzione**, tramite versione tradotta del SST (Simple Shoulder Test). Questo questionario contiene 12 domande che fanno riferimento alla possibilità (o no) per il paziente di eseguire alcuni compiti funzionali. Il tempo di somministrazione è breve (2 minuti) e il paziente può eseguirlo in completa autonomia. L'ideale sarebbe che il paziente lo compilasse contestualmente al momento valutativo, ma può portarlo compilato anche la volta successiva. Al paziente NON è richiesto di eseguire effettivamente le azioni descritte, ma solo di rispondere se sarebbe in grado di farle.

4. **Articolarità**, secondo esame articolare, in 4 movimenti:

- ✓ flessione
- ✓ abduzione
- ✓ intrarotazione
- ✓ extrarotazione

Le misure fanno riferimento al movimento esclusivo della gleno-omeroale (quindi a scapola fissata).

4) **Valutazione finale** (ultimo giorno del II° ciclo)

Le modalità sono le medesime della valutazione iniziale.

Una volta terminata, il fisioterapista dovrà restituire la scheda valutativa del paziente con allegati possibilmente i due questionari SST alla figura di riferimento (Marco Caia) o allo studente.

Nota: se il paziente non è sicuro di poter essere presente all'ultima seduta di trattamento, eseguire la valutazione l'ultimo giorno disponibile.

Nota: in questo documento sono allegate solo una copia della scheda valutativa e una della scala SST. Nel caso il fisioterapista accettasse di partecipare allo studio, ulteriori copie possono essere richieste alla figura di riferimento (Marco Caia) o allo studente, che sarà in tirocinio clinico nella struttura pressoché tutta la durata di questa fase.

II. Protocollo operativo

QUANDO	COSA	CHI
Per i fisioterapisti:		
Inizio dello studio	Somministrazione del “questionario per i fisioterapisti” ai fisioterapisti	Figura di riferimento
1)	Compilazione in autonomia del “questionario per i fisioterapisti”	Fisioterapista
	Raccolta dei questionari e consegna allo studente	Figura di riferimento
Per ogni paziente:		
2) I° ciclo	Segnalazione del paziente alla figura di riferimento (Marco Caia)	Fisioterapista
Fra la visita fisiatrica di controllo dopo il I° ciclo e l'inizio del II° ciclo	Raccolta del consenso informato di partecipazione allo studio e dell'autorizzazione al trattamento dei dati	Figura di riferimento
	Randomizzazione e assegnazione al gruppo sperimentale o di controllo	Studente
	Somministrazione telefonica del “questionario per il paziente” ai pazienti del <u>gruppo sperimentale</u>	Studente
3) T0 (1° giorno II° ciclo)	Rilevazioni delle misure di outcome clinico iniziali in <u>entrambi i gruppi</u>	Fisioterapista
4) T1 (ultimo giorno II° ciclo)	Rilevazioni delle misure di outcome clinico finali in <u>entrambi i gruppi</u>	Fisioterapista
Dopo la fine del II° ciclo di trattamento	Somministrazione telefonica del “questionario per il paziente” ai pazienti di <u>entrambi i gruppi</u>	Studente
Fine della raccolta dati	Elaborazione statistica	Studente

III. Modulo di partecipazione allo studio

Nota: la sezione III e IV di questo documento vanno riconsegnate alla figura di riferimento (NON allo studente), mentre le altre sezioni possono restare in possesso del fisioterapista. Si prega di riconsegnare questo documento anche in caso si decida di non partecipare allo studio.

Nome:

Cognome:

Indirizzo di posta elettronica:

Dopo aver letto la presentazione dello studio, dichiaro di:

partecipare allo studio.

non partecipare allo studio.

In caso negativo, si prega di indicare la motivazione:

Codice assegnato:

(compilazione da parte della figura di riferimento)

IV. Questionario per il fisioterapista

Codice assegnato:

(compilazione da parte della figura di riferimento)

Nota: la sezione II e III di questo documento vanno riconsegnate alla figura di riferimento (NON allo studente), mentre le altre sezioni possono restare in possesso del fisioterapista. Si prega di riconsegnare questo documento anche in caso si decida di non partecipare allo studio.

Il presente questionario sarà compilato dal fisioterapista che accetti di far parte dello studio una volta sola, prima che esso tratti i pazienti oggetto di studio (e precedentemente quindi alla creazione e alla raccolta dei dati).

Compilare il questionario dovrebbe richiederle in tutto 3 minuti.

Risponda alle domande nel modo secondo lei più vero.

È libero di lasciare un commento personale scritto, anche per rispondere meglio al quesito, dopo ogni domanda.

Nota: soltanto alle domande della sezione A verrà assegnato un punteggio, per sintetizzare un “profilo” della sua esperienza nella riabilitazione degli esiti di ricostruzione di cuffia dei rotatori. Le altre sezioni avranno utilità di tipo descrittivo alla stesura del lavoro.

A) Esperienza

1) Indichi i suoi anni di esperienza (pratica professionale):

meno di uno da uno a tre da tre a dieci da dieci a venti oltre venti

....

2) Indichi nell'ultimo anno quanti pazienti con esiti di ricostruzione di cuffia dei rotatori ha trattato:

nessuno cinque o meno dieci o meno venti o meno più di venti

....

3) Negli ultimi 5 anni, quanti corsi di specializzazione/master universitari pertinenti con la patologia oggetto di studio (esiti di ricostruzione di cuffia dei rotatori)?

nessuno uno da due a cinque da sei a dieci più di dieci

...

B) Abitudini comunicative

1) Solitamente lei comunica col paziente:

(nota: non necessariamente riguardo argomenti relativi alla patologia e al trattamento)

mai poco ogni tanto spesso sempre

...

2) Solitamente lei col paziente parla delle dinamiche fisiopatologiche della patologia:

mai poco ogni tanto spesso sempre

...

3) Solitamente lei col paziente parla di come il trattamento influenzerà il decorso della patologia:

mai poco ogni tanto spesso sempre

...

4) Solitamente lei si accerta che il paziente abbia ben compreso gli obiettivi di trattamento:

mai poco ogni tanto spesso sempre

...

5) Solitamente lei si accerta che il paziente abbia ben compreso in che tempi è previsto raggiunga gli obiettivi di trattamento:

mai poco ogni tanto spesso sempre

...

6) Solitamente lei si accerta che il paziente abbia ben compreso la diagnosi:

mai poco ogni tanto spesso sempre

...

Indichi quanto lei gradisce comunicare col paziente:

7) di argomenti non necessariamente relativi alla patologia e al trattamento

per nulla poco è indifferente abbastanza molto

...

8) degli aspetti relativi alla patologia e al trattamento

per nulla poco è indifferente abbastanza molto

...

9) in generale

per nulla poco è indifferente abbastanza molto

...

Secondo lei, quanto è importante che il paziente sia informato:

10) in generale

per nulla poco è indifferente abbastanza molto

...

11) Perché?

(Nota: rispondere a questa domanda solo se si è espressi positivamente alla domanda precedente. È possibile indicare più di una risposta)

- È un diritto del paziente
- È un dovere del professionista sanitario
- Rientra nella tendenza – dimostrata dalla letteratura – dell'evoluzione del paziente da “protagonista passivo” a “cliente informato”
- Il paziente sarà portato a eseguire in modo più continuato gli esercizi
- Il paziente sarà portato a eseguire meglio gli esercizi
- Avere informazioni precise riguardo alla propria patologia facilita nel costruire una credenza positiva verso la patologia, con effetti positivi sulla sfera psicologica
- Avere informazioni precise riguardo alla propria patologia facilita nel costruire una credenza positiva verso la patologia, con effetti positivi non solo sulla sfera psicologica ma anche sull'outcome clinico

...

12) sulla prognosi

per nulla poco è indifferente abbastanza molto

...

13) sulle dinamiche della patologia

per nulla poco è indifferente abbastanza molto

...

14) sugli effetti del trattamento

per nulla poco è indifferente abbastanza molto

...

C) L'informazione del paziente

Secondo lei, generalmente il paziente quanto è informato riguardo:

1) alla propria prognosi

per nulla poco sufficientemente abbastanza molto

...

2) alle dinamiche della propria patologia

per nulla poco sufficientemente abbastanza molto

...

3) agli effetti del trattamento

per nulla poco sufficientemente abbastanza molto

...

V. Scheda di valutazione del paziente

a. Dati identificativi del paziente

Nome:

Cognome:

Data di nascita:

b. Valutazione del paziente

	Valutazione iniziale	Valutazione finale	Modificazione
	(primo giorno II° ciclo)	(ultimo giorno II° ciclo)	(compilazione riservata allo studente)

Data:

1. Dolore

NRS (Numeric Rating Scale)

“In una scala da 0 a 10, dove 0 corrisponde a nessun dolore e 10 corrisponde al massimo dolore immaginabile, come definirebbe il suo dolore in questo momento?”

2. Efficacia globale percepita del trattamento

GPE (Global Perceived Effect)

“In una scala che va da -5 a +5 passando per lo 0, dove -5 corrisponde a molto peggio, +5 a sono completamente guarito e 0 a nessun cambiamento, come direbbe che è cambiata la sua situazione generale attuale rispetto a prima dell'intervento?”

3. Funzione

Scala SST tradotta (Simple Shoulder Test)

Nota: compilazione riservata al paziente. Al paziente NON è richiesto di eseguire effettivamente le azioni indicate, ma solo di riferire se sarebbe in grado secondo la propria opinione di eseguire quell'azione.

4. Articolari

Esame articolare
Flessione

Abduzione

Rotazione interna

Rotazione esterna

Nota: l'esame va eseguito esclusivamente per l'articolazione gleno-omeroale, quindi a scapola fissata.

Importante: segnalare alla figura di riferimento se non è stato lo stesso fisioterapista a seguire il paziente per tutta la durata del trattamento.

VI. Scala SST (tradotta)

TEST SEMPLICE per la SPALLA

Nome: _____

Data: __/__/____

Buongiorno,

la presente è la traduzione in italiano di un questionario originariamente in lingua inglese. Non le è richiesto di eseguire le attività seguenti, ma solo di indicare se secondo lei sarebbe in grado di eseguirle se ce ne fosse bisogno.

Rispondere alle domande dovrebbe richiedere in tutto 2 minuti.

La ringraziamo per la collaborazione.

- | | | |
|---|-----|----|
| 1. Sente che la sua spalla è comoda col braccio che le pende di fianco? | SI' | NO |
| 2. La sua spalla le permette di dormire comodamente? | SI' | NO |
| 3. Riuscirebbe a raggiungere la parte bassa della sua schiena per infilarsi la maglietta? | SI' | NO |
| 4. Riuscirebbe a mettere la sua mano dietro la testa col gomito che punta dritto in fuori di lato? | SI' | NO |
| 5. Riuscirebbe a mettere una moneta su una mensola all'altezza della sua spalla senza piegare il gomito? | SI' | NO |
| 6. Riuscirebbe a sollevare una bottiglietta d'acqua all'altezza della sua spalla senza piegare il gomito? | SI' | NO |
| 7. Riuscirebbe a sollevare un peso di tre chili all'altezza della sua testa senza piegare il gomito? | SI' | NO |
| 8. Riuscirebbe a portare una busta della spesa al suo fianco con il braccio malato? | SI' | NO |
| 9. Riuscirebbe a lanciare dal basso una pallina da tennis lontano 10 metri con il braccio malato? | SI' | NO |
| 10. Riuscirebbe a lanciare dall'alto una pallina da tennis lontano 20 metri con il braccio malato? | SI' | NO |
| 11. Riuscirebbe a lavare la parte dietro della spalla opposta con il braccio malato? | SI' | NO |
| 12. La sua spalla le permetterebbe di lavorare a tempo pieno nel suo impiego consueto? | SI' | NO |

Allegato 4

Lista dei fisioterapisti per la codifica dei questionari



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli studi di Padova
Dipartimento di Riabilitazione, ULSS 7

Tesi di Laurea: “L'informazione come strumento terapeutico”

Corso di Laurea in Fisioterapia, sede di Conegliano

Studente: Riccardo Quarta

Relatore: Giorgio Granzotto

Corelatore: Marco Caia

Elenco dei fisioterapisti

Cognome e nome del fisioterapista

Partecipa

Lettera
assegnata

Allegato 5

Lista di randomizzazione



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

Università degli studi di Padova
Dipartimento di Riabilitazione, ULSS 7

Tesi di Laurea: “L'informazione come strumento terapeutico”
Corso di Laurea in Fisioterapia, sede di Conegliano
Studente: Riccardo Quarta
Relatore: Giorgio Granzotto
Corelatore: Marco Caia

Lista di randomizzazione

Nota: si è deciso che al risultato della randomizzazione 1) è assegnato il gruppo sperimentale, mentre al 2) il gruppo di controllo.

Ordine di reclutamento	Lista di randomizzazione	Gruppo di assegnazione	Cognome e nome
1	2	1° controllo	
2	2	2° controllo	
3	1	1° sperimentale	
4	2	3° controllo	
5	2	4° controllo	
6	1	2° sperimentale	
7	2	5° controllo	
8	2	6° controllo	
9	1	3° sperimentale	
10	2	7° controllo	
11	1	4° sperimentale	
12	1	5° sperimentale	
13	1	6° sperimentale	
14	1	7° sperimentale	
15	1	8° sperimentale	
16	2	8° controllo	

