11/05/2025

**COMMON SENSE MODEL**

Docente: Riccardo Gambugini

Autori Sbobina: Alessandro Cipolli, Carlotta Candoli

Immagine che contiene testo, diagramma, schermata, linea

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

Il common sense ha lo scopo di compiere uno shift sulla dimensione interpretativa dalla prospettiva del pz (ciò lo differenzia dallo status presens).

|  |  |
| --- | --- |
| **INTERPRETAZIONE** | |
| **Percezione dei sintomi** | **Percezione di fragilità e vulnerabilità** “mi sento estremamente fragile, mi blocco subito senza fare chissà cosa”, “col dolore ci convivo”;  Dolore/Sintomi equivale a danno: “Evito di farlo perché mi hanno detto così e perché so che se lo faccio il carico sulla colonna è smisurato quindi va protetta” |
| **Messaggi sociali** | **Contesto sociale che rinforza convinzioni di malattia e l’atteggiamento di evitamento** “Mi sono documentato e ho scoperto che se piego la schiena il carico sui dischi aumenta tantissimo”  🡪Il contesto correla il problema con l’ernia  “Evito di piegare la schiena perché così mi è stato detto” |
| **Esperienze precedenti** | Pregresse e diverse esperienze efficaci momentaneamente portano probabilmente a confusione  (diversi episodi sintomatici molto invalidanti, frequenti tentativi di ripresa delle attività non andati a buon fine, trattamenti con beneficio per poco tempo o solo parziale)  “Stavo meglio poi sono tornato a bloccarmi” |
| **RAPPRESENTAZIONE** | |
| **Identità** | Identificazione con la propria patologia di sindrome faccettaria “l’unico medico che mi ha dato una spiegazione plausibile e diversa dalle altre ed io ero soddisfatto”  Identificazione con la percezione di fragilità “mi sento estremamente fragile, mi blocco subito senza fare chissà cosa”  Si sente confuso |
| **Cause** | Causa strutturale “l’ultimo medico mi ha dato una spiegazione plausibile e diversa dalle altre ed io ero soddisfatto”  Causa legata all’attività in flessione, con carichi, a velocità elevate “piegarmi in avanti e sollevare pesi…..se lo faccio il carico sulla schiena è smisurato”, “se faccio movimenti bruschi sento le fitte”  Cause legate al troppo o troppo poco esercizio/movimento “quando mi alleno di più sto peggio…..l’intensità dell’allenamento è un fattore importante nell’insorgenza delle recidive”, “troppo fermo o troppo a letto”  Però si sente confuso e nella richiesta di aiuto chiede di capire che cos’ha e sembra accennare anche ad altre cause “quando non dormo e mi prende l’ansia sto peggio” |
| **Conseguenze** | Evitamento dei movimenti che determinano comparsa dei sintomi o che lui crede possano essere dannosi “piegarmi in avanti e sollevare pesi evito di farlo e sento che proprio non si vuole piegare”, “se faccio movimenti bruschi sento le fitte quindi li evito”, “la schiena va protetta”, “perché so che se lo faccio il carico sulla schiena è smisurato”, “non ho più messo un bilanciere sulle spalle perché credo che non mi possa reggere”  Difficoltà nel gestire le relazioni sociali “faccio fatica a far capire agli altri il mio problema”  Attacchi d’ansia e depressione  Disturbo del sonno  kinesiofobia |
| **Temporalità** | Informazione mancante |
| **Controllo** | Mancanza di controllo e di capacità di gestione “col dolore ci convivo”, “quando mi alleno di più sto peggio…..l’intensità dell’allenamento è un fattore importante nell’insorgenza delle recidive”, “troppo fermo o troppo a letto”  Si sente confuso |
| **AZIONE COMPORTAMENTALE** | |
| Evitamento di alcune attività “evita la flessione, i carichi, i movimenti bruschi  Riposo assoluto “se mi blocco riposo assoluto  Assunzione farmaci “se mi blocco, FANS”  Tentativi di ripresa attività fisica “basta, devo tornare come prima”, “esercizio blando”  Comportamenti di protezione “attivo il core” | |
| **VALUTAZIONE** | |
| Si sente confuso: difficoltà ad attribuire un senso alla propria condizione.  Altre informazioni non presenti nelle slides e ci verranno date in presenza. | |
| **RISPOSTA EMOTIVA** | |
| Conflitto tra percezione del sé passato ed attuale “in passato ero in grado di fare qualsiasi cosa, mi sentivo molto forte”, “tornare ad allenarmi forte come un tempo”  Distress correlato al dolore “mi sento depresso”, “ansia per paura delle riacutizzazioni”, “quando non dormo e mi prende l’ansia sto peggio”, “faccio fatica a far capire agli altri il mio problema”. | |

**Stage 1**

**Interpretazione**

Il paziente può interpretare il suo problema sulla base del suo background, quindi tutte le informazioni che ha a disposizione, sfruttando i tre canali che vediamo nello stage 1(la percezione dei sintomi).

Il passaggio in più che richiede il common sense è quello di capire cosa sta pensando il paziente a riguardo ai propri sintomi. Non a caso si chiama interpretazione questo box.

**Percezione dei sintomi**

Quindi non dobbiamo ridurci a fare un elenco, altrimenti è una sovrapposizione con quello che è la compilazione dello status presence e dell'icf. Questi sono due strumenti diversi forniti dal Masrterster, per il supporto al ragionamento clinico, ma che non possono essere sovrapposti. Il common sense ha lo scopo di compiere uno shift sulla dimensione interpretativa, ma dalla prospettiva del paziente.

Basandoci sul nostro esempio avremmo dovuto evidenziare il vissuto del paziente rispetto alla convivenza con il dolore, cioè quella fase “col dolore ci convivo”, che è un po’ lo specchio della fragilità e vulnerabilità che ha il paziente. Inoltre, avremmo dovuto precisare che per il paziente dolore e sintomi equivalgono a danno, che potevamo interpretare da frasi come “evito di farlo perché mi hanno detto così, perché devo proteggere la schiena altrimenti qualcosa andrà storto”.

**Messaggi sociali**

La cosa importante da cogliere era che il contesto sociale rinforza le convinzioni di malattia, quindi andava annotato, come l'atteggiamento di evitamento. Bisognava intuire il collegamento tra gli Impairment Anatomici ed il dolore lombare che il contesto sanitario ribadisce più volte, quindi l’ernia, la sindrome faccettaria, l'instabilità a cui però lui non crede o crede solo in parte. Però andava esplicitato che proprio il contesto correla il suo problema all'ernia o alla sindrome delle faccette, ed aggiungere che lui ci crede parzialmente a questo e che quindi può portare a tutta una serie di conseguenze.

Il messaggio sociale più forte che lo condiziona anche nei comportamenti e che lo porta all'atteggiamento di evitamento è proprio quello di evitare di sollevare pesi e di piegarsi.

**Esperienze precedenti**

Per quanto riguarda le precedenti esperienze, va sottolineato che non corrisponde né alla timeline degli episodi sintomatici né alla timeline dei trattamenti che ha svolto il paziente e che non ci serve per dare un'accezione di positività o negatività a questi trattamenti passati dal nostro punto di vista come professionisti o rispetto all'esito di tali trattamenti. Ma si tratta di comprendere come queste esperienze passate abbiano avvalorato le convinzioni del paziente.

Dobbiamo chiederci quale idea tali esperienze pregresse, non per forza fallimentari, abbiano restituito al paziente rispetto alla propria condizione, alla propria schiena. Dobbiamo fare sempre attenzione a non rielaborare troppo i pensieri del paziente o a fare delle congetture basandosi su parole non chiare per fare dei retropensieri, ma si cerca di farselo raccontare meglio grazie all’intervista del paziente.

**Rappresentazione**

La rappresentazione è il cuore del common sense e costituisce quasi totalmente l’illness perception, quindi la percezione soggettiva del problema, in questo caso del mal di schiena.

**Identità**

Rappresenta le etichette della malattia, da non confondere con la semplice diagnosi medica. Due sono gli aspetti fondamentali che qui si possono ricavare:

•Il primo è che il paziente si identifica con la sindrome faccettaria, a tal punto da ritenersi soddisfatto perchè riceve una diagnosi diversa, visto che non si indentificava con l'ernia e quindi si sente rappresentato da questa nuova diagnosi. Bisogna fare attenzione a scriverlo però correttamente, quindi va scritto esattamente come il paziente si sta rappresentando permettendo così all’interlocutore di rappresentarselo correttamente.

•Il secondo è che il paziente si identifica con la propria percezione di fragilità e vulnerabilità.

Si poteva aggiungere anche la confusione (è confuso proprio per la eterogeneità delle numeroso diagnosi mediche differenti).

**Cause**

A cosa attribuisce la causa del proprio mal di schiena?

🡪Non è la diagnosi, non è la temporalità degli eventi che ha subito, ma a cosa, a quali elementi, a quale situazione il paziente attribuisce i suoi sintomi come causa.

Ci sono diverse cause:

•la causa strutturale la sindrome faccettaria (di cui è tanto soddisfatto)

•le attività in flessione con carichi ed a velocità elevata (lui dice che gli provocano sintomi che determinano un carico smisurato sulla schiena, quindi potenzialmente come fonte del problema)

•l'esercizio fisico stesso addirittura troppo (tanto che dice che l'intensità dell'allenamento influenza le recidive, oppure il troppo poco movimento)

Comunque si sente confuso assolutamente, perché queste cose non spiegano il tutto e chiede di capire effettivamente cos'ha e sembra anche però accennare ad altre cause, cioè ci dice quando non dormo e mi prende l'ansia sto peggio, che forse ciò meriterebbe di essere approfondito con ulteriori domande.

Allora questa parte l'abbiamo volutamente oscurata perché la facevamo in presenza. Lo scopriremo tra qualche settimana. Così creiamo un po’ di hype per quanto riguarda proprio il senso di andare ad esplorare maggiormente ciò che il paziente si sta rappresentando.

**Conseguenze**

Non dobbiamo essere troppo generici o superficiali perché è uno strumento che ci aiuta a descrivere il paziente, facendo uno step in più rispetto alle misure di outcome patient report.

Quindi, la Tampa scale ci dice se è chinesiofobico o meno, mentre questo strumento ci da ulteriori informazioni e ci dice come, quando, in quali situazioni e perché è chinesiofobico.

Cosa emerge dall’esempio: Evitamento dei movimenti che determinano comparsa dei sintomi o che lui crede possano essere dannosi e la difficoltà nel gestire le relazioni sociali.

**Temporalità/Timeline**

Non si intende la timeline dei sintomi degli episodi, ma si intende la prognosi attesa dal paziente; quindi, potremmo ipotizzare che lui percepisca un peggioramento progressivo perché dice che con il dolore ci convive; quindi, questo ci può far pensare a qualcosa che forse non se ne andrà, ma questa è una nostra interpretazione.

Cioè, non dobbiamo dare una nostra interpretazione personale, ma dobbiamo capire la sua idea.

Nel nostro esempio questa informazione non era presente.

**Controllo**

Non si intende se il paziente attua delle strategie di controllo, buone o cattive, non è nemmeno un elenco delle strategie che lui attua, né dobbiamo dare un giudizio noi.

Corrisponde a quanto il paziente si senta in grado di controllare i propri sintomi e l'andamento della propria condizione. Quindi dobbiamo rimanere dalla prospettiva del paziente, e lo dobbiamo fare attingendo dalla sua narrativa. Lui dice che con i dolori ci convive, dando questo senso di rassegnazione, dice che con il movimento a volte sta meglio, a volte sta peggio.

Fa fatica a controllare il dolore e questo è quello che deve emergere. Non dobbiamo dire che il bracing è discutibile, perché non dobbiamo dare giudizi professionali.

**Risposta emotiva**

Anche questo fa parte dell'Illness Perception.

Nell’ esempio troviamo: il paziente si sente depresso con un tono dell'umore deflesso, si sente ansioso per le riacutizzazioni e quando non dorme, ma è anche isolato e non compreso probabilmente dal contesto sociale amicale.

C’è anche un conflitto tra la percezione del sé passato e quella attuale, quindi un'immagine forte l'immagine del sé passato rispetto a quella presente fragile. Forte vs fragile.

**Stage 2**

**Azione**

Questa era la sezione meno interpretativa in realtà, perché piuttosto semplice. In realtà anche qui ha creato alcuni problemi.

Questa sezione non va confusa con lo status presence né la descrizione della timeline delle terapie che ha fatto il paziente, ma ci può far capire il coping del paziente, ma non dobbiamo dare un giudizio, noi vogliamo scoprire come ha agito per capire qual è la sua rappresentazione e l'interpretazione del problema.

Quindi era giusto inserire l'evitamento della flessione, dei carichi e dei movimenti bruschi; la messa in atto dei comportamenti di protezione, la voglia di riprendere l'attività fisica e l’assumere dei farmaci. Queste sono cose che danno un'interpretazione in più, sempre dalla prospettiva del paziente, che avvalorano il suo immaginarsi il problema.

**Stage 3**

**Valutazione**

È sbagliato mettere fattori allevianti ed aggravanti in questa sezione.

Abbiamo in questo caso delle informazioni solo sul comportamento attuato, ma non sappiamo come il paziente abbia interpretato i risultati del comportamento ed il senso che viene dato a tutto questo, perché la risposta non era presente nelle slides.

Possiamo dedurre che sembra che ci sia un minimo beneficio dalle azioni messe in atto e perdura questa difficoltà ad attribuire un po’ un senso alla propria condizione perché è confuso, però non sono presenti fasi di riferimento.

Quindi, come facciamo se non abbiamo delle informazioni a riguardo dal colloquio? Glielo dobbiamo chiedere, dobbiamo farcelo verbalizzare.

Per aver la risposta alla domanda se sono stati efficaci oppure no i comportamenti messi in atto, in particolare quelli che ci interessano, quelli motori, cioè l'evitamento, il bracing eseguiti a causa dell'idea di fragilità nella sua vita di tutti i giorni dovremo aspettare la pratica perché non era presente nelle slides.

Il termine del common Sense model è il chiedere al paziente se tutto ciò che si è raffigurato e come ha agito di conseguenza abbia un senso, se il suo dolore abbia quindi un senso oppure no, questa è la domanda, che però non è stata posta volutamente nelle slides, ma è da sottolinearne l’importanza perché serve per ottenere il person’s pain finale che è una delle tre componenti fondamentali della CFT.

Quindi si parte da un'idea che ha il paziente che ci racconta, gli si chiede se i comportamenti che ha attuato in funzione della sua idea sono stati efficaci o no, in base alla risposta, ciò potrebbe insinuare il dubbio già nel paziente che forse le sue idee sono sbagliate o il suo comportamento potrebbe non essere quello giusto, o forse entrambe.

In un primo momento quindi si avrà un momento di educazione, ma dobbiamo giungere alla risposta a questa domanda, anche perché poi andando avanti col trattamento si potranno fare dei confronti con la situazione presente della prima visita.

Al termine quindi, avremo un processo continuo di educazione e confronto che appunto, non è limitato a un momento solo, ma a un qualcosa che avverrà in ogni seduta.

È poi rappresentato lo studio di Caneiro: basato su un caso clinico, nel quale è presente uno schema per avere un'ulteriore idea di come applicare nuovamente il modello del common Sense, per poi inserirlo nella pratica clinica.

Questo è un modello che espande il FAM (fear avoidance model) perché aggiunge quello che il FAM non ci dà, cioè il legame che esiste tra dolore, motivazione alla base dell'evitamento, strategie comportamentali nelle attività di valore. Tutto ciò per ottenere il sens of Pain, quindi la rappresentazione del dolore, del problema del paziente e poterci ovviamente poi lavorare in vario modo con tutti gli strumenti di cui stiamo parlando.

Immagine che contiene testo, schermata, diagramma, Carattere

Il contenuto generato dall'IA potrebbe non essere corretto.

**Domande:**

Q: volevo un chiarimento nella casella conseguenza🡪 possono essere anche messe le conseguenze sociali che il paziente possiede, visto che ha difficoltà nel gestire le relazioni sociali, oltre che nella casella dell’evitamento?

A: Il paziente si rappresenta il problema di un certo tipo, che è la fragilità, la vulnerabilità, la protezione che deve mettere in atto sulla sua schiena, la conseguenza è quindi l'evitamento. Questo è un è un filo diretto e principale da notare.

Evitamento in senso lato potrebbe essere anche proprio quello delle relazioni sociali, quindi evitamento, non contestuale, non movimento ma diciamo aumentato come attività e partecipazione. Può anche andar bene perché in realtà, perché non è uno schema rigido quello del common Sense.

Importante è fare questo step ulteriore, cioè di non limitarsi ad un elenco di cose, perché questa è la nostra prospettiva, ma parlare della prospettiva del paziente.

Quindi sì va bene metterlo, ma sicuramente non da solo, perché principalmente quello che ci interessa di più è l'elemento contestuale al movimento di alcune attività funzionali.