



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI GENOVA



## **Università degli Studi di Genova**

Scuola di Scienze Mediche e Farmaceutiche

Dipartimento di Neuroscienze, Riabilitazione, Oftalmologia, Genetica e Scienze Materno-Infantili

### **Master in Riabilitazione dei Disordini Muscoloscheletrici**

A.A. 2015/2016

Campus Universitario di Savona

## **Conoscenza dei fattori di contesto nella pratica clinica dei fisioterapisti italiani**

Candidato:

Dott.ssa Ft Dalla Libera Martina

Relatore:

Dott. Ft OMT

Rossetini Giacomo

## INDICE

<b>1. ABSTRACT .....</b>	<b>3</b>
<b>2. INTRODUZIONE.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1 BACKGROUND GENERALE .....</b>	<b>5</b>
<b>2.2 PLACEBO E NOCEBO IN MEDICINA.....</b>	<b>6</b>
<b>2.2.1 L'effetto placebo .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2.2 L'effetto nocebo .....</b>	<b>7</b>
<b>2.2.3 Approccio psicologico e neurobiologico all'effetto placebo e nocebo .....</b>	<b>8</b>
<b>2.3 EFFETTO PLACEBO E NOCEBO IN FISIOTERAPIA: L'IMPORTANZA DEI FATTORI DI CONTESTO .....</b>	<b>12</b>
<b>2.4 CONOSCENZA E UTILIZZO DEI FATTORI DI CONTESTO IN FISIOTERAPIA .....</b>	<b>19</b>
<b>2.5 OBIETTIVI DELLO STUDIO.....</b>	<b>20</b>
<b>3. MATERIALI E METODI.....</b>	<b>21</b>
<b>4. RISULTATI .....</b>	<b>23</b>
<b>5. DISCUSSIONE DEI RISULTATI .....</b>	<b>33</b>
<b>5.1 MAIN FINDINGS .....</b>	<b>33</b>
<b>5.2 PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA DELLO STUDIO .....</b>	<b>39</b>
<b>6. CONCLUSIONI .....</b>	<b>41</b>
<b>6.1 IMPLICAZIONI PER LA PRATICA CLINICA.....</b>	<b>41</b>
<b>6.2 IMPLICAZIONI PER LA RICERCA .....</b>	<b>42</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>43</b>
<b>8. ALLEGATI .....</b>	<b>45</b>



## 1. ABSTRACT

- **TITOLO:** Conoscenza dei fattori di contesto nella pratica clinica dei fisioterapisti italiani
- **INTRODUZIONE:** Da diversi anni in letteratura sono emerse evidenze scientifiche sull'effetto placebo e nocebo in ambito sanitario. Più recentemente, sono stati elaborati studi che hanno proposto l'utilizzo dei fattori di contesto come strategia fisioterapica per potenziare l'effetto placebo e minimizzare l'effetto nocebo al fine di ottimizzare l'*outcome* terapeutico. Ad oggi, non è chiaro il livello di conoscenza e di utilizzo dei fattori di contesto da parte dei fisioterapisti italiani.
- **OBIETTIVI DELLO STUDIO:** Indagare la conoscenza e l'utilizzo dei fattori di contesto da parte dei fisioterapisti italiani neolaureati; proporre strategie di implementazione della conoscenza e dell'utilizzo di questi fattori, adottabili durante il corso di laurea triennale o percorsi formativi successivi.
- **MATERIALE E METODI:** E' stata realizzata una survey nazionale, costituita da 20 domande, per indagare la conoscenza e l'utilizzo dei fattori di contesto nella pratica clinica. Il questionario elettronico è stato sottoposto all'intera popolazione dei neo-fisioterapisti laureati in Italia nell'a.a. 2014/15 (dati forniti dal servizio Almalaurea nel rispetto della privacy). L'analisi dei dati è stata eseguita direttamente dal software (survey monkey) al termine dell'indagine.
- **RISULTATI:** Di 1743 inviti a compilare il questionario, 781 sono stati compilati: il tasso di risposta è del 45,91%; il tasso di compilazione completa è del 41,68% (n=709). Il 72,5% della popolazione (n=566) lavora presso strutture private; l'ambito di lavoro prevalente è quello ortopedico-muscoloscheletrico. Quasi la metà della popolazione utilizza i fattori di contesto raramente o mai. I fattori di contesto meno conosciuti e che si ritiene essere poco influenti sul risultato clinico sono i meno utilizzati nella pratica clinica: reputazione professionale (15%), divisa (14%), architettura adeguata (10%), design ambientale accurato (9%), precedenti esperienze del paziente (4%). I fattori di contesto adoperati con maggior frequenza sono quelli più conosciuti e reputati più efficaci: la comunicazione verbale col paziente (97%), l'alleanza terapeutica empatica (96%), l'approccio centrato sul paziente

(95%), l'atteggiamento positivo (92%), il contatto fisico (92%), l'approccio professionale (91%), la comunicazione non verbale (89%), l'ambiente confortevole (83%), l'intervento reso evidente (82%), le aspettative e preferenze del paziente (79%). Emergono dubbi sui meccanismi d'azione, l'eticità, la comunicazione del loro utilizzo, l'effetto ed il ruolo terapeutico dei fattori di contesto.

- **CONCLUSIONI:** La conoscenza e l'utilizzo consapevole dei fattori di contesto da parte dei neofisioterapisti italiani è ancora limitata. In una società concorrenziale ed altamente prestazionale come la nostra diventa sempre più importante affinare tecniche e migliorare le proprie competenze. In base ai risultati ottenuti nello studio di survey, è stata proposta una strategia, adottabile durante il corso di laurea triennale o in corsi di aggiornamento post-lauream, per favorire la conoscenza e l'utilizzo efficace dei fattori contestuali che possono arricchire le *core competence* del professionista sanitario, permettendo di apportare miglioramenti alla pratica clinica.

## 2. INTRODUZIONE

### 2.1 Background generale

La differenza di successo clinico tra due fisioterapisti qualificati e competenti che erogano la stessa terapia in accordo con le linee guida e le più recenti evidenze scientifiche appare spesso inspiegabile. I sintomi di un soggetto a volte peggiorano o migliorano quasi inaspettatamente, indipendentemente dalla correttezza del ragionamento clinico, dalla valutazione dei fattori prognostici, dalla programmazione di un piano di trattamento ben strutturato o dall'adeguatezza e dalla correttezza di esecuzione della tecnica. In quanto fisioterapisti, ci siamo domandati spesso quali siano i processi che sottendono la modifica dei sintomi del paziente, come ad esempio la riduzione del dolore, e non sempre siamo stati in grado di individuare una risposta soddisfacente [1]. L'esito clinico, infatti, è influenzato oltre che dal trattamento anche da altre variabili. Secondo Benedetti, ogni intervento sanitario è costituito da due componenti: una componente specifica, biologica e attiva, ed una seconda componente, rappresentata dal contesto psico-sociale [2, 3].

Anche l'intervento fisioterapico presenta un meccanismo neurofisiologico specifico che può essere condizionato dal contesto [1, 4-6]. In letteratura sono stati individuati fattori di contesto specifici rilevanti nella pratica clinica [3, 7]. La condizione clinica del paziente, infatti, può essere influenzata da questi fattori di contesto che interagiscono costantemente con l'effetto specifico della terapia e sono in grado di modulare positivamente o negativamente la percezione del trattamento che è stato somministrato, inducendo un effetto "placebo" o "nocebo" [3, 8-10]. Questi ultimi rappresentano complessi e distinti fenomeni psiconeurobiologici con evidenze sulla loro efficacia d'azione [10-12].

Ogni fisioterapista ha a disposizione diverse strategie terapeutiche (ragionamento clinico, esercizio terapeutico, tecniche manuali, terapie fisiche...) per apportare miglioramenti alla condizione clinica, al grado di soddisfazione e alla qualità della vita dei propri pazienti. La capacità di gestire i fattori contestuali per migliorare l'effetto placebo ed evitare l'effetto nocebo è stata proposta recentemente come strategia terapeutica aggiuntiva da adottare nella pratica clinica per ottimizzare l'*outcome* terapeutico [3, 13]. Questo ha generato un ampio dibattito in letteratura nell'ambito della terapia manuale [3, 14]. I punti di maggiore criticità sono rappresentati dalla

complessità dell'argomento e dal rischio di utilizzare tali strategie in maniera poco etica durante la pratica professionale.

Dopo un *excursus* iniziale per definire l'effetto placebo e nocebo e identificare i principali fattori di contesto che sono in grado di modulare il risultato terapeutico, la presente tesi vuole indagare la conoscenza e l'utilizzo dei fattori di contesto da parte dei fisioterapisti italiani neolaureati attraverso la realizzazione e la somministrazione di una *survey* nazionale. Comprendere come agiscono i fattori di contesto e riuscire a trasferire queste conoscenze nella pratica clinica può fare la differenza tra due fisioterapisti ugualmente competenti e qualificati.

## **2.2 Placebo e nocebo in medicina**

“Placebo” e nocebo” rappresentano fenomeni psiconeurobiologici complessi e distinti in cui si verificano modificazioni comportamentali e neurofisiologiche dopo l'applicazione di un determinato trattamento [3, 10-12].

### **2.2.1 L'effetto placebo**

Benedetti definisce il termine “placebo” come una sostanza inerte o un trattamento medico senza alcuna proprietà terapeutica; l'effetto placebo, o risposta placebo, è la conseguenza della sua somministrazione [15, 16]. Tale effetto consiste in un cambiamento organico o mentale dovuto al contesto psicosociale che circonda il paziente, ed è costituito da qualsiasi oggetto o persona in relazione con il trattamento, capace di “comunicare” al paziente che si sta effettuando una terapia e che quindi si prevede una riduzione dei sintomi nel prossimo futuro [15].

Bialosky et al. [1] distinguono l'effetto placebo dalla risposta placebo sostenendo che il primo sia la differenza tra la risposta del placebo e le modifiche che si verificano in assenza di trattamento. Infatti, il miglioramento clinico osservato dopo la somministrazione di un placebo (come anche in seguito a qualsiasi terapia) può essere dovuto a fattori del tutto estranei all'effetto placebo reale, come ad esempio la remissione spontanea di un sintomo, la regressione verso la media, la tendenza del paziente a compiacere il medico e altre concause non ancora ben identificate [1, 3]. Per misurare l'effetto placebo occorre, perciò, escludere tutti questi fattori che nulla hanno a che fare con l'effetto placebo reale [15].

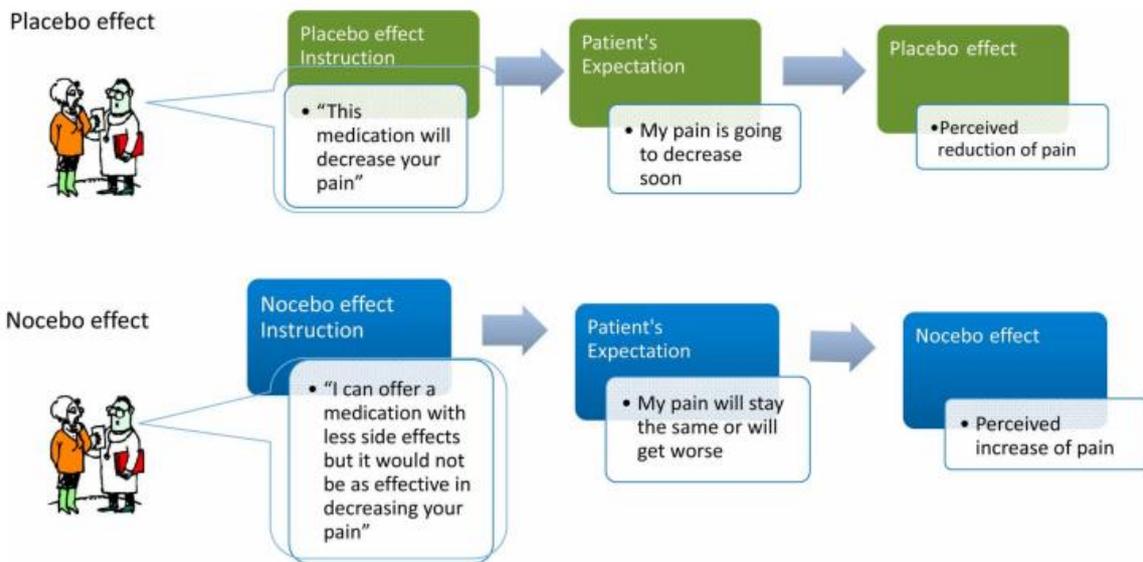
L'effetto placebo coinvolge meccanismi psicologici e neurobiologici fisiologicamente legati tra loro che solo di recente hanno cominciato ad essere studiati e compresi [12]. Per diverso tempo il termine "placebo" ha assunto una connotazione negativa, implicando un intervento inerte, privo di effetto terapeutico. Nel corso degli anni si è dimostrato che i trattamenti placebo in ambito medico sono associati ad analgesia marcata e che la risposta al placebo è un processo neurofisiologico attivo e reale che comporta risposte costanti che avvengono sia a livello spinale che sovracorticale [1].

### **2.2.2 L'effetto nocebo**

I processi alla base dell'effetto nocebo sono praticamente gli stessi dell'effetto placebo, solo che agiscono in direzione opposta. L'effetto nocebo produce cambiamenti comportamentali, funzionali e fisiologici che sono in grado di ridurre significativamente gli effetti positivi specifici associati ad un particolare intervento sanitario. Se per esempio, il soggetto si aspetta l'incremento di un sintomo, questo può verificarsi realmente. L'effetto nocebo è stato dimostrato in numerose condizioni, come il dolore e la performance motoria [8, 17]. Diversamente rispetto all'"analgesia placebo", l'"algesia nocebo" si verifica quando i cambiamenti nella percezione individuale del dolore determinano una riduzione dell'efficacia del trattamento [8]. Tale meccanismo riveste particolare importanza per i pazienti sottoposti a terapia del dolore cronico.

Un meccanismo importante alla base dell'effetto nocebo è l'ansia anticipatoria, quella forma di ansia che precede l'arrivo di una situazione di stress. Il caso tipico è quando ci si aspetta la comparsa di un dolore intenso, dove l'ansia anticipatoria induce l'attivazione nel cervello di colecistochinina (CCK), con effetto amplificatore del dolore, la cosiddetta "iperalgia da nocebo". Il risultato è la comparsa di dolore, anche se non è presente alcuno stimolo dolorifico [11].

L'effetto nocebo riveste un'importanza particolare nella nostra società poiché è presente nella *routine* quotidiana, senza tuttavia che ce ne rendiamo conto. Ad esempio, conoscere in anticipo quali potrebbero essere gli effetti collaterali di un trattamento, ad esempio di un farmaco, può aumentare il rischio che quegli effetti si presentino realmente. In riferimento a questo esempio, si riporta di seguito l'immagine tratta dall'articolo online di Klinger R et al [8] (**Fig. 1**) che riassume come l'effetto placebo e nocebo siano in grado di influenzare la percezione del dolore del paziente.



**Fig 1.** Esempio di come il linguaggio utilizzato dal professionista sanitario sia in grado di creare aspettative positive o negative sull'efficacia del trattamento proposto (farmaco), inducendo un effetto placebo o nocebo e modulando la percezione del dolore del paziente. Modificato da "Klinger, R., et al., Nocebo effects in clinical studies: hints for pain therapy. *Pain reports*, 2017. **2**(2): p. e596" [8].

### 2.2.3 Approccio psicologico e neurobiologico all'effetto placebo e nocebo

Si ritiene utile indagare maggiormente l'effetto placebo e nocebo da due approcci distinti, quello psicologico e quello neurobiologico. Il primo si focalizza sulla descrizione degli eventi mentali e del comportamento del paziente, il secondo mira a comprendere gli eventi biochimici e cellulari che hanno luogo a livello cerebrale [3, 11, 15]. La comprensione dei meccanismi sia psicologici sia biologici dell'effetto placebo ha contribuito a promuovere il modello biopsicosociale in medicina che prende in considerazione i fattori biologici, psicologici e sociali, come elementi determinanti nell'insorgenza di molte patologie e nell'interazione del paziente con il terapeuta.

#### Approccio psicologico

Da una prospettiva psicobiologica, l'aspettativa cosciente, il condizionamento, l'apprendimento osservazionale e sociale, la modulazione dell'ansia, il desiderio, la motivazione, la memoria, le precedenti esperienze, l'attenzione somatica, i tratti di personalità e la genetica rappresentano facilitatori dell'effetto placebo e nocebo [3, 12, 16]. Di seguito, ci focalizzeremo sui primi due meccanismi: l'aspettativa e il condizionamento. L'aspettativa riveste un ruolo importante nella risposta placebo dei processi coscienti (dolore e performance motoria), mentre il condizionamento

è responsabile della risposta placebo dei processi non coscienti (secrezione di ormoni e risposte immunitarie) [15]. Un'importante implicazione clinica dei meccanismi dell'effetto placebo riguarda la possibilità di sfruttare l'aspettativa e il condizionamento a vantaggio del paziente.

- **L'aspettativa cosciente**

Aspettarsi un beneficio terapeutico scatena meccanismi cerebrali di “ricompensa” che permettono di anticipare un evento piacevole, rappresentato dalla riduzione o scomparsa di un sintomo, come per esempio il dolore [15]. Non a caso il termine placebo deriva dal latino “placere” (piacere). Aspettarsi un esito negativo, invece, può indurre un effetto nocebo [8, 16]. Nella pratica clinica sono possibili tre diversi tipi di effetti di algisia nocebo: a) l'aspettativa negativa del risultato di un trattamento riduce i risultati specifici positivi associati a tale intervento; b) quando l'esito positivo che ci si sarebbe aspettato dopo un trattamento per ridurre la sintomatologia dolorosa non è confermato, l'esperienza negativa riduce l'efficacia di un successivo trattamento; c) i pazienti non riescono ad aspettarsi un risultato positivo dal trattamento a causa di informazioni inadeguate fornite sugli effetti riducenti del dolore (**Fig. 1**) [8].

- **Il condizionamento**

Il secondo meccanismo studiato in letteratura è il condizionamento classico, detto anche condizionamento pavloviano. Si tratta infatti dello stesso meccanismo descritto dal fisiologo Ivan Petrovič Pavlov (1849-1936), in cui la ripetuta associazione fra un campanello e il cibo induceva, a un certo punto, la salivazione del cane al solo suono del campanello. La ripetuta associazione fra il contesto che circonda il paziente (es. la siringa o il professionista sanitario) ed il principio farmacologico attivo (il farmaco contenuto nella siringa) induce una risposta condizionata, per cui dopo ripetute associazioni, la riproduzione del contesto (es. la sola vista della siringa o personale sanitario) sarà sufficiente a indurre la riduzione della sintomatologia [15].

### **Approccio neurobiologico**

Per quanto riguarda l'approccio neurobiologico, in diverse condizioni mediche e in differenti sistemi e apparati vi sono meccanismi biologici responsabili dell'effetto placebo. Il dolore e la prestazione motoria sono i modelli più utilizzati per descrivere la rete neurale coinvolta durante le

risposte placebo e nocebo [3]. L'analgesia da placebo si è rivelata negli ultimi anni il miglior modello per comprendere la neurofarmacologia e la neuroanatomia dell'effetto placebo [12].

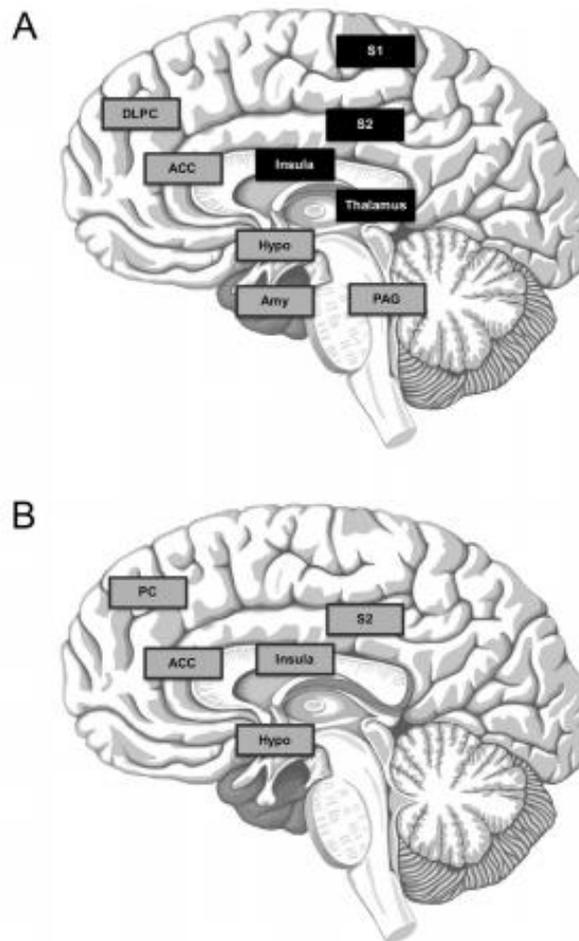
- **Il dolore**

Diversi studi indicano che il contesto intorno a un trattamento analgesico (per es. le suggestioni verbali) attiva i sistemi oppioidi endogeni. Un passo importante nella comprensione di questi meccanismi neurobiologici è stato fatto quando si è osservato che, bloccando le sostanze oppioidi endogene prodotte dal nostro cervello con un antagonista oppioide, il naloxone, l'analgesia da placebo scompare [13] e quando si è riscontrata un'aumentata concentrazione di endorfine nel liquor di pazienti con dolore cronico rispondenti al placebo [12, 18]. Successivamente, si è scoperto che l'analgesia da placebo è dovuta anche a meccanismi non oppioidi, tuttora meno conosciuti. Una delle applicazioni cliniche più promettenti dell'analgesia placebo è rappresentata dall'uso alternato di un placebo e di un farmaco al fine di ridurre l'assunzione di quest'ultimo [10]. Il coinvolgimento e il controllo di questi meccanismi endogeni di modulazione potrebbe ridurre il sovraddosaggio di alcuni farmaci e rappresentare una strategia utile per contenere le spese della salute pubblica [19].

Le risposte placebo e nocebo coinvolgono distinti sistemi *top-down* di modulazione del dolore e diversi neurotrasmettitori chiave. I principali neurotrasmettitori interessati durante l'analgesia placebo sono gli oppioidi endogeni, la dopamina, i cannabinoidi, l'ossitocina e la vasopressina. Invece, durante l'algnesia nocebo sono maggiormente interessati la colecistocinina, la dopamina e il complesso cicloossigenasi-prostaglandine [3, 11, 12].

E' stato dimostrato che l'effetto placebo e nocebo sono in grado di modulare il dolore a livello corticale e sottocorticale. Utilizzando tecniche di *neuroimaging*, come la risonanza magnetica nucleare funzionale, è stata individuata una rete neurale specifica implicata nella modulazione del dolore, costituita dalla corteccia cingolata anteriore, la corteccia prefrontale dorsolaterale, l'ipotalamo, il grigio periaqueductale, il midollo rostro-ventro-mediale e il corno dorsale del midollo spinale [3, 12, 20]. A livello cerebrale, l'analgesia placebo e l'iperalgnesia nocebo coinvolgono aree cerebrali differenti. L'analgesia placebo è associata ad un'aumentata attività di alcune aree funzionalmente interconnesse tra loro quali la corteccia prefrontale dorsolaterale (che inibisce la trasmissione del dolore a livello del talamo e dell'insula), la corteccia cingolata anteriore, l'ipotalamo, l'amigdala e il grigio periacqueductale e alla riduzione dell'attività di talamo,

insula e corteccia somatosensoriale. Al contrario, aspettative negative circa la riduzione del dolore portano ad un aumento dell'attivazione delle aree affettivo-cognitive del dolore come la corteccia cingolata anteriore, la corteccia prefrontale, l'insula e l'ippocampo [3, 11, 12]. Di seguito (**Fig. 2**) viene riportata una rappresentazione grafica delle aree cerebrali attive e disattive durante l'analgisia placebo (A) e l'iperalgisia nocebo (B).



**Figura 2:** Aree cerebrali coinvolte durante l'algesia placebo (A) e l'analgisia nocebo (B). In grigio le aree attive, in nero quelle disattive. **DLPC:** Corteccia Prefrontale Dorsolaterale; **ACC:** Corteccia Cingolata Anteriore; **S1:** Corteccia Somatosensoriale Primaria; **Hypo:** Ipotalamo; **Amy:** Amigdala; **PAG:** Grigio Periaqueduttale; **S2:** Corteccia Somatosensoriale Secondaria; **PC:** Corteccia Prefrontale. Modificato da "Testa, M. and G. Rossetini, Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. *Man Ther*, 2016. 24: p. 65-74" [3].

- **La prestazione motoria**

Lo studio dell'analgisia da placebo è quello che ha dato i maggiori risultati per comprendere i meccanismi cerebrali di questo complesso fenomeno. Tuttavia, negli ultimi anni sono stati studiati altri sistemi e altre condizioni mediche, rivelando ancora una volta che non si può parlare di un

singolo effetto placebo, ma di molti effetti placebo con diversi meccanismi. L'effetto placebo e nocebo sono in grado di modulare l'attività del sistema motorio e, conseguentemente, la performance motoria [3]. A tale riguardo recenti studi condotti su pazienti affetti da il morbo di Parkinson hanno fornito dati importanti. Uno studio del 2001 ha dimostrato che un placebo somministrato a pazienti parkinsoniani attiva la dopamina endogena nella via nigrostriatale. In tali pazienti sono state indotte diverse aspettative di miglioramento della *performance* motoria, utilizzando strategie placebo. I risultati hanno dimostrato che un placebo è in grado di modulare gli effetti terapeutici della stimolazione del nucleo subtalamico, suggerendo pertanto la sua capacità di modulare l'eccitabilità neuronale in alcune regioni cerebrali [21]. Altre condizioni patologiche sono state oggetto di studi recenti, tuttavia i meccanismi sono molto meno conosciuti. Un trattamento placebo nella depressione e nell'ansia, per esempio, influenza l'attività in diverse aree cerebrali, come la corteccia cingolata e la corteccia orbitofrontale, tuttavia non è del tutto chiaro quali meccanismi siano implicati [12]. Altri studi condotti su soggetti sani hanno evidenziato una maggiore eccitabilità del sistema corticospinale placebo-indotta; l'aspettativa nocebo di sviluppare una ridotta forza muscolare durante il movimento influenza il circuito corticospinale e la reale prestazione motoria [3].

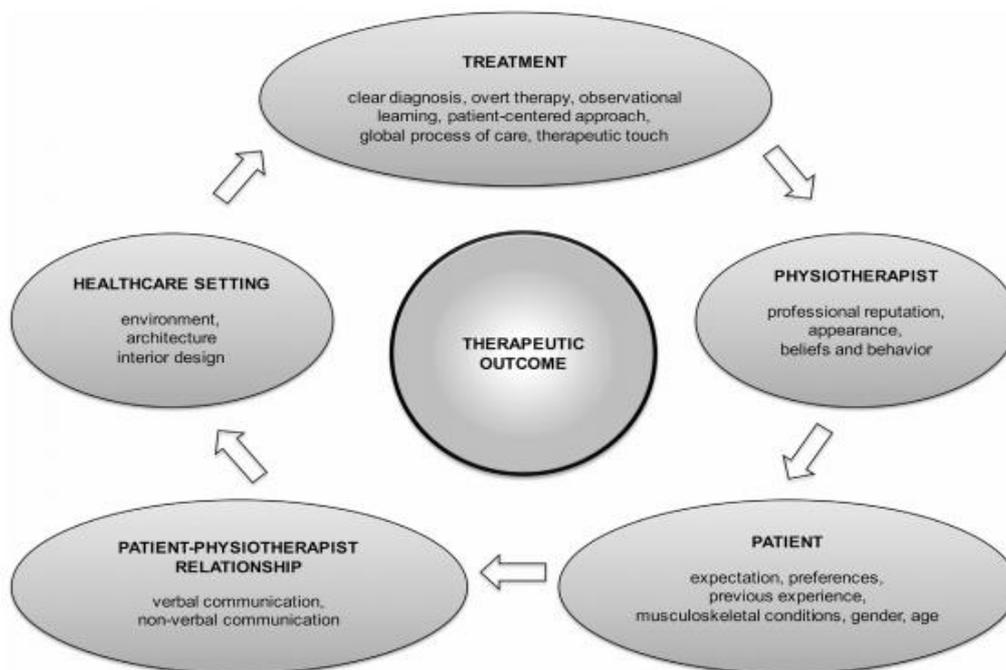
### **2.3 Effetto placebo e nocebo in fisioterapia: l'importanza dei fattori di contesto**

In letteratura si è riscontrato che i trattamenti placebo fisici, come le iniezioni placebo, l'agopuntura o l'intervento chirurgico, generano risposte analgesiche maggiori rispetto ai placebo orali [1]. La fisioterapia è una professione sanitaria che consta di diversi interventi fisici, come ad esempio il trattamento manuale, e proprio in virtù della sua natura, costituisce un campo favorevole per la creazione di un potente effetto placebo nel paziente [1]. Recentemente, il placebo è stato definito sul "*Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*" come un meccanismo attivo e importante della terapia manuale (TM), una strategia terapeutica di cui un fisioterapista potrebbe avvalersi nella pratica clinica [1].

L'analgesia placebo è una risposta complessa, specifica e personalizzata influenzata, come l'algesia nocebo, dal contesto psicosociale in cui si realizza l'atto terapeutico. In fisioterapia, la pratica clinica si realizza all'interno di un contesto, una sorta di "rituale" terapeutico che circonda paziente e fisioterapista e che costituisce parte integrante del trattamento stesso, essendo in grado di modulare la percezione dell'effetto terapeutico e la soddisfazione del paziente stesso [2, 3, 9].

L'effetto placebo in fisioterapia si esplica soprattutto attraverso alcuni fattori di contesto che possono influenzare altamente l'outcome terapeutico finale, risultando addirittura più importanti del trattamento stesso. Tutti i pazienti sono probabilmente rispondenti al placebo; tuttavia, l'ampiezza della risposta e le condizioni in cui ogni persona risponde sono altamente variabili.

La revisione sistematica pubblicata nel 2001 da Di Blasi Z. et al. [7] ha individuato cinque macrocategorie di fattori di contesto (FC) in grado di influenzare la condizione clinica del paziente inducendo effetti placebo o nocebo. Le categorie in questione sono (Fig. 3)[3]: le caratteristiche del fisioterapista, le caratteristiche del paziente, la relazione tra paziente e fisioterapista, le caratteristiche del setting terapeutico, le caratteristiche del trattamento. L'importanza dei FC e la proposta di un loro utilizzo nella pratica clinica fisioterapica al fine di migliorare il risultato terapeutico è stata messa in evidenza da Testa M. e Rossetini G. nel loro Masterclass del 2016 [3]. Di seguito, si approfondiranno maggiormente le cinque categorie sopracitate.



**Figura 3:** Fattori contestuali modulatori dell'outcome terapeutico in fisioterapia. Modificato da "Testa, M. and G. Rossetini, Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. Man Ther, 2016. 24: p. 65-74" [3].

#### 1. Le caratteristiche del fisioterapista

Complessivamente, tutto ciò che induce un paziente affetto da disturbi muscolo-scheletrici a pensare di interfacciarsi con un professionista sanitario competente e qualificato, compresi il suo curriculum e la sua reputazione, può indurre un importante effetto placebo o nocebo sul paziente [3, 6]. L'aspetto fisico e l'abbigliamento costituiscono un primo "biglietto da visita" del

fisioterapista (FT) e sono in grado di condizionare la percezione della presa in carico del paziente [3]. Pazienti con bassi livelli di *Low Back Pain* (LBP) sembrano preferire il camice ad un abbigliamento più *casual*, come per esempio il *jeans* [22].

Altre caratteristiche del FT che possono migliorare l'analgesia placebo sono il suo atteggiamento ottimista, entusiasta e sicuro sui potenziali benefici del trattamento fisioterapico [1, 6, 23]; la capacità di fornire una diagnosi precisa; l'incoraggiamento a porre domande; la capacità di fornire risposte in grado di elargire chiarimenti sulla prognosi; la dimostrazione di interesse sulle pregresse esperienze del paziente e sulle sue aspettative e preferenze [3, 6]. Al contrario, trascorrere gran parte della seduta a leggere la documentazione del paziente, utilizzare termini troppo tecnici, mostrarsi frettolosi, insicuri o nervosi durante il colloquio ed essere pessimisti sul percorso clinico ha un effetto negativo sull'interlocutore [3].

## 2. *Le caratteristiche del paziente*

Le preferenze del paziente e le pregresse esperienze fisioterapiche correlate ad esito clinico positivo o negativo possono influenzare molto l'esito terapeutico [1, 6, 22, 24]. Lo stesso vale per le aspettative del paziente: Bishop e al. [5] hanno riscontrato che le aspettative dei pazienti con LBP o dolore cervicale sulle strategie terapeutiche di riduzione del dolore sono in grado di modularne la percezione. Sulla base di queste evidenze scientifiche, evitare di indagare questi elementi durante il colloquio iniziale potrebbe essere controproducente per il professionista sanitario [3].

Si è dimostrato che la fase temporale del disturbo muscolo-scheletrico (acuto, subacuto, cronico) può influenzare il risultato del trattamento. Hush JM et al [22] hanno individuato come i pazienti acuti siano più sensibili ad alcune caratteristiche del fisioterapista quali competenza, reputazione, livello di formazione e atteggiamento professionale mentre i pazienti cronici danno maggiore importanza all'organizzazione della presa in carico del paziente.

Infine, la percezione della qualità della cure fisioterapiche sembra essere diversa nei due sessi e a seconda dell'età [3]. Complessivamente, le donne ritengono elementi fondamentali del trattamento fisioterapico l'aspetto comunicativo e organizzativo; gli uomini la figura del fisioterapista ed il risultato del trattamento. Inoltre, i soggetti più anziani sono più sensibili a particolari aspetti del trattamento come l'accesso ai servizi e una comunicazione efficace [3, 22].

### 3. La relazione tra il paziente e il fisioterapista

La comunicazione costituisce la dimensione primaria della vita. Attraverso la comunicazione è possibile influenzare il pensiero, le emozioni e il comportamento umano. Le abilità di comunicazione e di relazione sono considerate a pieno titolo attributi di competenza del professionista sanitario e rappresentano un veicolo attraverso cui instaurare una relazione terapeutica efficace con il paziente e da cui non può prescindere la sua presa in carico [25]. La comunicazione verbale e quella non verbale possono influenzare positivamente parametri come il dolore, la disabilità e il grado di soddisfazione del paziente [3, 6, 23].

Di Blasi e colleghi, nella loro revisione sistematica del 2001 [7], hanno analizzato 25 *Randomized Controlled Trials* (RCT) condotti su pazienti affetti da differenti patologie fisiche. Gli RCT presi in considerazione dovevano includere almeno un intervento rappresentato dalla manipolazione di un determinato macrogruppo di FC, la relazione tra operatore sanitario e paziente. I risultati hanno constatato che creare una relazione calda, amichevole e rassicurante col paziente porta a migliori risultati clinici rispetto ad assumere un atteggiamento formale, impersonale o incerto sulla prognosi [7]. Ancora, nel 2014 è stato pubblicato un RCT che ha indagato l'influenza del fattore di contesto "alleanza terapeutica" (AT) tra FT e paziente sulla modulazione dell'intensità dolorifica in pazienti con mal di schiena cronico [26]. Ai pazienti (pz) veniva applicata una corrente interferenziale (IFC) attiva o *sham* e utilizzato un approccio alla persona con AT avanzata o limitata. I partecipanti dello studio erano stati suddivisi casualmente in quattro gruppi: 1) al primo gruppo (30 pz) era stata applicata l'IFC attiva combinata con AT limitata; 2) al secondo gruppo (29 pz), una corrente *sham* e una AT limitata; 3) il terzo (29 pz) aveva ricevuto una IFC attiva e una AT avanzata; 4) il quarto (29 pz), una IFC *sham* combinata ad una AT migliorata. L'AT avanzata associata a IFC *sham* e, ancor più, a IFC attiva ha portato a maggiori benefici clinicamente significativi rispetto ai gruppi in cui veniva utilizzato un approccio al paziente con AT limitata [26]. I risultati dello studio hanno dimostrato come il contesto in cui vengono erogati interventi di terapia fisica sia in grado di migliorare l'effetto terapeutico della singola seduta fisioterapica.

Una comunicazione verbale appropriata è il prerequisito per una buona relazione terapeutica: il FT sembrerebbe impiegare circa il doppio del tempo che passa a trattare parlando col paziente. Per favorire la relazione fisioterapista-paziente si suggeriscono un ascolto attivo, una comunicazione empatica, un atteggiamento rispettoso, il sorriso, il contatto visivo, la cordialità, la simpatia, espressioni di supporto, incoraggiamento ed interesse, messaggi positivi associati al trattamento di riduzione dolore, la richiesta di un parere del paziente e un atteggiamento complessivamente

caldo e rilassato [3, 6, 22, 23, 27]. Il FT dovrebbe evitare una comunicazione negativa caratterizzata da espressioni verbali d'ansia, domande chiuse, “carinerie” sociali, interruzioni dell'interlocutore, atteggiamenti arroganti o di disinteresse nei confronti del paziente e aspettative negative sull'esito del trattamento. In uno studio del 2001, l'aver anticipato che la flessione della gamba avrebbe portato ad un lieve aumento del dolore ha determinato un aggravamento della sintomatologia in pazienti con LBP cronico [3, 6].

In una relazione terapeutica, ancora più importante della comunicazione verbale è quella non verbale[6]: gesti, posture, il contatto fisico e le espressioni del viso vengono osservati da parte del paziente che, inconsciamente, adatta il proprio comportamento alle inferenze dedotte da ciò che osserva [28]. Questo processo fisiologico è in grado di modificare l'elaborazione dell'esperienza dolorosa del paziente. Il FT usa regolarmente il contatto visivo e fisico, cenni affermativi col capo, il sorriso, espressioni di sostegno ed interesse, la posizione e l'orientamento del corpo, una postura del corpo in apertura per ottenere un maggior coinvolgimento del paziente e influenzare positivamente l'esito del trattamento [3, 27]. La relazione terapeutica risulta ancora più efficace se il FT è in grado di interpretare il linguaggio del corpo del paziente [27]. Al contrario, bisognerebbe evitare uno sguardo inquisitorio, una posizione del corpo inclinata di 45°-90° rispetto al paziente, posizioni asimmetriche delle braccia, l'accavallamento delle gambe, una postura del capo e del corpo rilassate rilassante [3, 27].

#### 4. *Le caratteristiche del setting terapeutico*

Rispetto al *setting* terapeutico, si consiglia di combinare diversi elementi come illuminazione, musica rilassante, temperatura adeguata e profumazione gradevole in modo armonico così da creare un ambiente confortevole, tranquillo e positivo [3]. Oltre alle caratteristiche sensoriali dell'ambiente sanitario, anche la struttura architettonica ed il *design* interno possono influenzare la percezione dello stato di salute del paziente. I pazienti preferiscono ambienti in cui sono presenti sia lampade artificiali che finestre, soprattutto se queste si affacciano a paesaggi naturali. Generalmente, in un ambiente sanitario la presenza di decorazioni, ornamenti o quadri che richiamano la natura ha un effetto terapeutico tranquillizzante sul paziente [3].

Fondamentale per il paziente è la presenza di banchi d'informazione e di indicatori di supporto che forniscano chiare informazioni sull'accesso ai servizi (la localizzazione dell'ambiente terapeutico e del parcheggio, gli orari del centro, la disponibilità del personale sanitario ecc..)[22]. Si suggerisce, perciò, l'utilizzo di cartelli ben visibili e facili da leggere, dal contenuto chiaro e conciso [3].

## 5. Le caratteristiche del trattamento

La risposta al trattamento può essere attribuita, almeno in parte, al semplice fatto di ricevere l'assistenza richiesta [1]. Anche dichiarare apertamente e spiegare il trattamento e i suoi potenziali benefici può indurre una risposta analgesica di tipo placebo [6, 22]. Rispetto al trattamento vero e proprio, si consiglia di adottare un approccio alla salute di tipo bio-psico-sociale ed erogare una terapia personalizzata per ciascun paziente che tenga in considerazione le sue opinioni e aspettative [6]. Altri aspetti del trattamento che possono modulare positivamente il risultato del percorso terapeutico sono la presenza di un unico fisioterapista per paziente, l'igiene, la puntualità, la disponibilità ad andare incontro ai suoi impegni, la pianificazione adeguata degli appuntamenti, la programmazione di *follow-up* a distanza, l'utilizzo dello specchio come facilitatore del processo di "*observational learning*" [3, 6, 22]. Il tatto riveste un ruolo importante nel trattamento: la mano è un organo di senso in grado di recepire e trasmettere sensazioni, rassicurare e tranquillizzare il paziente oltre che uno strumento per erogare il trattamento. Si è dimostrato che il tocco, nonostante non si stia eseguendo un trattamento prettamente terapeutico, è in grado di ridurre il dolore muscoloscheletrico. Il massaggio eseguito con una pressione moderata diminuisce dolore, depressione e ansia [3] ed è in grado di modulare parametri neurofisiologici quali la frequenza cardiaca, l'attività vagale, i livelli di cortisolo, serotonina e dopamina ed inibire le risposte nocicettive a livello corticale e sottocorticale [3, 29]. Nell'ambito del trattamento dei disordini muscolo-scheletrici, studi eseguiti su pazienti con protesi al ginocchio e affetti da LBP cronico suggeriscono di fornire loro la possibilità di consultarsi con altri pazienti che hanno ricevuto con successo lo stesso trattamento e/o di osservarli, direttamente o per mezzo di videoregistrazioni, durante lo svolgimento di movimenti attivi [3]. Al contrario, influiscono negativamente sul risultato terapeutico un approccio alla salute di tipo biomedico, la mancanza di privacy, costi troppo elevati dei trattamenti, tempi di attesa troppo lunghi e la scarsa disponibilità di tempo dedicata a ciascun paziente [3, 6, 22].

Di seguito (**Fig. 4**) si riportano in maniera riassuntiva alcune strategie proposte dai colleghi Testa e Rossetini per aumentare l'effetto placebo nella pratica clinica fisioterapica [3].

---

Key points

---

**Physiotherapist's and patient's features**

- Improve professionalism, reputation, training and expertise;
- Use a laboratory coat or tailored clothing;
- Be optimistic during the consultation and regarding the dysfunction;
- Deliver clear diagnosis, prognosis and explanation of the patient's problem;
- Explore the patient's disease and illness, request and trust the patient's opinion;
- Encourage questions, answer queries from the patient, deliver positive feedback;
- Investigate expectation, preferences and the patient's previous experiences;
- Consider the phase of the musculoskeletal condition, gender and age of the patient;

**Patient-physiotherapist relationship**

- Be warm, confident, friendly, relaxed and open during the clinical encounter
- Use verbal expressions of empathy, support, sympathy and language reciprocity;
- Adopt psychosocial talk, partnership statements and paraphrase;
- Use positive messages associated with treatment for pain relief;
- Use eye contact, smiling, caring expressions of support and interest;
- Use affirmative head nodding, forward leaning and open body posture;
- Interpret patient's nonverbal body language expressions;

**Treatment features**

- Use open treatment, show and tell the patient that a therapy is applied;
- Boost the patient's willingness to talk to other patients who undergo the same treatment with positive results;
- Use patient-centred care, personalize the treatment;
- Deliver the treatment by the same physiotherapist in a clean and private environment,
- Set appointments with adequate length, punctuality, frequency, follow-up;
- Use touch to assist, prepare, inform, care of, perceive and treat patients;

**Healthcare setting features**

- Combine positive distractors as light, music, temperature and aromas,
  - Adopt supportive indications to facilitate access to physiotherapy service;
  - Decorate the therapeutic environment with artworks and ornaments;
- 

Fig. 4: Strategie per aumentare l'effetto placebo nella pratica clinica fisioterapica. Modificato da "Testa, M. and G. Rossetini, Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. *Man Ther*, 2016. 24: p. 65-74" [3].

La revisione di Klinger et al [8], invece, fornisce consigli su come evitare l'effetto nocebo nella pratica clinica, in particolare durante il trattamento del dolore cronico. Secondo gli autori, l'effetto nocebo si ripercuote sul dolore in funzione di cinque aspetti contestuali del trattamento (**Fig. 5**):

- 1- relazione e comunicazione tra clinico e paziente negativa;
- 2- carico emozionale del paziente durante il trattamento del dolore;
- 3- informazioni negative o informazioni enfatizzate sugli effetti collaterali;
- 4- condizionamento dovuto a precedenti interventi simili dolorosi.
- 5- mancanza di informazioni: somministrazione del trattamento in modo "nascosto".

Complessivamente, questi fattori contestuali possono creare un quadro di condizionamento multistrato che può indurre effetti negativi non solo sull'efficacia del trattamento e sull'incidenza degli effetti collaterali, ma anche sulla qualità della vita del paziente e influire potenzialmente sui processi decisionali relativi ai trattamenti attuali e futuri [10]. Per minimizzare l'effetto nocebo, Colloca e Finniss suggeriscono di: 1) comunicare le informazioni e fornire il consenso informato per accertare attentamente l'equilibrio delle informazioni veritiere e l'emancipazione delle aspettative; 2) adeguare il processo di consegna delle informazioni alle esigenze del paziente e conoscere le aspettative individuali; 3) educare i professionisti sanitari sul ruolo potenziale dei sistemi modulatori endogeni negli incontri clinici [10, 16].

### Specific strategies to help structure the patient-clinician communication and avoid nocebo effects

1. Avoid negative patient-clinician communication and interaction during treatment  
Refrain from utilizing negative phrases when explaining interventions or pain-related medical treatment.  
Emphasize the positive outcomes of the pain-reducing intervention.  
Allocate time to let the patient ask about previous or current negative aspects related to their use of pain medication.  
Facilitate a shift in the patient's perspective, from a negative to a positive expectation.
2. Allow the patient to relieve her/his emotional burden during treatment with analgesic medication  
Provide the patient with an adequate pain treatment and include psychological assessments and interventions, if necessary.  
Encourage the patient to take medication during positive moments to strengthen the association between such conditions and positive analgesic effects from the treatment.
3. Avoid one-sided negative information via leaflets of analgesic medication  
Explain the mechanisms of action of the medication.  
Do not overemphasize side effects.  
Balance the proportion of negative vs positive details while complying with the legal and ethical obligation to inform the patient trustfully.
4. Minimize unintended associations between negative outcomes and contextual cues  
When a patient has had prior negative associations with a medical treatment (nocebo effect), change contextual factors in order to improve the effectiveness of the intervention (eg, switching medication for a generic counterpart or using a different encapsulation).  
Support the patient in reconsidering negative memories associated with a medical treatment.  
Apply and adapt these and other strategies to prevent consolidation of prior conditioned nocebo effects.
5. Avoid unintentional "hidden administration" of analgesic treatments  
Give the medication as openly as possible along with understandable labeling.  
Provide the patient with information about the pain medication tailored to her or his individual requirements.  
Guide the patient towards selectively perceiving the positive effects of any analgesic intervention.

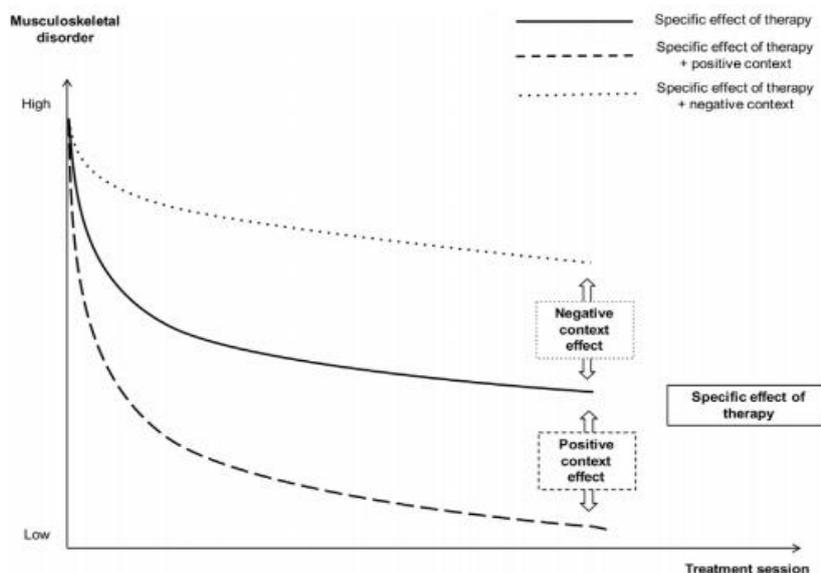
*Fig. 5: Strategie per ridurre l'effetto nocebo nella pratica clinica fisioterapica. Modificato da "Klinger, R., et al., Nocebo effects in clinical studies: hints for pain therapy. Pain reports, 2017. 2(2): p. e596" [8].*

## 2.4 Conoscenza e utilizzo dei fattori di contesto in fisioterapia

Le evidenze presenti in letteratura suggeriscono che i FC possono aumentare o diminuire l'effetto specifico del trattamento fisioterapico (**Fig. 6**) [3]. Tuttavia, gran parte delle informazioni disponibili su tale argomento non derivano da RCT, ma da ricerche qualitative e da interviste dirette con i pazienti. Scarseggiano, infatti, studi clinici controllati che valutano l'efficacia dei FC sulla qualità del risultato terapeutico confrontando la terapia usuale con la stessa terapia arricchita dall'utilizzo singolo o combinato di FC specifici [1, 3, 6, 23]. Inoltre, gli RCT pubblicati sottostimano sia la dimensione dell'effetto del placebo che del trattamento vero e proprio a causa delle diverse aspettative e preferenze dei pazienti che aderiscono ad uno studio clinico rispetto ad una condizione clinica reale [1].

Anche se gli elementi del placebo e del nocebo sono sempre presenti durante un intervento terapeutico, finora la possibilità di influenzare l'esito del trattamento con risposte placebo e nocebo sembra essere poco conosciuta e applicata nella pratica clinica [4, 8]. Negli ultimi anni, sono stati elaborati studi di *survey* che hanno indagato la conoscenza e l'utilizzo del placebo come strategia terapeutica da parte di medici di base, medici specialisti, ortopedici, reumatologi,

psichiatri, infermieri in diverse aree geografiche [16, 18, 30-37]. Tutti gli studi presi in considerazione, tranne uno [34] si riferiscono al “placebo” in senso stretto, ossia ad un intervento “sham” (es. la somministrazione di soluzione salina al posto del farmaco) e non alla definizione più ampia del termine che include diversi FC che possono influenzare il risultato della terapia [30].



**Fig. 6** La modulazione dell’effetto specifico del trattamento da parte del contesto psico-sociale.

Modificato da “Testa, M. and G. Rossetini, *Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. Man Ther, 2016. 24: p. 65-74*” [3].

In base alle nostre conoscenze, mancano studi che indagano la conoscenza e l’utilizzo dei FC e dell’effetto placebo e nocebo da parte dei fisioterapisti. Nonostante la necessità di ulteriori studi, si ritiene che le evidenze scientifiche attualmente disponibili e la formazione universitaria ricevuta siano elementi sufficienti per consentire ai fisioterapisti di utilizzare i FC come strategia terapeutica per massimizzare l’effetto placebo e minimizzare quello nocebo, continuando ad erogare prestazioni adeguate e ad adottare comportamenti eticamente corretti.

## 2.5 Obiettivi dello studio

Ad oggi, non è chiaro il livello di conoscenza e di utilizzo FC da parte dei fisioterapisti italiani. Pertanto, gli obiettivi dello studio sono:

- Indagare la conoscenza e l’utilizzo dei fattori di contesto da parte dei fisioterapisti italiani neolaureati attraverso la realizzazione e la somministrazione di una survey nazionale.
- Proporre strategie di implementazione della conoscenza e dell’utilizzo di questi fattori, adottabili durante il corso di laurea triennale o percorsi formativi successivi.

### 3. MATERIALI E METODI

Per valutare la conoscenza e l'utilizzo dei FC nella pratica clinica da parte dei FT italiani neolaureati, è stata realizzata un'indagine *online* sulla base dei risultati del masterclass di Testa e Rossetti [3], dello studio di Di Blasi et al. [7], della revisione sistematica e metanalisi qualitativa di O'Keeffe et al. [6] e prendendo spunto da altre *survey* che hanno indagato la conoscenza e utilizzo del placebo in ambito sanitario [18, 31, 33, 35-38]. Per la sua realizzazione sono state seguite le Linee Guida CHERRIES ed il reporting di Survey [39, 40] ed è stato utilizzato un *software* per la creazione di indagini online, *Survey Monkey*, a cui è stato sottoscritto un abbonamento di 4 mesi. Lo stesso software è stato adoperato per indagare le credenze e gli atteggiamenti verso l'utilizzo del placebo da parte di ortopedici britannici in un contesto chirurgico [35].

Il questionario elettronico è stato sottoposto all'intera popolazione dei neo-fisioterapisti laureati in Italia nell'a.a. 2014/15. I loro dati sono stati ottenuti grazie alla collaborazione di Almalaurea nel rispetto della privacy ed utilizzati solo ai fini della presente indagine. La scelta di questa popolazione di soggetti dipende dal fatto che si voleva comprendere quanto i fisioterapisti italiani fossero stati formati su tale argomento dal percorso di laurea di base; al tempo stesso, i soggetti dovevano essere in grado di fornire risposte sull'utilizzo dei fattori di contesto nell'esperienza clinica successiva alla laurea (circa un anno di pratica clinica). Non sono stati inclusi soggetti laureati precedentemente per rendere il campione dello studio più omogeneo possibile, riducendo così la possibilità di includere fisioterapisti le cui conoscenze potessero derivare anche da altri percorsi formativi *post lauream* o da una maggiore esperienza clinica.

Il questionario retrospettivo di autocertificazione è stato realizzato tenendo conto di precedenti *survey* sull'effetto placebo in ambito sanitario [16, 30, 31, 33, 35, 36] in modo da rendere i risultati comparabili con altri studi, anche se nessuno di questi ha indagato il contesto fisioterapico. Il presente questionario (**allegato 1**) era costituito da 10 sezioni:

- Sezione 1: pagina iniziale di benvenuto, di spiegazione dell'obiettivo dello studio, dell'utilizzo dei dati personali, del mantenimento dell'anonimato, della durata di compilazione del questionario (circa 10 minuti).
- Sezione 2: caratteristiche socio-demografiche (7 domande su sesso, età, zona d'Italia in cui lavorano, tempo trascorso dalla laurea, contesto lavorativo e quantità di ore lavorative)

- Sezione 3: Scenari clinici. 2 domande a risposta multipla relative a possibili scenari clinici sull'utilizzo dei FC
- Sezioni 4-5: "frequenza di utilizzo" dei FC, per ogni fattore, con scala Likert (2 domande)
- Sezione 6: "credenze" indaga la consapevolezza dell'influenza dei FC, per ogni fattore, con scala Likert (1 domanda)
- Sezione 7: "eticità di utilizzo" (2 domande a risposta multipla)
- Sezione 8: "comunicazione e applicazione" dei FC (2 domande a risposta multipla)
- Sezione 9: "meccanismi d'azione ed effetti" dei FC (3 domande a risposta multipla)
- Sezione 10: "relazione terapeutica", con applicazione della scala *Provider-patient relationship questionnaire*, con scala Likert (1 domanda).

L'indagine era chiusa: la compilazione del questionario avveniva solo su invito, tramite *mail*. Non erano previsti incentivi economici o di altro tipo ai partecipanti. Il questionario poteva essere compilato completamente da ciascun partecipante una sola volta. Per completare il questionario, era necessario arrivare sino all'ultima domanda; tuttavia, il programma non rendeva obbligatorio rispondere a tutte le domande prima di giungere alla conclusione dell'indagine. L'indicatore del processo era rappresentato dal tasso di partecipazione e di compilazione completa e parziale del questionario (valutato quotidianamente attraverso il programma); l'indicatore di esito dall'analisi delle risposte dell'indagine (valutato al termine della survey). L'analisi dei dati era realizzata direttamente dal *software* al termine dell'indagine prendendo in considerazione sia questionari compilati parzialmente che quelli compilati *in toto*. Le risposte del questionario erano anonime.

La realizzazione del progetto è iniziata a dicembre 2016. Il questionario online è stato creato il 02 gennaio 2017 ed è stato somministrato con le seguenti modalità e tempistiche:

- Primo invio tramite mail a metà gennaio 2017 (dall'11 al 15), attraverso survey monkey.
- Solleciti alla compilazione del questionario per mail, attraverso il programma, sia ai destinatari non rispondenti che ai rispondenti parzialmente al questionario (ogni settimana, dal 18 febbraio fino al 10 Marzo, per un totale di 6 solleciti).
- Sollecito via SMS ai soggetti non rispondenti, una volta a fine Febbraio.

L'indagine si è conclusa il 10/03/2017 con l'invio di un ringraziamento a coloro che avevano partecipato all'indagine.

## 4. RISULTATI

Di 1743 inviti a compilare il questionario, 69 sono stati annullati (42 indirizzi mail probabilmente non validi + 27 inviti respinti). Dei 1701 questionari giunti correttamente ai destinatari, 781 sono stati compilati: il tasso di risposta è del 45,91%. Di questi, 709 questionari sono stati compilati in maniera completa (90,8%), 72 parzialmente (9,2%). Il tasso di compilazione completa è del 41,68%.

### CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DELLA POPOLAZIONE

I dati relativi alle caratteristiche socio-demografiche della popolazione, corrispondenti alle prime 7 domande del questionario (Q1-Q7), vengono riportati di seguito:

- Sesso: 53% uomini e 47% donne.
- Età media: 25 anni.
- Anni trascorsi dalla laurea in fisioterapia: 1.
- Zona d'Italia in cui lavorano: 58% Nord; 22,5% Centro; 19,5% Sud.
- Contesto operativo di lavoro: 72,5% ambulatorio-struttura privata; 14,1 % servizio sanitario nazionale; 13,4% casa di riposo.
- Campo lavorativo di intervento prevalente: 69,3% ortopedico-muscoloscheletrico; 16,1% geriatrico; 11,8% neurologico; 1,4% pediatrico; 1,2 cardiorespiratorio; 0,3% uroginecologico.
- Media di ore di lavoro alla settimana: 11% 1-15 h; 32,9% 16-30; 46,2% 31-45; 9,2% 46-60 h; 0,6% più di 60 h alla settimana.

Si riportano di seguito le altre 13 domande del questionario con le relative risposte fornite dalla popolazione, rappresentate in grafici o tabelle.

### SCENARI CLINICI

Q8. *Un ragazzo di 40 anni libero professionista viene in visita nel tuo ambulatorio lamentando un dolore lombare. Lui chiede una terapia con la T.E.N.S. per poter tornare a lavorare più*

*rapidamente. Sulla base dell'esame clinico, non riscontri controindicazioni all'utilizzo della T.E.N.S., ma sai che in questo caso non ci sono indicazioni per utilizzare questa terapia. Il paziente insiste convintamente a richiedere di essere trattato con T.E.N.S., basandosi sul fatto che questa lo ha aiutato in passato durante un precedente episodio di lombalgia. Che cosa faresti in questa situazione? [seleziona]*

<b>Risposte possibili</b>	<b>% di risposta</b>
Eroghi la T.E.N.S.	15,8%
Proponi la possibilità di erogare la T.E.N.S. successivamente qualora la condizione clinica non migliori	35,8%
Proponi un trattamento diverso comunemente utilizzato per la lombalgia	28,5%
Proponi un appuntamento di follow up nei giorni successivi	3,4%
Provi a convincere il paziente che non necessita di T.E.N.S.	16,3%
Non fai nulla (dici al paziente che la lombalgia si risolverà in qualche giorno)	0,1%

**Tabella I:** scenario clinico 1 corrispondente alla domanda Q8.

*Q9. In un ospedale, un paziente con dolore importante di spalla riceve T.E.N.S. terapia più volte al giorno su richiesta. Per le frequenti richieste, occasionalmente la terapia viene sostituita con T.E.N.S. sham (con apparecchio spento). Il paziente riporta che in ogni caso la T.E.N.S. (sia attiva che sham) ha dato buoni risultati. Che conclusione puoi trarre circa l'efficacia della T.E.N.S. sham? [Più risposte sono possibili]*

<b>Risposte possibili</b>	<b>% di risposta</b>
Il dolore non ha cause organiche, ma psicologiche	46,2%
Il paziente è molto suggestionabile	49,3%
L'intensità del dolore diminuisce naturalmente	23,7%
Il paziente fornisce la risposta che tu come operatore vorresti sentirti dire	5,7%
L'attenzione positiva dello staff sanitario conduce alla diminuzione del dolore	41,1%

**Tabella II:** scenario clinico 2 corrispondente alla domanda Q9

## FREQUENZA DI UTILIZZO

Q10: Con che frequenza nella tua carriera hai VOLUTAMENTE utilizzato i fattori di contesto per potenziare il risultato delle cure fisioterapiche? [seleziona]

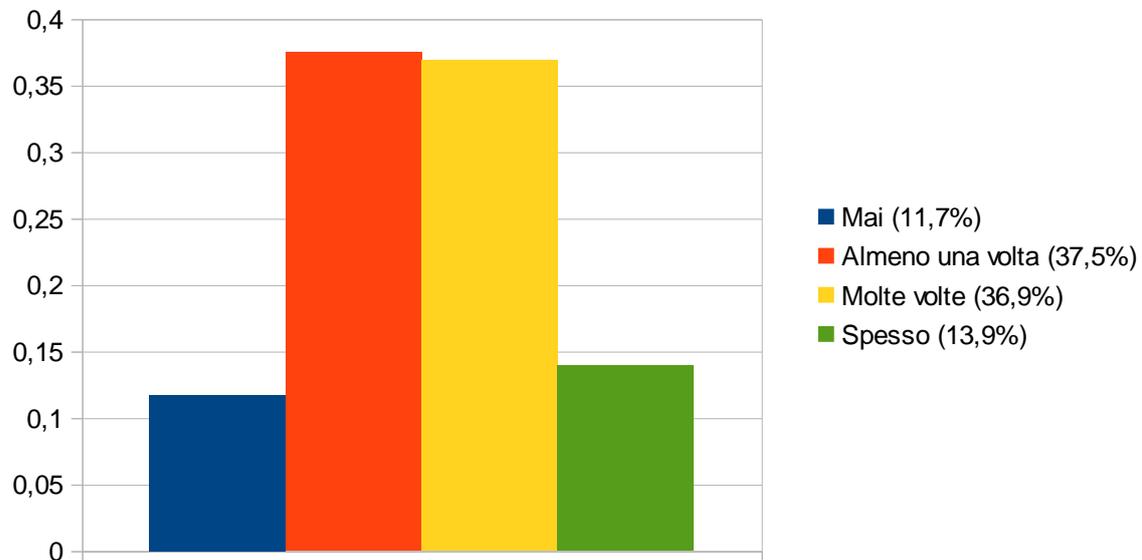


Fig. 7: Frequenza di utilizzo dei fattori di contesto (Q10)

Q11: Indica con che frequenza hai VOLUTAMENTE utilizzato i seguenti fattori di contesto con il paziente per potenziare il risultato dell'intervento fisioterapico: [seleziona]

Items	Ogni giorno	Almeno una volta a sett.	Almeno una volta al mese	Almeno una volta all'anno	Mai	Non pensavo fosse un fattore di contesto
La tua reputazione professionale	8%	14%	13%	9%	40%	15%
La tua divisa	29%	9%	9%	6%	33%	14%
I tuoi atteggiamenti e/o comportamenti positivi/ottimistici	74%	18%	6%	2%	0%	0%
Le aspettative e le preferenze del paziente	38%	41%	11%	4%	4%	2%
Le precedenti esperienze del paziente	21%	33%	24%	8%	9%	4%
La comunicazione verbale con il paziente	85%	12%	2%	1%	0%	0%
La comunicazione non verbale con il paziente	74%	15%	6%	2%	3%	1%
Un'alleanza terapeutica	81%	15%	3%	1%	0%	0%

empatica con il paziente						
Un intervento reso "evidente" al paziente	48%	34%	9%	3%	3%	4%
Un approccio centrato sul paziente	82%	13%	2%	1%	1%	1%
Un approccio professionale	75%	16%	4%	1%	2%	2%
Il contatto fisico con il paziente	74%	18%	4%	1%	2%	1%
Un ambiente confortevole	60%	23%	8%	2%	6%	2%
Un'architettura ambientale adeguata	34%	20%	10%	5%	21%	10%
Un design ambientale accurato	29%	18%	11%	6%	27%	9%

Tabella III: risposte a Q11, "consapevolezza" della frequenza di utilizzo dei fattori di contesto

## CREDENZE

Q12: Quanto CREDI che il tuo risultato terapeutico possa essere influenzato da...?

Items	Moltissimo	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla	Non so
La tua reputazione professionale	10%	26%	38%	17%	4%	5%
La tua divisa	2%	10%	32%	40%	14%	2%
I tuoi atteggiamenti e/o comportamenti positivi/ottimistici	33%	47%	18%	2%	0%	0%
Le aspettative e le preferenze del paziente	26%	43%	26%	4%	1%	1%
Le precedenti esperienze del paziente	17%	35%	39%	8%	1%	1%
La comunicazione verbale con il paziente	41%	44%	14%	1%	0%	0%
La comunicazione non verbale con il paziente	34%	42%	20%	2%	1%	1%
Un'alleanza terapeutica empatica con il paziente	54%	35%	10%	1%	0%	0%
Un intervento reso "evidente" al paziente	17%	38%	35%	7%	0%	2%
Un approccio centrato sul paziente	55%	34%	9%	1%	0%	0%
Un approccio professionale con il paziente	20%	36%	32%	9%	2%	1%
Il contatto fisico con il paziente	27%	44%	24%	4%	0%	1%
Un ambiente confortevole	10%	38%	41%	9%	1%	1%
Un'architettura ambientale adeguata	5%	25%	42%	21%	4%	3%
Un design ambientale accurato	4%	20%	41%	26%	5%	3%

Tabella IV: risposte a Q12, credenza dell'influenza dei fattori di contesto sul risultato terapeutico

## ETICITA' DI UTILIZZO

Q13: L'utilizzo dei fattori di contesto a fini terapeutici può essere considerato ETICAMENTE ACCETTABILE quando... [è possibile selezionare più di una risposta]

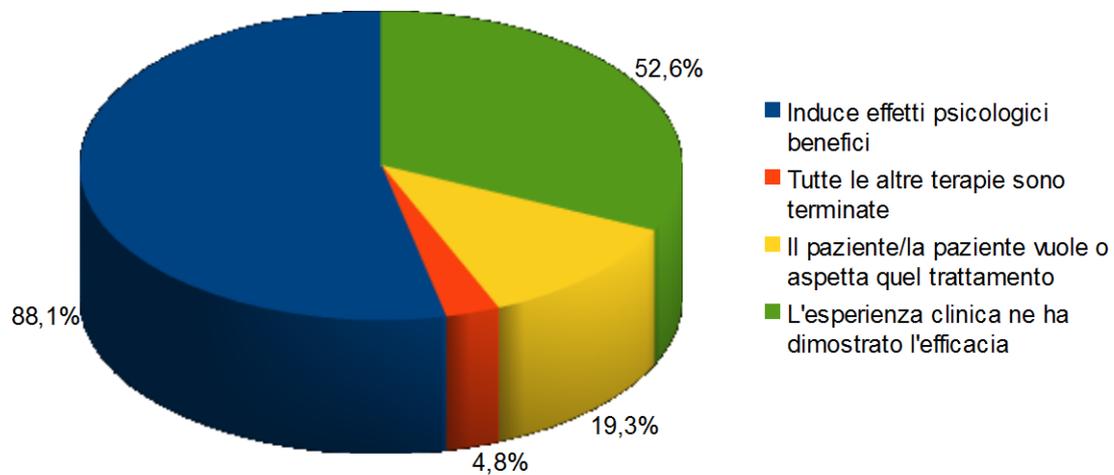


Fig. 8: risposte a Q13, quando i FC sono eticamente accettabili

Q14: L'utilizzo dei fattori di contesto a fini terapeutici può essere considerato ETICAMENTE NON ACCETTABILE quando... [è possibile selezionare più di una risposta]

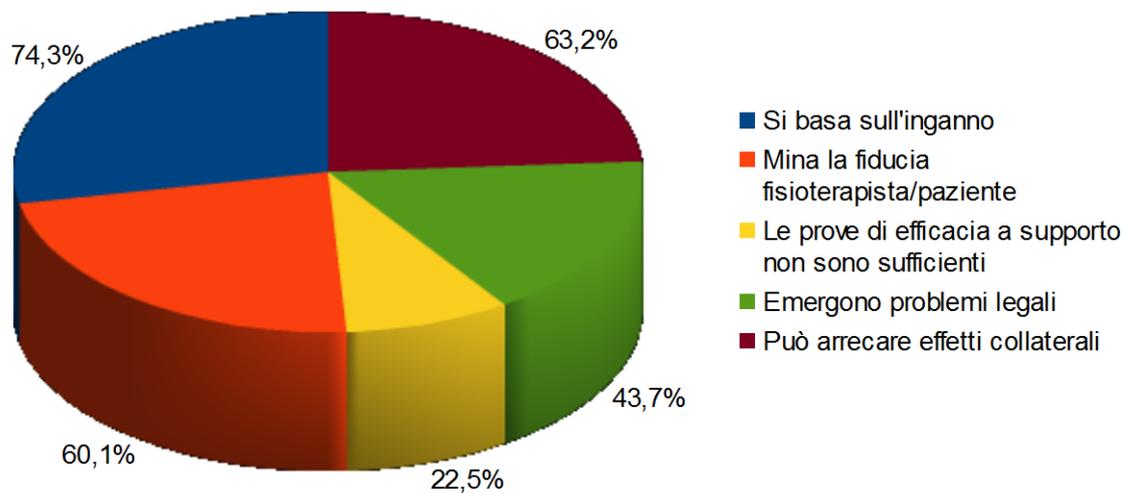


Fig. 9: risposte a Q14, quando i FC non sono eticamente accettabili

## COMUNICAZIONE E APPLICAZIONE

Q15: Come COMUNICHI al paziente l'uso dei fattori di contesto a fine di trattamento? Gli comunichi che... [è possibile selezionare più possibilità]

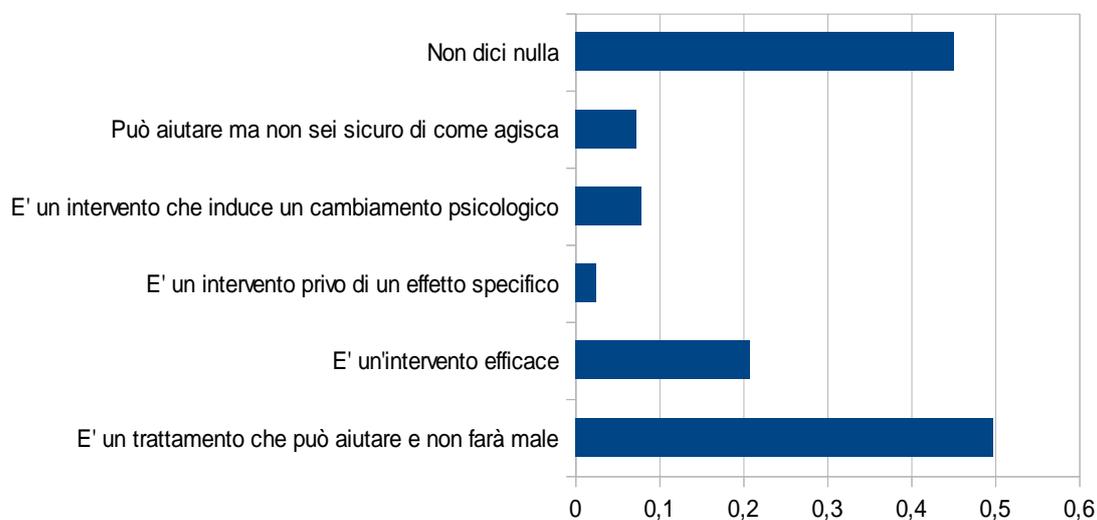


Fig. 10: risposte a Q15, comunicazione dei FC

Q16: In che circostanze APPLICHERESTI i fattori di contesto? [è possibile selezionare più possibilità]

Risposte possibili	% di risposta
A seguito di "ingiustificate e continue" richieste di interventi fisioterapici	20,4%
Per tranquillizzare il paziente	65,7%
Quando tutti gli altri interventi sono terminati	6,3%
Come "aggiunta" ad altri interventi fisioterapici per ottimizzare le risposte cliniche	81,9%
Per problemi non specifici	10,9%
Per portare il paziente a smettere di lamentarsi	6,1%
Come strumento diagnostico (per discriminare un problema psicologico da uno fisico)	26,9%
Per controllare il dolore	24,1%
Per "guadagnare" tempo	3,0%
Altro (specificare)	2,5%

Tabella V: risposte a Q16, circostanze di applicazione dei FC

## MECCANISMI D'AZIONE ED EFFETTI

Q17: Quali MECCANISMI D'AZIONE possono secondo te spiegare l'effetto dei fattori di contesto? [è possibile selezionare più opzioni]

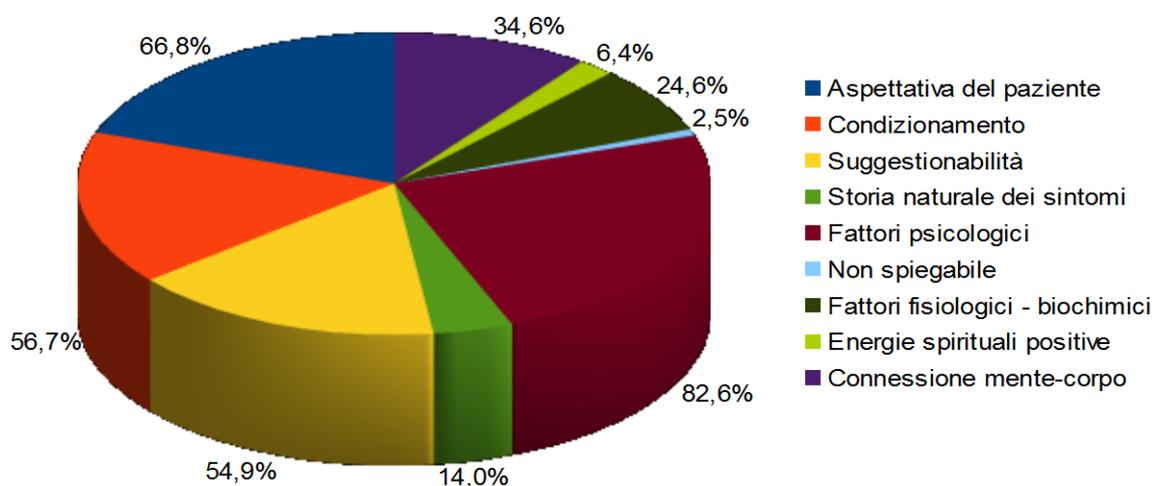


Fig. 11: risposte a Q17, meccanismi d'azione dei FC

Q18: Quali sono, secondo te, i POTENZIALI EFFETTI dei fattori di contesto nei seguenti problemi di salute? [seleziona]

Risposte possibili	Beneficio solo psicologico	Beneficio solo fisiologico	Beneficio sia psicologico che fisiologico	Nessun beneficio
Dolore acuto	34,8%	0,6%	46,6%	13,7%
Dolore cronico	28,3%	1,0%	67,6%	3,1%
Disturbi cognitivi (es. agitazione)	40,5%	1,0%	54,2%	3,1%
Disturbi emotivi (es. ansia)	40,6%	1,0%	56,7%	1,5%
Problemi di salute gastrointestinali	21,4%	6,0%	51,7%	20,9%
Disfunzioni sessuali	24,6%	2,1%	54,1%	19,2%
Dipendenza da farmaci o droghe	29,8%	2,0%	44,3%	23,9%
Problemi di salute neurologici	23,5%	2,9%	51,0%	13,6%
Problemi di salute reumatologici	32,9%	5,9%	45,9%	15,3%
Problemi di salute immunitari e allergie	28,2%	5,9%	53,6%	34,8%
Problemi di salute oncologici	49,7%	3,4%	34,3%	12,6%
Problemi di salute cardiovascolari	27,7%	5,7%	44,7%	21,8%
Patologie infettive	23,5%	6,4%	17,9%	43,1%
Insomnia	27,4%	2,7%	59,9%	9,9%
Altro (specificare il problema di salute e il potenziale effetto - Es. problema, effetto)				

Tabella VI: risposte a Q18, potenziali effetti dei FC

Q19: Come DEFINIRESTI, alla luce di questa indagine, il ruolo terapeutico dei fattori di contesto?

[seleziona]

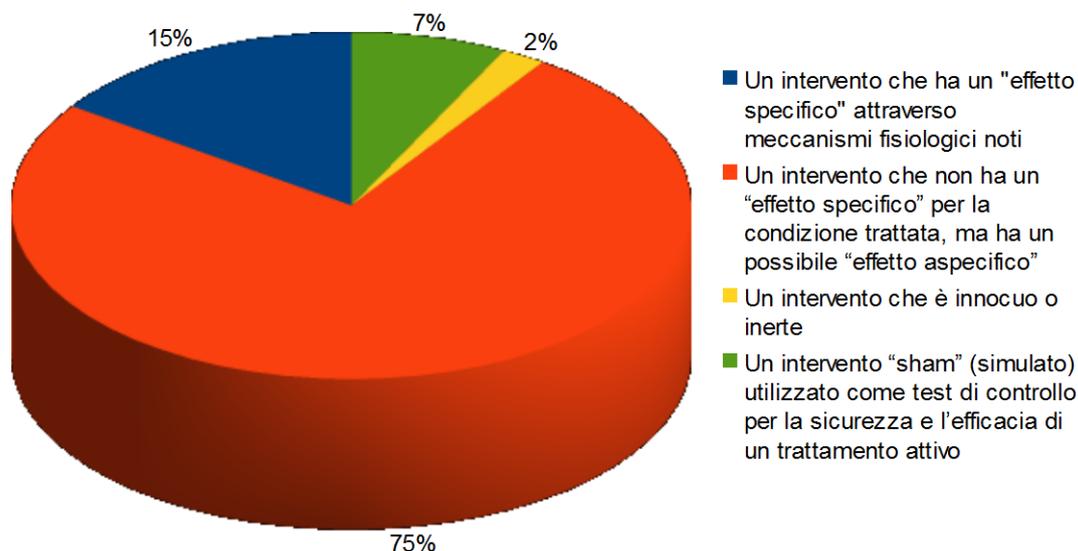


Fig. 12: risposte a Q19, ruolo terapeutico dei FC

## RELAZIONE TERAPEUTICA

Q20: Pensa al tuo ultimo incontro terapeutico con il paziente e valuta come ti sei sentito in accordo con ogni punto di seguito riportato utilizzando una scala a 5 punti da 1 = "per niente d'accordo" a 5 = "molto d'accordo"

Risposte possibili	Per niente d'accordo	Disaccordo	Indeciso	D'accordo	Molto d'accordo	Punteggio medio
1. Fornisco chiare informazioni	0,1%	0,6%	6,9%	58,0%	34,4%	4,26
2. Sono interessato/a a ciò che il paziente sente circa il suo attuale stato di salute	0,1%	0,3%	2,4%	40,9%	56,3%	4,53
3. Interagisco con il paziente con tono calmo e pacato	0,1%	0,1%	2,7%	43,3%	53,7%	4,50
4. Capisco le emozioni che il paziente prova	0,3%	1,0%	15,7%	56,4%	26,7%	4,08
5. Sono interessato/a a ciò che il paziente conosce circa il problema di salute e la prognosi	0,6%	2,8%	12,4%	54,9%	29,6%	4,10
6. Rispetto il/la paziente come persona	0,1%	0,6%	1,8%	25,7%	71,5%	4,68

7. Sono interessato/a a che cosa il/la paziente vuole dal processo assistenziale	0,4%	0,6%	10,0%	57,5%	31,5%	4,19
8. Sono in grado di ascoltare	0,3%	0,3%	2,0%	48,4%	49,1%	4,46
9. Pongo attenzione a ciò che il/la paziente dice	0,3%	0,1%	3,0%	51,9%	44,7%	4,41
10. Sono in grado di porre me stesso nei "suoi panni"	1,0%	3,7%	26,2%	49,8%	19,3%	3,83
11. Concedo al/alla paziente il tempo per chiedere e per parlare della malattia	0,1%	1,0%	6,9%	54,9%	37,1%	4,28
12. Ispiro confidenza e sicurezza quando tocco il/la paziente e gli/le sono vicino	0,3%	0,4%	12,8%	55,0%	31,5%	4,17
13. Faccio domande che permettono al/alla paziente di esprimere il suo punto di vista	0,1%	0,7%	10,7%	58,7%	29,8%	4,17
14. Sono interessato a ciò che il/la paziente si aspetta dal processo assistenziale	0,4%	1,1%	10,9%	61,8%	42,5%	4,11
15. Fornisco al paziente incoraggiamento e trasmetto ottimismo	0,3%	0,4%	6,3%	50,5%	42,5%	4,34
16. Offro al paziente l'opportunità di discutere e decidere assieme le "cose da fare"	0,7%	6,5%	20,5%	49,4%	23,0%	3,87

Tabella VII: risposte a Q20, relazione terapeutica



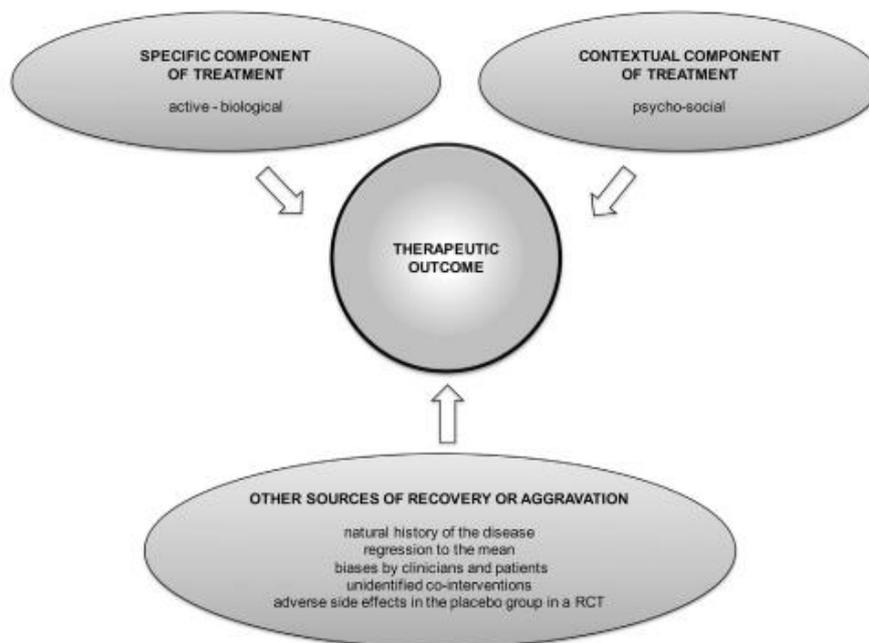
## 5. DISCUSSIONE DEI RISULTATI

### 5.1 Main findings

**La popolazione dello studio** La percentuale di risposta (45,91%) è paragonabile a quella di altri studi (45-58%) [18, 33-36, 38]. Il campione dello studio è rappresentato da un'intera popolazione ed è maggiore rispetto a quello di altre indagini che hanno indagato la conoscenza e l'utilizzo del placebo su un territorio nazionale [18, 30, 33, 36, 38]. La maggior parte dei fisioterapisti laureati in Italia nell' a.a. 2014/2015 lavora prevalentemente nel Nord Italia (58%), si occupa principalmente dell'ambito ortopedico-muscoloscheletrico (69,3%) e ha accumulato una discreta esperienza clinica l'anno successivo alla laurea tale da poter rispondere alle domande relative l'utilizzo dei FC durante l'attività lavorativa. I risultati dello studio, in accordo con un'indagine condotta nel 2003 presso il Corso di Laurea di Ferrara (Bergamini et al, 2004 - dati non pubblicati), confermano la maggiore prevalenza di neofisioterapisti nel settore privato (72,5%) [25].

**Scenari clinici** Nel primo scenario clinico proposto (Q8, **Tabella I**) solo il 15,8% della popolazione proporrebbe la T.E.N.S. come primo trattamento. Secondo una recente revisione sistematica e metanalisi qualitativa che ha analizzato la percezione dei pazienti con disturbi muscolo-scheletrici sui fattori che influenzano maggiormente la relazione terapeutica [6], prendere in considerazione le sue aspettative, opinioni e preferenze ed instaurare una relazione empatica basata sulla fiducia sono elementi di fondamentale importanza per l'assistito. Per la stessa ragione, cercare di convincere il paziente sin dalla prima seduta che non necessita di T.E.N.S. (16,3%) potrebbe minare la creazione di una relazione efficace col paziente ed influenzare negativamente l'esito terapeutico. Ulteriori studi hanno riscontrato un grado di insoddisfazione quando i pazienti non vengono coinvolti nella pianificazione del trattamento [41]. La maggior parte della popolazione (35,8%) considera la possibilità di erogare tale terapia fisica in un secondo momento, qualora la condizione clinica non sia migliorata. Tuttavia, questa alternativa potrebbe indurre un effetto *nocebo* nel paziente [8], nel momento in cui il paziente si aspetta che i trattamenti proposti dal fisioterapista non porteranno ad alcun miglioramento clinico dai, rafforzando la convinzione del paziente che la T.E.N.S. sia più utile nel ridurre il dolore. Il 28,5% proporrebbe, invece, un trattamento diverso comunemente utilizzato per la lombalgia. Una volta valutato il paziente, si dovrebbe sempre e comunque proporre il trattamento più efficace, tenendo in considerazione le linee guida e le evidenze presenti in letteratura.

Il secondo scenario clinico (Q9, **Tabella II**) propone una situazione in cui viene erogata una terapia fisica *sham* in alternativa a quella attiva, ottenendo in entrambi i casi una riduzione del dolore. Il 49,3% della popolazione ne deduce che il paziente sia molto suggestionabile, il 41,1% che l'attenzione positiva dello *staff* sanitario può aver influito a ridurre il dolore. Fattori contestuali come il *setting* ospedaliero, la presenza del camice da lavoro e l'atteggiamento del fisioterapista interagiscono costantemente con il trattamento e la persona a cui è destinato, modulandone la percezione del dolore [3]. Il 46,2% ha risposto che il dolore non ha cause organiche ma solo psicologiche. In altri ambiti sanitari, trattamenti *sham* sono stati già proposti per distinguere sintomi organici da sintomi psicogenetici [18, 35]. Non si può escludere, inoltre, che l'intensità del dolore possa essere diminuita naturalmente (23,7%): l'esito terapeutico, infatti, deriva dall'interazione di tre componenti (**Fig. 13**) [3]: una componente specifica del trattamento, una componente contestuale e altre fonti di aggravamento o recupero della condizione clinica, come per esempio la regressione alla media e il decorso naturale del disturbo. Il 5,7% ritiene che il paziente fornisca una risposta per compiacere l'operatore sanitario.



**Fig. 13:** Determinanti dell'esito terapeutico. Modificato da "Testa, M. and G. Rossetini, Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. *Man Ther*, 2016. 24: p. 65-74" [3].

**Frequenza di utilizzo e credenze dell'influenza dei FC sul risultato terapeutico** (Q10-Q12) Poco più di metà della popolazione dichiara di adoperare volutamente i FC "molte volte" o "spesso"; il 37,5% almeno una volta l'anno, e l'11,7% mai (**Fig. 7**). I FC adoperati con maggior frequenza e la cui percezione di utilizzo è considerata un elemento molto importante da parte dei pazienti con

disordini-muscoloscheletrici [6, 23] riguardano prevalentemente le caratteristiche del trattamento e la relazione tra fisioterapista e paziente e sono: la comunicazione verbale, l'alleanza terapeutica empatica, l'approccio centrato sul paziente, l'atteggiamento positivo, il contatto fisico, l'approccio professionale, la comunicazione non verbale. Questi elementi corrispondono ai FC che si ritengono influenzare "molto" e "moltissimo" il risultato terapeutico (**Tab. IV**). In ordine decrescente di frequenza di utilizzo, seguono poi l'ambiente confortevole (83%), l'intervento reso evidente (82%) e le aspettative e preferenze del paziente (79%). Quest'ultimo elemento è considerato uno dei FC significativamente più rilevante nella pratica clinica psichiatrica, in particolare nel trattamento della depressione grave [34]. I FC meno conosciuti sono la reputazione professionale (15%), la divisa (14%), l'architettura ambientale adeguata (10%), il *design* ambientale accurato (9%), le precedenti esperienze (4%) e un intervento reso evidente al paziente (4%) (**Tab. III**); questi corrispondono ai FC meno utilizzati e che si credono essere meno influenti sul risultato terapeutico (**Tab. IV**).

**Eticità di utilizzo dei FC** (Q13-Q14) L'88% della popolazione ritiene che sia eticamente adeguata la loro applicazione se induce effetti psicologici positivi e il 52,6% se l'esperienza clinica ne ha dimostrato l'efficacia (**Fig. 8**). Percentuali di risposta simile sono state riscontrate sull'eticità di utilizzo del placebo da parte di medici internisti [18]. In ambito fisioterapico, si ritiene etico utilizzare i FC come una strategia combinata da applicare in combinazione con la migliore terapia disponibile al fine di migliorare i risultati clinici del paziente e evitare il nocebo [17]. Il loro utilizzo è considerato eticamente non accettabile (**Fig. 9**) quando si basa sull'inganno (74,3%), può arrecare effetti collaterali (63,2%), mina la fiducia fisioterapista/paziente (60,1%) o implica problemi legali (43,7%). In accordo con il codice deontologico dei fisioterapisti [42], nessuna tecnica o strategia terapeutica dovrebbe mai essere applicata se può portare ad una di queste possibili conseguenze. Inoltre, l'intervento placebo non deve basarsi su principi non etici o sull'inganno e non dovrebbe mai sostituire altri trattamenti più efficaci [3]. Anche se i fisioterapisti non sono tenuti come i medici a prestare il giuramento di Ippocrate, il principio "*Primum non nocere*" vale per tutte le professioni sanitarie [16]. Secondo il 22,5% dei rispondenti non è accettabile l'uso dei FC se le prove di efficacia non sono sufficienti. Il contesto è una componente intrinseca di ogni trattamento e i fattori di contesto vengono sempre adoperati, anche se con maggiore o minore consapevolezza: saperli gestire correttamente potrebbe solo migliorare l'outcome terapeutico.

**Comunicazione e applicazione dei FC** (Q15-Q16) Riguardo la comunicazione a fine trattamento dell'utilizzo dei FC (**Fig. 10**), le risposte più quotate sono state: dire che è un trattamento che può aiutare e non farà male (49,7%), non dire nulla (45,1%), riferire che è efficace (40,8%). Distinguiamo, intanto, due possibilità: riferire o meno dell'applicazione dei FC. Quando si mettono in atto strategie terapeutiche per ottimizzare l'esito terapeutico (es. il contatto fisico, la comunicazione non verbale, allestire adeguatamente il *setting* terapeutico..) si ritiene facoltativa una loro spiegazione, a meno che non venga richiesta esplicitamente dal paziente. Qualora si decidesse di dire al paziente di averne utilizzato qualcuno in particolare, è consigliato sottolineare l'effetto positivo che può apportare al trattamento specifico. Lo stesso vale per l'applicazione del placebo o di un trattamento placebo [18]. In accordo con Colloca e Finniss[17], l'82% utilizzerebbe i FC in aggiunta ad altri interventi fisioterapici per ottimizzare la risposta clinica; il 65,7 % per tranquillizzare il paziente (**Tabella V**). Queste sono state anche le motivazioni di utilizzo del placebo più quotate nell'indagine di Sherman [18], Baghcheghi e Koohestani [16], Vijapura et al [34].

**Meccanismi d'azione ed effetti dei FC** (Q17-Q19) L'indagine dei meccanismi d'azione che possono spiegare l'effetto dei FC (**Fig. II**) ha portato le seguenti risposte principali: 82,6% fattori psicologici, 66,8% aspettativa del paziente, 56,7% condizionamento, 54,9% suggestionabilità. Complessivamente, fattori psicologici. Il 34,6% ritiene sia dovuto alla connessione mente-corpo, così come lo credono anche altri professionisti sanitari [18, 37]. Solo il 24,6% considera che alla base dell'efficacia del FC ci siano fattori fisiologici-biochimici. Analizzando i risultati di altre survey in ambito sanitario sull'utilizzo del placebo o trattamento placebo, si riscontrano risultati simili [18, 31, 32, 35]. Nello studio di survey condotto su 295 infermieri di un ospedale iraniano [16], il 74% del campione è a favore dei meccanismi psicologici e il 20% della combinazione di meccanismi psicologici e bio-chimici. Si ritiene che i potenziali benefici dei FC siano sia psicologici che fisiologici nel trattamento del dolore, dei disturbi cognitivi, emotivi, gastrointestinali, problemi neurologici, reumatologici, immunitari, vascolari, delle disfunzioni sessuali, dipendenze farmacologiche e di droga e nel ridurre l'insonnia (**Tabella VI**); il beneficio è solo psicologico in ambito oncologico mentre, per la maggior parte della popolazione, nessun beneficio nel trattamento di patologie infettive. Il 75% sostiene che i FC non abbiano un effetto specifico per la condizione trattata ma un possibile effetto aspecifico (**Fig. 12**). In letteratura è stato dimostrato che la risposta al placebo,

come quella che può essere indotta dall'utilizzo dei FC, è un processo neurofisiologico attivo e reale che comporta risposte costanti che avvengono sia a livello spinale che sovracorticale [1].

**Relazione terapeutica** (Q20) In riferimento all'ultimo incontro terapeutico con il paziente (**Tab. VIII**), i partecipanti all'indagine sono d'accordo con tutte le voci elencate. In particolare, sono molto d'accordo sul rispettare il paziente come persona, sull'interessarsi a ciò che il paziente sente circa il suo attuale stato di salute e sull'interagire con tono calmo e pacato (punteggio > 4,5 su scala da 1 a 5). Lo studio di Potter M et al. [43] ha indagato la percezione dei pazienti trattati presso strutture private fisioterapiche e ha riscontrato che l'ascolto attivo e poter raccontare la propria storia di salute al terapeuta ed il proprio sentito in merito sono considerati elementi fondamentali per l'assistito.

In una società concorrenziale e altamente prestazionale come la nostra, risulta sempre più importante affinare le proprie conoscenze e competenze, soprattutto se si lavora nell'ambito privato e in libera professione. Sembrerebbe che solo il 46% dei neolaureati abbia un contratto da dipendente mentre il 33% è in libera professione [25], percentuale che sta continuando ad aumentare. A conferma dei dati forniti da un precedente studio [25], i risultati della presente *survey*, seppur limitatamente, indicano una dissociazione tra le esperienze prevalentemente offerte durante il tirocinio universitario (Servizi di riabilitazione intensiva o estensiva del SSN, con le corrispondenti modalità di ruolo professionale) e le prime esperienze lavorative ed evidenziano la necessità di affinare maggiormente le *core competence* durante il percorso triennale e attraverso la promozione di corsi di aggiornamento *post-laurem*.

Negli ultimi anni è stato elaborato il "Core integrato" [25], un documento unico che integra coerentemente le conoscenze teoriche (*Core Curriculum*) e le competenze pratiche (*Core competence*) che uno studente deve acquisire durante i tre anni di corso in modo da poter rispondere in maniera efficace, responsabile e sicura alle richieste della comunità. Il documento è pubblicato sul sito dell'A.I.F.I., unica associazione rappresentativa della Professione (D.M. Salute 28 luglio 2014), ed è facilmente consultabile e spendibile sia nell'attività di formazione del percorso di studi del Corso di Laurea, sia all'interno delle diverse realtà lavorative. Si riporta di seguito la rappresentazione grafica (**Fig. 14**) degli otto ambiti delle competenze core del fisioterapista [25].



**Fig. 14** Rappresentazione grafica degli ambiti delle competenze core del fisioterapista. Modificato da "Bielli, S., et al. La formazione "Core" del fisioterapista; 2010"[25].

La conoscenza, l'utilizzo e la gestione adeguata dei fattori di contesto è una peculiarità trasversale a tutti gli ambiti di competenza del fisioterapista, anche se tocca maggiormente alcune aree, in particolare la comunicazione e relazione, la gestione, l'autoformazione, la riabilitazione e l'educazione terapeutica. Si ritiene opportuno proporre una strategia per migliorare la conoscenza e l'utilizzo dei FC, adottabile durante il corso di laurea triennale. Questa modalità di insegnamento può essere adottata anche durante corsi di aggiornamento post-lauream, con riconoscimento di crediti EBM.

L'approfondimento di tale argomento dovrebbe essere affrontato durante le lezioni frontali e pratiche, con particolare riguardo ai FC meno noti, per una stima di 4-5 ore durante l'ultimo anno di università. La spiegazione teorica dovrebbe includere l'effetto placebo e nocebo, i meccanismi d'azione, i potenziali benefici psicologici e neurofisiologici ed il ruolo terapeutico dei FC nella pratica clinica. L'utilizzo di alcuni FC, in particolare quelli inerenti la relazione tra fisioterapista e paziente (comunicazione verbale e non verbale, alleanza terapeutica ecc) è già oggetto di studio di alcune materie durante il triennio (es. Psicologia). Tuttavia, queste tematiche vengono affrontate prevalentemente dal punto di vista teorico e necessiterebbero di maggiore esercitazione pratica per poter affinare sia il "sapere" che il "saper fare" e il "saper essere". Una strategia di insegnamento utile potrebbe essere rappresentata dal "role-playing": si creano scenari clinici in

cui uno studente simula il fisioterapista e un altro il paziente. Il docente ed gli altri studenti assistono e si appuntano consigli ed osservazioni relative l'utilizzo adeguato dei FC. Il confronto finale consente di avere un *feedback* sulla propria prestazione e di comprendere i propri margini di miglioramento.

L'obiettivo della nostra proposta è di rendere i neolaureati, ed in generale, tutti i fisioterapisti in grado di utilizzare coscientemente i FC, con l'ambizione di riuscire a prevedere il loro potenziale effetto terapeutico e di riuscire a "controllare" maggiormente e a favore del paziente ciò che può interferire con il trattamento vero e proprio a vantaggio della salute del proprio assistito.

## **5.2 Punti di forza e di debolezza dello studio**

Il presente studio rappresenta il primo tentativo di indagare la conoscenza e l'utilizzo dei fattori di contesto da parte di fisioterapisti. La *survey* è nazionale e ha indagato il fenomeno su un'intera popolazione: i fisioterapisti laureati in Italia nell'a.a. 2014/2015. Il presente studio ha diversi limiti. Il tasso di risposta moderato (46%) limita la capacità di fare stime esatte sul comportamento dell'intera popolazione e solleva domande sulla rappresentatività del campione. Trattandosi di una *survey* retrospettiva *self-reported*, nulla si può dire sull'affidabilità delle risposte dei singoli rispondenti. Inoltre, le domande sull'utilizzo dei FC indagavano la frequenza con cui questi vengono adoperati nella pratica clinica, non le modalità con cui sono utilizzati. E' stata realizzata un'analisi descrittiva dei risultati e non un'analisi statistica. Infine, non è stato possibile confrontare i risultati della presente *survey* con altri studi simili per l'assenza di materiale in letteratura inerente l'ambito fisioterapico.



## 6. CONCLUSIONI

### 6.1 Implicazioni per la pratica clinica

In virtù del codice deontologico (2011) [42] il fisioterapista “ha il dovere di mantenere in ogni momento il più alto standard di conoscenze e competenze” e “deve sapere adeguare il proprio sapere al progresso della ricerca scientifica e professionale” (art. 22). Inoltre, “si impegna a ricercare la massima efficacia, appropriatezza e qualità dei percorsi di cura e riabilitazione” e “a valutare il grado di soddisfazione della persona per il miglioramento continuo del servizio offerto” (art. 12). Recenti pubblicazioni hanno valutato l'importanza dei FC nella percezione della relazione terapeutica e della presa in carico da parte dei pazienti con disturbi muscolo-scheletrici [6, 23] e hanno proposto il loro utilizzo per ottimizzare il trattamento terapeutico [3, 6, 13]. I risultati della presente *survey* illustrano che quasi la metà dei fisioterapisti italiani laureati nell'a.a. 2014/2015 utilizza i FC molto raramente. Poco si sa su come vengono utilizzati nella pratica clinica. I FC meno conosciuti sono i meno utilizzati: reputazione professionale, divisa, architettura adeguata, design ambientale accurato, precedenti esperienze del paziente. I FC adoperati con maggior frequenza sono quelli più conosciuti e reputati efficaci nella pratica clinica: la comunicazione verbale col paziente, l'alleanza terapeutica empatica, l'approccio centrato sul paziente, l'atteggiamento positivo, il contatto fisico, l'approccio professionale, la comunicazione non verbale, l'ambiente confortevole, l'intervento reso evidente, le aspettative e preferenze del paziente. Emergono dubbi sui meccanismi d'azione dei FC, l'eticità, la comunicazione e modalità del loro utilizzo, l'effetto ed il ruolo terapeutico.

L'articolo pubblicato da Bialosky JE et al [1] mette in evidenza la difficoltà dei fisioterapisti che hanno investito tempo e risorse nella propria formazione e nel perfezionamento della pratica clinica a considerare il placebo come una parte integrante e meccanismo primario del trattamento. Probabilmente, questo è dovuto, come confermato dai risultati della *survey*, ad una scarsa conoscenza di questo argomento. Per rispondere in maniera ottimale alla richiesta d'aiuto dei nostri pazienti, è utile iniziare a considerare i meccanismi placebo non più come interventi inerti o inefficaci ma come effetti neurofisiologici attivi generati e influenzati dall'aspettativa del paziente di ricevere un trattamento adeguato da parte di un professionista sanitario competente e qualificato [1]. I fisioterapisti dovrebbero continuare a perseguire l'eccellenza clinica investendo le ore dedicate alla formazione individuale in maniera diversa, approfondendo conoscenze legate

non solo all'applicazione delle tecniche di trattamento, ma anche al miglioramento e all'utilizzo efficace dei FC che possono arricchire le *core competence* del professionista sanitario. Prevedere l'effetto terapeutico del loro utilizzo e imparare a "gestire" ciò che può interferire con il trattamento vero e proprio rappresenta attualmente una sfida per i fisioterapisti e può costituire una risorsa utile per migliorare la pratica clinica.

## **6.2 Implicazioni per la ricerca**

Indagini simili alla presente *survey* in altre aree geografiche potrebbe rivelare differenze culturali sulla conoscenza e l'utilizzo dei FC e dell'effetto placebo/nocebo nella pratica clinica. Altre indagini sul territorio nazionale potrebbero indagare maggiormente la modalità di utilizzo dei FC e esplorare la conoscenza e la percezione di utilizzo dei FC da parte dei pazienti o di altri professionisti sanitari (es. infermieri, operatori sanitari, medici). Infine, sono necessari ulteriori studi clinici controllati che valutino l'efficacia dei singoli FC sulla qualità dell'*outcome* terapeutico.

## 7. BIBLIOGRAFIA

1. Bialosky, J.E., M.D. Bishop, and C.W. Penza, *Placebo Mechanisms of Manual Therapy: A Sheep in Wolf's Clothing?* J Orthop Sports Phys Ther, 2017. **47**(5): p. 301-304.
2. Benedetti, F., *Placebo-induced improvements: how therapeutic rituals affect the patient's brain.* J Acupunct Meridian Stud, 2012. **5**(3): p. 97-103.
3. Testa, M. and G. Rossettini, *Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes.* Man Ther, 2016. **24**: p. 65-74.
4. Bialosky, J.E., et al., *Placebo response to manual therapy: something out of nothing?* J Man Manip Ther, 2011. **19**(1): p. 11-9.
5. Bishop, M.D., et al., *What effect can manual therapy have on a patient's pain experience?* Pain Manag, 2015. **5**(6): p. 455-64.
6. O'Keeffe, M., et al., *What Influences Patient-Therapist Interactions in Musculoskeletal Physical Therapy? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis.* Phys Ther, 2016. **96**(5): p. 609-22.
7. Di Blasi, Z., et al., *Influence of context effects on health outcomes: a systematic review.* Lancet, 2001. **357**(9258): p. 757-62.
8. Klingera, R., et al., *Nocebo effects in clinical studies: hints for pain therapy.* Pain reports, 2017. **2**(2): p. e596.
9. Colloca, L. and F. Benedetti, *Placebos and painkillers: is mind as real as matter?* Nat Rev Neurosci, 2005. **6**(7): p. 545-52.
10. Benedetti, F., E. Carlino, and A. Pollo, *How placebos change the patient's brain.* Neuropsychopharmacology, 2011. **36**(1): p. 339-54.
11. Benedetti, F., et al., *The biochemical and neuroendocrine bases of the hyperalgesic nocebo effect.* J Neurosci, 2006. **26**(46): p. 12014-22.
12. Benedetti, F., et al., *Neurobiological mechanisms of the placebo effect.* J Neurosci, 2005. **25**(45): p. 10390-402.
13. Gay, C.W. and M.D. Bishop, *Research on placebo analgesia is relevant to clinical practice.* Chiropr Man Therap, 2014. **22**(1): p. 6.
14. Benz, L.N. and T.W. Flynn, *Placebo, nocebo, and expectations: leveraging positive outcomes.* J Orthop Sports Phys Ther, 2013. **43**(7): p. 439-41.
15. Benedetti, F., et al., *Conscious expectation and unconscious conditioning in analgesic, motor, and hormonal placebo/nocebo responses.* J Neurosci, 2003. **23**(10): p. 4315-23.
16. Baghcheghi, N. and H.R. Koohestani, *Placebo use in clinical practice by nurses in an Iranian teaching hospital.* Nurs Ethics, 2011. **18**(3): p. 364-73.
17. Colloca, L. and D. Finniss, *Nocebo effects, patient-clinician communication, and therapeutic outcomes.* JAMA, 2012. **307**(6): p. 567-8.
18. Sherman, R. and J. Hickner, *Academic physicians use placebos in clinical practice and believe in the mind-body connection.* J Gen Intern Med, 2008. **23**(1): p. 7-10.
19. Benedetti, F. and M. Amanzio, *The placebo response: how words and rituals change the patient's brain.* Patient Educ Couns, 2011. **84**(3): p. 413-9.
20. Wager, T.D., et al., *Placebo-induced changes in FMRI in the anticipation and experience of pain.* Science, 2004. **303**(5661): p. 1162-7.
21. Benedetti, F., et al., *Placebo-responsive Parkinson patients show decreased activity in single neurons of subthalamic nucleus.* Nat Neurosci, 2004. **7**(6): p. 587-8.

22. Hush, J.M., K. Cameron, and M. Mackey, *Patient satisfaction with musculoskeletal physical therapy care: a systematic review*. Phys Ther, 2011. **91**(1): p. 25-36.
23. Hall, A.M., et al., *The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review*. Phys Ther, 2010. **90**(8): p. 1099-110.
24. Colloca, L. and F. Benedetti, *How prior experience shapes placebo analgesia*. Pain, 2006. **124**(1-2): p. 126-33.
25. S., B., et al. *La formazione "Core" del fisioterapista*. 2010; Available from: <https://aifi.net/wp-content/uploads/2013/01/corecompetencecorecurriculum.pdf>.
26. Fuentes, J., et al., *Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study*. Phys Ther, 2014. **94**(4): p. 477-89.
27. Oliveira, V.C., et al., *Communication that values patient autonomy is associated with satisfaction with care: a systematic review*. J Physiother, 2012. **58**(4): p. 215-29.
28. Wieser, M.J., et al., *Mutual influences of pain and emotional face processing*. Front Psychol, 2014. **5**: p. 1160.
29. Field, T., *Massage therapy research review*. Complement Ther Clin Pract, 2014. **20**(4): p. 224-9.
30. Hrobjartsson, A. and M. Norup, *The use of placebo interventions in medical practice--a national questionnaire survey of Danish clinicians*. Eval Health Prof, 2003. **26**(2): p. 153-65.
31. Nitzan, U. and P. Lichtenberg, *Questionnaire survey on use of placebo*. BMJ, 2004. **329**(7472): p. 944-6.
32. Shah, K.N., et al., *Use of placebo: knowledge, attitude and practice among medical practitioners*. Indian J Med Sci, 2009. **63**(10): p. 472-3.
33. Howick, J., et al., *Placebo use in the United kingdom: results from a national survey of primary care practitioners*. PLoS One, 2013. **8**(3): p. e58247.
34. Vijapura, S., et al., *Psychiatrists' Attitudes Toward Non-Pharmacologic Factors Within the Context of Antidepressant Pharmacotherapy*. Acad Psychiatry, 2016. **40**(5): p. 783-9.
35. Wartolowska, K., D.J. Beard, and A.J. Carr, *Attitudes and beliefs about placebo surgery among orthopedic shoulder surgeons in the United Kingdom*. PLoS One, 2014. **9**(3): p. e91699.
36. Tilburt, J.C., et al., *Prescribing "placebo treatments": results of national survey of US internists and rheumatologists*. BMJ, 2008. **337**: p. a1938.
37. Hassan, T., M. Fauzi, and D. Hasan, *Perceptions of placebo therapy among health practitioners in jazan region of saudi arabia*. Int J Health Sci (Qassim), 2011. **5**(1): p. 45-9.
38. Linde, K., et al., *Use of placebos and nonspecific and complementary treatments by German physicians--rationale and development of a questionnaire for a nationwide survey*. Forsch Komplementmed, 2013. **20**(5): p. 361-7.
39. Eysenbach, G., *Improving the quality of Web surveys: the Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES)*. J Med Internet Res, 2004. **6**(3): p. e34.
40. Kelley, K., et al., *Good practice in the conduct and reporting of survey research*. Int J Qual Health Care, 2003. **15**(3): p. 261-6.
41. Oosterhof, B., et al., *Success or failure of chronic pain rehabilitation: the importance of good interaction - a qualitative study under patients and professionals*. Disabil Rehabil, 2014. **36**(22): p. 1903-10.
42. A.I.F.I. *Codice deontologico dei fisioterapisti*. 2011; Available from: [https://aifi.net/wp-content/uploads/2012/09/Codice\\_Deontologico\\_AIFI.pdf](https://aifi.net/wp-content/uploads/2012/09/Codice_Deontologico_AIFI.pdf).
43. Potter, M., S. Gordon, and P. Hamer, *The physiotherapy experience in private practice: the patients' perspective*. Aust J Physiother, 2003. **49**(3): p. 195-202.

## 8. ALLEGATI

## **1. Benvenuto a questa indagine**

**Gentile collega grazie per aver deciso di prendere parte a questa survey.**

**Questa indagine serve a chiarire l'utilizzo dei fattori di contesto per il potenziamento del risultato terapeutico nell'attività clinica fisioterapica.**

**I fattori di contesto sono costituiti da una serie di situazioni relazionali o ambientali che possono influenzare la percezione che il paziente ha della sua condizione di sofferenza e di limitazione funzionale. Esempi dei principali fattori di contesto sono: le parole e la postura utilizzata dal fisioterapista, gli odori, i suoni e l'arredamento del setting terapeutico per potenziare l'efficacia delle cure fisioterapiche. Per questo riteniamo importante studiarli nella loro diffusione nella pratica fisioterapica.**

**Gentilmente rispondi alle seguenti domande sulla base della tua personale esperienza clinica.**

**La compilazione dell'intero questionario richiede al massimo 10 minuti.**

**Le tue risposte sono completamente anonime e saranno utilizzate solamente per gli scopi di questa ricerca.**

**Ogni volta che termini il completamento di una pagina, clicca su "Succ" per salvare le risposte.**

**Qualora decidessi di abbandonare l'indagine, seleziona "Esci"**

## 2. Caratteristiche socio demografiche

**Quale è il tuo sesso? [seleziona]**

- Maschio  
 Femmina

**Quanti anni hai? [completa numericamente]**

**Da quanti anni sei fisioterapista? [completa numericamente]**

**In che zona di Italia lavori? [seleziona]**

- Nord  
 Centro  
 Sud

**In che contesto operativo lavori? [seleziona]**

- Ambulatorio - struttura privata  
 Servizio sanitario nazionale  
 Casa di riposo

**Quale è il tuo campo di intervento prevalente? [seleziona]**

- Ortopedico - muscoloscheletrico  
 Neurologico  
 Geriatrico  
 Pediatrico  
 Cardio respiratorio  
 Uro - ginecologico

**Quante ore lavori a settimana? [seleziona]**

- 1-15
- 16-30
- 31-45
- 46-60
- più di 60 ore

### 3. Scenari Clinici

#### Caso 1.

Un ragazzo di 40 anni libero professionista viene in visita nel tuo ambulatorio lamentando un dolore lombare. Lui chiede una terapia con la T.E.N.S. per poter tornare a lavorare più rapidamente. Sulla base dell'esame clinico, **non** riscontri controindicazioni all'utilizzo della T.E.N.S., ma sai che in questo caso **non** ci sono indicazioni per utilizzare questa terapia. Il paziente insiste convintamente a richiedere di essere trattato con T.E.N.S., basandosi sul fatto che questa lo ha aiutato in passato durante un precedente episodio di lombalgia.

Che cosa faresti in questa situazione? *[seleziona]*

- Eroghi la T.E.N.S.
- Proponi la possibilità di erogare la T.E.N.S. successivamente qualora la condizione clinica non migliori
- Proponi un trattamento diverso comunemente utilizzato per la lombalgia
- Proponi un appuntamento di follow up nei giorni successivi
- Provi a convincere il paziente che non necessita di T.E.N.S.
- Non fai nulla (dici al paziente che la lombalgia si risolverà in qualche giorno)

#### Caso 2.

In un ospedale, un paziente con dolore importante di spalla riceve T.E.N.S. terapia più volte al giorno su richiesta. Per le frequenti richieste, occasionalmente la terapia viene sostituita con T.E.N.S. sham (con apparecchio spento). Il paziente riporta che in ogni caso la T.E.N.S. (sia attiva che sham) ha dato buoni risultati. Che conclusione puoi trarre circa l'efficacia della T.E.N.S. sham? *[Più risposte sono possibili]*

- Il dolore non ha cause organiche, ma psicologiche
- Il paziente è molto suggestionabile
- L'intensità del dolore diminuisce naturalmente
- Il paziente fornisce la risposta che tu come operatore vorresti sentirti dire
- L'attenzione positiva dello staff sanitario conduce alla diminuzione del dolore

#### 4. Frequenza di utilizzo 1/2

***Con che frequenza nella tua carriera hai VOLUTAMENTE utilizzato i fattori di contesto per potenziare il risultato delle cure fisioterapiche? [seleziona]***

- Mai
- Almeno una volta
- Molte volte
- Spesso

5. Frequenza di utilizzo 2/2

**Indica con che frequenza hai VOLUTAMENTE utilizzato i seguenti fattori di contesto con il paziente per potenziare il risultato dell'intervento fisioterapico: [seleziona]**

	Ogni giorno	Almeno una volta a settimana	Almeno una volta al mese	Almeno una volta all'anno	Mai	Non pensavo fosse un fattore di contesto capace di influenzare l'esito dell'intervento fisioterapico
La tua reputazione professionale di bravo/brava fisioterapista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La tua divisa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I tuoi atteggiamenti e/o comportamenti positivi/ottimistici con il paziente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le aspettative e le preferenze del paziente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le precedenti esperienze del paziente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La comunicazione verbale con il paziente (es. linguaggio di supporto ed incoraggiamento, messaggi positivi)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La comunicazione non verbale con il paziente (es. postura, gestualità, contatto oculare ed espressioni facciali)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un'alleanza terapeutica empatica con il paziente (es. ascolto attivo, esplorazione del vissuto, dedicare adeguato tempo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Ogni giorno	Almeno una volta a settimana	Almeno una volta al mese	Almeno una volta all'anno	Mai	Non pensavo fosse un fattore di contesto capace di influenzare l'esito dell'intervento fisioterapico
Un'intervento reso "evidente" al paziente (es. possibilità per il paziente di vedere come la terapia viene erogata)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un approccio centrato sul paziente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un approccio professionale con il paziente (es. dare del "lei", rispettare la puntualità nella gestione dei bisogni, assicurarsi la privacy)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il contatto fisico con il paziente (es. per informare, assistere, preparare, prendersi cura)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un ambiente confortevole (es. poco rumore, musica, fragranze, una temperatura adeguata)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un'architettura ambientale adeguata (es. punti luce naturali, indicatori e segnalatori guida)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Un design ambientale accurato (es. decorazioni, ornamenti e colori)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Conoscenza dei fattori di contesto nella pratica clinica dei fisioterapisti italiani specializzati nella riabilitazione dei disturbi muscoloscheletrici

### 6. Credenze

**Quanto CREDI che il tuo risultato terapeutico possa essere influenzato da...?**

**[seleziona]**

	Moltissimo	Molto	Abbastanza	Poco	Per nulla	Non so
La tua reputazione professionale di bravo/brava fisioterapista	<input type="radio"/>					
La tua divisa	<input type="radio"/>					
I tuoi atteggiamenti e/o comportamenti positivi/ottimistici con il paziente	<input type="radio"/>					
Le aspettative e le preferenze del paziente	<input type="radio"/>					
Le precedenti esperienze del paziente	<input type="radio"/>					
La comunicazione verbale con il paziente (es. linguaggio di supporto ed incoraggiamento, messaggi positivi)	<input type="radio"/>					
La comunicazione non verbale con il paziente (es. postura, gestualità, contatto oculare ed espressioni facciali)	<input type="radio"/>					
Un'alleanza terapeutica empatica con il paziente (es. ascolto attivo, esplorazione del vissuto, dedicare adeguato tempo)	<input type="radio"/>					
Un'intervento reso "evidente" al paziente (es. possibilità per il paziente di vedere come la terapia viene erogata)	<input type="radio"/>					
Un approccio centrato sul paziente	<input type="radio"/>					

**Moltissimo**      **Molto**      **Abbastanza**      **Poco**      **Per nulla**      **Non so**

Un approccio professionale con il paziente (es. dare del "lei", rispettare la puntualità nella gestione dei bisogni, assicurarsi la privacy)

Il contatto fisico con il paziente (es. per informare, assistere, preparare, prendersi cura)

Un ambiente confortevole (es. poco rumore, musica, fragranze, una temperatura adeguata)

Un'architettura ambientale adeguata (es. punti luce naturali, indicatori e segnalatori guida)

Un design ambientale accurato (es. decorazioni, ornamenti e colori)

## 7. Eticità di utilizzo

***L'utilizzo dei fattori di contesto a fini terapeutici può essere considerato ETICAMENTE ACCETTABILE quando... [è possibile selezionare più di una risposta]***

- Induce effetti psicologici benefici
- Tutte le altre terapie sono terminate
- Il paziente/la paziente vuole o aspetta quel trattamento
- L'esperienza clinica ne ha dimostrato l'efficacia

***L'utilizzo dei fattori di contesto a fini terapeutici può essere considerato ETICAMENTE NON ACCETTABILE quando... [è possibile selezionare più di una risposta]***

- Si basa sull'inganno
- Mina la fiducia fisioterapista/paziente
- Le prove di efficacia a supporto non sono sufficienti
- Emergono problemi legali
- Può arrecare effetti collaterali

## 8. Comunicazione ed applicazione

**Come COMUNICHI al paziente l'utilizzo dei fattori di contesto a fine di trattamento? Gli comunichi che... [è possibile selezionare più possibilità]**

- E' un trattamento che può aiutare e non farà male
- E' un'intervento efficace
- E' un intervento privo di un effetto specifico
- E' un intervento che induce un cambiamento psicologico
- Può aiutare ma non sei sicuro di come agisca
- Non dici nulla

**In che circostanze APPLICHERESTI i fattori di contesto? [è possibile selezionare più possibilità]**

- A seguito di "ingiustificate e continue" richieste di interventi fisioterapici
- Per tranquillizzare il paziente
- Quando tutti gli altri interventi sono terminati
- Come "aggiunta" ad altri interventi fisioterapici per ottimizzare le risposte cliniche
- Per problemi non specifici
- Per portare il paziente a smettere di lamentarsi
- Come strumento diagnostico (per discriminare un problema psicologico da uno fisico)
- Per controllare il dolore
- Per "guadagnare" tempo
- Altro (specificare)

## 9. Meccanismi d'azione ed effetti

**Quali MECCANISMI D'AZIONE possono secondo te spiegare l'effetto dei fattori di contesto? [è possibile selezionare più opzioni]**

- Aspettativa del paziente
- Condizionamento
- Suggestibilità
- Storia naturale dei sintomi
- Fattori psicologici
- Non spiegabile
- Fattori fisiologici - biochimici
- Energie spirituali positive
- Connessione mente-corpo

**Quali sono, secondo te, i POTENZIALI EFFETTI dei fattori di contesto nei seguenti problemi di salute? [seleziona]**

	Beneficio solo psicologico	Beneficio solo fisiologico	Beneficio sia psicologico che fisiologico	Nessun beneficio
Dolore acuto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolore cronico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbi cognitivi (es. agitazione)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disturbi emotivi (es. ansia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi di salute gastrointestinali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disfunzioni sessuali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dipendenza da farmaci o droghe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi di salute neurologici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi di salute reumatologici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi di salute immunitari e allergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi di salute oncologici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemi di salute cardiovascolari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patologie infettive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Insomnia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Altro (specificare il problema di salute e il potenziale effetto - Es. problema, effetto)

**Come DEFINIRESTI, alla luce di questa indagine, il ruolo terapeutico dei fattori di contesto? [seleziona]**

- Un intervento che ha un "effetto specifico" attraverso meccanismi fisiologici noti
- Un intervento che non ha un "effetto specifico" per la condizione trattata, ma ha un possibile "effetto aspecifico"
- Un intervento che è innocuo o inerte
- Un intervento "sham" (simulato) utilizzato come test di controllo per la sicurezza e l'efficacia di un trattamento attivo

10. Relazione terapeutica

**Applicazione della scala**

**Provider-Patient Relationship Questionnaire – PPRQ (Gremigni P. et al, 2016)**

**Pensa al tuo ultimo incontro terapeutico con il paziente e valuta come ti sei sentito in accordo con ogni punto di seguito riportato utilizzando una scala a 5 punti da 1 = “per niente d’accordo” a 5 = “molto d’accordo”**

	Per niente d'accordo	Disaccordo	Indeciso	D'accordo	Molto d'accordo
1. Fornisco chiare informazioni	<input type="radio"/>				
2. Sono interessato/a a ciò che il paziente sente circa il suo attuale stato di salute	<input type="radio"/>				
3. Interagisco con il paziente con tono calmo e pacato	<input type="radio"/>				
4. Capisco le emozioni che il paziente prova	<input type="radio"/>				
5. Sono interessato/a a ciò che il paziente conosce circa il problema di salute e la prognosi	<input type="radio"/>				
6. Rispetto il/la paziente come persona	<input type="radio"/>				
7. Sono interessato/a a che cosa il/la paziente vuole dal processo assistenziale	<input type="radio"/>				
8. Sono in grado di ascoltare	<input type="radio"/>				
9. Pongo attenzione a ciò che il/la paziente dice	<input type="radio"/>				
10. Sono in grado di porre me stesso nei “suoi panni”	<input type="radio"/>				
11. Concedo al/alla paziente il tempo per chiedere e per parlare della malattia	<input type="radio"/>				

	<b>Per niente d'accordo</b>	<b>Disaccordo</b>	<b>Indeciso</b>	<b>D'accordo</b>	<b>Molto d'accordo</b>
12. Ispiro confidenza e sicurezza quando tocco il/la paziente e gli/le sono vicino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Faccio domande che permettono al/alla paziente di esprimere il suo punto di vista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Sono interessato a ciò che il/la paziente si aspetta dal processo assistenziale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Fornisco al paziente incoraggiamento e trasmetto ottimismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Offro al paziente l'opportunità di discutere e decidere assieme le "cose da fare"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>