



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. 2017/2018

Campus Universitario di Savona

LA POTENZA DELLE PAROLE

Candidato:

Dott. FT. Altobelli Simone

Relatore:

Dott. FT. OMT Strobe Marco

PREMESSA

Grazie al master ho potuto ampliare le mie conoscenze in merito alla riabilitazione dei disordini muscolo-scheletrici, sia in termini di terapia manuale che di ragionamento clinico, fondamentali per la mia crescita come professionista sanitario. La scelta di affrontare questo argomento di tesi è stata data dal fatto che ho sempre ritenuto le parole uno strumento fondamentale per la creazione di una relazione terapeutica, ma al tempo stesso esse rappresentano per me un limite, al quale ho sempre preferito sopperire con il fare, con l'utilizzo di tecniche manuali. È stato quindi motivo di sfida confrontarmi con questo argomento, con il desiderio di voler approfondire le mie conoscenze e di poter arricchire il mio bagaglio culturale. Con queste premesse nasce il presente lavoro, grazie anche al supporto del mio relatore il Dott. Strobe Marco.

***“Communication is a skill and, like all skills,
it requires practice to be performed well.”
(Daykin A.)***

RINGRAZIAMENTI

Ai miei genitori,

*che mi hanno dato tutti i mezzi a disposizione per diventare il
professionista che sono.*



A Gioia,

*che mi è sempre stata accanto lungo tutto questo percorso e che,
nonostante le difficoltà, non ha mai smesso di supportarmi.*



Ai miei amici,

*vecchi e nuovi, che nonostante la lontananza,
sono sempre presenti.*



Un ringraziamento speciale va a Diego,

*grazie al quale ho saputo trovare delle risposte pratiche alle tante
domande che mi sono posto durante questo percorso.*



A me,

che nonostante tutto, continuo ancora a sognare...

“Il cielo resta il limite da superare!”

INDICE

PREMESSA	pag. 1
RINGRAZIAMENTI	pag. 2
INDICE	pag. 3
ABSTRACT	pag. 4
1. INTRODUZIONE	pag. 6
1.1 Lo stato dell'arte	pag. 6
2. MATERIALI E METODI	pag. 9
2.1 Review question	pag. 9
2.2 Strategie di ricerca per l'identificazione degli studi	pag. 9
2.3 Time stamp	pag. 11
2.4 Criteri di inclusione ed esclusione	pag. 11
3. RISULTATI	pag. 12
3.1 Selezione degli studi	pag. 12
3.2 Sintesi degli articoli inclusi	pag. 15
3.3 Analisi dei risultati	pag. 25
4. DISCUSSIONE	pag. 37
4.1 Limiti della revisione	pag. 39
4.2 Implicazioni per ricerche future	pag. 39
5. CONCLUSIONI	pag. 40
5.1 Keypoints	pag. 40
BIBLIOGRAFIA	Pag. 41

ABSTRACT

BACKGROUND: Con lo sviluppo delle neuroscienze e con il passaggio da un modello biomedico ad un modello bio-psico-sociale, ove il paziente assume un ruolo centrale nella gestione del suo problema, si è visto che l'utilizzo di strategie comunicative durante la seduta di trattamento modifica le credenze, i pensieri, i sentimenti del paziente e determina un notevole miglioramento degli outcome in termini di dolore e di prognosi.

OBIETTIVO: Lo scopo di questa tesi è svolgere una revisione della letteratura per valutare come la comunicazione verbale e la scelta di alcune parole rispetto ad altre da parte del professionista sanitario durante la comunicazione terapeutica, possa andare ad influenzare gli esiti terapeutici e la prognosi del paziente.

MATERIALI E METODI: Per soddisfare gli obiettivi dell'elaborato, è stata effettuata una revisione narrativa della letteratura scientifica riguardante l'utilizzo di alcune parole rispetto ad altre da parte del fisioterapista durante la comunicazione terapeutica. La ricerca è stata condotta consultando rispettivamente le banche dati elettroniche Medline, attraverso il motore di ricerca Pubmed, PEDro e Cochrane Library nel periodo compreso tra Settembre 2018 ed aprile 2019. Non sono stati posti limiti temporali in modo tale da includere il maggior numero di studi possibile. Nello studio sono stati inclusi tutti gli articoli in lingua inglese o italiana che fossero pertinenti all'obiettivo dell'elaborato. Sono stati inclusi nella revisione solo RCT che attraverso la ricerca sul database PEDro presentavano un punteggio >6 alla "PEDro scale".

RISULTATI: Le stringhe di ricerca hanno prodotto 714 articoli. In seguito alla "scoping search" (lettura di titolo e abstract), sono stati selezionati 36 articoli pertinenti alla *review question*. Sui rimanenti articoli, è stata eseguita una "main search" più dettagliata, tramite la lettura del *full text*, attraverso cui è stato possibile ottenere 13 articoli pertinenti al quesito di ricerca e soddisfacenti i criteri di inclusione/esclusione.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI: Dalla presente revisione narrativa è emerso che il trattamento riabilitativo, se supportato dall'utilizzo di strategie comunicative adeguate, può modificare positivamente gli outcome e la prognosi del paziente. La letteratura ad oggi però non ci dà risposte certe in merito a ciò, gli studi sono scarsi e di bassa qualità metodologica, sono necessarie ulteriori ricerche in tale ambito. Aumentare la consapevolezza e migliorare la conoscenza delle caratteristiche comunicative all'interno del percorso formativo di un professionista sanitario è probabilmente il primo passo per apportare un cambiamento di approccio nei confronti di un disordine muscolo-scheletrico.

KEYWORDS: *“Communication”, “Verbal communication”, “Therapeutic communication”, “Communication skills”, “Oral communication”, “PNL”, “Neuro Linguistic Programming”, “Narrative medicine”, “PNE”, “pain neurophysiology education”, “pain neuroscience education”, “therapeutic neuroscience education”, “Physiotherapy”.*

1. INTRODUZIONE

Lo scopo di questa revisione sistematica, è quello di analizzare e sintetizzare le evidenze disponibili in letteratura fino ad oggi (aprile 2019) per rispondere alla seguente “review question”:

“La comunicazione verbale e la scelta di alcune parole rispetto ad altre da parte del professionista sanitario durante la comunicazione terapeutica con il paziente, possono andare ad influenzare gli esiti terapeutici e la prognosi del paziente?”

Attraverso un’accurata revisione della letteratura si cercherà di rispondere a tale quesito, seguendo fasi ben definite. Inoltre, sarà importante verificare quale tipo di intervento sia più efficace rispetto agli altri per poter migliorare gli esiti terapeutici e quindi gli outcome.

1.1 LO STATO DELL’ARTE

Il dolore muscolo-scheletrico è uno dei problemi più comuni che il fisioterapista si trova di fronte durante la pratica clinica quotidiana. Tuttavia, quando questo si presenta con un’origine incerta rappresenta una complicazione sia per i fisioterapisti che per i pazienti. Molte tecniche di valutazione si basano su un modello biomedico tradizionale e mirano a scoprire un'anomalia o un tessuto patologico "in difetto". Successivamente, il trattamento assume solitamente la forma di un intervento fisico per compensare la carenza o l'anomalia identificata. Questo modello tradizionale di etichettatura dei tessuti come responsabili degli stati persistenti del dolore è stato suggerito per dare al paziente la convinzione che il problema "fisico" possa essere risolto^{24,25}. Questo modello, incentrato sul danno anatomico per la diagnosi e il trattamento, viene però messo sempre più in discussione. Il dolore non può essere adeguatamente spiegato o trattato adottando un approccio puramente pato-meccanico. È importante comprendere che la percezione del dolore non è strettamente correlata al danno tissutale e spesso può essere maggiormente influenzata da pensieri, sentimenti e atteggiamenti.²⁶ Il modello bio-psico-sociale considera il dolore come un'esperienza complessa, influenzata non solo da input sensoriali, ma anche da fattori comportamentali,

cognitivi, affettivi e sociali. Vi sono diverse emozioni che hanno il potere di influenzare le componenti motivazionali-affettive e cognitive-valutative dell'esperienza del dolore nei pazienti; emozioni come ansia, depressione e paura sono tutte collegate all'esperienza del dolore.²⁷ La relazione paziente-fisioterapista o "relazione fisioterapica" è descritta quindi come un "mezzo di comunicazione in cui sia il fisioterapista che il paziente interagiscono per raggiungere lo stesso obiettivo".²⁸ La definizione di dolore da parte dell'Associazione Internazionale per lo Studio del Dolore (IASP) è stata adattata per abbracciare il concetto multidimensionale del dolore: il dolore è per definizione "un'esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale in atto o potenziale o descritto in termini di danno"²⁹. Pertanto, questa definizione classifica i fattori emotivi e cognitivi allo stesso modo dei fattori fisici. Waddell G. (1987)³⁰ ha incorporato questa teoria nel "modello bio-psico-sociale del dolore". Questo modello è stato costruito in considerazione della lombalgia, tuttavia, le dimensioni psicologiche e sociali incorporate nel modello, promuovono un approccio globale appropriato per tutti i pazienti con dolore muscolo-scheletrico.³¹ Come diceva McCaffrey M. (1968): "il dolore è qualsiasi cosa il paziente dica che sia ed esiste ogni volta che il paziente dice che ce l'ha"³⁴.

Le parole possono, e spesso hanno, un impatto incredibile nella nostra vita. Esse possono assumere moltissimi significati a seconda di come vengono dette, possono far bene o possono far male. Le parole sono benefiche se usate nel modo corretto, possono invece essere un ostacolo alla guarigione se non utilizzate a dovere. Una persona che soffre di una patologia è spesso preda di paure. Il non sapere, o anche il fraintendere, sono condizioni che generano forte ansia e stress. Per evitare che ciò accada è importante imparare ad usare le parole nel modo più corretto ed empatico possibile, in modo tale da rendere efficace la comunicazione in fisioterapia. La comunicazione gioca quindi un ruolo chiave: il paziente deve essere informato e responsabilizzato sulla natura del suo dolore. Quando una persona soffre di un problema muscolo-scheletrico, anche il solo ipotizzare che questo divenga una condizione cronica può abatterla, spingendola a cercare informazioni e risposte. Una parola usata male potrebbe far credere al paziente di avere una grave patologia quando invece questo non è vero, oppure acuire una sua paura, aumentando l'ansia che a sua volta farà incrementare il dolore. Ad esempio, molte

persone ricevono di routine esami diagnostici per valutare e capire quali siano le cause di eventuali sintomi. Anche il linguaggio utilizzato con i pazienti durante la stessa diagnosi, e in seguito nella terapia, riveste un ruolo molto importante. L'utilizzo di determinati termini per la valutazione dei risultati delle stesse scansioni (come per esempio la presenza di un'ernia) potrebbe generare ansie e paure nonché la nascita di vere e proprie credenze popolari non supportate dalla scienza medica. Nonostante ci sia ormai una crescente consapevolezza della grande importanza dei fattori psicologici, della forza delle parole e del linguaggio, manca ancora un "giusto" metodo di informazione per i pazienti; è necessario modificare la stessa "idea del dolore"³⁵. All'interno di questo background, si inserisce la nostra revisione, che ha lo scopo di valutare come le parole possano influenzare gli esiti terapeutici e modificarne gli outcome.

2. MATERIALI E METODI

2.1 REVIEW QUESTION

Lo scopo di questa tesi è quello di svolgere una revisione narrativa della letteratura per valutare come la comunicazione verbale e la scelta di alcune parole rispetto ad altre da parte del professionista sanitario durante la comunicazione terapeutica con il paziente possa andare ad influenzare gli esiti terapeutici e la prognosi del paziente.

2.2 STRATEGIE DI RICERCA PER L'IDENTIFICAZIONE DEGLI STUDI

Per soddisfare gli obiettivi dell'elaborato è stata effettuata una revisione narrativa della letteratura scientifica riguardante l'utilizzo di alcune parole rispetto ad altre da parte del fisioterapista durante la comunicazione terapeutica. I seguenti passaggi sono stati condotti utilizzando il PRISMA Statement come linea guida. La ricerca è stata condotta consultando rispettivamente le banche dati elettroniche Medline, attraverso il motore di ricerca Pubmed, PEDro e Cochrane Library nel periodo compreso tra Settembre 2018 e Aprile 2019. Non sono stati posti limiti temporali in modo tale da includere il maggior numero di studi. La selezione degli articoli è stata effettuata in funzione di un quesito clinico formulato seguendo la metodologia PICO:

- **P:** pazienti con disturbi muscolo-scheletrici;
- **I:** comunicazione terapeutica;
- **C:** effetto placebo/nocebo;
- **O:** esiti terapeutici e prognosi.

Per effettuare la ricerca bibliografica su Medline sono stati utilizzati sia parole libere che MeSH Terms; gli stessi MeSH Terms sono stati utilizzati anche come parole libere. Le parole-chiave utilizzate sono state: "*Communication*", "*Verbal communication*", "*Therapeutic communication*", "*Communication skills*", "*Oral communication*", "*PNL*", "*Neuro Linguistic Programming*", "*Narrative medicine*", "*PNE*", "*pain neurophysiology education*", "*pain neuroscience education*", "*therapeutic neuroscience education*", associate a termini inerenti l'indagine mediante l'utilizzo degli operatori booleani AND e OR.

Ciò ha permesso di generare le seguenti stringhe di ricerca:

➤ MEDLINE:

- (((((((((((communication) OR verbal communication) OR therapeutic communication) OR communication skills) OR oral communication) OR PNL) OR Neuro Linguistic Programming) OR Narrative medicine) OR PNE) OR pain neurophysiology education) OR pain neuroscience education) OR therapeutic neuroscience education)) AND specialty, physiotherapy[MeSH Terms];

Data la natura della “review question”, è stato deciso di includere tutti gli studi che potessero riguardare tale argomento.

Da questa stringa di ricerca sono stati ottenuti 305 records.

➤ PEDRO:

- **communication AND musculoskeletal;**

da questa stringa di ricerca sono stati ottenuti 49 records.

➤ COCHRANE LIBRARY:

- **MeSH descriptor: [communication] explode all trees and with qualifier(s): [Rehabilitation - RH]**
- **((((((((Communication OR Verbal communication) OR Therapeutic communication) OR Communication skills) OR Oral communication) OR pnl) OR Neuro Linguistic Programming) OR Narrative medicine) OR pne) OR pain neurophysiology education) OR pain neuroscience education) OR therapeutic neuroscience education)**
- **MeSH descriptor: [Physical Therapy Modalities] explode all trees and with qualifier(s): [Rehabilitation - RH]**
- **(#1 OR #2) AND #3;**

da questa stringa di ricerca sono stati ottenuti 360 records (147 Cochrane reviews e 213 trials).

Inoltre è stata analizzata la bibliografia degli studi inclusi e sono stati presi in considerazione gli articoli correlati.

2.3 TIME STAMP

Di seguito, nella Tabella 1 è riportata una sintesi relativa al giorno in cui è stata effettuata l'ultima ricerca sui vari database precedentemente citati.

DATABASE	TIME STAMP
MEDLINE	06/04/2019
PEDro	06/04/2019
Cochrane Library	06/04/2019

Tabella 1: Time Stamp

2.4 CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

Gli articoli sono stati selezionati sulla base dei seguenti criteri di inclusione:

- articoli pertinenti con l'obiettivo dell'elaborato, ovvero la comunicazione terapeutica nei disordini muscolo-scheletrici;
- articoli in lingua inglese o italiana;
- articoli inerenti l'umano;
- articoli ottenuti attraverso la ricerca sul database PEDro che presentavano un punteggio >6 alla "PEDro scale";
- abstract e full text disponibili.

Inoltre sono stati individuati i seguenti criteri di esclusione:

- articoli non pertinenti con l'obiettivo dell'elaborato;
- articoli non rilevanti ai fini dell'indagine;

3. RISULTATI

In questo capitolo sono stati esaminati i risultati ottenuti tramite la ricerca bibliografica eseguita sui database. Gli articoli scientifici che hanno soddisfatto lo scopo della review question ed i criteri di inclusione/esclusione rappresentano il materiale di studio di questa revisione.

3.1 SELEZIONE DEGLI STUDI

Le stringhe di ricerca hanno prodotto un totale di 714 articoli:

- 305 articoli da MEDLINE;
- 49 articoli da PEDro;
- 360 articoli da Cochrane Library.

Per giungere alla selezione degli articoli pertinenti al quesito di ricerca sono stati effettuati, in ordine, i seguenti passaggi:

- Esclusi gli articoli non conformi ai criteri di inclusione ed esclusione individuati nel paragrafo 2.4 (49 articoli).
- Esclusi i duplicati (6 articoli), comuni alle ricerche effettuate sulle diverse banche dati. Per svolgere questo passaggio è stato utilizzato il programma Endnote Basic.
- Esclusi gli articoli con titolo non attinente al quesito di ricerca e/o non conformi ai criteri di inclusione ed esclusione (553 articoli).
- Esclusi gli articoli con abstract non pertinente al quesito di ricerca e/o non conformi ai criteri di inclusione ed esclusione (70 articoli).
- Esclusi gli articoli con full text non conforme al quesito di ricerca e/o non conformi ai criteri di inclusione ed esclusione (20 articoli).

Al termine del processo di selezione sono stati inclusi 13 articoli, conformi ai criteri di inclusione ed esclusione precedentemente citati:

1. L. Anderson et al. (2016)¹
2. G. Bachner et al. (2005)³
3. A. Hiller et al. (2015)⁴
4. K. Jeffels et al (2003)⁵
5. I. Josephson et al (2015)⁶
6. C. Lonsdale et al. (2017)⁸
7. J. Matthew set al. (2015)⁹
8. M. Meeus et al. (2010)¹⁰
9. R. Z. Pinto et al. (2012)¹²
10. M. Potter et al. (2003)¹⁴
11. M. Potter et al. (2003)¹⁵
12. L. Roberts et al. (2007)¹⁷
13. V. Schoeb et al. (2018)²³

La schematizzazione del processo di selezione degli studi è riportata nella Flow Chart in figura 1.

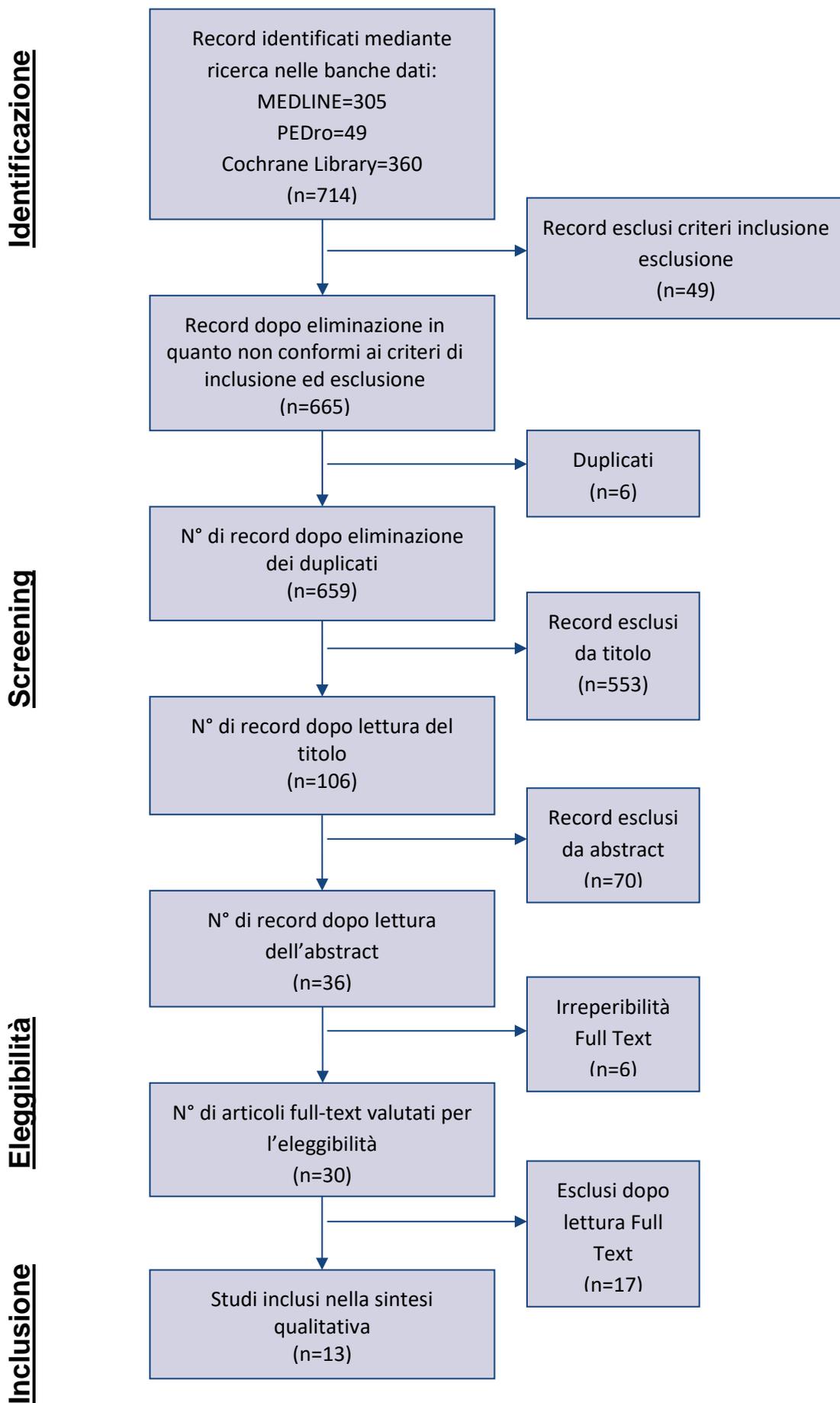


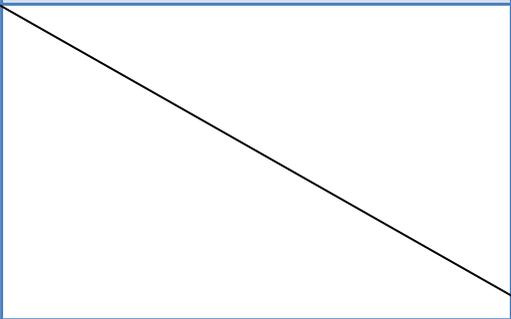
Figura 1: Flow Chart degli studi selezionati

3.2 SINTESI DEGLI ARTICOLI INCLUSI

Gli articoli inclusi nella revisione comprendono: 2 revisioni sistematiche, 2 RCT, 1 revisione narrativa, 1 case-series, 4 studi osservazionali, 2 consensus conference e 1 studio pilota. Questi sono stati sintetizzati nella Tabella 2, con lo scopo di mettere in evidenza le principali caratteristiche di ogni studio, in modo da rendere più facile l'analisi dei risultati ottenuti. All'interno della tabella, per ogni singolo studio sono indicati:

- Titolo, autore ed anno di pubblicazione;
- Disegno di studio;
- Obiettivi;
- Materiali e metodi;
- Risultati: sintesi dei principali risultati degli studi.

TABELLA SINOTTICA DEGLI ARTICOLI INCLUSI

TITOLO, AUTORE ED ANNO DI PUBBLICAZIONE	DISEGNO DI STUDIO	OBIETTIVI	MATERIALI E METODI	RISULTATI
<p>L. Anderson et al. (2016) <i>From Persuasion to Coercion: Responding to the Reluctant Patient in Rehabilitation</i></p>	<p>Revisione narrativa</p>	<p>Valutare alcune strategie comuni utilizzate dai fisioterapisti per favorire l'aderenza del paziente al trattamento.</p>		<p>La persuasione e l'incentivo rappresentano le migliori strategie per poter migliorare l'aderenza al trattamento.</p>
<p>G. Bachner et al. (2005) <i>Therapists' Communication Styles and Parents' Global Trust in the Therapists: A Comparison Between Jewish and Bedouin Parents</i></p>	<p>Studio descrittivo (case-series)</p>	<p>Esaminare come le capacità comunicative dei fisioterapisti possano incidere nella creazione di un rapporto di fiducia con i genitori di bambini malati, mettendo poi a confronto due gruppi etnici diversi.</p>	<p>193 genitori di bambini di età compresa tra sei mesi e sei anni. È stato somministrato un questionario in forma anonima di 17 domande riguardanti quattro ambiti diversi: cura, collaborazione, interesse, fiducia.</p>	<p>I punteggi relativi alla fiducia e alla comunicazione erano alti in entrambi i gruppi. Si evidenzia però che sia la fiducia che le capacità comunicative hanno avuto risultati significativamente più alti tra i genitori di etnia ebraica (stessa etnia dei fisioterapisti) rispetto ai genitori beduini.</p>

<p>A. Hiller et al. (2015) <i>Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice</i></p>	<p>Studio osservazionale e qualitativo</p>	<p>Capire come i fisioterapisti comunicano con i loro pazienti.</p>	<p>Sono stati presi in considerazione 52 incontri paziente-fisioterapista. I pazienti erano 15 maschi e 37 femmine che soffrivano di disturbi muscolo-scheletrici. Sono stati utilizzati 2 setting ambulatoriali privati. Il tempo della seduta è stato di 20-30 minuti. È stata svolta in seguito un'intervista ai 9 fisioterapisti.</p>	<p>Dallo studio emerge come non esista un solo modello di comunicazione valido per tutti i pazienti, ma questo viene costantemente settato in base alla persona che si trova davanti.</p>
<p>K. Jeffels et al. (2003) <i>Can aspects of physiotherapist communication influence patients' pain experiences? a systematic review</i></p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Determinare se gli aspetti della comunicazione tra fisioterapisti e pazienti possano influenzare l'esperienza del dolore.</p>	<p>8 studi selezionati; 412 pazienti in totale; 301 studenti universitari, 30 Low Back Pain cronico, 25 pazienti ospedalizzati, 23 impiegati e 33 erano semplicemente classificati come individui "sani". A tutti i soggetti è stato indotto dolore da vari meccanismi: stimoli elettrici, sfigmomanometro, arteriotomia, cold pressor test. I gruppi sperimentali hanno ricevuto: -informazioni prima degli stimoli dolorosi; -feedback tra ogni stimolo doloroso; -suggestioni</p>	<p>Le esperienze di dolore possono essere rinforzate sia in positivo che in negativo dal fisioterapista. Da questa revisione emerge anche che le esperienze di dolore dipendono parzialmente dalle convinzioni dei soggetti riguardo al loro dolore. Se credono che il dolore sia dannoso, c'è una ridotta capacità di tollerare il dolore e il punteggio alla VAS risulta più alto. Allo stesso modo, se i soggetti credono che il loro dolore non sia dannoso o che addirittura porti ad un beneficio, ciò può</p>

			analgesiche da ripetere durante gli stimoli dolorosi.	aumentare la tolleranza al dolore e diminuire il punteggio alla VAS.
I. Josephson et al. (2015) <i>Evaluative language in physiotherapy practice: How does it contribute to the therapeutic relationship?</i>	Studio osservazionale e analitico	Lo scopo di questo lavoro è esaminare la comunicazione terapeutica utilizzando la struttura metodologica dell' "Appraisal Theory".	Tre diversi settings: uno in Svezia, due in Australia. 18 terapisti e 18 pazienti hanno partecipato allo studio. A questi si sono aggiunti 8 studenti del 3° anno di fisioterapia, i quali hanno svolto un'attività di supervisione. I dati raccolti in Svezia erano file video, mentre i dati raccolti in Australia file audio.	I risultati di questo studio mostrano che mentre i pazienti si pongono da una prospettiva sia clinica che personale, i fisioterapisti sono più concentrati su ciò che conta clinicamente, tralasciando la componente emotiva. Una spiegazione di ciò può essere dovuta alla difficoltà nel farsi carico dei sentimenti dei pazienti.
C. Lonsdale et al. (2017) <i>Communication Skills Training for Practitioners to Increase Patient Adherence to Home-Based Rehabilitation for Chronic Low Back Pain: Results of</i>	RCT (7/10 Pedro scale)	Valutare come la comunicazione favorisca l'aderenza del paziente alle raccomandazioni riguardanti l'esercizio a casa per lombalgia cronica. Utilizzo di un training per	Setting composto da 13 cliniche ambulatoriali, per un totale di 255 pazienti, di cui 207 hanno risposto al follow-up di 24 settimane. Randomizzazione effettuata per centri, non per singoli pazienti. In entrambi i gruppi è stato effettuato un seminario di aggiornamento di 1 ora per i fisioterapisti sull' EBM per la lombalgia cronica. Fisioterapisti	Il CONNECT training ha avuto un effetto significativo sulla percezione dell'importanza di seguire le indicazioni dei fisioterapisti. Con il tempo i pazienti abbandonano le indicazioni fornite dai fisioterapisti sugli esercizi domiciliari, ma nei pazienti del gruppo sperimentale questo avviene in tempi più lunghi. È stato riscontrato che gli uomini

<p><i>a Cluster Randomized Controlled Trial</i></p>		<p>fisioterapisti chiamato CONNECT.</p>	<p>nel braccio sperimentale hanno completato 8 ore di formazione sulle capacità comunicative. Non sono state poste restrizioni sul numero o sul tipo di trattamento che il fisioterapista potesse somministrare. Come tale, tutti i pazienti hanno ricevuto cure standard, ma nel braccio sperimentale il trattamento è stato erogato da un fisioterapista che aveva completato il training CONNECT. È stata effettuata una valutazione alla baseline, a 1 settimana, a 4 settimane, a 12 settimane e a 24.</p>	<p>hanno mostrato miglioramenti sia in termini di funzione sia in termini di dolore indipendentemente dal tipo di intervento. Al contrario, le donne nel braccio sperimentale hanno mostrato miglioramenti statisticamente significativi rispetto al gruppo di controllo.</p>
<p>J. Matthews et al. (2015) <i>A brief report on the development of a theoretically-grounded intervention to promote patient autonomy and self-</i></p>	<p>Test pilota</p>	<p>L'obiettivo di questo studio è sviluppare un intervento formativo per modificare il comportamento del fisioterapista rispetto alle strategie comunicative nei</p>	<p>L'intervento KEDS propone: -un incontro di 2,5 ore in gruppo per introdurre la teoria sulle strategie di comunicazione basate su SDT, fare discussioni/esercitazioni di gruppo su come queste strategie potrebbero essere utilizzate nella pratica; -due sessioni di coaching individuale di 1 ora sull'utilizzo delle strategie</p>	<p>Entrambi i fisioterapisti hanno dato un feedback positivo dell'intervento KEDS per affrontare gli ostacoli relativi alla conoscenza, alle abilità, alle convinzioni e alle capacità comunicative.</p>

<i>management of physiotherapy patients: face validity and feasibility of implementation</i>		confronti dei pazienti con Low Back Pain.	comunicative. È stato poi effettuato uno studio pilota con 2 fisioterapisti.	
Meeus et al. (2010) <i>Pain Physiology Education Improves Pain Beliefs in Patients With Chronic Fatigue Syndrome Compared With Pacing and Self-Management Education: A Double-Blind Randomized Controlled Trial</i>	RCT (7/10 Pedro scale)	Lo scopo dello studio è stato quello di valutare gli effetti immediati di una singola seduta di Pain Physiology Education confrontata con una seduta di educazione al pacing e all'autogestione del problema.	48 partecipanti, di cui 8 uomini e 40 donne, randomizzati nei due gruppi in maniera equa, tramite estrazione. 30 minuti di seduta: gruppo di controllo pacing e autogestione; gruppo sperimentale Pain Physiology Education. Sia prima che subito dopo la seduta, venivano somministrati una serie di questionari sul dolore. Outcome primario: "Neurophysiology of Pain Test". Outcome secondari: Pain Coping Inventory(PCI), "assessing pain catastrophizing", Tampa Scale for Kinesiophobia(TSK), Pressure Pain Thresholds(PPT).	Differenza significativa nella misura dell'outcome primario. La comprensione dei meccanismi di dolore nel gruppo sperimentale è aumentata in modo significativo. È stato riscontrato un miglioramento statisticamente significativo nell'outcome secondario per quanto riguarda l'"intention to ruminate", sottoinsieme della catastrofizzazione,

<p>R.Z. Pinto et al. (2012) <i>Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review</i></p>	<p>Revisione sistematica</p>	<p>Lo scopo dello studio è capire quali fattori di comunicazione sono correlati alla formazione di un'alleanza terapeutica.</p>	<p>12 studi sono stati inclusi in questa revisione, tutti cross-sectional.</p>	<p>Dai risultati si evince che gli “interaction styles”, ovvero i modi in cui il fisioterapista si pone nei confronti del paziente, facilitano l’alleanza terapeutica. Lasciare che il paziente racconti la sua storia, discutere delle preoccupazioni, essere disponibile quando necessario, rispettare le opinioni e i sentimenti del paziente, porsi al suo stesso livello, fornire informazioni relative al suo problema, aiutano il clinico a interagire meglio con i pazienti. Tra i fattori non verbali assume un risultato statisticamente significativo il guardare negli occhi il paziente mentre parla.</p>
<p>Potter et al. (2003) <i>The physiotherapy experience in private practice: The patients’ perspective</i></p>	<p>Consensus conference</p>	<p>Lo scopo dello studio è identificare le qualità di un "buon" fisioterapista, percepite dal paziente e di sottolinearne le</p>	<p>26 pazienti sono stati sottoposti ad un'intervista, tramite tecnica del gruppo nominale(NGT). Per testare l'idoneità e la fattibilità della tecnica del gruppo nominale per questo studio, il processo è stato testato con un gruppo separato di cinque</p>	<p>I risultati mostrano come la capacità comunicativa sia la qualità principale di un buon fisioterapista. Gli attributi comunicativi più importanti riguardano le abilità interpersonali del fisioterapista (capacità di ascolto, fiducia,</p>

		caratteristiche positive e negative.	volontari. I test pilota hanno assicurato che il protocollo fosse realistico e che le domande poste ai pazienti potessero essere facilmente comprese.	empatia), le modalità e le capacità di insegnamento (fornire spiegazioni chiare sul problema e sul trattamento, spiegare cosa si sta facendo e perché durante la valutazione e il trattamento).
Potter et al. (2003) <i>The difficult patient in private practice physiotherapy: A qualitative study</i>	Consensus conference	Lo scopo dello studio è comprendere la percezione dei fisioterapisti del paziente “difficile” nella pratica privata e di determinare quali strategie vengano utilizzate per gestirli e quali invece vorrebbero migliorare.	Lo studio è composto da due fasi: nella prima fase sono stati reclutati 20 fisioterapisti, i quali sono stati divisi in 3 gruppi; questi erano considerati fisioterapisti esperti (>10 anni di pratica clinica); nella seconda fase sono stati reclutati 17 fisioterapisti, anch’essi divisi in 3 gruppi, i quali però avevano una pratica clinica <5 anni. Tutti i partecipanti sono stati sottoposti ad un’intervista tramite tecnica del gruppo nominale(NGT).	Dai risultati emerge che le “communication skills” sono state identificate come le aree principali in cui i professionisti vorrebbero sviluppare più competenze; esse riguardano: fornire spiegazioni, fornire una diagnosi, fornire una prognosi, dimostrare capacità di ascolto attivo, contatto visivo, postura aperta, fornire un contatto diretto anche tramite telefono, usare domande dirette, fare utilizzo di metafore, incentivare l’esercizio domiciliare.

<p>Roberts et al. (2007) <i>Communicating With Patients: What Happens in Practice?</i></p>	<p>Studio osservazionale e prospettico</p>	<p>Lo scopo dello studio è misurare il contenuto e la prevalenza delle comunicazioni verbali e non verbali che si verificano tra fisioterapisti e pazienti con lombalgia in ambiente ambulatoriale.</p>	<p>Sono stati reclutati 7 fisioterapisti e 21 pazienti, tutti adulti con low back pain. È stata videoregistrata la prima sessione di trattamento successiva alla valutazione iniziale. È stata scelta questa sessione perché è un incontro meno strutturato rispetto alla valutazione iniziale, ma ancora abbastanza precoce per acquisire informazioni in merito alla costruzione della relazione terapeutica. È stato utilizzato come misura di outcome il Medical Communications Behaviour System (MCBS). I comportamenti non verbali sono stati analizzati a intervalli di 40 secondi.</p>	<p>Nel complesso, i fisioterapisti hanno fatto circa il doppio delle dichiarazioni rispetto ai pazienti, riguardanti atteggiamento positivo ed empatia; è emerso inoltre che l'anzianità del personale incide sulle categorie del MCBS, dove i fisioterapisti con più esperienza hanno mostrato una percentuale maggiore di comportamenti emotivi rispetto ai colleghi più giovani. I comportamenti non verbali più utilizzati dai fisioterapisti sono stati il tocco (54%) e lo sguardo (32%), mentre per i pazienti, il comportamento non verbale più frequente è stato lo sguardo (84%). 5 fisioterapisti hanno ritenuto che la presenza della videocamera abbia influenzato il loro comportamento.</p>
---	--	---	--	--

<p>Schoeb et al. (2018) <i>The impact of documentation on communication during patient-physiotherapist interactions: A qualitative observational study</i></p>	<p>Studio osservazionale e qualitativo</p>	<p>Lo scopo è esaminare la comunicazione paziente-fisioterapista durante la prima visita in un setting ambulatoriale.</p>	<p>Due settings diversi, uno in Svizzera, dove sono stati reclutati 61 pazienti e 19 fisioterapisti, e uno in Australia, dove hanno preso parte allo studio 52 pazienti e 8 fisioterapisti; tutti i pazienti erano affetti da disturbi muscolo-scheletrici (schiena, anca, ginocchio, spalla, caviglia etc.). Nel trial Svizzero, i dati sono stati raccolti tramite video, mentre in quello australiano solo audio.</p>	<p>I risultati di questo studio dimostrano che seguire una scaletta ben definita relativa alla raccolta dei dati porta ad una comunicazione rigida, schematica, incapace di integrare quelle che sono le componenti bio-psico-sociali relative ai bisogni del paziente. Cartella clinica o computer sembravano diventare un altro "giocatore" nell'interazione. Sia i pazienti che i fisioterapisti guardavano e si occupavano della cartella o del computer piuttosto che l'uno dell'altro.</p>
--	--	---	--	--

Tabella 2: sintesi degli studi selezionati

3.3 ANALISI DEI RISULTATI

Lo studio di **L. Anderson et al. (2016)**¹, rifacendosi al lavoro di Szmukler e Appelbaum² sull'utilizzo di strategie motivazionali durante il trattamento, prende in considerazione quelle strategie che vengono più comunemente utilizzate dai fisioterapisti per favorire l'aderenza del paziente alla terapia. Sono state esaminate tecniche di persuasione, incentivazione, elogio personale, minacce e costrizione. L'uso della persuasione (*Es. "Hai davvero bisogno di alzarti oggi. Muoversi aiuta a prevenire i trombi nelle gambe, le complicanze respiratorie e sarai in grado di tornare a casa più velocemente."*) si basa sull'idea che se il paziente comprendesse i benefici del trattamento e le complicanze a cui va incontro in assenza di questo, potrebbe essere più incline ad accettarne le cure. L'uso dell'incentivo per svolgere un compito (*"Se arrivi alla porta, vado a prendere la rivista che volevi"*) riduce la capacità di comprendere il problema da parte del paziente, che è indirizzato al solo fine di raggiungere il premio. L'elogio personale (*"Adoro venire a trovarti, tu sei uno dei miei pazienti preferiti - sei sempre così collaborativo"*), costituisce un problema etico, in quanto costringe il paziente a svolgere dei task per non ledere la stima del fisioterapista nei suoi confronti. Le minacce (*"Se non ti alzi dal letto, chiamerò tua figlia e le dirò che sei intrattabile"*) sono coercitive, in quanto portano il paziente ad una situazione peggiore se non fa come gli è stato detto. La costrizione (prendere un paziente e muoverlo contro la sua volontà) rappresenta il problema etico più grande, in quanto con questa modalità non vengono minimamente rispettate la sua autonomia e la sua volontà. Dai risultati dello studio emerge che la miglior strategia per poter migliorare l'aderenza al trattamento è data dalla persuasione, in quanto questa preserva al meglio la capacità del paziente di ragionare e di fare scelte autonome. Anche l'incentivo può essere accettato, in quanto anch'esso, seppur in minor misura, preserva e rispetta l'autonomia del paziente.

Lo studio di **G. Bachner et al. (2005)**³ è stato progettato per esaminare come le capacità comunicative dei fisioterapisti possano incidere nella creazione di un rapporto di fiducia con i genitori di bambini malati. Questo studio è stato svolto presso il Soroka University Medical Center di Be'er Sheva (Israele). Lo studio è stato concepito come un'indagine descrittiva: sono stati selezionati 193 genitori ai quali è stato somministrato un questionario in forma anonima di 17 domande

riguardanti quattro ambiti diversi: cura, collaborazione, interesse, fiducia. Madre e padre hanno risposto separatamente. Inoltre nel questionario erano incluse informazioni socio-demografiche come l'età, il sesso del bambino, il genere del genitore, il livello di educazione dei genitori e il numero di figli nella famiglia. Nello studio è stata presa in considerazione anche l'etnia dei partecipanti: all'interno del gruppo infatti vi erano genitori di etnia ebraica (110) e di etnia beduina (83), mentre i fisioterapisti che hanno somministrato il trattamento erano tutti di etnia ebraica. Dai risultati emerge che i punteggi sulla fiducia e sulla comunicazione erano alti in entrambi i gruppi. Si evidenzia però che sia la fiducia che le capacità comunicative hanno avuto risultati significativamente più alti tra i genitori di etnia ebraica rispetto ai genitori di etnia beduina. Questo probabilmente è dovuto alle differenze culturali che esistono fra le due etnie: lingua, valori, istruzione, condizioni economiche. La capacità di comunicare si è rivelata l'unico fattore predittivo statisticamente significativo per la costruzione di un'alleanza terapeutica.

Nello studio di **A. Hiller, et al. (2015)**⁴ sono stati presi in considerazione 52 incontri tra fisioterapista e paziente, all'interno di un setting di uno studio privato in Australia. 9 sono i fisioterapisti che hanno preso parte allo studio. I partecipanti erano 15 maschi e 37 femmine, che presentavano differenti problemi muscolo-scheletrici: dolore alla colonna, dolore al ginocchio, infortuni correlati al lavoro, infortuni correlati allo sport, dolori alle articolazioni periferiche, problemi neurologici, dolori toracici. La durata dei colloqui è stata di 20-30 minuti. I risultati sono stati ottenuti tramite osservazione dei colloqui e tramite intervista ai fisioterapisti. La fase osservativa ha reso evidenti 5 aspetti:

- 1) Focus sul dolore e sui problemi fisici (tipo di dolore e localizzazione);
- 2) Il colloquio segue un ordine strutturato in fasi ben definite;
- 3) La comunicazione viene guidata dal fisioterapista tramite l'utilizzo di domande aperte o chiuse;
- 4) L'utilizzo di una "friendly conversation", incentrata su aspetti condivisi da entrambi gli interlocutori (calcio, famiglia, cibo, gossip...);
- 5) L'utilizzo di una comunicazione non verbale basata sul contatto visivo, sulla gestualità e sul contatto fisico con il paziente.

I fisioterapisti hanno evidenziato come gli aspetti della comunicazione si modificano in base alla personalità, al temperamento e alla capacità di apprendimento dei pazienti, cercando di trasmettere valori come empatia e rispetto per costituire una relazione terapeutica. Dallo studio emerge come non esista un solo modello di comunicazione valido per tutti i pazienti, ma questo viene costantemente settato in base alla persona che si trova davanti.

K. Jeffels et al. (2003)⁵ hanno svolto una revisione sistematica della letteratura per determinare se gli aspetti della comunicazione tra fisioterapisti e pazienti possano influenzare l'esperienza del dolore. Sono stati presi in considerazione 8 studi, riportati in figura.

Table 1. Summary of included studies

Study	Country	Subjects (n)	Study design	Main findings
Flor <i>et al.</i> ⁶⁷ (2002)	Germany	60	RCT	Visual reinforcement = increase/decrease in pain reports
Staats <i>et al.</i> ⁶³ (1998)	USA	60	RCT	Placebo suggestion = increased/decreased pain tolerance
Austan <i>et al.</i> ⁶² (1997)	USA	25	Time series	Analgesic placebo suggestion = reduced subjective pain experience
Lousberg <i>et al.</i> ⁶⁶ (1996)	The Netherlands	44	Matched pairs	Verbal reinforcement = increase/decrease in pain reports
Linton & Götenstam ⁶⁵ (1985)	Norway	23	RCT	Verbal reinforcement = increase/decrease in pain reports
Hayes & Wolf ⁶⁸ (1984)	USA	84	RCT	Coping statements = increase pain tolerance (when publicly known)
Jaremko <i>et al.</i> ⁶⁴ (1983)	USA	44	RCT	Publicly describing the pain experience = decreased pain tolerance
Holmes <i>et al.</i> ⁶⁹ (1983)	USA	72	RCT	The use of coping statements = increased pain tolerance

Figura 1: studi inclusi nella revisione

Sono stati presi in considerazione 412 pazienti in totale, di questi 301 erano studenti universitari, 30 avevano un Low Back Pain cronico, 25 erano pazienti ospedalizzati (che richiedevano arteriotomia), 23 erano impiegati in un ospedale psichiatrico e 33 erano semplicemente classificati come individui "sani". Pertanto, dei 412 soggetti solo i 30 pazienti con low back pain avevano dolore prima degli esperimenti. Tutti gli studi sono stati eseguiti in laboratorio tranne uno, che è stato svolto all'interno di un ospedale. Tutti i soggetti hanno sperimentato dolore indotto da vari meccanismi: in due studi sono stati utilizzati stimoli elettrici, in uno lo sfigmomanometro, un altro esaminava il dolore associato all'arteriotomia e altri quattro studi hanno utilizzato il "cold pressure test" (che prevede l'immersione della mano in acqua fredda, con una temperatura costante di 1 ° C). I gruppi sperimentali di ciascuno studio sono stati esposti a vari interventi: in tre studi sono state fornite ai soggetti informazioni prima degli stimoli dolorosi. Negli studi che hanno

esaminato il rinforzo verbale è stato dato un feedback tra ogni stimolo doloroso, negli altri due studi sono state fornite ai soggetti del gruppo sperimentale affermazioni positive da ripetere durante gli stimoli dolorosi. Tutti gli studi, tranne uno, hanno misurato il dolore utilizzando la VAS. Altri outcome sono stati: la soglia del dolore (il tempo necessario al soggetto per avvertire il dolore) e la tolleranza al dolore (il punto in cui il dolore non poteva più essere tollerato), entrambi misurati in secondi. Le esperienze di dolore sono state manipolate sia negativamente che positivamente, tramite strategie di rinforzo (verbale e visivo), di distrazione, di focus sul dolore. Dai risultati emerge che il dolore è multidimensionale e fortemente influenzato da pensieri, sentimenti ed emozioni. Vi sono prove a sostegno delle scoperte di Arntz et al.³² che dimostrano come l'attenzione aumenti le esperienze di dolore. Questa revisione ha dimostrato che quando le strategie di rinforzo verbale vengono somministrate prima degli stimoli dolorosi in soggetti sani, la tolleranza al dolore aumenta. I pazienti affetti da dolore muscolo-scheletrico sono per definizione già sofferenti e, pertanto, si dovrebbe prestare attenzione quando si generalizzano queste scoperte a questa tipologia di pazienti. Tuttavia, le strategie comunicative possono essere utili in situazioni in cui esiste la possibilità di amplificare il dolore, ad esempio durante la mobilizzazione di un'articolazione dolorosa. L'evidenza di questa revisione suggerisce che le esperienze di dolore possono essere rinforzate sia positivamente che negativamente, supportando così la teoria che il comportamento del fisioterapista può alterare le esperienze di dolore. Questo studio evidenzia come le esperienze di dolore dipendono parzialmente dalle convinzioni dei soggetti riguardo al loro dolore. Se i soggetti sottoposti al trattamento credono che il dolore sia dannoso, c'è una ridotta capacità di tollerare il dolore e il punteggio alla VAS risulta più alto. Allo stesso modo, se i soggetti credono che il loro dolore non sia dannoso o che addirittura porti ad un beneficio, ciò può aumentare la tolleranza al dolore e diminuire il punteggio alla VAS. Clinicamente questo è importante, poiché i pazienti che si interfacciano con un fisioterapista, avranno già idee e opinioni riguardo al loro dolore. Come scoperto da Payton et al.³³, alcuni pazienti si aspettano addirittura di provare dolore durante la loro interazione con il fisioterapista.

Lo studio di **I. Josephson et al. (2015)**⁶ utilizza la struttura metodologica dell' "Appraisal Theory"⁷ per comprendere cosa avviene durante la comunicazione

terapeutica. I dati analizzati sono stati raccolti su tre diversi settings: uno in Svezia, due in Australia. 18 terapisti e 18 pazienti hanno partecipato allo studio, a questi si sono aggiunti 8 studenti del 3° anno di fisioterapia i quali hanno svolto un'attività di supervisione. I dati raccolti in Svezia erano file video, mentre i dati raccolti in Australia file audio. L'“Appraisal Theory” è una forma di analisi del discorso che si è sviluppata all'interno della linguistica funzionale sistematica, al fine di esaminare e spiegare i modi in cui chi parla e chi scrive esprime reazioni come atteggiamenti ed emozioni, sia positive che negative. Questa forma di analisi è composta da tre sottosistemi: “Affect” (risorse linguistiche per esprimere emozioni) “Judgment” (valutare il comportamento) e “Appreciation” (formulare giudizi su argomentazioni). Dai risultati emerge che iniziando una conversazione con domande generiche, del tipo “come stai?”, induce il paziente ad auto valutarsi in merito alla sua situazione attuale. I risultati di questo studio mostrano che mentre i pazienti si pongono da una prospettiva sia clinica che personale, i fisioterapisti sono più concentrati su ciò che conta clinicamente, tralasciando la componente emotiva. Una spiegazione di ciò può essere dovuta alla difficoltà nel farsi carico delle componenti emotive dei pazienti.

Nello studio di **C. Lonsdale et al. (2017)**⁸ si è voluto indagare, tramite un RCT, come la comunicazione favorisca l'aderenza del paziente alle raccomandazioni riguardanti l'esercizio a casa per il trattamento della lombalgia cronica. Gli autori hanno progettato un intervento chiamato “Communication Style and Exercise Compliance in Physiotherapy (CONNECT)” per i fisioterapisti che lavorano con pazienti con Low Back Pain. Sono state incluse nello studio 13 cliniche ambulatoriali a Dublino (Irlanda), per un totale di 255 pazienti, di cui 207 hanno risposto al follow-up di 24 settimane. La randomizzazione è stata effettuata per centri, non per singoli pazienti. In entrambi i gruppi è stato effettuato un seminario di aggiornamento di un'ora per i fisioterapisti sulla terapia basata sull'evidenza (*evidence based medicine*) per la lombalgia cronica. Inoltre, i fisioterapisti nel braccio sperimentale hanno completato 8 ore di formazione sulle capacità comunicative. I pazienti in entrambi i gruppi hanno ricevuto cure di fisioterapia finanziate pubblicamente. Non sono state poste restrizioni sul numero di sessioni che ciascun paziente avesse potuto ricevere o sul tipo di trattamento che il fisioterapista potesse somministrare. Come tale, tutti i pazienti hanno ricevuto cure

standard, ma nel braccio sperimentale il trattamento è stato erogato da un fisioterapista che aveva completato il training CONNECT. È stata effettuata una valutazione alla baseline, a 1 settimana, a 4 settimane, a 12 settimane e a 24. Complessivamente, il CONNECT training per i fisioterapisti ha avuto un debole effetto positivo sull'adesione dei pazienti a svolgere esercizi a casa, con effetti significativi rilevati alla settimana 1, settimana 4 e settimana 12. Queste differenze non sono state mantenute alla settimana 24. Il CONNECT training ha avuto un effetto significativo sulla percezione da parte dei pazienti dell'importanza di seguire le raccomandazioni dei fisioterapisti. Si è visto che con il tempo i pazienti abbandonano le indicazioni fornite dai fisioterapisti sugli esercizi domiciliari, ma nei pazienti del gruppo sperimentale questo avviene in tempi più lunghi. Sembra che CONNECT abbia avuto un effetto positivo sull'aderenza domiciliare, ma non è chiaro quali aspetti specifici portino ai miglioramenti. È stato riscontrato che gli uomini hanno mostrato miglioramenti sia in termini di funzione, sia in termini di dolore indipendentemente dal tipo di intervento. Al contrario, le donne nel braccio sperimentale hanno mostrato miglioramenti statisticamente significativi rispetto al gruppo di controllo.

Nello studio di **J. Matthews et al. (2015)**⁹ l'obiettivo principale era sviluppare un intervento per modificare il comportamento del fisioterapista rispetto alle strategie comunicative nei confronti dei pazienti con Low Back Pain; questo intervento è stato chiamato "Knowledge Exchange and Delivery Support (KEDS)". Sono state esaminate le ragioni per le quali i fisioterapisti utilizzano/ non utilizzano particolari strategie comunicative nel trattamento del Low Back Pain. Attraverso l'utilizzo del "Teoretical Domains Framework (TDF)", il quale fornisce un quadro sistematico validato di 14 domini per identificare i principali fattori limitanti o favorevoli al cambiamento del comportamento del professionista, sono stati riscontrati 8 fattori a livello organizzativo, manageriale, amministrativo che possono essere modificati dall'intervento KEDS. Questi fattori includono: conoscenza, abilità, influenza sociale, ruolo professionale e credenze sulle capacità del fisioterapista. L'intervento KEDS propone: 1) un incontro formativo dove vengono fornite informazioni relative al comportamento, alla comunicazione persuasiva e alla definizione degli obiettivi; 2) due sessioni di coaching individuale durante le quali venivano fornite informazioni relative ai feedback da utilizzare, all'impostazione

degli obiettivi, ai metodi di risoluzione dei problemi. È stato effettuato uno studio pilota con due fisioterapisti in due differenti settings. I professionisti sanitari hanno riscontrato effetti positivi nell'affrontare le barriere relative alle conoscenze, alle abilità, alle credenze.

Lo studio di **M. Meeus et al. (2010)**¹⁰ ha esaminato l'utilizzo della Pain Physiology Education sui pazienti con sindrome da fatica cronica. In questo tipo di pazienti diventa fondamentale l'educazione, in quanto la percezione del dolore può diventare essa stessa barriera per lo svolgimento della terapia. Lo scopo dello studio è stato quello di valutare gli effetti immediati di una singola seduta di Pain Physiology Education confrontata con una seduta di educazione al pacing e all'autogestione del problema. Lo studio è stato svolto in Belgio. Hanno preso parte allo studio 48 partecipanti, di cui 8 uomini e 40 donne, che sono stati randomizzati nei due gruppi in maniera equa tramite estrazione. Entrambi i gruppi hanno svolto una sessione di 30 minuti con un fisioterapista: nel gruppo sperimentale venivano fornite informazioni sulla fisiologia del dolore, nel gruppo di controllo venivano fornite informazioni sul pacing e sull'autogestione. Sia prima che subito dopo la seduta venivano somministrati una serie di questionari sul dolore. Al gruppo sperimentale venivano spiegati i principali meccanismi di elaborazione del dolore cronico anche con l'utilizzo di immagini ed esempi. L'outcome primario è stato il "Neurophysiology of Pain Test", del quale è stata elaborata una versione per i pazienti da Moesley¹¹. Gli outcome secondari sono stati misurati tramite: Pain Coping Inventory(PCI), "assessing pain catastrophizing", Tampa Scale for Kinesiophobia(TSK) modificata proprio per la sindrome da fatica cronica, Pressure Pain Thresholds(PPT). È stata riscontrata una differenza significativa dell'outcome primario. La comprensione dei meccanismi di dolore nel gruppo sperimentale è aumentata in modo significativo rispetto al gruppo di controllo. È stato riscontrato anche un miglioramento statisticamente significativo per quanto riguarda "intention to ruminare", sottoinsieme della catastrofizzazione, che indaga quanto il paziente rimugini in merito al suo problema.

Dalla revisione sistematica di **R.Z. Pinto(2012)**¹² si evince come una comunicazione efficace sia considerata un'abilità essenziale per i clinici al fine di migliorare la qualità e l'efficienza del loro operato¹³. La domanda di ricerca specifica per questo studio era: *Quali fattori di comunicazione sono correlati per*

formare un'alleanza terapeutica? 12 studi sono stati inclusi in questa revisione, tutti cross-sectional. Dai risultati si evince che gli “interaction styles”, ovvero i modi in cui il terapeuta si pone nei confronti del paziente, facilitano l'alleanza terapeutica. Lasciare che il paziente racconti la sua storia, discutere delle preoccupazioni, essere disponibile quando necessario, rispettare le opinioni e i sentimenti del paziente, porsi al suo stesso livello, fornire informazioni relative al suo problema, aiutano il clinico a interagire meglio con i pazienti. Tra i fattori non verbali assume un risultato statisticamente significativo il guardare negli occhi il paziente mentre parla.

Lo studio di **M. Potter et al. (2003)**¹⁴ prende in considerazione il punto di vista del paziente in merito alla percezione di soddisfazione rispetto al fisioterapista che si trova di fronte, identificandone caratteristiche positive e negative. Sono stati reclutati 26 pazienti, i quali sono stati sottoposti ad un'intervista, tramite tecnica del gruppo nominale (NGT). Per testare l'idoneità e la fattibilità della tecnica del gruppo nominale per questo studio, il processo è stato testato su un gruppo separato di cinque volontari. I test pilota hanno assicurato che il protocollo fosse realistico e che le domande poste ai pazienti potessero essere facilmente comprese. I risultati mostrano come la capacità comunicativa sia la qualità principale di un buon fisioterapista. Gli attributi comunicativi più importanti riguardano le abilità interpersonali del fisioterapista (capacità di ascolto, fiducia, empatia), le modalità e le capacità di insegnamento (fornire spiegazioni chiare sul problema e sul trattamento, spiegare cosa si sta facendo e perché durante la valutazione e il trattamento). Inoltre, ci si aspetta che i fisioterapisti siano organizzati e dimostrino un comportamento professionale adeguato fornendo al tempo stesso un servizio che non solo includa diagnosi e trattamenti appropriati, ma fornisca anche strategie di autogestione. Viceversa, il principale fattore di un'esperienza negativa è dato proprio dall'inefficace capacità comunicativa. Dallo studio si evince che per i fisioterapisti che potrebbero avere difficoltà nell'approccio relazionale con il paziente, appare giustificata una formazione aggiuntiva sulle abilità comunicative. Viene sottolineato inoltre il fatto che oltre la metà dei pazienti che hanno partecipato allo studio si sono sottoposti a trattamenti privati, quindi per il professionista, il fattore comunicazione assume un'importanza rilevante anche per il proprio successo personale.

Un altro studio di **Potter et al. (2003)**¹⁵ prende invece in considerazione il punto di vista del fisioterapista nei confronti dei cosiddetti pazienti “difficili”, ovvero quei pazienti con cui si riscontrano maggiori difficoltà di gestione durante la pratica clinica. In realtà si è visto che non è il paziente ad essere “difficile”, ma è la relazione che si instaura tra lui ed il clinico che assume dei connotati “difficili”¹⁶. Lo scopo di questo studio era quello di comprendere la percezione dei fisioterapisti del paziente “difficile” nella pratica privata e di determinare quali strategie potessero essere utilizzate per gestirli e quali potessero essere sfruttate per migliorare le proprie competenze. Anche in questo studio è stata utilizzata la tecnica del gruppo nominale (NGT). Lo studio è stato strutturato in due fasi: nella prima fase sono stati reclutati 20 fisioterapisti, considerati fisioterapisti esperti (più di 10 anni di pratica clinica), i quali sono stati divisi in tre gruppi; nella seconda fase sono stati reclutati 17 fisioterapisti, anch’essi divisi in 3 gruppi, i quali però avevano una pratica clinica inferiore a 5 anni. Dai risultati emerge che le “communication skills” sono state identificate come le aree principali in cui i professionisti vorrebbero sviluppare più competenze. Esse riguardano: fornire spiegazioni, fornire una diagnosi, fornire una prognosi, dimostrare capacità di ascolto attivo, contatto visivo, postura aperta, fornire un contatto diretto anche tramite telefono, usare domande dirette, fare utilizzo di metafore, incentivare l’esercizio domiciliare. Uno dei problemi principali emersi da questo studio è dato dalla durata della seduta, in quanto un colloquio più lungo del previsto può determinare un accumulo di ritardo nei confronti del paziente successivo, il quale potrebbe a seguito di questo diventare un paziente “difficile”.

Dallo studio di **Roberts et al. (2007)**¹⁷ emerge come a seconda della situazione e delle parole usate, la comunicazione verbale possa essere utilizzata per il trasferimento di informazioni o istruzioni e per trasmettere empatia al fine di stabilire una relazione. Secondo Waddell¹⁸, quando il messaggio non verbale contrasta con il messaggio verbale, il paziente probabilmente non crederà a ciò che viene detto. I dati attuali suggeriscono che un "buon incontro clinico" porta a risultati migliori¹⁹. All'interno della letteratura sulla psicoterapia, lo sviluppo di una "forte alleanza terapeutica"²⁰ è considerato più di ogni altro fattore, come determinante per l'efficacia della psicoterapia.²¹ Dato questo contesto, lo scopo di questo studio è stato quello di misurare il contenuto e la prevalenza delle

comunicazioni verbali e non verbali che si verificano tra fisioterapisti e pazienti con lombalgia in ambiente ambulatoriale. Uno studio pragmatico, prospettico osservazionale è stato condotto in un reparto di terapia intensiva e in un istituto di assistenza primaria nel sud dell'Inghilterra per identificare le comunicazioni verbali e non verbali che si verificano tra fisioterapisti e pazienti con lombalgia durante le sessioni di trattamento. Sono stati reclutati 7 fisioterapisti e 21 pazienti, tutti adulti con low back pain. È stata videoregistrata la prima sessione di trattamento successiva alla valutazione iniziale, è stata scelta questa sessione perché è un incontro meno strutturato rispetto alla valutazione iniziale, ma ancora abbastanza precoce per acquisire informazioni in merito alla costruzione della relazione terapeutica. È stato utilizzato come misura di outcome il Medical Communications Behaviour System (MCBS). I comportamenti non verbali sono stati analizzati a intervalli di 40 secondi. Durante le 21 sessioni analizzate, 2.055 dichiarazioni sono state registrate e classificate utilizzando l'MCBS, con una media di 98 dichiarazioni per sessione. Nel complesso, i medici hanno fatto circa il doppio delle dichiarazioni rilasciate dai pazienti. È interessante notare dalla tabella 3 quali siano i contenuti principali dei dialoghi e la loro frequenza.

CATEGORY	FREQUENCY (%)
Physical therapist	
Content behaviors	1,065 (51.8)
Affective behaviors	272 (13.2)
Negative behaviors	0 (0.0)
Patient	
Content behaviors	541 (26.3)
Affective behaviors	43 (2.1)
Negative behaviors	13 (0.6)
Miscellaneous	121 (5.9)

Tabella 3 contenuti dialoghi paziente-fisioterapista

Da questo studio inoltre è emerso che l'anzianità del personale incide sulle categorie del MCBS: i fisioterapisti con più esperienza hanno mostrato una percentuale maggiore di comportamenti di carattere emotivo rispetto ai colleghi più giovani. Tra i 468 punti temporali osservati, i comportamenti non verbali più utilizzati dai fisioterapisti sono stati il tocco (54%) e lo sguardo (32%), mentre per i pazienti, il comportamento non verbale più frequente è stato lo sguardo (84%). Cinque fisioterapisti hanno ritenuto che la presenza della videocamera abbia influenzato il loro comportamento.

Nello studio di **Schoeb et al. (2018)**²³, lo scopo è stato quello di esaminare la comunicazione paziente-fisioterapista durante la prima visita, in particolare focalizzandosi su ciò che avviene durante la raccolta dei dati (sia con una cartella compilata a mano, sia con l'utilizzo del PC) in un setting ambulatoriale. Questo studio è stato eseguito in due contesti diversi, uno in Svizzera, dove sono stati reclutati 61 pazienti e 19 fisioterapisti, e uno in Australia, dove hanno preso parte allo studio 52 pazienti e 8 fisioterapisti. Tutti i pazienti erano affetti da disturbi muscolo-scheletrici (schiena, anca, ginocchio, spalla, caviglia etc.). Nel trial Svizzero sono stati utilizzati dei video, mentre in quello australiano solo audio. L'analisi ha identificato caratteristiche comunicative coerenti durante gli episodi di documentazione: pause nella conversazione, contatto visivo minimo, messa a fuoco sul documento cartaceo o elettronico, comunicazione diretta, enfasi su misure oggettive. Frequenti pause nella conversazione si sono verificate durante la raccolta dati. Questi erano di solito silenzi mentre il fisioterapista esaminava un documento, o pause scandite dal suono della tastiera o della scrittura mentre il fisioterapista registrava le informazioni. Si è osservato che i fisioterapisti seguivano l'ordine prestabilito della cartella in modo abbastanza rigoroso. C'erano frequenti pause e, con questo tipo di checklist, molte domande non riguardavano la domanda precedente. Durante la scrittura dei dati, è stato osservato un contatto visivo minimo tra paziente e fisioterapista. Lo sguardo del paziente è attratto frequentemente verso la direzione della documentazione. Pertanto, nei momenti in cui la documentazione veniva letta o registrata, il contatto visivo tra paziente e fisioterapista diminuiva e il loro sguardo era diretto verso la carta o lo schermo del computer. La compilazione di moduli di documentazione tendeva a enfatizzare aspetti numerici e oggettivi delle interazioni paziente-fisioterapista. I risultati di questo studio dimostrano come

seguire una scaletta ben definita, relativa alla raccolta dei dati, porti ad una comunicazione rigida e schematica, poco flessibile, incapace di integrare quelle che sono le componenti bio-psico-sociali relative ai bisogni del paziente. La partecipazione attiva, una parte importante dell'assistenza incentrata sul paziente³⁶, viene ulteriormente ridotta perché, come suggerisce Swinglehurst³⁷, documenti cartacei o computer sembravano diventare un altro "giocatore" nell'interazione. Sia i pazienti che i fisioterapisti guardavano e si occupavano della cartella o del computer piuttosto che l'uno dell'altro.

4. DISCUSSIONE

Lo scopo di questa revisione è stato quello di indagare la letteratura per verificare se vi sia efficacia, in termini di prognosi e di outcome, nell'utilizzo di strategie comunicative da parte del professionista sanitario sul trattamento del paziente. Dallo studio di **Schoeb et al. (2018)**²³ si evince quanto sia importante il primo incontro per l'instaurazione di una relazione terapeutica. Seguire una scaletta di domande rigida per la compilazione di una cartella riabilitativa non è poi così utile, in quanto si è visto che questo determina uno spostamento dell'attenzione dei due interlocutori su un terzo "giocatore": il PC o il foglio, dando più importanza ai numeri piuttosto che alle componenti bio-psico-sociali. Questo riduce il contatto visivo tra i due partecipanti al minimo, cosa che viene confermata anche negli studi di **A. Hiller, et al. (2015)**⁴, dal quale emerge però come non esista un solo modello di comunicazione valido per tutti i pazienti, ma che questo venga costantemente settato in base alla persona che si trova davanti, e di **R.Z. Pinto(2012)**¹², di **Roberts et al. (2007)**¹⁷, nel quale sia per i fisioterapisti che per i pazienti uno dei comportamenti non verbali più frequenti è stato proprio lo sguardo (32% per i fisioterapisti, 84% per i pazienti).

Un altro punto preso in considerazione dagli studi riguarda la formazione del fisioterapista in merito alle capacità comunicative. Infatti sia lo studio di **C. Lonsdale et al. (2017)**⁸ che quello di **J. Matthews et al. (2015)**⁹ hanno voluto sottolineare l'importanza di questo aspetto. Entrambi gli autori hanno progettato interventi formativi che prendono il nome di CONNECT e KEDS. In entrambi i casi sono state fornite informazioni sulle ultime conoscenze in merito di EBP (*evidence based practice*), in più in maniera specifica venivano fornite informazioni relative ai feedback da utilizzare, all'impostazione degli obiettivi, ai metodi di risoluzione dei problemi, alle skills comunicative. Lo studio di **C. Lonsdale et al. (2017)**⁸ ha dato dei risultati statisticamente significativi sulla percezione da parte dei pazienti dell'importanza di seguire le raccomandazioni dei fisioterapisti sugli esercizi da svolgere a casa.

Con il fenomeno della globalizzazione, l'incontro fra persone di varie culture diventa sempre più frequente, e questo deve essere tenuto in considerazione da parte dei professionisti sanitari, in quanto può incidere sulla comunicazione terapeutica.

Ne è un esempio lo studio di **G. Bachner et al. (2005)**³, dove si è visto che si generano relazioni terapeutiche migliori tra fisioterapisti e genitori di pazienti della stessa cultura rispetto che fisioterapisti e genitori di pazienti di culture diverse.

I due studi di **M. Potter et al. (2003)**¹⁴⁻¹⁵ inclusi nella revisione sono interessanti in quanto prendono in considerazione sia il punto di vista del paziente nei confronti dell'operato del fisioterapista, che quello del fisioterapista nei confronti dei pazienti "difficili". Da queste due "Consensus Conference" emerge come il paziente reputi un professionista efficiente quello che abbia delle capacità comunicative migliori. Gli attributi comunicativi più importanti riguardano le abilità interpersonali del fisioterapista (capacità di ascolto, fiducia, empatia), le modalità e le capacità di insegnamento (fornire spiegazioni chiare sul problema e sul trattamento, spiegare cosa si sta facendo e perché sia durante la valutazione che durante il trattamento). D'altra parte si è visto che non sono i pazienti ad essere "difficili", ma è la relazione che si instaura tra loro ed il clinico che assume dei connotati "difficili"¹⁶. Questo è molto importante in quanto ci fa capire come l'instaurarsi di una relazione terapeutica positiva porti sicuramente a dei risultati migliori. Da questi studi emerge in quali ambiti i professionisti vorrebbero sviluppare più competenze: nel fornire spiegazioni, nel fornire una diagnosi, nel fornire una prognosi, nel dimostrare capacità di ascolto attivo, contatto visivo, postura aperta, nel fornire un contatto diretto anche tramite l'utilizzo del telefono, nell'uso di domande dirette, nell'utilizzo di metafore, nell'incentivare l'esercizio domiciliare.

Sicuramente l'utilizzo di strategie persuasive e di incentivazione, così come affermato da **L. Anderson et al. (2016)**¹, possono essere uno strumento utilizzabile nella pratica clinica quotidiana per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Da quasi tutti gli studi emerge comunque come la comunicazione rivesta un ruolo fondamentale per la costruzione di un'alleanza terapeutica, la quale risulta principio base per il successo della terapia (**G. Bachner et al. (2005)**³, **A. Hiller, et al. (2015)**⁴, **I. Josephson et al. (2015)**⁶, **C. Lonsdale et al. (2017)**⁸, **R.Z. Pinto(2012)**¹², **M. Potter et al. (2003)**¹⁴, **M. Potter et al. (2003)**¹⁴, **Roberts et al. (2007)**¹⁷).

4.1 LIMITI DELLA REVISIONE

Sono presenti dei limiti qualitativi in questa revisione dovuti al ridotto numero di studi, alla bassa qualità degli stessi, alla novità di questo intervento terapeutico, alla varietà dei contenuti e alle modalità di somministrazione. Per quanto riguarda le differenze tra i vari studi presi in esame, non vi è omogeneità nei tempi di follow-up e negli strumenti di misurazione utilizzati. Questi aspetti contribuiscono a rendere più difficile un paragone tra le varie metodiche utilizzate. La scelta di considerare solamente studi in lingua italiana ed inglese potrebbe aver escluso pubblicazioni potenzialmente rilevanti ai fini della ricerca. La selezione degli studi, nonché l'acquisizione e l'interpretazione dei dati in essi riportati, è stata inoltre condotta da un unico revisore. Non è stata eseguita una valutazione metodologica degli studi inseriti, se non degli RCT estrapolati da PEDro. L'analisi dei risultati è stata effettuata in termini maggiormente qualitativi che quantitativi.

4.2 IMPLICAZIONI PER RICERCHE FUTURE

Data la scarsa quantità di studi riguardanti la comunicazione terapeutica e l'utilizzo di strategie ben definite per il miglioramento di outcome e di prognosi, sarebbe opportuno eseguire ricerche in tal senso, sarebbe importante standardizzare le procedure di intervento, in particolare per gli approcci offerti come combinazioni di interventi di diversa natura. Inoltre, sarebbe interessante condurre ulteriori studi su interventi che incrementino la formazione del fisioterapista sull'utilizzo di strategie comunicative in maniera tale da poterle poi utilizzare nella pratica clinica quotidiana.

5. CONCLUSIONI

Dalla presente revisione, condotta secondo criteri sistematici, è emerso che il trattamento riabilitativo, se supportato dall'utilizzo di strategie comunicative adeguate, può modificare positivamente gli outcome e la prognosi del paziente. La letteratura ad oggi però non ci dà risposte certe in merito, gli studi sono scarsi e di bassa qualità metodologica, ulteriori ricerche sono necessarie in tale ambito. È fondamentale uniformare i contenuti, le modalità di somministrazione e la selezione degli outcome per guidare l'utilizzo di alcune parole rispetto ad altre nella pratica clinica. Inoltre, aumentare la consapevolezza e migliorare la conoscenza delle caratteristiche comunicative all'interno del percorso formativo di un professionista sanitario è probabilmente il primo passo per apportare un cambiamento di approccio nei confronti di un disordine muscolo-scheletrico.

5.1 KEYPOINTS

- **La comunicazione terapeutica migliora gli outcome e la prognosi del paziente;**
- **La comunicazione terapeutica è fondamentale per la creazione di un'alleanza terapeutica;**
- **Formare i professionisti sanitari sull'utilizzo di strategie comunicative ne incrementa il bagaglio culturale;**
- **Sono necessari ulteriori studi in tale ambito per incrementare le conoscenze e per incentivare il passaggio da un modello puramente meccanicistico ad un modello bio-psico-sociale, dove la relazione con il paziente assume un ruolo centrale per il raggiungimento del successo terapeutico.**

BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON L, DELANY C. *From persuasion to coercion: responding to the reluctant patient in rehabilitation*. Phys Ther 2016; 96.
2. SZMUKLER G, APPELBAUM PS. *Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care*. Journal of Mental Health; 2008, Vol.17(3), p.233-244. 2008;17(3):233-244.
3. BACHNER Y.G, CARMEL S, LUBETZKY H, HEIMAN N AND GALIL A. *Therapists' Communication Styles and Parents' Global Trust in the Therapists: A Comparison Between Jewish and Bedouin Parents*. Pediatr Phys Ther; 2005;17:173–179.
4. HILLER A ET AL. *Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice*, Patient Educ Couns (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.029>.
5. JEFFELS K, FOSTER N. *Can aspects of physiotherapist communication influence patients' pain experiences? a systematic review*; 2003; Physical Therapy Reviews 2003; 8: 197–210.
6. JOSEPHSON I, WOODWARD-KRON R, DELANY C, HILLER A. *Evaluative language in physiotherapy practice: How does it contribute to the therapeutic relationship?* Social Science & Medicine 2015; 143 128e136.
7. MARTIN J.R, WHITE P.R.R. *The Language of Evaluation: Appraisal in English*. Palgrave Macmillan, Basingstoke 2005.
8. LONSDALE C, HALL A.M, MURRAY A. ET AL. *Communication Skills Training for Practitioners to Increase Patient Adherence to Home-Based Rehabilitation for Chronic Low Back Pain: Results of a Cluster Randomized Controlled Trial*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2017;98:1732-43.
9. MATTHEWS J, HALL A.M, HERNON M. ET AL. *A brief report on the development of a theoretically-grounded intervention to promote patient autonomy and self-management of physiotherapy patients: face validity and feasibility of implementation*. BMC Health Services Research (2015) 15:260.
10. MEEUS M, NIJS J, VAN OOSTERWIJCK J. ET AL. *Pain Physiology Education Improves Pain Beliefs in Patients With Chronic Fatigue Syndrome*

- Compared With Pacing and Self-Management Education: A Double-Blind Randomized Controlled Trial.* Arch Phys Med Rehabil Vol 91 (2010).
11. BUTLER D, MOSELEY GL. *Explain pain.* Adelaide: NOI Group Publishing; 2003.
 12. PINTO R.Z, FERREIRA M.L, OLIVEIRA V.C. *Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review.* Journal of Physiotherapy 58: 77–87.
 13. MAUKSCH LB, DUGDALE DC, DODSON S, EPSTEIN R (2008) *Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review.* Archives of Internal Medicine 168: 1387–1395.
 14. POTTER M, GORDON S, HAMER P. *The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective.* Australian Journal of Physiotherapy 2003 49: 195-202.
 15. POTTER M, GORDON S, HAMER P. *The difficult patient in private practice physiotherapy: A qualitative study.* Australian Journal of Physiotherapy 2003 49: 53-61.
 16. WILLIAMS S, HARRISON K. *Physiotherapeutic interactions: A review of the power dynamic.* Physical Therapy Reviews 1999 4: 37-50.
 17. ROBERTS L, BUCKSEY SJ. *Communicating with patients: what happens in practice?* Phys Ther. 2007; 87:586–594.
 18. WADDELL G. *The Back Pain Revolution.* 2nd ed. Edinburgh, United Kingdom: Churchill Livingstone; 2004:243.
 19. DIEPPE P, RAFFERTY AM, KITSON A. *The clinical encounter: the focal point of patientcentered care.* Health Expect. 2002;5: 279–281.
 20. LEACH MJ. *RAPPORT: a key to treatment success.* Complementary Therapies in Clinical Practice. 2005;11:262–265.
 21. CLARKSON P. *The Therapeutic Relationship.* 2nd ed. London, United Kingdom: Whurr Publishers; 2003:4.
 22. DAYKIN A. *Communication within therapeutic encounters: message received and understood?* In: Gifford L, ed. Topical Issues in Pain 5. Falmouth, United Kingdom: CNS Press; 2006:102.
 23. SCHOEB V. AND HILLER A. (2018): *The impact of documentation on communication during patient-physiotherapist interactions: A qualitative*

- observational study*, *Physiotherapy Theory and Practice*, DOI: 10.1080/09593985.2018.1429036.
24. FOSTER NE, PINCUS T, UNDERWOOD M, VOGEL S, BREEN A, HARDING G. *Treatment and the process of care in musculoskeletal conditions: a multidisciplinary perspective and integration*. *Orthop Clin North Am* 2003;34:239–44.
 25. GIFFORD L. *Pain, the tissues and the nervous system: a conceptual model*. *Physiotherapy* 1998; 84:27–36.
 26. MOFFETT J. *Pain: perception and attitudes*. In: *Topical Issues in Pain 2*, *Physiotherapy Pain Association Yearbook*. Adelaide: NOI Press, 2000.
 27. FRENCH S. *Physiotherapy A Psychosocial Approach* , 2nd edn. Oxford: Butterworth Heinemann, 1997.
 28. GARTLAND G. *Teaching the therapeutic relationship*. *Physiother Can* 1984; 36:25–7.
 29. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (Subcommittee on Taxonomy). *Pain terms: a list with definitions and notes on usage*. *Pain* 1979; 6:249–52.
 30. WADDELL G. *A new clinical model for the treatment of low back pain*. *Spine* 1987; 12:632–44.
 31. GIFFORD L. *Topical Issues in Pain 2*, *Physiotherapy Pain Association Yearbook 2000–2001* . Adelaide: NOI Press, 2000.
 32. ARNTZ A, DREESSEN L, MERKELBACH H. *Attention, not anxiety, influences pain*. *Behav Res Ther* 1991; 29:41–50.
 33. PAYTON O, NELSON C, ST CLAIR HOBBS M. *Physical therapy patients' perceptions of their relationships with health care professionals* . *Physiother Theory Pract* 1998;14:211–21.
 34. MCCAFFERY, M. (1968) *Nursing Practice Theories Related to Cognition, Bodily Pain, and Man-Environment Interactions*. Los Angeles: University of California at LA Students Store.
 35. <http://www.fisioterapia-massa.it/comunicazione-in-fisioterapia/>
 36. SEXTON M (2011) *Patient-centeredness: A conceptual framework for musculoskeletal physiotherapy*. Accessed 2 April 2017.

37. SWINGLEHURST D. *Displays of authority in the clinical consultation: A linguistic ethnographic study of the electronic health record*. *Social Science and Medicine*, 2014, 118: 17–26.