



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. 2021/2022

Campus Universitario di Savona

# **Attitudini e Competenze del fisioterapista nella gestione dei fattori psicosociali: analisi di studi qualitativi**

Candidato:

Dott.ssa Silvia Bergamini

Relatori:

Dott.ssa Valentina Lazzari

Dott. Jacopo Giannotti

# Indice

## ABSTRACT

<b>1. INTRODUZIONE</b>	<b>5</b>
1.1 Il dolore: definizioni ed epidemiologia della cronicizzazione del dolore muscoloscheletrico (MSK)	
1.2 Fattori contribuenti alla cronicizzazione del dolore	
1.3 Fisioterapisti, cronicizzazione del dolore e fattori psicosociali: stato dell'arte	
<b>2. MATERIALI E METODI</b>	<b>15</b>
2.1 Scopo dello studio	
2.2 Quesito di ricerca	
2.3 Criteri di inclusione ed esclusione	
2.4 Metodo di raccolta dei dati e valutazione della qualità metodologica degli studi	
<b>3. RISULTATI</b>	<b>20</b>
3.1 Processo di selezione degli articoli	
3.2 Valutazione della qualità degli articoli	
3.3 Sintesi dei risultati	
- <i>Ambivalenza nei confronti del modello biopsicosociale</i>	
- <i>Barriere all'integrazione nella pratica clinica del modello psicosociale</i>	
- <i>Il bisogno di ulteriore formazione specialistica e di strumenti a supporto della valutazione e della gestione pratica dei fattori PS</i>	
<b>4. DISCUSSIONE</b>	<b>42</b>
4.1 Limiti ed implicazioni per la pratica clinica	
<b>5. CONCLUSIONE</b>	<b>44</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>4</b>

# Abstract

## **BACKGROUND:**

La letteratura offre un ampio scenario di come i fattori psicosociali (FPS) sembrano essere significativamente correlati con l'andamento e la prognosi del dolore cronico muscoloscheletrico. In particolare, è emerso come ansia, depressione, catastrofizzazione, kinesiofobia, strategie di coping inadeguate e la diminuita percezione di autoefficacia siano dei fattori prognostici negativi per la cronicizzazione del dolore e per la compromissione della qualità di vita in pazienti con dolore muscoloscheletrico nel lungo termine.

A tale proposito, recenti studi di ricerca qualitativa hanno dimostrato come i fisioterapisti, sebbene sostengano teoricamente un approccio di gestione biopsicosociale al dolore muscoloscheletrico, e siano consapevoli dell'impatto dei fattori psicosociali nella gestione del dolore dei propri pazienti, non siano poi in grado di tradurre tali approcci teorici nella propria pratica clinica.

## **QUESITO DI RICERCA:**

Questa revisione di studi qualitativi si pone come obiettivo quello di esplorare attitudini e competenze dei fisioterapisti nella gestione dei fattori psicosociali nella pratica clinica con pazienti affetti da dolore muscoloscheletrico: dalla valutazione dei FPS al trattamento degli stessi.

## **MATERIALI E METODI:**

Questa revisione è stata condotta secondo le linee guida dell'ENTREQ statement. È stata effettuata una ricerca elettronica sui database PubMed e Scopus, nel periodo intercorso tra marzo ed aprile 2022. La revisione ha incluso studi primari di ricerca qualitativa, che includessero le percezioni e le attitudini del fisioterapista nella gestione dei principali fattori psicosociali e che riguardassero il dolore muscoloscheletrico come condizione di interesse. La stringa di ricerca è stata costruita a partire dal tool Spider. Titoli e abstract sono stati selezionati tramite il vaglio di tre revisori indipendenti, e sono state reperite le versioni full-text degli articoli potenzialmente idonei.

Sono state inoltre condotte ricerche manuali complementari consultando le references degli studi trovati.

## **RISULTATI:**

Quattordici studi sono stati inclusi nell'analisi. I risultati indicano come i fisioterapisti siano consapevoli dell'importanza del modello biopsicosociale e dei fattori psicosociali nel trattamento del dolore muscoloscheletrico. Tuttavia, ci sono ancora ostacoli all'incorporazione clinica degli interventi psicologici nella pratica: le barriere riguardano la mancanza di conoscenza, i vincoli di tempo e la chiarezza di ruolo da parte del fisioterapista stesso. È inoltre emerso trasversalmente il desiderio di ulteriore formazione clinica a riguardo.

## CONCLUSIONI:

I risultati degli studi analizzati in questo lavoro di revisione indicano che sebbene i fisioterapisti abbiano mostrato uno shift significativo ed incoraggiante verso approcci più biopsicosociali e centrati sulla persona, esistono ancora importanti barriere che impediscono agli stessi di sentirsi sicuri e confidenti nella valutazione e nella gestione pratica dei fattori PS.

La call to action che ne deriva è l'esigenza di pianificare futuri interventi di formazione adeguata e di tutoraggi individualizzati che permettano di tradurre nella pratica clinica le proprie conoscenze teoriche, stimolando una ridefinizione più consapevole del ruolo del fisioterapista in tale area di intervento.

Infine, questa revisione mette in luce come sia auspicabile un cambio di passo anche a livello di sistemi organizzativi: deve infatti essere prevista in futuro una maggiore flessibilità nei luoghi di lavoro nella gestione del tempo, nonché una migliore comunicazione interdisciplinare, ottenendo quindi un maggiore supporto organizzativo atto a rendere possibile un reale miglioramento delle competenze fisioterapiche nella gestione dei fattori PS.

# 1. Introduzione

## 1.1. Il dolore: definizioni ed epidemiologia della cronicizzazione del dolore muscoloscheletrico

### Storia dell'evoluzione della definizione di dolore

Una prima definizione storica di dolore - comunemente accettata e adottata nella comunità scientifica- viene coniata dalla IASP, che descrive il dolore come “un’esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, presente o potenziale, o descritta in termini di danno”.

Il dolore non viene pertanto definito esclusivamente come una mera percezione sensoriale, bensì come un’esperienza complessa composta essenzialmente da due elementi: una parte percettiva, la nocicezione (che costituisce la modalità sensoriale che permette la ricezione ed il trasporto al sistema nervoso centrale di stimoli potenzialmente lesivi per l’organismo) e una parte prettamente esperienziale, data dallo stato psichico collegato alla percezione di una sensazione spiacevole.

Il dolore viene quindi sperimentato sia come una sensazione fisica (coscientizzazione consapevole di uno stimolo doloroso) sia come esperienza emozionale: a livello cognitivo, avviene un’elaborazione di tale sensazione fisica, che viene quindi percepita come sensazione spiacevole, sgradevole, di sconforto, che porta l’individuo ad attivare un comportamento in reazione ad esso.

In questa prima definizione di dolore, viene introdotto il concetto di “danno”: un principio fondamentale ripreso successivamente da Moseley e Butler (1), che affermano come il dolore muscoloscheletrico venga prodotto dal cervello quando quest’ultimo percepisce l’esistenza di un pericolo per il tessuto corporeo, con la conseguente necessità di innescare una risposta di protezione da parte del corpo stesso.

Il dolore non viene quindi più descritto semplicemente come "un’esperienza spiacevole sensoriale ed emotiva associata a danno effettivo o potenziale", ma come un vero e proprio output prodotto per innescare una reazione di difesa protettiva nel soggetto. (2)

A fronte dell'esponenziale evoluzione delle conoscenze nell'ambito delle neuroscienze sul dolore, la IASP ha ritenuto opportuno, dopo 40 anni, riconcettualizzare la definizione di dolore (e le relative note correlate) per descrivere in modo più esaustivo le sfumature e la complessità del dolore, in modo da ottimizzare la valutazione e la gestione delle condizioni patologiche legate ad esso.

La nuova definizione di dolore, insieme alle note correlate anch'esse aggiornate, afferma che "Il dolore è una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata a, o che assomiglia a quella associata a, un danno tissutale attuale o potenziale". (3)(4)

La definizione è stata accompagnata dalle seguenti note accompagnatorie:

- 1 Il dolore è sempre un'esperienza personale che può essere influenzata da fattori biologici, psicologici e sociali.
1. Il dolore e la nocicezione sono due fenomeni differenti.
2. Gli individui imparano il concetto di dolore attraverso le loro esperienze di vita.
3. Il resoconto di un'esperienza di dolore dovrebbe essere rispettato.
4. Sebbene il dolore abbia solitamente un ruolo adattivo, esso può avere effetti avversi sul funzionamento e sul benessere psicosociale dell'individuo.
5. La descrizione verbale è solo uno dei tanti comportamenti usati per l'espressione del dolore; l'incapacità di comunicare non nega la possibilità che un essere umano o un animale esperisca dolore.

Questa nuova definizione sottolinea quindi, ancora con più forza, come l'esperienza dolorosa sia sempre, per la propria natura, influenzata dai fattori psicosociali, nonché dalle esperienze di vita e dai processi di apprendimento dell'individuo, che vanno a plasmare in modo determinante l'esperienza di dolore.

Inoltre, viene affermato come il dolore, al di là della propria funzione biologica protettiva, può avere, se prolungato nel tempo, conseguenze molto negative sulla persona, a livello sia fisico che psicosociale. Questo implica anche che è riduttivo, in ambito clinico, valutare la sola intensità del dolore, e che è necessario prenderne in considerazione l'impatto sul funzionamento quotidiano (relazioni interpersonali, familiari, lavorative) e sul benessere psicologico (ansia, rabbia, depressione).

Spendiamo ora qualche parola sul concetto di "cronico".

Le attuali linee guida distinguono il dolore in due grandi categorie, secondo un criterio temporale: acuto e cronico.

Il dolore acuto, come sappiamo, presenta un'insorgenza ed una remissione in un arco temporale definito di massimo 12 settimane, ed è provocato da un disturbo specifico o da una lesione che prevede un processo biologico.

Il dolore cronico, invece, viene definito come quel dolore che persiste oltre le 12 settimane o oltre i 3-6 mesi.

Ad oggi, tuttavia, la cronicità del dolore non viene più considerata come una semplice estensione temporale del dolore acuto, bensì come una risposta maladattativa causata dalla modificazione dei meccanismi neurofisiologici coinvolti nella percezione, nell'elaborazione e nella trasmissione degli stimoli dolorosi alla base di un circolo vizioso che persiste e si autoalimenta. (5) (6)

Le più recenti evidenze supportano la ridefinizione del dolore cronico come entità patologica distinta, non semplicemente come sintomo di lesione biologica o di malattia. In ultima analisi, le condizioni di dolore cronico sono caratterizzate da tre tipi di fisiopatologia del dolore (cioè nocicettivo, neuropatico e dolore centralizzato/sensibilizzazione centrale), influenzati da un insieme di fattori psicosociali coesistenti. Fattori negativi di rischio/vulnerabilità (ad es. disturbi dell'umore o del sonno) e fattori positivi di resilienza/protezione (ad es. relazioni sociali/interpersonali e coping attivo) interagiscono con la neurobiologia del dolore per determinare un'esperienza di dolore unica in ogni singolo paziente. (7) (8) (9)

Guardando il dolore cronico attraverso una lente biopsicosociale, e non più puramente biomedica, diviene imperativo per i clinici adottare una gestione multidimensionale ed integrata del paziente.

Nel campo della neurobiologia i clinici sono diventati sempre più consapevoli dell'importanza dei fattori psicologici e sociali coinvolti nel dolore, risultando in una maggior considerazione dell'evitamento, della catastrofizzazione del dolore, delle aspettative del paziente, delle convinzioni e delle credenze nella genesi e nel mantenimento del dolore muscoloscheletrico.

Proprio in virtù della stretta correlazione tra questi ultimi e le sequele disfunzionali che provocano, nell'ambito della gestione del paziente con disordini muscolo-scheletrici cronici, è necessario integrare i fattori psicologici e

sociali all'interno della cornice somatica, personale ed ambientale del paziente, in un'ottica biopsicosociale di gestione del dolore. (10) (11)

Come si evince dalla storia dell'evoluzione delle definizioni di dolore, il dolore cronico muscolo-scheletrico non è soltanto una sensazione sgradevole, ma è un fattore che influenza ogni aspetto della vita del paziente, incluse le attività della vita quotidiana, le emozioni e le interazioni sociali.

Un approccio multidimensionale, psicosociale e collaborativo è quindi necessario per ricercare le cause del disturbo in ogni suo aspetto, ed il coinvolgimento attivo del paziente e della famiglia nel processo di cura risultano determinanti. (12) (13)

## Epidemiologia della cronicizzazione del dolore muscoloscheletrico

Il dolore cronico è la prima causa mondiale di disabilità e di malattia: più di un adulto su cinque negli Stati Uniti soffre di dolore cronico. Circa l'8% degli adulti soffre di dolore cronico ad alto impatto. E la maggior parte (84%) dei pazienti con dolore cronico ad alto impatto non è in grado di lavorare fuori casa. (14)

Età, sesso, livello di istruzione e reddito giocano un ruolo fondamentale nella genesi e nella cronicizzazione del dolore: a tal riguardo, il dolore cronico sembra essere significativamente più diffuso nelle donne rispetto agli uomini, e circa il 65% degli adulti di età pari o superiore a 65 anni ne soffre. Inoltre, gli adulti con un'istruzione inferiore al liceo costituiscono dal 24% al 28% di tutti i pazienti con dolore cronico, ed infine sembra che gli adulti con un'assicurazione sanitaria pubblica abbiano maggiori probabilità di riferire dolore cronico rispetto a quelli con un'assicurazione sanitaria privata. Per completare il quadro demografico, sembra che il dolore cronico sia associato all'aver un reddito familiare totale inferiore a \$ 25.000. (15) (16)

Mal di schiena, mal di testa, dolore neuropatico e dolore articolare sono le quattro categorie interessate dal più alto livello di cronicizzazione del dolore: l'80% degli adulti negli Stati Uniti sperimenta mal di schiena nella propria vita; più di 4 milioni di persone soffrono di emicrania cronica quotidiana; il dolore neuropatico cronico colpisce dal 3% al 17% degli adulti ed infine circa 15 milioni di adulti riferiscono forti dolori articolari dovuti all'artrite. (17) (18)

I costi relativi al dolore cronico sono in incessante crescita, sia a livello nazionale che individuale. Il dolore cronico “costa” circa tra i \$560 ed i \$ 635 miliardi all'anno in spese mediche, programmi di disabilità e perdita di produttività. I costi socioeconomici del dolore cronico sono superiori a quelli del cancro, del diabete e delle malattie cardiache. I pazienti con dolore severo pagano una media di \$3.210 in più in costi sanitari annuali rispetto a quelli con dolore moderato. (19)

I cambiamenti demografici della società moderna suggeriscono che nei prossimi anni si assisterà, verosimilmente, all'aumento della prevalenza del dolore cronico, a causa dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento del diabete e dell'aumento dei tassi di sopravvivenza al cancro. Di conseguenza, la ricerca e la gestione del dolore cronico diventeranno sfide sempre più importanti per i fisioterapisti del futuro. (20)

## **1.2 Fattori contribuenti alla cronicizzazione del dolore**

### **Oltre la biologia: dal bio allo psicosociale**

Il mondo della medicina ha assistito, negli ultimi anni, alla caduta dell'attendibilità del modello biomedico e del modello biomeccanico: il razionale scientifico su cui si basano entrambi i modelli detta che il sintomo doloroso del paziente sia essenzialmente imputabile ad un'anomalia biomeccanica o alla lesione di una struttura biologica, e che la correzione o la guarigione delle stesse comporti una parallela completa remissione dei sintomi del paziente.

In realtà, la letteratura ha messo in discussione i presupposti teorici di tali modelli: ad esempio, è stato dimostrato come dall'anamnesi non sia possibile dimostrare alcuna specificità tra sintomi riferiti e strutture biologiche danneggiate: variazioni anatomiche, sovrapposizione di aree di innervazione e di dolore riferito rendono impossibile l'associazione tra localizzazione del dolore e struttura coinvolta.

Inoltre, è stato dimostrato come anche i tradizionali test clinici abbiano una scarsissima plausibilità anatomica, una bassa ripetibilità e affidabilità inter e intra-operatore ed una accuratezza diagnostica inaccettabile, con conseguente incapacità di tali test di isolare e valutare lo stato di salute di una specifica struttura biologica.

Infine, è stata inoltre ridimensionata la capacità delle indagini strumentali di spiegare la sintomatologia dei pazienti, nonostante la loro alta sensibilità nell'identificare alterazioni di segnale dei tessuti biologici: basti pensare a tutte le alterazioni riscontrabili con analisi strumentali in pazienti asintomatici, o alla risoluzione completa della sintomatologia dolorosa nonostante la lesione tissutale permanga (come nel caso delle tendinopatie o delle degenerazioni discali).

Da tutto ciò si può evincere come il trattamento non si possa verosimilmente incentrare solo sulla guarigione tissutale e/o la correzione della disfunzione biomeccanica per risolvere il dolore muscoloscheletrico, specialmente se persistente.

Vengono quindi a cadere le certezze delle etichette diagnostiche biomediche, ed insorge la necessità, nell'ambito della ricerca scientifica, di trovare nuove spiegazioni e presupposti teorici per giustificare la sintomatologia del dolore muscoloscheletrico e la sua cronicizzazione.

Di qui, la nascita del modello bio-psico-sociale, concettualizzato per la prima volta nel 1977 da Engel, che segna una rivoluzione in ambito medico, spostando l'attenzione dal sintomo o alterazione strutturale alla persona, nel suo contesto bio-psico-sociale, con le sue credenze ed aspettative e l'influenza della società che lo circonda.

La parte biologica viene quindi ridimensionata in quanto incapace, da sola, di giustificare la varietà di presentazioni cliniche possibili. (20) (21) (22)

### **1.3. Fisioterapisti, cronicizzazione del dolore e fattori psicosociali: stato dell'arte**

La letteratura offre un ampio scenario di come i fattori psicosociali sembrano essere altamente correlati con l'andamento e la prognosi del dolore cronico muscoloscheletrico.

In particolare, è emerso come ansia, depressione, catastrofizzazione, kinesiofobia, strategie di coping inadeguate e la diminuita percezione di autoefficacia siano dei fattori prognostici negativi per la cronicizzazione del dolore e per la compromissione della qualità di vita in pazienti con dolore muscoloscheletrico nel lungo termine. (23) (24)

Recenti studi hanno dimostrato che in pazienti con disturbi muscolo-scheletrici cronici esiste un legame diretto tra lo stress e l'abbassamento della soglia del dolore e che, similmente, differenti tipi di ansia preesistente dovuta al dolore sono correlati con forza a più alta sensibilizzazione del dolore.

È inoltre riportato in letteratura come l'evitamento di attività fisica ed attività sociali possa provocare un deterioramento della condizione fisica e contribuire al mantenimento del dolore.

Inoltre, la catastrofizzazione del dolore, in particolare la ruminazione, è correlata all'aumento della disabilità percepita, ad un elevato uso di analgesici e all'aumento di accessi in ospedale.

Il dolore dipende dal grado di minaccia percepito: questo significa che il dolore può essere concettualizzato dal paziente come l'espressione conscia della percezione implicita della minaccia ai tessuti. (25) (26)

In altri termini, nel momento in cui il sistema nervoso si trova in uno stato di estrema sensibilizzazione, gli stimoli non legati ad una lesione, ma al contempo giudicati come dannosi, possono essere sufficienti per generare dolore. Infatti, nei pazienti affetti da dolore persistente anche la sola immaginazione del movimento, ritenuto nocivo, provoca sudorazione nei siti anatomici dolorosi. I pensieri associati al proprio dolore hanno quindi una evidente corrispondenza chimica, fisiologica ed anatomica, risultando pertanto reali.

A questo riguardo, attraverso le più recenti ricerche scientifiche, è stata riconosciuta una diretta corrispondenza tra le attitudini catastrofizzanti od allarmanti dei pazienti e l'aumento della risposta emodinamica agli stimoli dolorosi nella corteccia prefrontale, nel giro del cingolo, nella corteccia fronto-mediale e dell'insula, che, allo stesso tempo, sono coinvolte nella risposta motivazionale ed emozionale dell'esperienza del dolore. (27) (28)

Inoltre, i pazienti che non riescono a comprendere pienamente il processo che sottende al proprio dolore valutano il sintomo come più minaccioso e pericoloso, e sviluppano convinzioni inappropriate e strategie inadeguate nella gestione del proprio dolore, alimentando un circolo vizioso per cui i fattori psicosociali possono essere sia causa che conseguenza della condizione. (29) (30) (31)

Esistono una serie di teorie e dati empirici che supportano le correlazioni tra cronicizzazione del dolore e fattori psicosociali, e che cercano di giustificarle. Il modello più utilizzato in letteratura scientifica ed in clinica è il Fear Avoidance Model (Fig 1.), che ci spiega come un'esperienza dolorosa possa comportare

risposte adattative o maladattative ai fini della guarigione, e come tali risposte siano profondamente influenzate dalla paura del movimento, dalla catastrofizzazione e dall'ipervigilanza.



Fig. 1 Fear Avoidance Model

A tale proposito, recenti studi di ricerca qualitativa hanno dimostrato come i fisioterapisti, sebbene sostengano teoricamente un approccio di gestione biopsicosociale al dolore muscoloscheletrico, e siano consapevoli dell'impatto dei fattori psicosociali nella gestione del dolore dei propri pazienti, non siano poi in grado di tradurre tali approcci teorici nella propria pratica clinica. (32) (33) (34)

I limiti principali nell'applicazione pratica del modello biopsicosociale sembrano essere uno scarso senso di adeguatezza nel gestire tematiche ritenute come "sconfinanti" al di fuori del proprio ruolo professionale ed un senso di impreparazione per la mancanza di formazione adeguata.

Ad oggi, le evidenze scientifiche supportano l'uso di interventi psicologici nell'ambito della pratica riabilitativa per aumentare l'aderenza alla fisioterapia ed ottenere migliori outcome di successo terapeutico. Il goal setting condiviso, la terapia cognitivo comportamentale (CBT), la mindfulness, le tecniche di rilassamento, il colloquio motivazionale, l'uso del dialogo interiore ed il sostegno sociale si sono rivelati tutti strumenti particolarmente utili nel potenziare il processo riabilitativo.

Storicamente, l'uso di interventi psicologici nella riabilitazione era legato principalmente alla psicoterapia sportiva: solo più recentemente tali interventi sono stati trasferiti anche alla gestione clinica del dolore.

Nonostante la ricerca abbia pertanto riconosciuto al fisioterapista un ruolo fondamentale nella gestione dei fattori psicosociali con interventi a sfondo psicologico nella pratica riabilitativa, poco si è indagato sulle attitudini e sulle reali competenze dei fisioterapisti in quest'area di pertinenza.

Il modello biopsicosociale è stato recentemente riconosciuto come la migliore opzione terapeutica per la pratica clinica di fisioterapisti e professionisti della salute che lavorano con persone che soffrono di dolore cronico. Tuttavia, la maggior parte dei fisioterapisti si sente ancora potenzialmente impreparato alla sua realizzazione.

La formazione fisioterapica tradizionale si è basata infatti a lungo sulla prospettiva biomedica, ed i fattori cognitivi, psicologici, sociali ed economici sono stati lasciati a lungo da parte nella formazione professionale e, di conseguenza, nella valutazione di un paziente che soffre di dolore o disabilità. (35) (36) (37) (38)

## L'anello mancante: perchè una revisione qualitativa della letteratura sulle attitudini del fisioterapista nella gestione dei fattori psicosociali (FPS)

Oggi, la ricerca qualitativa riscuote sempre più interesse nella misura in cui si mostra capace di dare una risposta a domande alle quali i metodi quantitativi tradizionali non riescono più a rispondere. La ricerca qualitativa, descrivendo il punto di vista delle persone, contribuisce infatti in modo determinante alla comprensione dei fenomeni quantificati dalla ricerca "tradizionale" quantitativa. (39)

Nell'ambito delle professioni sanitarie, il "modo di vedere" personale del singolo individuo è un determinante fondamentale in termini di prognosi e di stato di salute.

Ecco perché negli ultimi anni si è verificato un ricorso sempre più frequente all'indagine qualitativa finalizzata ad acquisire le conoscenze necessarie per l'azione in salute pubblica.

Quantitativo e qualitativo diventano quindi due approcci complementari: mentre l'approccio quantitativo studia un fenomeno in termini di ipotesi, causalità, generalizzabilità e replicabilità, la ricerca qualitativa indaga i

significati e le percezioni soggettive dell'individuo, che sono determinanti nel comprendere la realtà ed il mondo, la cui natura è dinamica e costruita socialmente.

La ricerca qualitativa prova quindi ad interpretare i fenomeni sociali quali interazioni e motivazioni dei comportamenti e delle decisioni umane: perché il soggetto compie determinate scelte? Perché non è aderente ad un determinato intervento? Quali sono le barriere all'applicazione del modello biopsicosociale nella pratica clinica? Quali sono le preferenze di trattamento dei fisioterapisti nei pazienti con dolore muscoloscheletrico cronico?

Le domande di ricerca qualitativa incorporano in quelle della ricerca quantitativa "l'elemento umano", cercando di studiare il "significato" attribuito all'esperienza vissuta, in termini di sensazioni, emozioni, attitudini, preferenze e convinzioni.

La ricerca qualitativa diviene quindi strumento di prima scelta nel momento in cui è necessario andare ad analizzare preferenze, attitudini, competenze e credenze in una categoria professionale come quella fisioterapica, ed il modo in cui queste ultime influenzano i processi decisionali clinici ed in ultima analisi la salute dei pazienti con dolore muscoloscheletrico.

I limiti della metodologia qualitativa possono essere l'estrema individualità e soggettività con cui si raccolgono i dati. Per questo motivo, spesso, risulta difficile replicare e generalizzare i risultati alla popolazione generale. Malgrado ciò, la ricerca qualitativa è stata molto rivalutata recentemente grazie all'utilizzo di un maggiore rigore nell'applicazione delle procedure e dell'elaborazione dei dati.

## 2. Materiali e Metodi

### 2.1 Scopo dello studio

Alla luce dell'emergente importanza assunta della ricerca qualitativa in ambito fisioterapico e della crescente attenzione ai fattori psicosociali quali fattori fondamentali nella gestione del paziente con dolore

muscoloscheletrico, la presente revisione di studi qualitativi si pone come obiettivo quello di esplorare *attitudini e competenze dei fisioterapisti nella gestione dei fattori psicosociali in pazienti con dolore muscoloscheletrico*.

## 2.2 Search Strategy

Questa revisione è stata condotta secondo le linee guida dell'ENTREQ statement, strumento evidence-based che guida nell'ottimizzazione del reporting delle revisioni sistematiche in ricerca qualitativa.

È stata effettuata una ricerca elettronica sui database PubMed e Scopus, nel periodo intercorso tra marzo ed aprile 2022.

La strategia di ricerca è stata costruita dagli autori partendo da parole chiave che garantissero l'inclusione degli studi pertinenti al quesito di ricerca: comprendere le attitudini e le competenze dei fisioterapisti nella gestione dei fattori psicosociali in condizioni di dolore muscoloscheletrico.

Le keywords utilizzate sono state pertanto le seguenti: "pain"; "physical therapists"; "physiotherapist"; "qualitative research" ("focus groups"; "interviews"; "thematic"; "experience", "narrative"; "qualitative"; "participant observation"); "biopsychosocial factors" ("catastrophization"; "fear avoidance"; "kinesiophobia", "anxiety"; "depression"; "stress").

La ricerca si è quindi orientata su: a) studi comprendenti metodologie di ricerca qualitativa; b) studi che includessero le percezioni e le attitudini del fisioterapista nella gestione dei principali fattori psicosociali e c) studi che riguardassero il dolore muscoloscheletrico come condizione di interesse.

La costruzione della stringa di ricerca si è basata sull'utilizzo del tool SPIDER, delineato specificamente per l'identificazione di studi qualitativi. (Tab 1.).

Tab 1. SPIDER

<b>Sample</b>	Fisioterapisti
<b>Phenomenon of Interest</b>	Capacità e attitudini nella gestione dei fattori psicosociali
<b>Design</b>	Studi primari qualitativi (interviste, focus groups, metodiche osservazionali, analisi di documenti...)
<b>Evaluation</b>	Atteggiamento, sensazione di sentirsi preparati e adatti
<b>Research Type</b>	Revisione qualitativa

## PubMed

Stringa di ricerca completa:

```
((pain) AND (((("physical therapists"[MeSH Terms]) OR ("physical therapist")) OR (physiotherapist))) AND
((((((((("qualitative research"[MeSH Terms]) OR ("focus groups"[MeSH Terms])) OR (interview*)) OR
("focus group*")) OR (thematic)) OR (experience*)) OR (narrative*)) OR (qualitat*)) OR ("behavior
observation techniques"[MeSH Terms]) OR ("participant observation")) AND ((((((((((psych*) OR
(biopsych*)) OR ("social factor*")) OR (catastrophiz*[MeSH Terms])) OR ("self efficacy"[MeSH Terms]))
OR ("fear avoidance")) OR (kinesiophobia)) OR (anxiety)) OR (depression)) OR ("stress,
psychological"[MeSH Terms]))
```

Non sono stati applicati filtri o limiti temporali.

## Scopus

Stringa di ricerca completa:

```
(TITLE-ABS-KEY ( pain ) AND TITLE-ABS-KEY ( "physical therapist*" OR physiotherapist* ) AND TITLE-ABS-KEY ( "qualitative research" OR "qualitative stud*" OR interview* OR "focus group*" OR thematic OR experience* OR "participant observation" OR "narrative" ) AND TITLE-ABS-KEY ( psych* OR biopsych* OR "social factor*" OR catastrophiz* OR "self efficacy" OR "fear avoidance" OR "kinesiophobia" OR anxiety OR depression OR stress ) )
```

Non sono stati applicati filtri o limiti temporali.

## 2.3 Criteri di inclusione ed esclusione

### Criteri di inclusione

La ricerca è stata limitata a documenti in lingua inglese che coinvolgono umani; non sono stati applicati limiti di anno.

Sono stati inclusi studi qualitativi primari (senza esclusione aprioristica di nessun disegno di studio) che coinvolgessero a) fisioterapisti e le loro competenze nella gestione dei fattori psicosociali e b) pazienti affetti da dolore muscoloscheletrico. (Tab 2.)

### Criteri di esclusione

Sono stati esclusi gli studi che non permettevano di indagare ed isolare le percezioni, le attitudini e le competenze dei fisioterapisti nella gestione dei fattori psicosociali in pazienti con dolore muscoloscheletrico.

Sono stati esclusi studi che riguardavano diagnosi specifiche di dolore muscoloscheletrico non di stretta pertinenza fisioterapica: tumori, fratture, osteoporosi, disturbi autoimmuni infiammatori, gravidanza, sindrome della cauda equina e infezioni.

Sono stati esclusi gli studi che indagavano le percezioni dei pazienti o di operatori sanitari diversi dai fisioterapisti, a meno che i dati riguardanti i fisioterapisti non potessero essere da essi estratti ed isolati.

Sono infine stati esclusi gli studi che coinvolgevano studenti non ancora laureati.

**Tab 2. CRITERI DI INCLUSIONE**

<p><b>Design di studio</b> Studi redatti in lingua inglese Studi primari qualitativi</p> <p><b>Campionamento</b> Fisioterapisti esperti nel trattamento del dolore muscoloscheletrico</p> <p><b>Fenomeno di interesse</b> Attitudini e competenze del fisioterapista nella gestione dei fattori cognitivi, psicologici e sociali in pazienti con dolore muscoloscheletrico, dalla valutazione al trattamento</p>
--

## **2.4 Metodo di raccolta dei dati e valutazione della qualità metodologica**

Titoli e abstract sono stati selezionati tramite il vaglio di tre revisori indipendenti in modalità blind ON su Rayyan, e sono state reperite le versioni full-text degli articoli potenzialmente idonei.

Sono state inoltre condotte ricerche manuali complementari consultando le references degli studi trovati.

Gli autori hanno utilizzato Rayyan, piattaforma intelligente che ha consentito ai ricercatori di lavorare sullo stesso progetto in modalità cieca per condurre le fasi di eliminazione dei duplicati, di screening, di full text review e di inclusione/esclusione degli studi (sulla base, in ordine sequenziale, dell'analisi di titolo, abstract e full text).

L'inclusione degli studi è stata effettuata in maniera indipendente da due reviewers, ed in caso di disaccordo è stato coinvolto un terzo revisore.

Gli studi sono stati sintetizzati ed i dati sono stati estratti al fine di identificare delle analisi tematiche per fornire una visione completa delle percezioni, delle attitudini e delle competenze dei fisioterapisti nella gestione dei fattori psicosociali.

Le versioni full-text degli articoli che soddisfacevano i criteri di inclusione della revisione sono state valutate per il potenziale rischio di bias e per la qualità metodologica.

La valutazione della qualità metodologica è stata effettuata in maniera indipendente da due revisori mediante l'uso della checklist CASP – Critical Appraisal Skill Programme (Tab. 3) – strumento di valutazione critica e analitica della qualità degli studi.

La checklist CASP presenta 10 domande che guidano il revisore nell'appraisal metodologico degli studi qualitativi primari. Tali domande possono essere riassunte in 3 sezioni (A, B e C):

Sezione A: I risultati dello studio sono validi?

Sezione B: Quali sono i risultati?

Sezione C: I risultati aiuteranno a livello locale?

Le dieci domande della Checklist (Q1-Q10) possono essere così riassunte:

**Tab 3. CASP**

Q1: esiste una dichiarazione esplicita dello scopo di ricerca?

Q2: l'uso della metodologia di ricerca qualitativa è appropriata?

Q3: c'è la presenza di un disegno di studio adeguato ai fini del quesito clinico?

Q4: il campionamento è adeguato allo scopo della ricerca?

Q5: vi è un'adeguata raccolta dati?

Q6: c'è trasparenza dei ricercatori?

Q7: prende in considerazione eventuali problemi etici?

Q8: vi è un'adeguata analisi dei dati raccolti?

Q9: vi è una descrizione chiara dei risultati della ricerca?

Q10: vi è un valore intrinseco della ricerca, in termini di contributo alla conoscenza e alla letteratura scientifica?

## 2.5 Estrazione ed analisi dei dati

I dati estratti dagli articoli inclusi nella revisione sono stati sintetizzati attraverso tabella sinottica. (Tab 4).

In particolare, è stato utilizzato un processo di sintesi tematica: per ogni studio sono stati identificati a) quesito di ricerca, b) campionamento e caratteristiche dei partecipanti, c) patologia muscoloscheletrica di interesse, d) metodo di raccolta ed analisi dei dati ed infine e) tematiche e concetti emersi dallo studio in questione.

Successivamente, i risultati estratti da ogni singolo studio sono stati raggruppati per somiglianza tematica, al fine di categorizzarli in temi comuni che rispondessero ai quesiti di ricerca.

Non è stato adottato un metodo di sintesi di metanalisi a causa dell'eterogeneità degli studi inclusi, nonché della scarsa adeguatezza metodologica dei singoli studi primari.

## 3. Risultati

### 3.1 Processo di selezione degli articoli

I **1286** articoli (PubMed: 595; Scopus: 691) ottenuti dalla ricerca effettuata sui database sono stati sottoposti al processo di selezione sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione illustrati nella sezione “Materiali e Metodi”.

Dopo aver rimosso i duplicati (articoli duplicati: 430), gli articoli sono stati sottoposti a processo di screening tramite l’uso del software Rayyan: i rimanenti **856** articoli sono stati analizzati per titolo ed abstract: questo primo step di screening ha portato all’esclusione di ulteriori 766 articoli (non pertinenti al quesito di ricerca).

Dei 90 articoli rimanenti, sono stati quindi reperiti i full-text per procedere ulteriormente nel percorso di selezione: questa seconda fase di screening ha portato all’esclusione di 76 articoli, che non rispondevano ai criteri di inclusione ed esclusione prefissati.

In particolare, sono stati esclusi tutti gli articoli redatti in lingua diversa dall’inglese, e gli studi che non permettevano di indagare ed isolare le percezioni, le attitudini e le competenze dei fisioterapisti, nonché gli studi che riguardavano studenti in fisioterapia o red flags (tumori, fratture, osteoporosi, disturbi autoimmuni infiammatori, sindrome della cauda equina ed infezioni.)

È stata inoltre revisionata manualmente la bibliografia delle revisioni sistematiche e degli articoli trovati pertinenti al quesito di ricerca. (40) (41) (42) (43) (44)

In totale, **14** articoli sono stati inclusi in questa analisi di studi qualitativi. (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58)

Gli studi includono fisioterapisti provenienti da Norvegia, Regno Unito, Australia, Brasile, Italia, Paesi Bassi, Spagna e Svezia.

Le condizioni muscoloscheletriche di interesse prese in considerazione negli studi riguardano a) dolore cronico muscoloscheletrico b) chronic non specific low back pain e c) chronic non specific neck pain.

I metodi di raccolta dei dati utilizzati negli studi sono vari: interviste semistrutturate, focus groups, videoregistrazioni ed audioregistrazioni di sessioni riabilitative, survey nazionali e revisione di direttive e normative istituzionali.

Sono stati selezionati studi qualitativi primari con coinvolgimento di fisioterapisti provenienti da diversi setting riabilitativi e diverse esperienze lavorative e formative.

La seguente flowchart schematizza il processo di selezione degli articoli della ricerca.

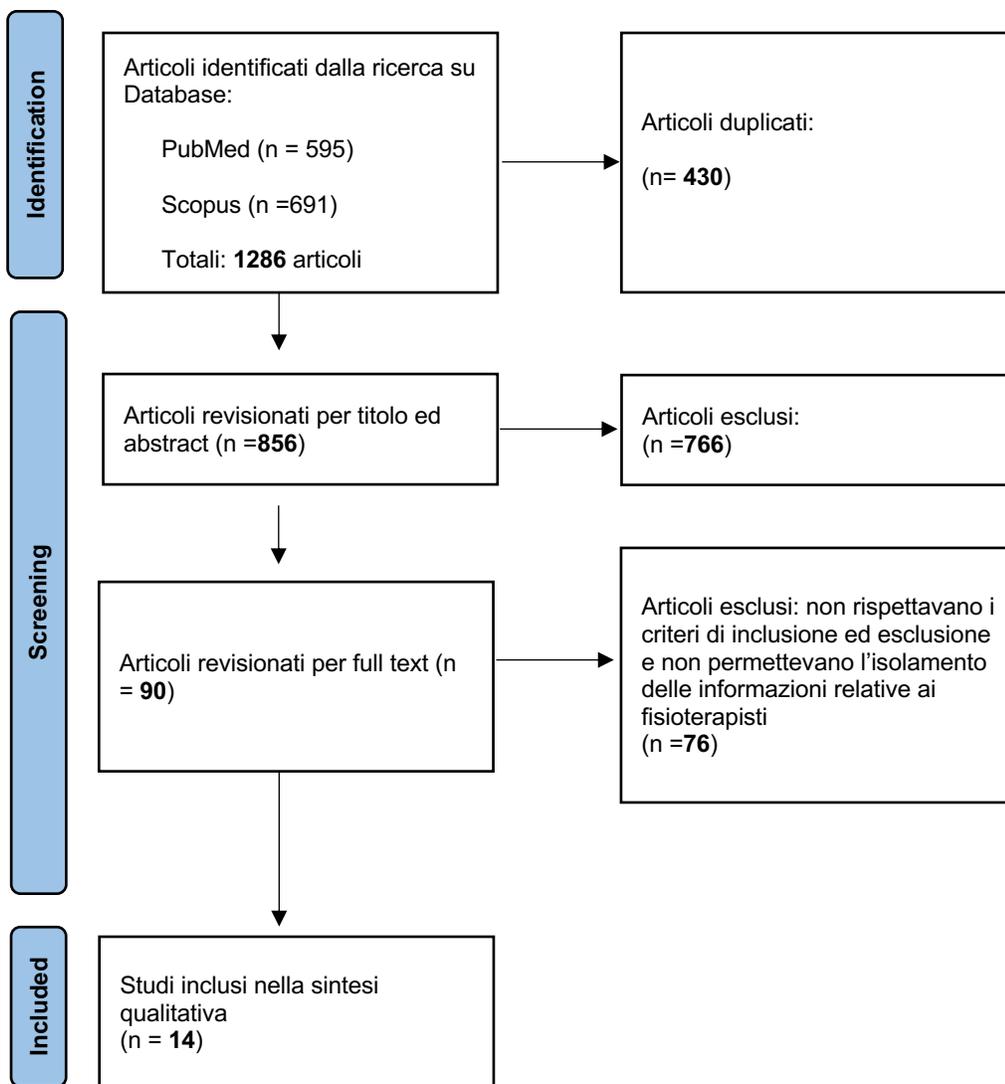


Fig. 3 PRISMA Flowchart

La ricerca bibliografica sulle banche dati consultate ha prodotto i risultati illustrati nelle tabelle seguenti.

Tab 4. TABELLA SINOTTICA

#	Autore, Anno, Tipologia di Studio	Quesito dello Studio	Caratteristiche partecipanti	Patologia MSK	Metodo di raccolta dei dati	Metodo di analisi dei dati	Tematiche e concetti emersi
1	Monica Unsgaard Tøndel et al, 2021 - observational study, hermeneutical design (45)	Come vivono i fisioterapisti il processo di costruzione dell'alleanza terapeutica con i pazienti nel trattamento biopsicosociale del LBP cronico?	5 fisioterapisti norvegesi specializzati nel trattamento del LBP	LBP cronico aspecifico	Interviste qualitative in focus-group eseguite in due occasioni nell'arco di 6 mesi	L'analisi tematica è stata utilizzata per analizzare le trascrizioni delle interviste e catturare i temi emergenti.	<p><b>1 L'alleanza terapeutica è lo standard ideale per la riuscita fisioterapica:</b> i fisioterapisti intervistati riconoscono che la presenza, l'empatia, la fiducia e l'applicazione della prospettiva biopsicosociale sono gli interventi più importanti nella costruzione della relazione terapeutica</p> <p><b>2 Fattore tempo: barriera all'applicazione del modello BPS</b> l'ascolto attivo e personale richiede tempo: i fisioterapisti faticano a capire a cosa dare priorità nell'anamnesi e hanno paura che le domande riguardanti i fattori psicosociali aprano discussioni personali con conseguente "perdita di tempo".</p> <p><b>3 L'importanza dell'esperienza clinica:</b> il ragionamento clinico e gli anni di esperienza clinica sono</p>

						<p>considerati fondamentali nel saper migliorare le proprie competenze di gestione psicosociale nei pazienti con LBP</p> <p><b>4 L'arte dell'equilibrio:</b> i fisioterapisti intervistati ammettono che la presa in carico psicosociale sia emotivamente spesso frustrante e pesante per mancanza di chiarezza di ruolo e di formazione nella gestione delle problematiche psicosociali più gravi: per evitare il burnout, affermano sia importante trovare "il giusto mezzo" tra modello biomedico e biopsicosociale, nonché sapere quando rivolgersi ad altri professionisti per esigenze che fuoriescono dall'area di competenza del fisioterapista.</p>	
2	Johanna Fritz et al, 2018 - qualitative multiple-case study design (46)	Esplorare i fattori che determinano l'applicazione di un approccio di Behavioral Medicine nella pratica clinica fisioterapica per i pazienti con dolore persistente.	4 fisioterapisti svedesi formati in Behavioral Medicine con anni di esperienza lavorativa variabili	dolore MSK cronico persistente	<p>1 Interviste semi-strutturate con fisioterapisti, pazienti e manager sanitari</p> <p>2 osservazioni di sessioni di trattamento videoregistrate</p> <p>3 revisione di documenti riguardanti le direttive ed i</p>	<p>I dati sono stati analizzati con metodo induttivo ed analisi incrociata dei casi, in seguito è stata eseguita mappatura dei domini dei fattori determinanti nell'integrazione di un approccio BM nella pratica</p>	<p><b>1 Ambivalenza verso l'approccio BM:</b> secondo i fisioterapisti intervistati, i pazienti preferiscono la risoluzione del sintomo doloroso rispetto al cambiamento delle loro abitudini di vita, e questo fa perdere di importanza l'approccio BM. Inoltre, l'approccio BM viene definito come "time consuming"</p> <p><b>2 Focus biomedico ancora predominante:</b> le registrazioni</p>

					regolamenti sanitari	clinica di fisioterapia	<p>delle interviste mettono in risalto come le spiegazioni dei fisioterapisti riguardo al dolore facciano ancora riferimento a strutture e danni fisici</p> <p><b>3 Imbarazzo</b> del fisioterapista nel porre domande di pertinenza psicosociale: mancanza di chiarezza del ruolo</p> <p><b>4 Buona conoscenza teorica</b> della BM: i fisioterapisti riconoscono l'importanza del decision sharing, del goal setting, dell'indagine dei fattori psicosociali e comportamentali del paziente nei confronti del proprio dolore</p> <p><b>5 Competenze per l'applicazione dell'approccio BM incomplete:</b> mancanza di continuità nel corso delle sedute del focus sugli aspetti comportamentali dei pazienti, e ricaduta nel modello biomedico</p> <p><b>6 Le abilità pedagogiche</b> che i fisioterapisti pensano siano più importanti nella gestione del paziente: rassicurazione, capacità di consigliare e comunicare mettendo il paziente al centro della conversazione</p> <p><b>7 Autocoscienza:</b> mancanza di consapevolezza dei fisioterapisti delle loro strategie comunicative prima di essere videoregistrati</p>
--	--	--	--	--	-------------------------	----------------------------	--

3	Isabella Man et al, 2019 - cross-sectional survey (47)	Comprendere il livello di fiducia percepito dai fisioterapisti MSK con i diversi aspetti della pratica psicosociale, quali aspetti dei fattori psicosociali i fisioterapisti valutano nella loro pratica, come eseguono tali valutazioni, la loro fiducia nelle loro valutazioni o se i fattori individuati in valutazione sono poi affrontati nella gestione del paziente.	181 fisioterapisti APA australiani arruolati tramite survey online	dolore MSK cronico persistente	Il questionario Triple P è stato diffuso via e-mail. Il Questionario Triple P è stato pubblicato anche sulla pagina Facebook dell'APA	I dati quantitativi sono stati analizzati in modo descrittivo utilizzando Microsoft Excel TM (Microsoft 2017). Il coefficiente di correlazione di Pearson è stato calcolato per una serie di domande. Sono state calcolate le correlazioni tra le risposte sulla pratica psicosociale e le caratteristiche di background dei fisioterapisti ("anni di pratica" e "qualifiche"). Le correlazioni di tutte le domande non possono essere calcolate a causa di limiti di tempo e risorse.	1 I fisioterapisti <b>si autovalutano come competenti</b> nelle proprie capacità psicosociali di gestione del paziente, tuttavia <b>permane un gap</b> tra l'autopercezione di efficacia e l'utilizzo, ad esempio, di <b>questionari</b> di valutazione dei fattori psicosociali: nonostante le conoscenze teoriche, manca la capacità di fare valutazioni standardizzate dei fattori PS. Le valutazioni si basano ancora su interviste libere al paziente e sulle impressioni raccolte dalla fase anamnestica.  2 C'è forte concordanza tra i fisioterapisti nella rilevazione delle principali <b>barriere</b> all'applicazione del modello biopsicosociale: il tempo, la mancanza di formazione professionale, le aspettative del paziente, la mancanza di coordinamento con altre professioni mediche e lo scarso supporto organizzativo

4	<p>Andressa Alves França et al, 2019 - qualitative phenomenological research (48)</p>	<p>Esplorazione di sentimenti, convinzioni ed atteggiamenti dei fisioterapisti riguardo all'utilizzo del modello biopsicosociale per il trattamento di persone con lombalgia non specifica. Capire in che misura i fisioterapisti sono disposti e preparati a utilizzare questo modello.</p>	<p>10 fisioterapisti brasiliani laureati tra il 2012 e il 2018</p>	<p>LBP cronico aspecifico</p>	<p>Interviste semistrutturate (5 online, 5 in presenza) di 30 minuti</p>	<p>I dati delle interviste sono stati analizzati in cinque fasi: familiarizzazione, identificazione, indicizzazione, mappatura e interpretazione</p>	<p>1 Persiste una <b>buona conoscenza del modello teorico BPS e della sua correlazione con il CLBP</b> da parte dei fisioterapisti intervistati;</p> <p>2 <b>Ruolo ambivalente</b> dei fisioterapisti nei confronti del modello BPS: se ne riconosce l'importanza, ma i fisioterapisti non si sentono responsabili direttamente nella loro valutazione e nella loro gestione;</p> <p>3 Esistono <b>barriere che impediscono di trasferire le conoscenze</b> universitarie al contesto clinico: mancanza di formazione pratica dei fisioterapisti nella gestione dei fattori PS che comporta ambiguità ed insicurezza di ruolo.</p>
5	<p>Ian Cowell et al, 2018 - qualitative research design (49)</p>	<p>Esplorare le percezioni dei fisioterapisti in primary care in Inghilterra che adottano un approccio biopsicosociale nella gestione dei pazienti con non specific chronic low back pain</p>	<p>10 fisioterapisti inglesi di banda 5,6,7</p>	<p>LBP cronico aspecifico</p>	<p>Interviste qualitative semistrutturate</p>	<p>L'analisi tematica è stata utilizzata per analizzare le trascrizioni delle interviste e catturare i temi emergenti.</p>	<p>1 Esiste concordanza tra i fisioterapisti nel ritenere il <b>modello biopsicosociale di fondamentale importanza</b> nella gestione del LBP e nel comprendere i limiti del modello biomedico/biomeccanico</p> <p>2 Affrontare i fattori psicologici con specifici interventi viene considerato impegnativo a causa della <b>mancanza di formazione e di tempo, nonché</b></p>

							<p><b>la mancanza di confidenza</b> nel gestire forti stati di ansia o serie problematiche depressive del paziente</p> <p><b>3 Il coinvolgimento dei pazienti</b> deve basarsi su un rapporto di fiducia ed un ottimo stile comunicativo del fisioterapista</p>
6	Mukul Singla et al, 2014 - descriptive and explorative qualitative design (50)	Esplorare la pratica privata di valutazione da parte dei fisioterapisti dello stato psicosociale dei pazienti nonché delle barriere nell'attuazione di tali valutazioni	9 fisioterapisti registrati con un minimo di sei mesi di esperienza lavorativa in studi privati di fisioterapia ed in problemi muscolo-scheletrici	dolore MSK cronico persistente	Interviste semistrutturate condotte direttamente sul posto di lavoro.	L'analisi tematica è stata utilizzata per analizzare le trascrizioni delle interviste e catturare i temi emergenti.	<p><b>1 Mancanza di valutazioni metodiche</b> e formali dei fattori PS attraverso l'uso di questionari: la valutazione di questi ultimi sembra basarsi esclusivamente sulle impressioni dedotte dal fisioterapista durante la conduzione dell'anamnesi e dall'osservazione dei comportamenti del paziente durante la seduta, senza l'utilizzo di domande standardizzate.</p> <p>2 Secondo i fisioterapisti, la valutazione dei fattori PS migliorerebbe sensibilmente grazie a <b>tools</b> creati ad hoc per guidare il terapeuta nell'assessment, nonché grazie a <b>migliori standard di formazione teorico-pratica</b> universitaria e post-universitaria su strategie comunicative.</p>
7	Tom Sanders et al, 2013 - qualitative research (51)	Capire gli atteggiamenti, le convinzioni ed i	12 fisioterapisti inglesi con esperienza nel	LBP cronico aspecifico	Interviste qualitative semistrutturate	I dati sono stati analizzati tematicamente, adottando la	1 La gestione delle emozioni negative, del coping e delle credenze dei pazienti viene

		comportamenti dei fisioterapisti nel Regno Unito nella gestione dei pazienti con LBP.	trattamento del LBP			metodologia comparativa costante.	<p>considerata all'unanimità come parte fondamentale della riabilitazione. <b>La negoziazione delle aspettative o delle credenze e l'uso di comunicazione placebo</b> sembrano essere le due armi ritenute più importanti</p> <p>2 I fisioterapisti ritengono sia fondamentale porre dei netti <b>confini al proprio ruolo</b>: il referral a professionisti più competenti nella gestione dei fattori PS è fondamentale nel momento in cui si parla di problemi di vita personale.</p> <p>3 Emerge un senso di <b>riluttanza nell'impegnarsi in conversazioni sui fatti di vita personale</b> dei pazienti in assenza delle competenze necessarie con cui offrire una consulenza adeguata.</p>
8	Margaret Potter et al, 2003 - qualitative study (52)	Identificare una tipologia di "paziente difficile" negli studi privati di fisioterapia e determinare le strategie che i fisioterapisti usano, e vorrebbero migliorare, quando hanno a che fare con tali pazienti.	17 fisioterapisti inglesi con esperienza nel trattamento del LBP	LBP cronico aspecifico	È stata utilizzata la tecnica del gruppo nominale, un processo di incontro altamente strutturato che dura fino a due ore e prevede cinque fasi: introduzione e spiegazione, generazione silenziosa di idee,	Un'analisi induttiva tematica è stata effettuata dopo la riunione di gruppo per identificare i punti chiave condivisi dal gruppo.	<p><b>1 i fisioterapisti meno esperti</b> nella gestione dei "pazienti difficili" <b>sono più focalizzati sui problemi</b> piuttosto che sul paziente, si sentono più a disagio con l'incertezza diagnostica e hanno meno fiducia nella propria abilità di predire gli esiti dei pazienti.</p> <p><b>2 i fisioterapisti più esperti erano più confidenti nella</b></p>

					condivisione di idee, discussioni di gruppo, votazioni e classifica delle idee		<p><b>categorizzazione</b> dei pazienti con diagnosi di problemi psicologici.</p> <p>3 la gestione del "paziente difficile" richiede: <b>capacità di comunicazione, ascolto attivo, referral o coinvolgimento di altri specialisti</b> nella gestione del paziente.</p>
9	Charlotte van den Heuvel et al, 2021 - exploratory qualitative study (53)	Quali sono le esperienze dei fisioterapisti per quanto riguarda il supporto all'autogestione persone con LBP non specifico?	14 fisioterapisti registrati nei Paesi Bassi che avevano tra i 18 anni e 65 anni e che avevano curato persone con LBP non specifico in gli ultimi sei mesi	LBP cronico aspecifico	Interviste qualitative semistrutturate	Analisi tematica induttiva	<p>1 l'<b>autogestione</b> è un fattore fondamentale nella guarigione e può essere raggiunta attraverso il colloquio motivazionale, l'esercizio e consigli volti alla modifica dei comportamenti del paziente</p> <p>2 I fisioterapisti non integrano l'autogestione e la gestione dei fattori PS nella pratica clinica per una serie di <b>barriere</b>: credenze dei pazienti (che si aspettano trattamenti hands on), mancanza di training e di tempo. Sebbene lo studio indichi come i neolaureati abbiano maggiore familiarità con l'integrazione di tecniche di behavioural medicine nel loro trattamento, viene comunque riscontrata la necessità di coprire maggiormente nei programmi di fisioterapia la gestione dei fattori PS.</p> <p>4 i fisioterapisti affermano di necessitare di <b>più conoscenze</b></p>

							(corsi), di maggiori opportunità di scambio di esperienze (gruppo di revisione tra pari) e strumenti per i pazienti (app) nel migliorare la propria gestione dei fattori PS.
10	Jaume Morera-Balaguer et al, 2018 - qualitative study (54)	Esplorare le percezioni e le esperienze dei fisioterapisti riguardo alle barriere ed ai facilitatori di relazioni terapeutiche centrate sul paziente in ambito riabilitativo ambulatoriale	21 fisioterapisti spagnoli reclutati in ambito riabilitativo ambulatoriale	dolore MSK cronico persistente	Focus group che utilizzano una guida tematica con domande predeterminate audioregistrati e videoregistrati	Analisi tematiche utilizzando un approccio grounded theory	<p>1 Le <b>BARRIERE</b> nella relazione terapeutica con il paziente sono legate a fattori intrinseci al fisioterapista (età, training in skills psicologiche e comunicative, capacità interpersonali), al paziente (credenze, self efficacy, pregiudizi nei confronti della fisioterapia, supporto familiare e credenze dei familiari) e al sistema organizzativo (mancanza di spazi e di privacy, mancanza di coordinamento di un team multidisciplinare, mancanza di continuità dei trattamenti).</p> <p>2 I <b>FACILITATORI</b> possono anch'essi riguardare il fisioterapista, il paziente, o il sistema organizzativo stesso.</p>
11	Ian Cowell et al, 2019 - qualitative observational study (55)	Analizzare in che modo i fisioterapisti sollecitano ed esplorano le preoccupazioni dei pazienti nelle consultazioni sul mal di schiena	10 fisioterapisti ambulatoriali inglesi (banda 5-6-7)	LBP cronico aspecifico	Videoregistrazioni di sedute fisioterapiche	Analisi della conversazione, un metodo di osservazione qualitativa.	<p>1 La <b>comunicazione terapeuta-paziente è spesso dominata dal fisioterapista</b>, che non lascia spazio all'espressione dei propri sentimenti da parte del paziente: lo specialista spesso enfatizza maggiormente i segni ed i sintomi clinici dei propri pazienti, ricercando più</p>

							<p>risposte e ponendo più domande a riguardo, piuttosto che porre domande relative al disagio emotivo e alle preoccupazioni del paziente riguardo la propria condizione.</p> <p>2</p> <p>Sebbene le linee guida promuovano l'utilizzo di modelli di comunicazione patient centered, questo ideale di best practice non è attualmente utilizzato nella pratica clinica fisioterapica</p> <p><b>3 L'orientamento posturale del fisioterapista, la prossemica di utilizzo degli spazi, la comunicazione non verbale e la direzione dello sguardo mostrano impegno ed interesse per il paziente e mantengono forte l'alleanza terapeutica</b></p>
12	Giacomo Zangoni et al, 2016 - qualitative research design (56)	Esplorare le convinzioni personali e le conoscenze dei fisioterapisti sul modello biopsicosociale ed i diversi modi in cui valutano e gestiscono i fattori psicosociali nella pratica	8 fisioterapisti attivi in Italia, laureati in fisioterapia e che lavoravano almeno due volte alla settimana all'interno di una clinica di fisioterapia privata con esperienza nella valutazione e nella gestione di	LBP cronico aspecifico	Interviste qualitative semistrutturate	Analisi tematiche utilizzando un approccio grounded theory	<p>1 Tutto i partecipanti hanno attribuito <b>grande importanza ai fattori PS</b> ed hanno riconosciuto la necessità di relazionarsi con questi aspetti quando si tratta di pazienti che presentano CLBP.</p> <p>2 Tutti i fisioterapisti riconoscono l'importanza di fattori sociali (famiglia, lavoro,</p>

		<p>clinica con pazienti che presentano CLBP.</p>	<p>pazienti con malattie croniche dolore muscoloscheletrico</p>				<p>relazioni sociali), dello stress e degli atteggiamenti negativi, ma <b>pochissimi hanno parlato di fattori psicologici quali la depressione o l'ansia</b></p> <p>3 La maggior parte dei partecipanti ha dimostrato un <b>approccio informale e non strutturato alla valutazione PS</b> Valutazione, con uso di domande generali e senza un ordine specifico. Questo suggerisce una mancanza di standardizzazione in quest'area</p>
13	<p>Karime Mescouto et al, 2022 - qualitative Study (57)</p>	<p>Studiare quali resistenze e barriere istituzionali influenzano l'utilizzo del modello biomedico rispetto a quello biopsicosociale</p>	<p>10 fisioterapeuti australiani di una clinica privata con esperienza nel trattamento del LBP.</p>	<p>LBP cronico aspecifico</p>	<p>28 osservazioni etnografiche e di sette discussioni di gruppo con fisioterapisti.</p>	<p>Analisi teorica "Faucouldiana"</p>	<p>1 La formazione universitaria del fisioterapista stabilisce che il professionista "dovrebbe" concentrarsi sui fattori PS mentre <b>le circostanze istituzionali continuano ad ancorare il professionista al modello biomedico</b> (sedute di 30 minuti, pazienti visti come "consumatori": se il paziente è alla ricerca di risposte biomeccaniche, il fisioterapista tende a cercare di soddisfare tali richieste) Il fisioterapista vive una lotta tra resistenza e messa in atto del modello biomedico.</p> <p>2 l'uso del <b>silenzio, del tocco terapeutico, un ritmo più lento</b> ed una <b>maggiore flessibilità di orario</b> all'interno delle consultazioni sono azioni che i fisioterapisti possono mettere</p>

							in atto per “resistere” al modello biomedico.
14	M.J. Verwoerd et al, 2021 - qualitative study (58)	Esplorare la conoscenza, l'atteggiamento e la pratica dei fisioterapisti nella valutazione e nella gestione dei pazienti con NP con particolare attenzione ai fattori psicosociali prognostici.	13 fisioterapisti (Paesi Bassi), con età mediana 39 (range 25-65, laureati in fisioterapia con diversi corsi post-laurea specializzati in terapia manuale (46%), salute mentale (39%) o scienze del movimento umano (8%) con un master	NP cronico aspecifico	Interviste qualitative semistrutturate	Analisi tematica induttiva e comparativa	<p>1 I fisioterapisti sono <b>consapevoli dell'influenza dei fattori PS</b> e della loro importanza nel percorso di diagnosi, valutazione e cura del paziente con NP, in particolare di fear avoidance e stress</p> <p>2 Alcuni fisioterapisti hanno sostenuto che le loro conoscenze sui fattori PS le loro abilità nel valutarli e/o nel trattarli sono solo di base, e <b>si considerano inadeguati ad affrontare con i fattori psicosociali considerati “più complessi”</b> (ad es. depressione, ansia e catastrofismo). Vi è concordanza nel pensare che maggiori anni di esperienza clinica siano correlati ad un miglioramento delle proprie skills comunicative.</p> <p>3 I fisioterapisti affermano che <b>pazienti diventano più interessati ad un approccio biopsicosociale</b> più ampio quando si trovano <b>in una fase di cronicizzazione</b>. In una fase acuta o subacuta di NP, i pazienti sono principalmente alla ricerca di una soluzione rapida.</p> <p>4 I fisioterapisti affermano di essersi <b>formati attraverso la propria esperienza</b></p>

							<p><b>professionale in modo intuitivo, più che grazie ai corsi:</b> le conoscenze e le abilità per sentirsi più sicuri nel lavorare attraverso un approccio psicosociale viene dalla sperimentazione pratica. Inoltre, l'<b>autoanalisi</b> da parte del fisioterapista sembra essere una soft skill chiave nel miglioramento delle proprie capacità di gestione psicosociale</p> <p>5 vi è la <b>tendenza a preferire approcci basati sull'esperienza</b> rispetto a valutazioni strutturate dei fattori psicosociali: utilizzo minimo di questionari e di linee guida</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

### 3.2 Valutazione della qualità degli articoli

La valutazione della qualità metodologica è stata effettuata in maniera indipendente mediante l'uso della checklist CASP – Critical Appraisal Skill Programme (Tab. 4) – strumento di valutazione critica e analitica della qualità degli studi qualitativi primari.

Dei 14 studi selezionati, solo 3 rispondono a criteri di elevata qualità metodologica, andando a descrivere in modo chiaro ed esplicito lo scopo di ricerca, garantendo un campionamento sufficiente, utilizzando le corrette metodologie di ricerca ed adeguati sistemi di raccolta ed analisi dei dati, nonché il giusto livello di trasparenza dei ricercatori.

**Tab 4. CASP: Critical appraisal of the methodological quality of included studies.**

Articolo	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Qualità metodologica complessiva
Monica Unsgaard Tøndel et al	Y	Y	Y	U	Y	Y	Y	Y	Y	high	
Johanna Fritz et al	Y	Y	U	U	Y	U	U	Y	Y	moderate	
Isabella Man et al	Y	Y	Y	U	U	U	U	U	U	low	
Andressa Alves França et al	Y	Y	U	U	Y	U	Y	U	Y	moderate	
Ian Cowell et al	Y	Y	Y	U	Y	Y	Y	Y	Y	high	
Mukul Singla et al	Y	Y	Y	U	Y	U	Y	Y	Y	moderate	

Tom Sanders et al	Y	Y	Y	U	Y	Y	U	Y	Y	moderate	
Margaret Potter et al	Y	Y	Y	U	U	Y	U	U	U	low	
Charlotte van den Heuvel et al	Y	Y	U	Y	Y	Y	U	Y	Y	moderate	
Jaume Morera-Balaguer et al	Y	Y	U	U	Y	U	U	Y	Y	moderate	
Ian Cowell et al	Y	Y	Y	U	U	U	U	Y	Y	moderate	
Giacomo Zangoni et al	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	high	
Karime Mescouto et al	Y	Y	U	U	Y	Y	U	U	Y	moderate	
M.J. Verwoerd et al	Y	Y	Y	U	U	Y	U	Y	Y	high	

Q, question; Y, yes; N, no; U, unclear; Mod, moderate.

Q1: una dichiarazione esplicita dello scopo di ricerca

Q2: l'uso di metodologia di ricerca qualitativa appropriata

- Q3: la presenza di un disegno di studio adeguato  
 Q4: un campionamento adeguato allo scopo della ricerca  
 Q5: un'adeguata raccolta dati  
 Q6: la trasparenza dei ricercatori  
 Q7: la presa in considerazione di eventuali problemi etici  
 Q8: un'adeguata analisi dei dati raccolti  
 Q9: una descrizione chiara dei risultati della ricerca  
 Q10: il valore della ricerca, in termini di contributo alla conoscenza e alla letteratura scientifica  
 Overall Quality: A global rating given by the research team. The study will be rated as of low, moderate, or high quality, based on a detailed assessment of Q4, Q5, Q7, and Q8.

### 3.3 Sintesi tematica dei risultati

I temi ed i concetti emersi da ogni singolo studio sono stati analizzati, confrontati e raggruppati per somiglianza tematica, al fine di categorizzarli in tematiche comuni e trasversali che rispondessero al quesito di ricerca nonché per fornire una visione completa delle percezioni, delle attitudini e delle competenze dei fisioterapisti nella gestione dei fattori psicosociali.

Di seguito, si riportano le principali caratteristiche degli studi inclusi in termini di patologia muscoloscheletrica analizzata, metodo di raccolta dei dati e metodo di analisi dei dati. (Tab 5)

**Tab 5. Caratteristiche degli studi**

	Patologia muscoloscheletrica			Metodo di raccolta dei dati				Metodo di analisi dei dati			
	LBP	NP	Dolore cronico muscolo-scheletrico (non meglio specificato)	Interviste qualitative semistrutturate	Focus Group	Osservazioni/ Videoregistrazioni /Audioregistrazioni	Questionario	Analisi tematica/ induttiva	Osservazione qualitativa	Analisi teorica Foucauld	Coefficiente di Pearson
<b>A r t i c o l o #</b>	1, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13	14	2, 3, 6, 10	2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 14	1, 8, 10	2, 11, 13	3	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 14	11	13	3

In particolare, i temi pregnanti sono stati riassunti in tre macrotematiche: 1) *l'ambivalenza* nei confronti del modello biopsicosociale e del ruolo del fisioterapista nella gestione dei fattori PS 2) *le barriere* all'integrazione nella pratica clinica del modello psicosociale e 3) *il bisogno di ulteriore formazione* specialistica e di strumenti a supporto della valutazione e della gestione pratica dei fattori PS.

### *Ambivalenza nei confronti del modello biopsicosociale e del ruolo del fisioterapista nella gestione dei fattori PS*

Nonostante i fisioterapisti intervistati siano portati a riconoscere la cruciale importanza della gestione dei fattori PS nella risoluzione di problematiche di dolore cronico muscoloscheletrico, sembra sussistere ancora un rapporto di ambivalenza tra i fisioterapisti stessi ed il modello biopsicosociale. (45) (46) (51) (53) (54) (56)

I fisioterapisti riconoscono infatti come l'alleanza terapeutica sia la chiave per il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi nel dolore cronico MSK e come questa debba essere perseguita tramite empatia, fiducia, rassicurazione terapeutica e comunicazione efficace (45) (45) (50) (51) (55) (56). Tuttavia, la pratica clinica sembra discostarsi ancora significativamente da tali standard ideali (45): i fisioterapisti si descrivono ad oggi ancora a disagio, imbarazzati, riluttanti ed insicuri nel chiedere ai pazienti informazioni personali, temendo in tal modo di mettere a repentaglio quella stessa alleanza terapeutica di cui loro stessi si proclamano fautori.

Dagli studi analizzati in questa revisione, appare chiaro come i fisioterapisti amino ancora essere generalmente visti come esperti che "riparano" i corpi dei pazienti con esercizi e tecniche manuali, e come tale atteggiamento influenzi le credenze e le aspettative dei pazienti, che tendono a loro volta ad ancorarsi ancora ad un modello biomedico/biomeccanico. (45) (46) (47) (49) (52)

L'ambivalenza verso il modello biopsicosociale non viene perpetuata soltanto da fisioterapisti e pazienti, ma anche da istituzioni e sistemi organizzativi di lavoro: la mancanza di tempo e di flessibilità nella durata delle sedute, la mancanza di privacy o di spazi adeguati a garantire la giusta riservatezza, l'assenza di continuità delle cure e di equipe multidisciplinari rende difficile mettere il paziente al centro e dare il giusto peso ad una gestione ampia e biopsicosociale di ogni assistito. (52) (54)

La formazione universitaria del fisioterapista stabilisce che il professionista "dovrebbe" concentrarsi sui fattori PS, mentre le circostanze istituzionali continuano ad ancorare il professionista al modello biomedico: la durata media delle sedute di circa 30 minuti, il peso della burocrazia, i pazienti visti come "consumatori" a cui "vendere" ciò richiedono (se il paziente è alla ricerca di risposte biomeccaniche per dare un senso al proprio dolore, il fisioterapista tende a cercare di soddisfare tali richieste). (48) (53) (57)

Il fisioterapista vive quindi ancora oggi una lotta tra *resistenza* al modello biomedico e *ancoraggio* allo stesso.

Senza alcuna eccezione, tutti gli studi inclusi in questa revisione evidenziano come i fisioterapisti sostengano (almeno teoricamente) il modello biospiciosociale e siano consapevoli dell'impatto dei fattori psicosociali nella gestione del dolore dei propri pazienti

Come riportato da Monica Unsgaard Tøndel, (45) i fisioterapisti stessi ammettono che la presa in carico psicosociale sia emotivamente spesso frustrante e "troppo pesante": la riluttanza e l'imbarazzo nell'indagare i fattori psicosociali sembrerebbe essere quindi legata ad una mancanza di chiarezza di ruolo.

*"Conosco colleghi che sono esausti perché diventano psicologi e pedagoghi: tutto parte da un semplice mal di schiena, e poi emergono tutti questi altri fattori. Ascoltare un paziente dopo l'altro diventa gravoso. Puoi stancarti tremendamente alla fine della giornata. Non potrei mai essere psicologo."*. (45)

Per evitare il burnout lavorativo, quindi, i fisioterapisti affermano sia imprescindibile praticare "l'arte dell'equilibrio" tra modello biomedico e modello biopsicosociale, ammettendo di "ricadere" nel modello biomedico per convenienza ed insicurezza. (45)

Infine, un ultimo aspetto rilevante riportato da Johanna Fritz (46), è la mancanza di consapevolezza da parte dei fisioterapisti delle loro strategie comunicative prima di essere videoregistrati: solo dopo essersi rivisti, infatti, molti terapisti si sono resi conto del proprio ancoraggio al modello biomedico, manifestatosi nel modo di comunicare con il paziente nonché nel modo di informarlo sulla propria condizione muscoloscheletrica focalizzandosi prettamente su strutture biologiche e su disfunzioni patomeccaniche.

Sebbene infatti le linee guida promuovano l'utilizzo di modelli di comunicazione patient-centered, questo ideale di best practice non è attualmente utilizzato nella pratica clinica fisioterapica, dove la comunicazione

terapista-paziente è spesso dominata dal fisioterapista, che non lascia spazio all'espressione dei propri sentimenti da parte del paziente: lo specialista spesso enfatizza maggiormente i segni fisici ed i sintomi clinici dei propri pazienti, ricercando più risposte e ponendo più domande a tal riguardo, piuttosto che proporre domande relative al disagio emotivo e alle preoccupazioni del paziente rispetto alla propria condizione. (55)

Un limite del self-reporting (interviste, questionari autosomministrati) potrebbe quindi essere quello della sottostima del proprio ancoraggio ai modelli biomedici e biomeccanici.

### *Le barriere all'integrazione nella pratica clinica del modello psicosociale*

Numerose sembrano ancora essere le barriere all'attuazione pratica del modello biopsicosociale. Le principali barriere evidenziate dagli studi analizzati possono essere riassunte come segue.

#### *Manca di tempo*

L'ascolto attivo e personale richiede tempo, è "time consuming" (45) (46) (48) (54) (56) (57) (58): i fisioterapisti faticano a capire a quali domande dare priorità nello svolgimento dell'anamnesi, e temono che le domande riguardanti i fattori psicosociali aprano discussioni personali con conseguente "perdita di tempo prezioso".

Inoltre, anche l'approccio BM (Behavioral Medicine) viene definito come "time consuming" (46) (49): promuovere il coinvolgimento attivo e motivare il paziente al cambiamento delle proprie abitudini comportamentali richiede più tempo rispetto ad altri interventi, e secondo alcuni fisioterapisti spesso risulta essere controproducente perché in contrasto rispetto alle aspettative del paziente, interessato maggiormente alla risoluzione del sintomo.

Circostanze istituzionali, quali i limiti di tempo serrati per la durata delle singole sedute (30 minuti c.ca), costituiscono un'ulteriore barriera all'applicazione clinica dell'approccio biopsicosociale, che richiede flessibilità e personalizzazione degli interventi.

*“Hai la tua mezz’ora e sei così concentrato sul ragionamento clinico che non hai tempo per i fattori psicosociali”*  
(57)

*“Un cambiamento importante è che dobbiamo guadagnare tempo per calendarizzare valutazioni e ragionamenti clinici. Oggi, il ritmo di lavoro è troppo alto per raggiungere questo obiettivo in modo costruttivo”.*  
(46)

*Preferenze e credenze dei pazienti:*

Le barriere che impediscono una corretta gestione dei fattori psicosociali nella pratica clinica non dipendono soltanto da fattori intrinseci legati al fisioterapista (come età, pregressi training in skills psicologiche e comunicative, personali capacità relazionali, esperienza clinica), ma anche da fattori legati a credenze e preferenze del paziente stesso. (51) (53) (55)

Diversi studi mettono infatti in luce come spesso i pazienti siano legati ad un retaggio biomedico che li porta a ricercare esclusivamente la risoluzione della sintomatologia dolorosa (il cosiddetto quick fix): questo pone il fisioterapista nella scomoda posizione di dover rispondere alle aspettative del paziente attraverso l’uso di una comunicazione focalizzata sui danni fisici e biomeccanici e a preferire trattamenti hands on, autoalimentando la predominanza del modello biomeccanico. (45) (46)

*‘Se parli con loro per tutta la sessione... ma non stai facendo nulla passivamente o manualmente, pensano quasi di non aver ricevuto alcun trattamento”* (49)

*“L’opinione del paziente è che se sei un fisioterapista devi fare una sorta di massaggio e aggiustare la loro schiena...a volte i pazienti pensano che parlare sia una perdita di tempo.”* (58)

A tal riguardo, uno studio fa emergere come i fisioterapisti affermino che i pazienti affetti da NP diventano più interessati ad un approccio biopsicosociale e disposti a modificare le proprie abitudini comportamentali quando si trovano in una fase di cronicizzazione: in una fase acuta o subacuta di NP, invece, i pazienti sono principalmente alla ricerca di una soluzione rapida. (58)

### *Esperienza clinica:*

Alcune caratteristiche legate prettamente al fisioterapista possono influenzare la gestione dei fattori PS nella pratica clinica: secondo più di uno studio analizzato, l'età e l'esperienza clinica del fisioterapista possono modificare il proprio approccio alla gestione del paziente. (47) (52) (58)

Nonostante i neolaureati mostrino maggiore padronanza e familiarità nell'affrontare argomenti riguardanti i fattori PS (anche per le modifiche avvenute in ambito curricolare e formativo e l'offerta di un numero maggiore di training e corsi sul tema), sembra che i fisioterapisti pensino che sia l'esperienza, in ultima analisi, a formare e a migliorare le skills gestionali e comunicative.

*"...Vedo che i pazienti, quando vanno in ospedale e viene loro assegnata la fisioterapista "giovane" o "nuova", o la "Barbie" poi, ovviamente, chiedono successivamente il tuo parere, visto che sei quello più anziano" (54).*

### *Barriere istituzionali:*

Il sistema organizzativo degli ambienti di lavoro in cui operano i fisioterapisti gioca un ruolo fondamentale nella facilitazione dell'applicazione del modello biopsicosociale: la mancanza di spazi e di privacy, l'assenza di coordinamento di un team multidisciplinare e l'incapacità di garantire la continuità dei trattamenti gravano fortemente sulle scelte terapeutiche dei fisioterapisti. (54) (57)

*"Molte volte non abbiamo lo spazio appropriato, perché abbiamo una mancanza di intimità...ci sono molti pazienti in giro, e a volte non puoi dire alcune cose". (57)*

*"E' veramente frustrante la situazione in cui stai comunicando qualcosa al tuo paziente, e scopri che il medico gli ha appena detto l'opposto". (57)*

I fisioterapisti affermano infatti che per stabilire un rapporto stretto basato sulla fiducia, è importante avere a disposizione uno spazio personale, in cui il paziente possa sentirsi accolto ed ascoltato. L'anamnesi richiede inoltre flessibilità nella gestione dei tempi: il paziente deve potersi esprimere senza pressioni di tempo.

Fondamentale inoltre è garantire la continuità delle cure ed una gestione integrata e multidisciplinare del paziente, dove la presa in carico sia condivisa con altri professionisti, in un'adozione comune del modello biopsicosociale; infine, il carico di lavoro (numero di pazienti per terapeuta) deve essere adeguato e non sovraccaricante.

### *Sistemi di valutazione standardizzati dei fattori PS e il bisogno di ulteriore formazione*

I fisioterapisti mostrano di preferire “esplorazioni informali ed intuitive” dei fattori PS: sembrano infatti affidarsi maggiormente alle proprie impressioni (formatesi durante la raccolta anamnestica del paziente o durante l'osservazione dei comportamenti del paziente nell'arco della seduta), senza ricorrere a domande o questionari standardizzati. (50) (52) (54) (57) (58)

*“Solo guardando i pazienti e la postura del loro corpo può essere una parte importante, a volte basta solo il contatto visivo”. (58)*

Sembra inoltre ad oggi ancora scarsa l'aderenza dei fisioterapisti alle linee guida in ambito psicosociale, in quanto i fisioterapisti tendono a valutare la propria esperienza clinica come superiore all'evidenza delle linee guida, adottando posizioni acritiche.

Emerge infatti da diversi studi la tendenza a preferire approcci basati sull'esperienza rispetto a valutazioni strutturate e standardizzate: i fisioterapisti affermano di essersi formati attraverso la propria esperienza professionale in modo intuitivo, più che grazie ai corsi.

Viene affermato in più di uno studio che le conoscenze e le abilità per sentirsi più sicuri nel lavorare attraverso un approccio psicosociale vengono dalla sperimentazione pratica. (58)

Vi è concordanza nel pensare che maggiori anni di esperienza clinica siano correlati ad un miglioramento delle proprie skills comunicative e gestionali del paziente. (57) (58)

Uno studio mette in luce come i fisioterapisti meno esperti nella gestione dei "pazienti difficili" tendano a focalizzarsi di più sui problemi piuttosto che sul paziente nella sua totalità, e che si sentano più a disagio di fronte all'incertezza diagnostica e meno fiduciosi nelle proprie abilità di predire gli esiti riabilitativi. (52)

La propria capacità di gestione dei fattori psicosociali non migliora però, secondo i fisioterapisti intervistati, solo attraverso l'esperienza clinica e gli anni di lavoro: viene infatti manifestato quasi unanimemente la necessità di ricevere maggiore formazione, attraverso percorsi adeguati e trasferibili alla pratica clinica che prevedano tutoraggi e momenti di confronto tra pari.

I fisioterapisti più esperti (in termini di maggior numero di anni di attività) erano infatti più confidenti nella categorizzazione dei pazienti con diagnosi di problemi psicologici e nella gestione delle yellow flags. (52)

Alcuni fisioterapisti hanno sostenuto che le loro conoscenze sui fattori PS e le loro abilità nel valutarli e/o nel trattarli sono solo di base, e che per far fronte alle problematiche psicologiche "più complesse" (come ansia, depressione, disturbi post-traumatici da stress) ci sia bisogno di maggiore supporto formativo. (56) (57)

*"Probabilmente se avessimo accesso ad un po' di formazione sulla valutazione (dei fattori psicosociali) potremmo essere più fiduciosi nel parlare con il paziente, spiegando loro le cose in modo migliore. Questa è la cosa più importante per me in questa fase. (...)" (50)*

Gli studi riportati, senza eccezione alcuna, dimostrano come una delle barriere più importanti alla corretta gestione psicosociale del paziente consiste nell'incapacità di trasferire le conoscenze universitarie al contesto clinico: la mancanza di formazione pratica dei fisioterapisti nella gestione psicologica, cognitiva ed emotiva del paziente comporta ambiguità ed insicurezza di ruolo.

*"E' molto complicato parlare dei fattori emotivi che potrebbero influenzare il dolore, soprattutto se non si è ricevuto un training adeguato. Nonostante siamo in grado di "tirare fuori" tali emozioni, non abbiamo poi gli strumenti e le conoscenze per far fronte all'emozione che il paziente sta vivendo". (50)*

*“Prestiamo molta attenzione agli aspetti meccanici, alla parte muscolare, e alla coordinazione corporea... e a volte, dimentichiamo completamente di fare questa valutazione biopsicosociale del paziente. [...] Questo è un deficit che viene dalla formazione universitaria e che dovrebbe essere considerato”. (48)*

## 4. Discussione

I risultati dimostrano la complessità dell'integrazione dell'approccio biopsicosociale nella pratica clinica fisioterapica. Tale complessità è legata a molteplici determinanti, non correlabili esclusivamente al fisioterapista, ma anche a fattori contestuali quali le credenze dei pazienti e l'ambiente lavorativo ed organizzativo.

Gli studi analizzati sono consistenti con quelli di precedenti revisioni sistematiche (40) (41) (42) (43) (44): hanno infatti confermato come i fisioterapisti, sebbene sostengano teoricamente un approccio di gestione biopsicosociale al dolore muscoloscheletrico, e siano consapevoli dell'impatto dei fattori psicosociali nella gestione del dolore dei propri pazienti, non siano poi in grado di tradurre tali approcci teorici nella propria pratica clinica.

In tutti gli studi analizzati, infatti, è emerso un trasversale aumento di consapevolezza da parte dei fisioterapisti riguardo l'importanza del modello BPS, ma le difficoltà riscontrate nella sua applicazione pratica sembrano ancora oggi costituire una barriera alla reale rivoluzione psicosociale di gestione del paziente con dolore muscoloscheletrico.

Nonostante infatti i fisioterapisti si autodichiarino a favore del modello biopsicosociale, la realtà clinica sembra essere profondamente diversa: permane infatti una predominanza del modello biomedico, sia nel modo in cui il fisioterapista gestisce la comunicazione e la relazione terapeutica, sia nel modo in cui i pazienti ancora percepiscono il ruolo del fisioterapista, sia nelle modalità in cui viene gestito il sistema organizzativo lavorativo (spazi, rispetto delle tempistiche e della privacy, peso burocratico, continuità dei trattamenti e coordinamento attivo di team multidisciplinari).

Per sintetizzare, come riportato da Synnott et al (40), i professionisti possono aver raggiunto negli ultimi anni maggiori livelli di consapevolezza dei fattori PS, ma questa consapevolezza non ha portato ad un cambiamento nel modo in cui i fisioterapisti gestiscono i pazienti clinicamente.

Il colloquio motivazionale è sempre più utilizzato in ambito fisioterapico per incoraggiare e motivare il cambiamento comportamentale; i fisioterapisti inoltre concordano sull'importanza dell'autogestione e del rinforzo positivo del paziente per consolidare l'alleanza terapeutica, promuovendo coinvolgimento ed adesione alla terapia. Anche il Common Sense Model, che indaga il modo in cui i pazienti auto-percepiscono il proprio stato di malattia, cosa che influenza drasticamente le strategie di coping e gli outcome sperati, fa parte del bagaglio culturale del fisioterapista che valuta e tratta i fattori psicosociali.

Sono ancora molte però le resistenze che si incontrano nella pratica clinica quando si parla di fattori psicosociali, e le implicazioni dei risultati di questa revisione non sono senza conseguenze. Se, infatti, i fisioterapisti percepiscono il loro ruolo come ambiguo nei confronti della gestione PS del paziente, non avverrà mai una vera implementazione del modello biopsicosociale nella pratica clinica.

L'analisi tematica che è stata svolta ha messo in evidenza come le barriere all'implementazione pratica del modello biopsicosociale sperimentate siano comuni a fisioterapisti di diversa estrazione, con diversa esperienza clinica e provenienti da diverse nazioni e setting riabilitativi.

Tali barriere riguardano la mancanza di tempo, l'ambiguità percepita nei confronti del proprio ruolo, la percezione di disagio ed imbarazzo derivanti da tale incertezza, la mancanza di training e di formazione specifica, la presenza di sistemi organizzativi che non supportano una gestione flessibile del paziente, la mancanza di spazi e di privacy e l'assenza di coordinamento di gruppi multidisciplinari per la gestione condivisa dei pazienti.

Ambivalenza di ruolo, preferenze e credenze dei pazienti e pressioni lavorative sono altre criticità che, insieme alle altre barriere personali, culturali ed organizzative continuano ad ancorare la pratica fisioterapica al modello biomedico.

## Limiti ed implicazioni per la pratica clinica

Le dimensioni relativamente piccole dei campioni presi in esame nei singoli studi rendono difficili la generalizzazione dei risultati e la rappresentazione di tutte le pratiche gestionali e comunicative realmente esistenti.

Si riconosce inoltre come l'uso di video ed audioregistrazioni possa avere un'influenza sullo stile comportamentale del fisioterapista, e che la presenza del ricercatore possa condizionare le interazioni osservate.

Infine, l'uso di interviste semistrutturate come metodo di raccolta dei dati è ad alto rischio di self-reported bias: le autopercezioni possono infatti essere distorte e spesso non corrispondenti alla realtà, con sovrastima o sottostima di determinati pattern comportamentali di cui gli stessi fisioterapisti dichiarano di essere spesso non consapevoli.

Sebbene quindi le piccole dimensioni del campione in questi studi limitino la loro generalizzabilità, essi dimostrano tuttavia risultati coerenti e sollevano domande in merito alle criticità dell'applicazione efficace dell'approccio biopsicosociale.

I risultati di questo studio possono essere utilizzati dagli stakeholders medici e riabilitativi per disporre interventi futuri di rinnovamento dei sistemi organizzativi di lavoro, nonché volti all'implemento di nuovi percorsi di formazione specifici con il fine di rinforzare le capacità comunicative e relazionali dei terapisti.

## 5. Conclusioni

I risultati degli studi analizzati in questo lavoro di revisione indicano che sebbene i fisioterapisti abbiano mostrato uno shift significativo ed incoraggiante verso approcci più biopsicosociali e centrati sulla persona, esistono ancora importanti barriere che impediscono agli stessi di sentirsi sicuri e confidenti nella valutazione e nella gestione pratica dei fattori PS.

La call to action che ne deriva è l'esigenza di pianificare futuri interventi di formazione adeguata e di tutoraggi

individualizzati che permettano di tradurre nella pratica clinica le proprie conoscenze teoriche, stimolando una ridefinizione più consapevole del ruolo del fisioterapista in tale area di intervento.

Più conoscenze e training specifici, maggiori opportunità di scambio di esperienze tra professionisti e maggiore offerta di strumenti (come app o questionari standardizzati) per i pazienti: queste sono le nuove sfide che dovranno essere affrontate per rendere possibile l'integrazione nella pratica clinica del modello biopsicosociale.

Infine, questa revisione mette in luce come sia auspicabile un cambio di passo anche a livello di sistemi organizzativi: deve infatti essere prevista in futuro una maggiore flessibilità nei luoghi di lavoro nella gestione del tempo, nonché una migliore comunicazione interdisciplinare, ottenendo quindi un maggiore supporto organizzativo atto a rendere possibile un reale miglioramento delle competenze fisioterapiche nella gestione dei fattori PS.

## 6. Bibliografia

1. **Moseley GL.** A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. *Manual Therapy* 2003; 8(3):130-40
2. **Cohen M, Quintner J, van Rysewyk S.** Reconsidering the International Association for the Study of Pain definition of pain. *PAIN Reports* 2018; 3(2): e634.

3. **Clauw DJ, Essex MN, Pitman V, Jones KD.** Reframing chronic pain as a disease, not a symptom: rationale and implications for pain management. 2019, 131(3):185-98
4. **Smith BH, Fors EA, Korwisi B, Barke A, Cameron P, Colvin L, Richardson C, Rief W, Treede RD.** The IASP classification of chronic pain for ICD-11. 2019; 160(1):83-7
5. **Vlaeyen JW, Linton SJ.** Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. Pain 2000; 85(3):317-32.
6. **Rivat C, Becker C, Blugeot A, Zeau B, Mauborgne A, Pohl M, Benoliel JJ.** Chronic stress induces transient spinal neuroinflammation, triggering sensory hypersensitivity and long-lasting anxiety-induced hyperalgesia. Pain 2010; 150(2):358-68.
7. **Turk DC, Okifuji A.** Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2002; 70(3):678-90
8. **Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Lawler BK.** Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. Pain 1994; 57(3):301-9.
9. **Jensen MP, Turner JA, Romano JM, Karoly P.** Coping with chronic pain: a critical review of the literature. Pain 2022; 47(3):249-83.
10. **Arntz A, Dreessen L, De Jong P.** The influence of anxiety on pain: attentional and attributional mediators. Pain 1994 ;56(3):307-14.
11. **Lewis GN, Rice DA, McNair PJ.** Conditioned Pain Modulation in Populations With Chronic Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. The Journal of Pain 2012; 13(10):936-44.
12. **Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, Lefebvre JC.** Theoretical Perspectives on the Relation Between Catastrophizing and Pain. The Clinical Journal of Pain. Marzo 2001; 17(1):52-64.
13. **Linton, S.J.,** A review of psychological risk factors in back and neck pain. Spine 2000. 25(9): p. 1148-56.

14. **Mills, S. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H.** Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 2019; 123(2), e273–e283.
15. **Enright, A., & Goucke, R.** The Global Burden of Pain. *Anesthesia & Analgesia*, 2016; 123(3), 529–530.
16. **Hanley, O., Miner, J., Rockswold, E., & Biros, M.** The relationship between chronic illness, chronic pain, and socioeconomic factors in the ED. *The American Journal of Emergency Medicine*, 2011; 29(3), 286–292.
17. **Barbour KE, Boring M, Helmick CG, Murphy LB, Qin J.** Prevalence of severe joint pain among adults with doctor-diagnosed arthritis— 2016; 65(39):1052–1056.
18. **J, Roll JM, Schraudner T, Murphy S, McPherson S.** Prevalence of persistent pain in the US adult population: new data from the 2010 National Health Interview Survey. *J Pain*. 2014; 15(10):979–984
19. **Gaskin, D. J., & Richard, P.** The Economic Costs of Pain in the United States. *The Journal of Pain*, 2012; 13(8), 715–724.
20. **Clauw, D. J., Essex, M. N., Pitman, V., & Jones, K. D.** Reframing chronic pain as a disease, not a symptom: rationale and implications for pain management. *Postgraduate Medicine*, 2019; 131(3), 185–198.
21. **Engel, G. L.** The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 1997; 196(4286), 129–136.
22. **BushYell, M.C., M. Čeko.** Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nat Rev Neurosci*, 2013. 14(7): p. 502-11.
23. **Apkarian, A.V., et al.,** Chronic pain patients are impaired on an emotional decision-making task. *Pain*, 2004. (1-2): p. 129-36. 99
24. **Verdejo-Garcia, A., et al.,** Executive function and decision-making in women with fibromyalgia. *Arch Clin Neuropsychol*, 2009. 24(1): p. 113-22.

25. **Montoya, P., et al.**, Altered processing of pain-related information in patients with fibromyalgia. *Eur J Pain*, 2005. 9(3): p. 293-303.
26. **Snijders, T.J., et al.**, Attentional modulation fails to attenuate the subjective pain experience in chronic, unexplained pain. *Eur J Pain*, 2010. 14(3): p. 282 e1-10.
27. **Sullivan, M.J., et al.**, Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*, 2001. 17(1): p. 52-64.
28. **Linton, S.J.**, A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2000. 25(9): p. 1148-56.
29. **Butler, D. and G.L. Moseley**, *Explain Pain*. Second ed, ed. N. Publications. 2013. 80.
30. **Campbell, C.M. and R.R. Edwards**, Mind-body interactions in pain: the neurophysiology of anxious and catastrophic pain-related thoughts. *Transl Res*, 2009. 153(3): p. 97
31. **Jackson, T., et al.**, The impact of threatening information about pain on coping and pain tolerance. *Br J Health Psychol*, 2005. 10(Pt 3): p. 441-51.
32. **Williams, D.A. and F.J. Keefe**, Pain beliefs and the use of cognitive- behavioral coping strategies. *Pain*, 1991. 46(2): p. 185-90.
33. **Louw, A., et al.**, **Know Pain, Know Gain?** A Perspective on Pain Neuroscience Education in Physical Therapy. *J Orthop Sports Phys Ther*, 2016. 46(3): p. 131-4.
34. **Stroud, M.W., et al.**, The relation between pain beliefs, negative thoughts, and psychosocial functioning in chronic pain patients. *Pain*, 2000. 84(2-3): p. 347-52.
35. **Tuzun, E.H.**, Quality of life in chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2007. 21(3): p. 567-79.

36. **Ali N, Thomson D.** A comparison of the knowledge of chronic pain and its management between final year physiotherapy and medical students. *Eur J Pain.* 2009;13(1):38–50. 11.
37. **Burnett A, Sze CC, Tam SM, Yeung KM, Leong M, Wang WT, et al.** A cross-cultural study of the back pain beliefs of female undergraduate healthcare students. *Clin J Pain.* 2009;25(1):20–28.
38. **Kennedy N, Healy J, O’Sullivan K.** The beliefs of third-level healthcare students towards low-back pain. *Pain Res Treat.* 2014;2014. 13
39. **Sandelowski M.** Using qualitative research. *Qual Health Res* 2004;14(10): 1366-86.
40. **Synnott A, O’Keeffe M, Bunzli S, Dankaerts W, O’Sullivan P, O’Sullivan K.** Physiotherapists may stigmatise or feel unprepared to treat people with low back pain and psychosocial factors that influence recovery: a systematic review. *Journal of Physiotherapy [Internet].* Aprile 2015 [consultato il 6 giugno 2022];61(2):68-76.
41. **Gray H, Howe T.** Physiotherapists’ assessment and management of psychosocial factors (Yellow and Blue Flags) in individuals with back pain. *Physical Therapy Reviews [Internet].* Ottobre 2013 [consultato il 6 giugno 2022];18(5):379-94.
42. **Ng W, Slater H, Starcevich C, Wright A, Mitchell T, Beales D.** Barriers and enablers influencing healthcare professionals' adoption of a biopsychosocial approach to musculoskeletal pain. *Pain*, 29 gennaio 2021
43. **Holopainen R, Simpson P, Piirainen A, Karppinen J, Schütze R, Smith A, O’Sullivan P, Kent P.** Physiotherapists’ perceptions of learning and implementing a biopsychosocial intervention to treat musculoskeletal pain conditions. *PAIN* 2020;161(6):1150-68
44. **Driver C, Kean B, Oprescu F, Lovell GP.** Knowledge, behaviors, attitudes and beliefs of physiotherapists towards the use of psychological interventions in physiotherapy practice: a systematic review. *Disability and Rehabilitation* 2016; 39(22):2237-49
45. **Unsgaard-Tøndel M, Söderstrøm S.** Building therapeutic alliances with patients in treatment for low back pain: A focus group study. *Physiotherapy Research International* 2021 27(1)

46. **Fritz J, Söderbäck M, Söderlund A, Sandborgh M.** The complexity of integrating a behavioral medicine approach into physiotherapy clinical practice. *Physiotherapy Theory and Practice* 2018 ; 35(12):1182-93.
47. **Man I, Kumar S, Jones M, Edwards I.** An exploration of psychosocial practice within private practice musculoskeletal physiotherapy: A cross-sectional survey. *Musculoskeletal Science and Practice* 2019 ;43:58-63.
48. **França, A. A., Santos, V. D., Filho, R. L., Pires, K. F., Lagoa, K. F., & Martins, W. R.** 'It's very complicated': Perspectives and beliefs of newly graduated physiotherapists about the biopsychosocial model for treating people experiencing non-specific low back pain in Brazil. *Musculoskeletal Science and Practice*, 2019; 42, 84–89.
49. **Cowell, I., O'Sullivan, P., O'Sullivan, K., Poyton, R., McGregor, A., & Murtagh, G.** Perceptions of physiotherapists towards the management of non-specific chronic low back pain from a biopsychosocial perspective: A qualitative study. *Musculoskeletal Science and Practice*, 2018; 38, 113–119.
50. **Singla, M., Jones, M., Edwards, I., & Kumar, S.** Physiotherapists' assessment of patients' psychosocial status: Are we standing on thin ice? A qualitative descriptive study. *Manual Therapy*, (2015). 20(2), 328–334.
51. **Sanders, T., Foster, N. E., Bishop, A., & Ong, B. N.** Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations. *BMC Musculoskeletal Disorders*, (2013). 14(1).
52. **Potter, M., Gordon, S., & Hamer, P.** The difficult patient in private practice physiotherapy: A qualitative study. *Australian Journal of Physiotherapy*, 2003 49(1), 53–61
53. **Van den Heuvel, C., van der Horst, J., Winkelhorst, E., Roelofsen, E., & Hutting, N.** Experiences, barriers and needs of physiotherapists with regard to providing self-management support to people with low back pain: A qualitative study. *Musculoskeletal Science and Practice*, 2021 56, 102462.
54. **Morera-Balaguer, J., Botella-Rico, J. M., Martínez-González, M. C., Medina-Mirapeix, F., & Rodríguez-Nogueira, S.** Physical therapists' perceptions and experiences about barriers and facilitators of therapeutic patient-centred relationships during outpatient rehabilitation: a qualitative study. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, (2018). 22(6), 484–492.

55. **Cowell, I., McGregor, A., O'Sullivan, P., O'Sullivan, K., Poyton, R., Schoeb, V., & Murtagh, G.** How do physiotherapists solicit and explore patients' concerns in back pain consultations: a conversation analytic approach. *Physiotherapy Theory and Practice*, (2019). 37(6), 693–709.
56. **Zangoni, G., & Thomson, O. P.** 'I need to do another course' - Italian physiotherapists' knowledge and beliefs when assessing psychosocial factors in patients presenting with chronic low back pain. *Musculoskeletal Science and Practice*, (2017). 27, 71–77.
57. **Mescouto, K., Olson, R. E., Hodges, P. W., Costa, N., Patton, M. A., Evans, K., Setchell, J.** Physiotherapists Both Reproduce and Resist Biomedical Dominance when Working With People With Low Back Pain: A Qualitative Study Towards New Praxis. *Qualitative Health Research*, 2022.
58. **Verwoerd, M., Wittink, H., Goossens, M., Maissan, F., & Smeets, R.** Physiotherapists' knowledge, attitude and practice behavior to prevent chronification in patients with non-specific, non-traumatic, acute- and subacute neck pain: A qualitative study. *Musculoskeletal Science and Practice*, (2022). 57, 102493.



