



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

Influenza dei fattori psicosociali nel trattamento fisioterapico dei pazienti con osteoartrosi d'anca

Candidato:

Rondelli Federico

Relatore:

Dott.ssa Pesavento Sofia

INDICE

ABSTRACT	pag. 4
1. INTRODUZIONE	pag. 5
1.1 Background.....	pag. 5
1.2 Obiettivo.....	pag. 7
2. MATERIALI E METODI	pag. 8
2.1 Disegno dello studio.....	pag. 8
2.2 Selezione degli articoli.....	pag. 8
3. RISULTATI	pag. 11
4. DISCUSSIONE	pag. 15
5. CONCLUSIONI	pag. 18
6. BIBLIOGRAFIA	pag. 19

ABSTRACT

Background: l'osteoartrite è un disordine cronico degenerativo che colpisce le articolazioni del corpo interessando la cartilagine ed il tessuto circostante. Il dolore durante l'attività è il sintomo principale, e può portare ad una riduzione dell'attività fisica con debolezza muscolare, limitazione funzionale, impairment psicologico e ridotta qualità di vita. Il trattamento è diretto al controllo e riduzione del dolore, miglioramento della funzione, educazione del paziente circa il proprio disordine e il suo controllo. Le attuali evidenze in letteratura mettono in luce come determinati indicatori psicosociali, definiti yellow flags, possano condurre ad una cronicizzazione del problema ed al suo automantenimento.

Obiettivi: l'obiettivo della tesi è analizzare l'influenza prognostica dei fattori psicosociali sugli esiti del trattamento fisioterapico in pazienti con osteoartrite di anca.

Materiali e metodi: è stata effettuata una ricerca nelle banche dati online Medline, Cochrane e PEDro. Sono stati inclusi articoli in lingua inglese, con popolazione con osteoartrite d'anca, nei quali sono stati indagati i fattori psicosociali come fattori prognostici del trattamento e in cui i pazienti sono stati sottoposti a trattamento fisioterapico. Sono stati esclusi studi secondari e dei quali non è stato possibile consultare il full text. La ricerca iniziale ha individuato 621 articoli potenzialmente eleggibili. In seguito alla rimozione degli articoli doppi, alla lettura del titolo, dell'abstract e dei full text sono stati selezionati 7 articoli utili all'obiettivo dell'elaborato.

Risultati: negli studi inclusi nel lavoro di revisione è stata trattata una popolazione prevalentemente con osteoartrite d'anca, sebbene in alcuni sia presente una parte del campione con artrosi di ginocchio. Gli interventi fisioterapici sono stati basati principalmente su terapia manuale, esercizio, educazione riguardo allo stile di vita e al controllo del peso. I fattori psicosociali indagati sono stati fattori comportamentali, self-efficacy (ASES), sintomatologia depressiva (HADS), fattori psicologici e catastrofizzazione, in relazione a funzione fisica (WOMAC, OHS) e dolore (NRS).

Conclusioni: la self-efficacy si mostra come un fattore influenzante il percorso riabilitativo sia in soggetti sottoposti a trattamento conservativo che post-chirurgico in termini di dolore, funzione fisica e qualità di vita. Una minor sintomatologia depressiva è collegata a migliori outcome di trattamento, in quanto può causare mancanza di energie, minor confidenza nelle proprie capacità e minor motivazione. Sono presenti diversi punti deboli rispetto ai risultati ottenuti, quali bassa numerosità degli studi e impossibilità a confrontarli dal momento che trattano fattori diversi, campione di popolazione eterogeneo e somministrazione di interventi differenti.

Parole chiave: hip osteoarthritis, Anxiety, Stress, Catastrophization, Kinesiophobia, Depression, Psychosocial, Self-management, Self-efficacy, Expectation, Preference, Motivation.

INTRODUZIONE

1.1 BACKGROUND

L'osteoartrosi è un disordine cronico degenerativo, progressivo, che colpisce le articolazioni del corpo interessando la cartilagine ed il tessuto circostante ^[1]. La degenerazione artrosica comporta la progressiva perdita della cartilagine articolare dalla superficie ossea, con infiammazione e cambiamenti strutturali nell'articolazione visibili radiograficamente, come riduzione dello spazio articolare, formazione di osteofiti, sclerosi subcondrale e formazione di cisti.

L'artrosi viene classificata in primaria e secondaria: in quella primaria la malattia è idiopatica e solitamente colpisce più articolazioni, ed è tipica di una popolazione relativamente anziana. Quella secondaria invece è una condizione monoarticolare che si sviluppa come conseguenza di una disfunzione che interessa la superficie articolare, come un trauma o un intervento chirurgico ^{[2][3][4][5]}.

L'artrosi si divide in sintomatica, quando è presente una sintomatologia insieme ad un riscontro radiologico, e in radiografica, osservata negli esami strumentali in quadri asintomatici, che non determina sempre dolore o disabilità ^[6].

La sua prevalenza varia nelle diverse popolazioni, ma è una condizione diffusa in tutto il mondo, ed è la causa più frequente di declino nella funzione fisica e limitazione funzionale nelle attività negli adulti ^[4]. L'artrosi colpisce con maggior frequenza le articolazioni soggette a maggior carico e stress (corpi vertebrali, mano, anca e ginocchio). L'articolazione dell'anca risulta comunemente affetta da osteoartrosi, sebbene con prevalenza minore rispetto ai distretti del ginocchio e della mano ^[7]. La sua prevalenza aumenta con l'età, passando da un 14% in soggetti di 25 anni ad un 33.6% nei soggetti di 65 o più anni ^[6]. L'artrosi all'anca è la causa più comune di dolore all'anca negli anziani, gli studi hanno evidenziato una prevalenza dallo 0,4 al 27% ^{[8][9]}, con un'incidenza di 88/100'000 ^[7].

Il dolore durante l'attività è il sintomo principale, e può portare ad una riduzione dell'attività fisica con debolezza muscolare, limitazione funzionale, impairment psicologico e ridotta qualità di vita ^{[2][9][10][3]}. Gli individui con artrosi di ginocchio e anca hanno due distinti tipi di dolore: uno intermittente ma severo e intenso, uno più leggero ma persistente ^[11], con effetti negativi sull'umore, la partecipazione sociale, le attività ricreative e il sonno ^[6]. Il dolore dell'artrosi è dovuto a meccanismi sia nocicettivi che neuropatici insieme ad un'aumentata eccitabilità del sistema nervoso periferico. La IASP lo definisce come “una sensazione spiacevole e un'esperienza emotiva associata ad un danno tissutale presente o potenziale” ^[13], è un'esperienza soggettiva, della quale ogni persona ha una percezione unica, influenzata da diversi fattori come la genetica, le esperienze pregresse, aspettative verso il trattamento, umore, strategie di coping, pensieri di catastrofizzazione, comportamento riguardo all'attività fisica e ambiente socio-culturale ^{[6][2][3][14][15][16]}. Perdita di

funzione e dolore sono scarsamente correlati al quadro radiografico/degenerazione articolare, suggerendo la presenza di variabilità individuale nella elaborazione centrale dello stimolo nocicettivo ^[12].

Sono stati indicati come i principali criteri clinici per la diagnosi di OA: età sopra i 50 anni, presenza di dolore moderato anteriore o laterale all'anca durante le attività in carico, rigidità mattutina per un tempo minore di un'ora dopo essersi alzati, rotazione interna d'anca sotto i 24°, rotazione interna e flessione ridotte di più di 15° rispetto al controlaterale, dolore aumentato all'intrarotazione passiva ^[8].

Età, storia di infortuni all'anca, ridotto ROM specialmente in rotazione interna, presenza di osteofiti, basso livello socio-economico, elevata massa ossea, BMI alto e modificazioni strutturali (come l'impingment) sono considerati fattori di rischio per lo sviluppo di artrosi d'anca ^{[8][2]}.

Il trattamento è diretto al controllo e riduzione del dolore, miglioramento della funzione, limitazione della progressione del danno articolare, educazione del paziente circa la natura del disordine e il suo controllo, oltre al miglioramento della qualità di vita ^{[2][17][18]}. Deve essere mirato al recupero della partecipazione alle attività e sui bisogni funzionali del paziente ^[8]. Per ridurre e controllare la sintomatologia dolorosa sono consigliati il trattamento farmacologico e tecniche di terapia manuale come trattamento dei tessuti molli e mobilizzazioni. Per limitare la progressione del danno articolare è importante educare il paziente al mantenimento di uno stile di vita attivo, alla gestione dei carichi di lavoro e al controllo del peso corporeo. In associazione sono consigliati esercizi aerobici per il mantenimento della resistenza nelle attività e di stretching e rinforzo muscolare per mantenere la forza e la mobilità articolare ^{[19][8][18]}.

L'intervento chirurgico è indicato quando le limitazioni funzionali e il dolore non migliorano con il trattamento conservativo, e offre risoluzione del dolore e miglioramento della funzionalità ^{[17][4]}.

Attualmente la letteratura sta spostando il proprio focus di interesse su quelli che sono definiti fattori psicosociali, soprattutto per quel che riguarda le condizioni di dolore cronico. Le attuali evidenze mettono in luce come determinati indicatori psicosociali, definiti "yellow flags", quali la self-efficacy, la paura del movimento, la catastrofizzazione, la sintomatologia depressiva e l'ansia, possano condurre ad una cronicizzazione del problema ed al suo automantenimento. ^[20]. L'influenza di questi fattori è stata documentata in numerose altre patologie, tra le quali il low back pain.

Specialmente alcuni fattori, come la catastrofizzazione, la kinesiofobia, l'ansia, il coping e la self-efficacy, sono da tenere in considerazione per comprendere l'esperienza dolorosa del paziente e possono essere modificati durante il trattamento ^{[6][3]}.

La catastrofizzazione è la credenza secondo la quale il dolore del paziente faccia peggiorare la situazione, senza che ci sia un modo per impedirlo. Il paziente si trova quindi rassegnato alla

propria condizione, non riuscendo a trovare un soluzione. È spesso collegata a maggiori livelli di stress psicologico, disabilità fisica e dolore.

La self-efficacy è definita come la confidenza di avere le capacità fisiche e psichiche necessarie per completare un determinato compito. Alti livelli di self-efficacy prima del trattamento possono essere indicatori di un miglior recupero in seguito al trattamento, e la self-efficacy può essere considerata come una risorsa contro le esperienze/credenze negative ^[4].

La kinesiofobia consiste nel credere che il movimento possa causare una ricaduta o un nuovo infortunio, provocando ulteriore dolore ed esperienze negative al paziente. E' caratterizzata dalla paura, come reazione specifica ad una minaccia o ad un evento pericoloso, e dall'evitamento, comportamento difensivo che mira a proteggere l'individuo da quelle che sono le situazioni ritenute lesive. Solitamente queste due condizioni si trovano associate, anche se in maniera diversa tra di loro, ed hanno un impatto negativo sul dolore e la disabilità in pazienti con osteoartrosi ^[2].

L'ansia e la depressione creano un'amplificazione della percezione del dolore, attraverso meccanismi neurobiologici e processi cognitivi patologici. Sono state inoltre identificate quelle che vengono definite strategie di coping, ovvero quei comportamenti messi in atto dal paziente per far fronte alla propria patologia, che necessariamente rispecchiano l'influenza dei fattori psicologici agenti su di esso, e che portano, quando disadattativi, alla cronicizzazione del dolore ed al suo mantenimento ^[21].

1.2 OBIETTIVO DELLO STUDIO

Sulla base di quanto riportato, si mostra utile e importante approfondire il peso dei fattori psicosociali nel trattamento dei pazienti con OA, in quanto fanno parte delle caratteristiche che possono avere valore predittivo dell'outcome insieme a quelle fisiche, come la bilateralità dei sintomi, ridotto range di movimento e ridotta forza muscolare ^[22]. Pertanto il presente studio, tramite una revisione della letteratura, si propone di indagare il peso dei fattori psicosociali nell'osteoartrosi d'anca, per verificare la loro importanza nell'inquadramento e nel trattamento del paziente. L'obiettivo della tesi è analizzare l'influenza prognostica dei fattori psicosociali sugli esiti del trattamento fisioterapico in pazienti con osteoartrosi di anca.

MATERIALI E METODI

2.1 DISEGNO DELLO STUDIO

Per la realizzazione di questa tesi è stata effettuata una ricerca nelle banche dati online Medline, Cochrane e PEDro. Per la selezione degli articoli sono state utilizzate le seguenti parole chiave: Hip osteoarthritis, Anxiety, Stress, Catastrophization, Kinesiophobia, Depression, Psychosocial, Self-management, Self-efficacy, Expectation, Preference, Motivation. Le parole chiave sono state poi combinate insieme tramite l'uso degli operatori booleani AND, OR.

- Per Medline (Pubmed) è stata utilizzata la stringa di ricerca: (*"Anxiety"[Mesh] OR "anxiety" OR "Stress, Psychological"[Mesh] OR "Catastrophization"[Mesh] OR "Kinesiophobia" OR "Depression"[Mesh] OR "depression" OR "Psychological Factors" OR "Self-Management" OR "Self-efficacy"[Mesh] OR "self-efficacy" OR "Expectation" OR "Preference" OR "Motivation"[Mesh]*) AND (*"hip osteoarthritis" OR "Osteoarthritis, Hip"[Mesh]*).
- Per Cochrane è stata utilizzata la stringa di ricerca: (*"Anxiety"[Mesh] OR "Stress, Psychological"[Mesh] OR "stress" OR "Catastrophization"[Mesh] OR "Kinesiophobia" OR "Depression"[Mesh] OR "Psychological Factors" OR "Self-Management" OR "Self-efficacy"[Mesh] OR "Expectation" OR "Preference" OR "Motivation"[Mesh]*) AND (*"hip osteoarthritis" OR "Osteoarthritis, Hip"[Mesh]*).
- Per PEDro sono state combinate le parole chiave insieme a *"hip osteoarthritis"*.

2.2 SELEZIONE DEGLI ARTICOLI

In base al quesito di ricerca espresso sono stati formulati i seguenti criteri di inclusione ed esclusione applicati in fase di selezione degli articoli.

I criteri di inclusione sono studi in lingua inglese, popolazione inclusa negli studi con osteoartrosi d'anca, studi che indagano i fattori psicosociali come fattori prognostici del trattamento, studi in cui i pazienti sono sottoposti a trattamento fisioterapico.

I criteri di esclusione sono studi secondari, studi di cui non è stato consultabile il full text.

STRINGA MEDLINE (Pubmed)	RISULTATI
Marzo 2019	321

Tab.1: stringa di PubMed con i relativi risultati

STRINGA COCHRANE	RISULTATI
Marzo 2019	196

Tab.2: stringa di Cochrane con i relativi risultati

STRINGA PEDRO (Marzo 2019)	RISULTATI
Hip osteoarthritis AND anxiety	8
Hip osteoarthritis AND stress	3
Hip osteoarthritis AND Catastrophization	0
Hip osteoarthritis AND Kinesiophobia	0
Hip osteoarthritis AND Depression	12
Hip osteoarthritis AND Psychosocial	5
Hip osteoarthritis AND Self-Management	37
Hip osteoarthritis AND Self Efficacy	32
Hip osteoarthritis AND Expectation	1
Hip osteoarthritis AND Preference	5
Hip osteoarthritis AND Motivation	1
TOTALE risultati	104

Tab.3: stringhe di Pedro con i relativi risultati

Il processo di selezione è cominciato dall'esclusione di articoli ripetuti nelle tre diverse banche dati, successivamente sono stati esclusi gli articoli non pertinenti sulla base dei criteri di inclusione prefissati in base alla lettura del titolo e dell'abstract, degli articoli rimanenti sono stati reperiti i full text. La lettura dei full text ha permesso di escludere gli articoli non pertinenti e selezionare gli articoli da includere nella revisione. Durante l'analisi dei full text sono stati selezionati solo gli studi appropriati all'obiettivo dell'elaborato.

Di seguito viene riportato il diagramma di flusso che mostra la procedura che è stata seguita per giungere alla selezione degli articoli inclusi.

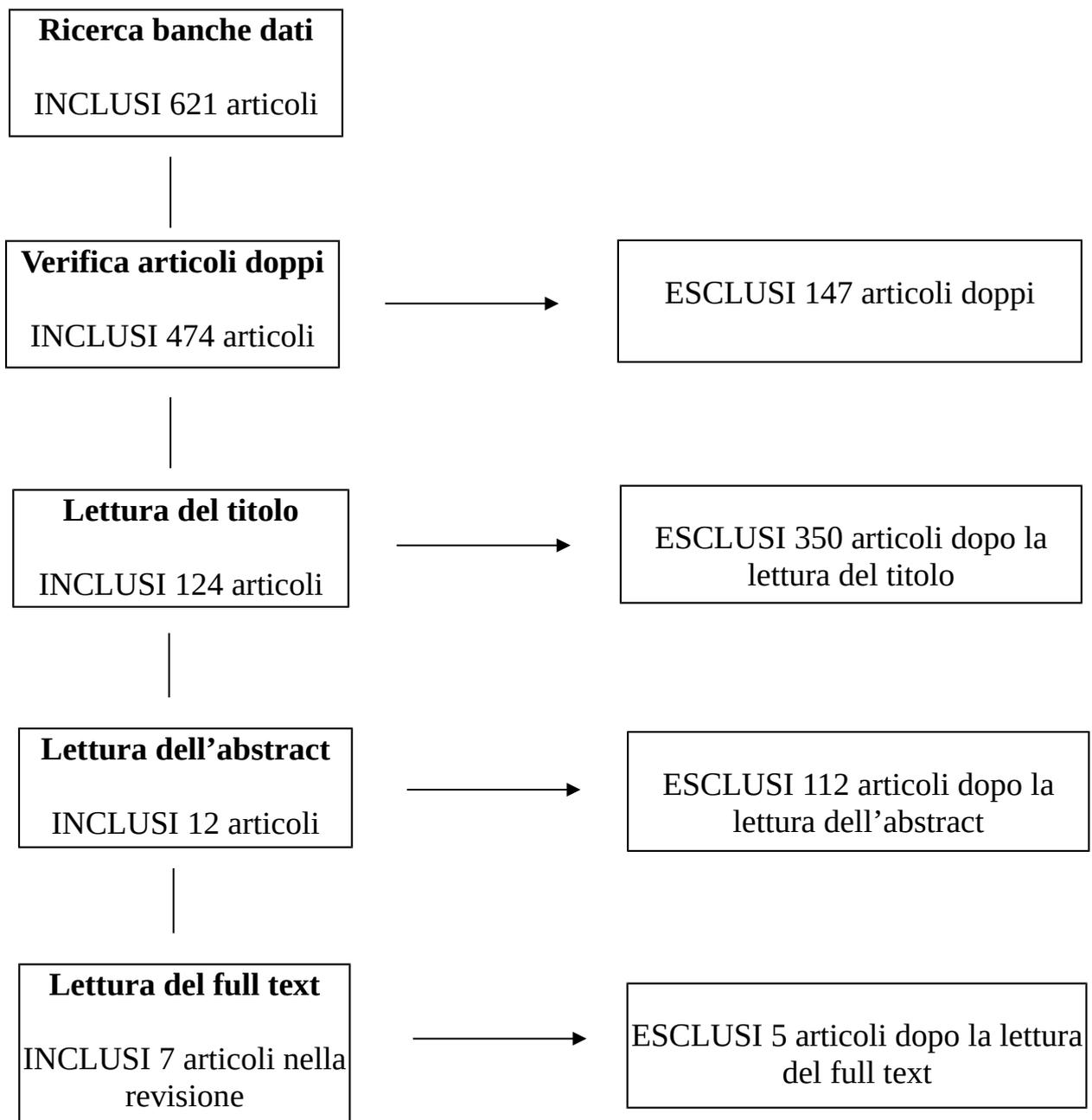


Fig. 1: flowchart del processo di selezione degli articoli.

RISULTATI

La ricerca della letteratura scientifica ha portato alla selezione di 7 articoli inerenti all'argomento: 3 studi prospettici, 3 analisi secondarie di RCT e 1 studio longitudinale. E' stata inclusa una popolazione prevalentemente con osteoartrosi d'anca, ma in alcuni studi è presente anche una parte del campione con artrosi di ginocchio. Gli interventi fisioterapici sono stati basati principalmente su terapia manuale, esercizio, educazione del paziente circa lo stile di vita e controllo del peso. I fattori psicosociali indagati sono stati fattori comportamentali, self-efficacy, sintomatologia depressiva e fattori psicologici, catastrofizzazione. Le misure di outcome utilizzate per i fattori psicosociali sono state da ASES per la self-efficacy, la HADS e la CES-D per la sintomatologia a carattere psicologico, la PCS per la catastrofizzazione, la RLOC, PEBC, SOC e CSQ per il locus of control e coping. L'outcome del trattamento è stato misurato con la WOMAC e OHS per la funzionalità, con la NRS e/o la VAS per il dolore, con la EQ5D e la SF36 per la qualità di vita.

RIASSUNTO QUALITATIVO DEGLI STUDI INCLUSI NELLA REVISIONE

Autore	Tipo di studio	Obiettivo	Campione	Tipologia trattamento fisioterapico	Fattori psicosociali indagati	Misure di Outcome	Risultati
Okoro et al., 2013 ⁽²³⁾	Prospettico	Verificare come gli aspetti comportamentali influiscono sulla funzionalità fisica dopo intervento di protesi totale d'anca	35 pazienti con artrosi d'anca sottoposti ad intervento di protesi d'anca. 26 al follow-up ai 9-12 mesi	Esercizi domiciliari per 6 settimane, 5 volte a settimana	Fattori comportamentali (RLOC, PEBC)	OHS, WOMAC	I fattori indagati non sono correlati con WOMAC e OHS, se non per il valore del RLOC e dell'OHS a 6 mesi con il valore assoluto dell'OHS a 12 mesi (r= -0.647, p= 0.017; r=0.870, p= 0.0001)

Taylor et al., 2018 ⁽²⁴⁾	Analisi secondaria di un RCT	Verificare come cambiamenti nella self-efficacy, nella capacità di controllare il dolore percepito e la catastrofizzazione influiscono sul funzionamento fisico in pazienti sottoposti a trattamento fisioterapico	300 pazienti con artrosi d'anca e/o ginocchio	Esercizio, controllo del peso, CBT. Durata 12 mesi	Self-efficacy (ASES), capacità di controllare il dolore percepito (CSQ) e catastrofizzazione (PCS)	WOMAC	Miglior Self-efficacy a 6 mesi (a,b ₁ = -0.86, SE = 0.41, 95% CI= [-1.75, -0.21]) e pain control a 6 mesi (a,b ₁ = -0.88, SE = 0.38, 95% CI= [-1.72, -0.21]) correlate con miglior funz. fisico a 12 mesi
Dohnke et al., 2005 ⁽²⁵⁾	Longitudinale	Verificare come i livelli di self-efficacy alla baseline e i suoi miglioramenti durante la riabilitazione influiscono sulla salute del paziente	1065 pazienti con artrosi d'anca sottoposti ad intervento di protesi d'anca. 769 al follow-up di 6 mesi	Esercizio (rinforzo, mobilità, training aerobico), terapia occupazionale, educazione (seduta di gruppo di 1h)	Sintomatologia depressiva (CES-D) e self-efficacy (ASES)	NRS, intervista su capacità di eseguire le ADL	Miglior self-efficacy alla baseline correlata a miglior effetto del trattamento su dolore (t _[460] = 4.70, P < 0.001, d = 0.31) e disabilità (t _[460] = 9.84, P < 0.001, d = 0.65)
Skou et al., 2014 ⁽²⁶⁾	Prospettico	Identificare fattori predittivi dell'efficacia del trattamento fisioterapico	63 pazienti con artrosi di ginocchio, 13 pazienti con artrosi d'anca e 6	Educazione (3 sedute da 1h e 30) ed esercizio (12 sedute)	Self-efficacy (ASES)	VAS, EQ5D	Miglior self-efficacy dalla baseline a 3 mesi (beta = -0.369) e

			con artrosi di anca e ginocchio				l'ASES score a 3 mesi (beta = -0.492) sono predittivi della riduzione del dolore a 1 anno (p<0.05); self-efficacy a 3 mesi (beta = 0.304) di miglior EQD5 a 1 anno (p = 0.01)
French et al., 2013 ⁽²⁷⁾	Analisi secondaria di un RCT	Identificare l'influenza di alcuni fattori sull'efficacia del trattamento fisioterapico	131 pazienti con artrosi d'anca. 112 al follow-up di 18 settimane	2 diversi gruppi nel RCT: Esercizio oppure Esercizio + terapia manuale (8 trattamenti in 8 settimane)	Fattori psicologici (HADS)	NRS, WOMAC, ROM	A 9 settimane il sesso maschile, uno score minore alla WOMAC e uno score HADS <9 (OR 0.91 [0.86, 0.95] 95% CI; LR+ 1.61 [1.11, 2.33] 95% CI) sono predittive di una risposta positiva al trattamento. A 18

							settimane nessuna delle variabili si è dimostrata associata con un risposta migliore al trattamento
Hammer et al., 2016 ⁽¹⁶⁾	Analisi secondaria di un RCT	Verificare se la self-efficacy influisca nel mantenimento dell'attività fisica dopo intervento fisioterapico	52 pazienti con artrosi d'anca al follow-up di 12 mesi. 15 pazienti con artrosi d'anca per l'intervista a 16 mesi (per analisi qualitativa)	Esercizio (4 mesi), 3 diversi gruppi nel RCT: rinforzo muscolare, Nordic walking, esercizio domiciliare	Self-efficacy (ASES)	Interviste su attività fisica e stato di salute	Miglior ASES dalla baseline ai 12 mesi correlata ad un maggior attività fisica nei soggetti responder (60% del totale) p < 0.01
Weigl et al., 2006 ⁽²⁹⁾	Prospettico	Identificare i fattori predittivi dell'efficacia del trattamento fisioterapico	250 pazienti con artrosi d'anca (follow-up a 6 mesi)	Intervento fisioterapico di 3-4 settimane basato su terapia manuale, esercizio, massaggio, elettroterapia	Fattori psicologici (HADS, SCQ, SOC)	WOMAC, SF36	Score HADS <8 (OR = 2.09, P = 0.023) correlato con miglior WOMAC (18% dello score, che rappresenta la MCID)

Tab 4: sintesi qualitativa degli studi inclusi nella revisione

RCT: Randomized Controlled Trial, RLOC: Recovery Locus of Control Scale, PEBC: perceived external behavioural control, OHS: Oxford Hip Score, WOMAC: Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, CBT: Cognitive Behavioural Therapy, ASES: Arthritis Self-Efficacy Scale, CSQ: Coping Strategies Questionnaire, PCS: Pain Catastrophizing Scale, CES-D: Center For Epidemiological Studies Depression Scale, NRS: Numeric Rating Scale, ADL: Activity of Daily Life, EQ5D: EuroQol 5D, HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale, ROM: Range OF Motion, SCQ: Self-administred Comorbidity Questionnaire, SOC: Sense of Coherence Scale, SF36: Short Form 36.

DISCUSSIONE

L'obiettivo di questa revisione è analizzare l'influenza prognostica dei fattori psicosociali sugli esiti del trattamento fisioterapico in pazienti con osteoartrosi di anca.

Sono stati analizzati 4 studi riguardanti la self-efficacy, 3 dei quali in soggetti sottoposti a trattamento fisioterapico conservativo e 1 in soggetti sottoposti a trattamento fisioterapico post-chirurgico. Per quanto riguarda il trattamento fisioterapico conservativo un miglioramento del valore della scala ASES e un suo maggior valore alla baseline è correlata a riduzione del dolore al follow-up di 1 anno, negli studi di Skou ^[26] e Taylor ^[24], oltre che miglior funzionamento fisico e mantenimento dell'attività fisica a 1 anno di follow-up negli studi di Hammer ^[16] e Taylor ^[24] e anche ad una miglior qualità di vita, valutata con la EQ5D al follow-up di 1 anno nello studio di Skou ^[26]. Per quanto riguarda il trattamento post-chirurgico, nello studio di Dohnke et al. ^[25] gli autori hanno concluso che la self-efficacy pre-intervento e il suo miglioramento durante il trattamento fisioterapico, valutato con la scala ASES, sono correlati ad un miglioramento di dolore e disabilità ^[25], conclusioni analoghe a quelle ottenute nello studio di Brembo et al. ^[4], nel quale un più alto livello di self-efficacy pre-intervento si è mostrato predittivo di un migliore recupero dopo la protesizzazione totale d'anca ^[4].

Dai risultati di questi studi, la self-efficacy si mostra come un fattore influenzante il percorso riabilitativo del paziente, sia in soggetti sottoposti a trattamento conservativo che post-chirurgico, in termini di dolore ^{[24][25][26]}, di funzionamento fisico e qualità di vita ^{[16][24][25][26]}, valutati nei follow-up ad un anno.

Questo perché in pazienti con la consapevolezza che la situazione attuale possa migliorare in meglio e di possedere le abilità per migliorarla attivamente, con la convinzione che le loro azioni possano produrre risultati positivi, ci sarà maggior aderenza e motivazione nei confronti del trattamento, con conseguente miglioramento della forza, stabilità, ROM, resistenza aerobica, e riduzione di dolore e disabilità ^{[16][24][25][26][29]}.

E' importante quindi offrire esperienze positive al paziente riguardo all'esercizio, al fine di migliorare la sua confidenza nelle proprie capacità di controllare attivamente il proprio dolore e la propria sintomatologia, e sulla motivazione al mantenimento dell'attività fisica. In questo aspetto anche il supporto sociale e del personale sanitario hanno un impatto considerevole ^[30]. La self-efficacy può anche essere stimolata indirettamente attraverso un trattamento basato sull'acquisizione di abilità motorie e sul raggiungimento di obiettivi ^[25].

Con il miglioramento dello stato di salute, i pazienti tendono ad avere una minor percezione di disabilità, dolore, stress e sintomi depressivi, con un prolungamento dei benefici del trattamento, miglior outcome a medio e lungo termine e minor accesso ai servizi medici ^{[4][25]}.

Bassi livelli di self-efficacy rendono la persona vulnerabile alle esperienze stressanti, rendendola preoccupata, riducendo le sue aspettative e aumentando la sintomatologia ansiosa, contribuendo al deterioramento fisico e a comportamenti di evitamento ^{[4][30]}. Risulta quindi importante che il terapeuta dia particolare attenzione ai pazienti con bassa self-efficacy per stimolarli e ottenere quindi anche per loro un miglioramento nel medio e lungo termine ^[26].

Tuttavia, nonostante tutti gli studi mostrino una correlazione tra un miglior valore alla baseline/miglioramento della self-efficacy durante il trattamento, risulta difficile trarre conclusioni certe in quanto la self-efficacy, sempre analizzata utilizzando la ASES, viene confrontata con misure di outcome diverse come la WOMAC in Taylor, la NRS e interviste in Dohnke, la VAS e EQ5D in Skou, e interviste in Hammer. Il campione di popolazione risulta inoltre eterogeneo in quanto sono stati inclusi soggetti con artrosi di ginocchio e non esclusivamente d'anca, pazienti post-chirurgici e pazienti trattati con terapia conservativa, sottoposti quindi a strategie terapeutiche diverse.

Nello studio di Okoro et al. ^[23] sono stati analizzati aspetti comportamentali come il locus of control (RLOC) e fattori di controllo interni/esterni (PEBC), che non sembrano essere correlati con WOMAC e OHS, se non miglioramenti nella RLOC scale e nell'OHS a 6 mesi con il valore assoluto dell'OHS a 12 mesi, dopo trattamento fisioterapico post-chirurgico di 6 settimane. Questi fattori sono stati analizzati anche nello studio di Taylor et al. ^[24], dove la capacità di controllare il dolore percepito a 6 mesi di follow-up, valutato con la CSQ, è correlato a miglior funzionamento fisico a 12 mesi. Nello studio di Taylor ^[24] è stato inoltre indagato l'impatto della catastrofizzazione (CSQ) sull'outcome riabilitativo, non mostrandosi correlata ad un miglioramento del funzionamento fisico a 12 mesi ^[24].

In altri due studi ^{[27][28]} è stata invece valutato il valore dell'HADS in relazione al trattamento, e in entrambi risulta come una minor sintomatologia depressiva sia collegata a migliori outcome di trattamento. In entrambi gli studi lo score dell'HADS (in French <9, in Weigl <8) è stato relazionato con il risultato della WOMAC, ma con follow-up diversi ^{[27][28]}. Nello studio di French ^[27] è stata trovata correlazione a 9 settimane ma non al follow-up alla 18^a settimana, mentre nello studio di Weigl ^[28] è stata analizzata la correlazione a 6 mesi.

L'andamento della sintomatologia depressiva è stato anche analizzato nello studio di Dohnke et al. ^[25], mostrando un miglioramento rispetto alla baseline un mese dopo l'intervento chirurgico, ma un peggioramento (pur rimanendo inferiore rispetto al livello iniziale) dal 1° al 6° mese post-intervento. Gli autori hanno ipotizzato che ciò possa essere provocato da sensazioni positive subito

dopo l'operazione, che perdono di importanza e valore dopo un periodo più lungo di tempo, diventando secondarie ad altri fattori esterni ^[25].

Bassi livelli di ansia e depressione sono predittivi di una risposta positiva ^[27], questo perché la sintomatologia depressiva può avere influenza negativa sul trattamento causando mancanza di energie e minor aderenza alle indicazioni del terapeuta, oltre che ad una minor confidenza nelle proprie capacità e minor motivazione. Gli individui positivi tendono a riportare minor sintomatologia fisica, aumentata mobilità e miglior senso di controllo sui propri sintomi ^[29]. Un approccio olistico al paziente, analizzando anche il suo umore, relazioni sociali e attività oltre all'aspetto fisico, è anche consigliato nelle linee guida ^[31].

A causa dei pochi articoli inclusi e a causa della diversità degli aspetti trattati dagli stessi risulta difficile confrontarli, con risultati poco consistenti. Tuttavia si evince l'importanza di valutare, in caso di disturbi cronici come l'osteoartrite, anche lo stato psicologico del paziente, in quanto i fattori psicologici e socio-ambientali possono influire sull'esito del trattamento.

CONCLUSIONI

In questa revisione sono stati analizzati i fattori psicosociali quali fattori influenzati gli esiti del trattamento fisioterapico in pazienti con osteoartrosi di anca. In conclusione dall'analisi dei risultati è emerso che la self-efficacy si mostra come un fattore influenzante il percorso riabilitativo del paziente, sia in soggetti sottoposti a trattamento conservativo che post-chirurgico, in termini di dolore, funzione fisica e qualità di vita, valutati nei follow-up ad un anno. Pazienti consapevoli che la loro condizione clinica possa migliorare e di poterla influenzare in prima persona hanno maggior aderenza e motivazione nei confronti del trattamento, con conseguente riduzione della sintomatologia e miglioramento della funzionalità fisica.

Bassi livelli di ansia e depressione sono predittivi di una risposta positiva al trattamento, questo perché la sintomatologia depressiva può causare mancanza di energie, con minor aderenza al trattamento, minor confidenza nelle proprie capacità e minor motivazione. Pazienti positivi tendono a riportare minor sintomatologia fisica, aumentata mobilità e miglior senso di controllo sulla propria sintomatologia. E' importante quindi offrire esperienze positive al paziente riguardo all'esercizio, al fine di migliorare la confidenza nelle proprie capacità e la motivazione al mantenimento dell'attività fisica. Con il miglioramento dello stato di salute i pazienti tendono ad avere una minor percezione di disabilità e dolore, con prolungamento dei benefici del trattamento, miglior outcome a medio e lungo termine e minor accesso ai servizi medici. Risulta quindi importante che il terapeuta dia particolare attenzione ai pazienti con meno miglioramento e più bassi livelli di self-efficacy in quanto saranno soggetti ad una prognosi peggiore, e nei quali promuovere la self-efficacy diventa un obiettivo e una componente importante del trattamento.

Gli studi analizzati nel loro insieme suggeriscono la presenza di diversi fattori psicosociali che il clinico può prendere in considerazione durante la valutazione e il trattamento del paziente con osteoartrosi d'anca, in quanto possono andare ad incidere sull'outcome del trattamento. Tuttavia non è possibile trarre conclusioni certe a causa di diversi punti deboli rispetto ai risultati ottenuti, quali bassa numerosità degli studi e impossibilità a confrontarli dal momento che trattano fattori diversi, campione di popolazione eterogeneo e somministrazione di interventi differenti.

Per questo motivo, si ritiene opportuno attendere che future ricerche, standardizzando le tecniche di trattamento e creando gruppi più omogenei di pazienti, potranno rispondere con maggiore chiarezza al quesito della revisione.

BIBLIOGRAFIA

1. C.W. Hutton. Osteoarthritis: the cause not result of joint failure. *Annals of the Rheumatic Diseases* 1989; 48: 958-961. doi: 10.1136/ard.48.11.958
2. Angel Sanchez-Heràn et al. Postural stability in osteoarthritis of the knee and hip: analysis of association with pain catastrophizing and fear-avoidance beliefs. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation* 2016 Jul;8(7):618-28. doi: 10.1016/j.pmrj.2015.11.002.
3. David J. Hunter et al. The symptoms of OA and the genesis of pain. *Rheum Dis Clin North Am.* 2008 August; 34(3): 623–643. doi:10.1016/j.rdc.2008.05.004.
4. Espen Andreas Brembo et al. Role of self-efficacy and social support in short-term recovery after total hip replacement. *Health and Quality of Life Outcomes* (2017) 15:68. doi: 10.1186/s12955-017-0649-1.
5. Ronald L. Moolenaar et al., Prevalence of doctor-diagnosed arthritis and arthritis-attributable activity limitation. *MMWR* November 8, 2013 Vol. 62 No. 44.
6. Tuhina Neogi, The Epidemiology and Impact of Pain in Osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage* 2013 September; 21(9): 1145–1153. doi:10.1016/j.joca.2013.03.018.
7. Yuqing Zhang and Joanne M. Jordan. Epidemiology of osteoarthritis. *Clin Geriatr Med.* 2010 August; 26(3): 355–369. doi:10.1016/j.cger.2010.03.00.
8. Michael T. Cibulka et al. Hip Pain and Mobility Deficits - Hip Osteoarthritis: Revision 2017. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2017;47(6):A1-A37. doi:10.2519/jospt.2017.0301.
9. Michael T. Cibulka et al. Hip Pain and Mobility Deficits-Hip Osteoarthritis. *J Orthop Sports Phys Ther* 2009;39(4):A1-A25. doi:10.2519/jospt.2009.0301.
10. Fransen M, McConnell et al. Exercise for osteoarthritis of the hip. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. N: CD007912. doi: 10.1002/14651858.CD007912.
11. Hawker et al. Understanding the pain experience in hip and knee osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage* (2008) 16, 415-422. doi: 10.1016/j.joca.2007.12.017.
12. Philip J. Mease et al. Pain Mechanisms in Osteoarthritis: Understanding the Role of Central Pain and Current Approaches to Its Treatment. *The Journal of Rheumatology* 2011; 38:8; doi:10.3899/jrheum.100759.
13. Harold Merskey and Nikolai Bogduk. Classification of Chronic Pain. Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain 1994.
14. Llorimer Moseley. Reconceptualising pain according to modern pain science. *Physical Therapy Reviews* 2007; 12: 169–178, doi: 10.1179/108331907X223010.

15. Paul A Dieppe and L. Stefan Lohmander. Pathogenesis and management of pain in osteoarthritis. *Lancet* 2005; 365: 965–73. doi: 10.1016/S0140-6736(05)71086-2.
16. Nanna Maria Hammer et al. The impact of self-efficacy on physical activity maintenance in patients with hip osteoarthritis - a mixed methods study. *Disabil Rehabil.* 2016 Aug; 38(17):1691-704. doi: 10.3109/09638288.2015.1107642.
17. W. Zhang et al. OARSI reccomandation for the management of hip and knee osteoarthritis part I: critical appraisal of existing treatment guidelines and systematic review of current resarch evidence. *Osteoarthritis and Cartilage* (2007) 15, 961-1000. doi: 10.1016/j.joca.2007.06.014.
18. W. Zhang et al. OARSI reccomandation for the management of hip and knee osteoarthritis part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis and Cartilage* (2008) 16, 137-162. doi: 10.1016/j.joca.2007.12.013.
19. W. Zhang et al. OARSI reccomandation for the management of hip and knee osteoarthritis part III: changes in evidence following systematic cumulative update of research published through January 2009. *Osteoarthritis and Cartilage* 18 (2010) 476–499. doi:10.1016/j.joca.2010.01.013.
20. Steven J. Linton et al. Understanding the Etiology of Chronic Pain From a Psychological Perspective. *Phys Ther.* 2018 May 1;98(5):315-324. doi: 10.1093/ptj/pzy027.
21. Maaïke Leeuw et al. The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 30, No. 1, February 2007. doi: 10.1007/s10865-006-9085-0.
22. Mariëtte de Rooij et al. Course and predictors of pain and physical functioning in patients with hip osteoarthritis. *J Rehabil Med* 2016; 48: 245–252. doi: 10.2340/16501977-2057.
23. T. Okoro et al. An assessment of the impact of behavioural cognitions on function in patients partaking in a trial of early home-based progressive resistance training after total hip replacement surgery. *Disabil Rehabil*, 2013; 35(23):2000–2007. doi: 10.3109/09638288.2013.770082.
24. Shannon Stark Taylor et al. Cognitive Mediators of Change in Physical Functioning in Response to a Multifaceted Intervention for Managing Osteoarthritis. *Int.J. Behav. Med.* (2018). doi: doi.org/10.1007/s12529-017-9689-5.
25. Birthe Dohnke et al. Perceived Self-Efficacy Gained From, and Health Effects of a Rehabilitation Program After Hip Joint Replacement. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)* Vol. 53, No. 4, August 15, 2005, pp 585–592. doi: 10.1002/art.21324.

26. Søren Thorgaard Skou et al., Predictors of long-term effect from education and exercise in patients with knee and hip pain. *Dan Med J* 2014;61(7):A4867.
27. Helen P. French et al. Predictors of short-term outcome to exercise and manual therapy for people with hip osteoarthritis. *Phys Ther.* 2014;94:31–39. doi: 10.2522/ptj.20130173.
28. Weigl et al. Predictors for response to rehabilitation in patients with hip or knee osteoarthritis. *OsteoArthritis and Cartilage* (2006) 14, 641-651. doi:10.1016/j.joca.2006.01.001.
29. Wioletta Tuszyńska-Bogucka et al. Psychosocial generalised resistance resources and clinical indicators of patients suffering from Osteoarthritis. *Ann Agric Environ Med.* 2015;22(2):380-4. doi: 10.5604/12321966.1152098.
30. Archontissa M Kanavaki et al. Barriers and facilitators of physical activity in knee and hip osteoarthritis: a systematic review of qualitative evidence. *BMJ Open* 2017;7:e017042. doi:10.1136/bmjopen-2017-017042.
31. Management of osteoarthritis. *Osteoarthritis Osteoarthritis* © NICE 2019.