



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. 2022/2023

Campus Universitario di Savona

### ***I FATTORI CONTESTUALI NELL'ESERCIZIO PER L'OSTEOARTRITE: PROFESSIONISTA E COMUNICAZIONE IDEALI. UNO STUDIO QUALITATIVO***

Candidato:

*Dott. FT Alessandro Pinto*

Relatore:

*Dott. FT, PhD Simone Battista*

# INDICE

<b>1. INTRODUZIONE</b> .....	1
<b>2. MATERIALI E METODI</b> .....	3
<b>2.1 Disegno di studio</b> .....	3
<b>2.2 Partecipanti e reclutamento</b> .....	3
<b>2.3 Modalità di conduzione dell'intervista</b> .....	3
<b>2.4 Analisi dei dati</b> .....	5
<b>3. RISULTATI</b> .....	8
<b>3.1 Tema 1: Professionista “sportivo” – il professionista esteriormente ideale</b> .....	9
<b>3.2 Tema 2: Comunicazione educativa e... ricreativa – la comunicazione ideale</b> .....	11
<b>4. Discussione</b> .....	13
<b>5. Conclusioni e key points</b> .....	15
<b>6. Bibliografia</b> .....	16

## ABSTRACT

**Background** Per il trattamento dell'osteoartrite (OA), l'esercizio è un intervento di prima linea; tuttavia l'efficacia dell'esercizio sembra da ricondursi principalmente all'effetto placebo. Si possono sfruttare i fattori contestuali per rafforzare la risposta placebo.

**Obiettivi** Costruire una scaletta di domande utile a indagare il ruolo dei fattori contestuali nell'esercizio e trarre informazioni preliminari specialmente riguardo le caratteristiche del clinico e la relazione tra clinico e paziente.

**Metodi** È stato condotto un *qualitative interview study*, basato su interviste semi-strutturate.

I partecipanti sono persone con diagnosi di OA di anca e/o ginocchio che hanno eseguito esercizio specifico, reclutati tramite *convenience sampling*. Attraverso l'analisi delle interviste secondo i principi della *Reflexive Thematic Analysis (RTA)* di Braun e Clark, si sono generati codici e poi temi.

**Risultati** È stata elaborata una scaletta di domande aggiornata e si sono generati 4 temi: *Professionista "sportivo" – il professionista esteriormente ideale* (1); *Comunicazione educativa e... ricreativa – la comunicazione ideale* (2); *Ambiente attrezzato e ampio... ma raccolto – il setting ideale* (3); *KISS (keep it straight and simple) – come favorire l'aderenza all'esercizio* (4).

In questo lavoro si sono sviluppati e approfonditi i primi due temi.

**Conclusioni** Da quanto emerso nelle interviste il professionista che propone l'esercizio dovrebbe vestirsi in modo ordinato, sportivo ed essere una persona a cui piace lo sport e atletica (tema 1). Nella relazione con il paziente, il clinico dovrebbe trasmettere interesse utilizzando l'ascolto attivo; dovrebbe sfruttare la comunicazione per spiegare cosa fare fuori seduta e perché/come si fa un esercizio, nonché utilizzarla a scopo ricreativo (tema 2).

## 1. INTRODUZIONE

L'osteoartrite (OA) è una patologia infiammatoria che interessa l'intera articolazione [1–3]. Il 2,2% di tutti gli anni vissuti con disabilità dalla popolazione mondiale è dovuto all'OA [4]. Pertanto, l'OA sta diventando una delle principali cause di compromissione della qualità della vita nella popolazione generale [5, 6]. Di conseguenza, i paesi ad alto reddito investono fino al 2,5% del loro prodotto interno lordo nella cura dell'OA, principalmente in risposta alla crescente domanda di protesi articolari, un incremento che diventerà insostenibile se non si invertirà questa tendenza [5].

Per il trattamento dell'OA, l'esercizio è considerato un intervento di prima linea da diverse linee guida internazionali [7–9]. L'esercizio ha un effetto locale positivo sull'articolazione, migliorando la forza muscolare e l'equilibrio, la capacità di carico articolare e la percezione della rigidità [10, 11]. In aggiunta, esso influisce positivamente sul peso corporeo, sul metabolismo lipidico, sull'iperglicemia, sull'umore e sull'infiammazione sistemica [11–13]. Tuttavia, in un recente studio controllato randomizzato (RCT), sembra che la riduzione del dolore ottenuta attraverso l'esercizio sia da ricondursi principalmente all'effetto placebo piuttosto che a un effetto specifico [14]. Dunque, seppur l'esercizio rimanga un trattamento fondamentale nella gestione dell'OA per tutti i benefici sopraelencati, sarebbe interessante comprendere come rafforzare la risposta placebo, ed evitare quella nocebo, nella pratica clinica [15]. Inoltre, siccome le persone affette da OA hanno difficoltà a soddisfare i livelli di esercizio raccomandati [16–18], sarebbe importante studiare metodi efficaci per far sì che migliori la loro aderenza, in particolare a lungo termine [19].

A tal proposito, i fattori contestuali possono essere sfruttati per il loro effetto terapeutico, attraverso la risposta placebo, e come mezzo per promuovere l'aderenza dei pazienti all'esercizio [20, 21]. Un grande numero di studi ha dimostrato come questi ultimi abbiano reali benefici che spesso sono clinicamente significativi, specialmente in condizioni cronicamente dolorose e stressanti [22–26].

I fattori contestuali sono “tutti i fattori che non fanno parte di un intervento di miglioramento della qualità in sé” [27] ma che influenzano la salute delle persone. Questi possono essere classificati in cinque dimensioni specifiche: 1) Caratteristiche del clinico, 2) Caratteristiche del paziente, 3) Relazione tra clinico e paziente, 4) Caratteristiche del trattamento e 5) Contesto sanitario [15, 24].

In particolare, le caratteristiche del clinico e la sua relazione con il paziente sono due dimensioni strettamente correlate, che insieme influenzano l'efficacia dell'esercizio e l'aderenza. Ad esempio, si è visto che la scarsa empatia mina la relazione tra paziente e professionista e può portare a persone insoddisfatte, che sono a loro volta scoraggiate ad attenersi agli interventi raccomandati [28].

Uno studio qualitativo [29] sottolinea poi l'importanza di una comunicazione efficace per fornire informazioni adeguate sulle opzioni terapeutiche, specialmente quelle di prima linea come l'esercizio.

Il fatto che le persone etichettino i fattori contestuali come "positivi" o "negativi" dipende dalle loro aspettative, preferenze e convinzioni che possono essere indagate attraverso la ricerca qualitativa. Alla luce di quanto precede, questo studio nasce con la volontà di effettuare delle interviste pilota a persone affette da OA di anca e/o ginocchio, al fine di costruire una scaletta di domande chiara e completa, utile a indagare il ruolo dei fattori contestuali nell'esercizio. L'intenzione è quella di somministrare in futuro tale scaletta a dei focus group di persone con OA che abbiano svolto sedute di esercizio. In aggiunta, verranno anche riportati i contenuti emersi dalle interviste al fine di iniziare ad aver una visione generale sui fattori contestuali rilevanti che entrano in gioco durante l'esercizio per l'artrosi. Lo studio è stato condotto insieme alla collega LC per favorire una buona gestione delle interviste e dell'analisi dei dati; una volta generati i temi si è deciso che questi saranno divisi e argomentati separatamente.

## **2. MATERIALI E METODI**

### **2.1 Disegno di studio**

È stato condotto un *qualitative interview study*. Abbiamo optato per uno studio qualitativo in quanto consente di esplorare le esperienze delle persone (in questo caso, persone affette da OA di anca e/o ginocchio) e i loro punti di vista su un argomento. È stato condotto nel rispetto della Dichiarazione di Helsinki e riportato seguendo i criteri consolidati per la segnalazione della ricerca qualitativa (CORE-Q). L'approvazione etica è stata ottenuta dal Comitato Etico per la Ricerca di Ateneo (CERA), Università di Genova (data di approvazione: 15/06/2020; CERA2020.07).

### **2.2 Partecipanti e reclutamento**

I partecipanti allo studio sono persone con diagnosi di OA di anca e/o ginocchio che hanno eseguito almeno una volta esercizio terapeutico specifico per tale condizione. L'esercizio poteva essere svolto con un qualsiasi professionista laureato, in sessione individuale o di gruppo. Si ricorda l'obiettivo dello studio di indagare i fattori contestuali che possano promuovere la partecipazione e l'aderenza dei pazienti ai programmi di esercizio. Questo è importante per migliorare la qualità della vita e per ritardare o prevenire l'intervento chirurgico di protesi: per questo i partecipanti che sono stati sottoposti ad intervento chirurgico per l'artrosi, devono aver eseguito almeno una seduta di esercizio prima di tale intervento. Il reclutamento dei soggetti è avvenuto attraverso *convenience sampling*, tramite il passaparola con i colleghi dei due sperimentatori, AP e LC; si è cercato di coinvolgere persone da diverse parti dell'Italia e di fasce di età differenti. Dopo aver dato la loro disponibilità, i partecipanti sono stati contattati telefonicamente a scopo conoscitivo, informativo sullo studio e per decidere la data dell'intervista. Inoltre, è stato chiesto un nome fittizio con cui volevano essere chiamati durante l'intervista, per garantire l'anonimato. Infine, alla mail indicata telefonicamente, è stato inviato a ciascun partecipante un documento da compilare con alcune informazioni personali; si è chiesto di riportare nel giorno dell'intervista eventuali dubbi sulla compilazione del documento.

### **2.3 Modalità di conduzione dell'intervista**

Prima dell'inizio delle interviste, è stata elaborata da SB, dottore di ricerca in Neuroscienze e Scienze Mediche e assistente alla didattica al Master in Riabilitazione dei Disturbi Muscoloscheletrici (mRDM) dell'Università di Genova, AP e LC una scaletta di domande da sottoporre ai partecipanti, preceduta da un'introduzione, utile a chiarire i fini dello studio, e alcune indicazioni per la risposta alle domande. Nella *Tabella 1* si può vedere la scaletta iniziale.

Il copione dell'intervista è stato testato inviandolo a due persone con diagnosi di OA di anca e/o ginocchio e che avevano svolto sedute di esercizio per tale problematica, con la richiesta di indicare eventuali parti poco comprensibili, possibili suggerimenti e per assicurarsi che le domande incluse fossero rilevanti per la popolazione studiata. Entrambi non hanno avuto nulla da segnalare. Ogni intervistato aveva diritto di rispondere liberamente e solo alle domande che desiderava. Si è inoltre garantito l'anonimato dei dati personali. Visto l'obiettivo dello studio di elaborare una scaletta di domande chiara e fruibile per un futuro focus group, tra un'intervista e l'altra vi è stato un confronto tra AP, LC e SB al fine di aggiornare la scaletta per renderla sempre più adatta a tale scopo. In *Risultati* verrà riportata l'evoluzione di tale scaletta. Le interviste sono state effettuate a maggio e giugno 2023 da remoto tramite Skype, piattaforma più familiare alla maggior parte dei soggetti, e sono durate circa un'ora ciascuna. Sono state registrate e poi trascritte alla lettera e sono state condotte da AP, con la presenza del partecipante e di LC. Non si sono effettuate interviste di follow-up.

**Tabella 1** Struttura intervista iniziale e dimensioni investigate

<b>Domande</b>	<b>Tipo di domande</b>	<b>Dimensione</b>
1. Potreste descrivere con 3 parole / aggettivi che ruolo ha l'esercizio nell'artrosi?	Domanda introduttiva	Esperienza dell'esercizio
2. Quali sono i punti di forza che avete trovato nel fare esercizio per l'artrosi?	Domanda introduttiva	Esperienza dell'esercizio
3. Quali sono i punti di debolezza che avete trovato nel fare esercizio per l'artrosi?	Domanda introduttiva	Esperienza dell'esercizio
4. Quali aspettative avevate nell'esercizio nella gestione dell'artrosi? Quali sono state attese e disattese?	Domanda specifica	Fattori contestuali paziente dipendenti
5. Quali caratteristiche vorreste che avesse il professionista (es. fisioterapista) che vi propone l'esercizio per l'artrosi?	Domanda specifica	Fattori contestuali terapeuta dipendenti
5.1 Dovrebbe apparire in un modo particolare?	Domanda specifica	Fattori contestuali terapeuta dipendenti
5.2 Come vorreste che fossero il rapporto e la comunicazione col professionista?	Domanda specifica	Fattori contestuali terapeuta dipendenti
6. Quali caratteristiche vorreste che avesse l'esercizio che vi viene proposto?	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
6.1 Tempistiche e modalità	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
6.2 Qual è la modalità per voi più chiara con cui il fisioterapista vi spiega e corregge gli esercizi?	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
6.3 Come valuti il comprendere ciò che si fa ed i tempi di raggiungimento degli obiettivi dell'esercizio fisico?	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti

7. Pensate a dove avete svolto gli esercizi: quali caratteristiche vorreste che avesse l'ambiente dove fate esercizio per l'artrosi?	Domanda specifica	Fattori contestuali ambiente dipendenti
7.1 Tenendo a mente ogni dettaglio e sensazione che vi viene in mente, quale potrebbe essere il vostro ambiente ideale per fare gli esercizi?	Domanda specifica	Fattori contestuali ambiente dipendenti
8. Alla luce delle considerazioni effettuate, quale o quali suggerimenti daresti a un professionista che intende proporre attività di esercizio fisico per OA?	Domanda riassuntiva	Suggerimenti
9. Ci sono altri fattori che potrebbe incentivarvi o demotivarvi a fare esercizio per l'artrosi che non abbiamo toccato e che vorreste aggiungere?	Domanda riassuntiva	Suggerimenti
10. Qualcuno vuole aggiungere qualche altro elemento del contesto che vi ha colpito particolarmente durante il percorso di trattamento di esercizio che non è stato toccato?	Domanda conclusiva	Conclusione

## 2.4 Analisi dei dati

È stata condotta un'analisi descrittiva del campione di partecipanti, utilizzando i dati raccolti attraverso il documento compilato dai soggetti prima di ciascuna intervista. La *Tabella 2* riporta i dati demografici e clinici nel dettaglio per ciascun partecipante. L'analisi delle trascrizioni delle interviste è stata eseguita secondo i principi della *Reflexive Thematic Analysis (RTA)* di Braun e Clark [30]. Tra i principali approcci di analisi tematica [31], tra cui “*coding reliability TA*”, “*codebook approaches to TA*” e “*reflexive approach to TA*”, abbiamo adottato quest'ultimo (RTA). La RTA è un approccio interpretativo all'analisi qualitativa dei dati "che facilita l'identificazione e l'analisi di modelli o temi in un dato set di dati" [30].

Inoltre, la RTA è caratterizzata dal ruolo attivo e creativo dei ricercatori nell'interpretazione di codici e temi e nell'identificazione di quelli più rilevanti per la domanda di ricerca [30]. Pertanto, il punto di vista dei ricercatori è considerato una risorsa a cui attingere piuttosto che un bias [30]. Poiché l'analisi ha coinvolto più di un ricercatore, l'approccio è stato il più collaborativo e riflessivo possibile, con l'intenzione di ottenere interpretazioni più ricche [30]. Tuttavia, è fondamentale dichiarare i nostri presupposti teorici come ricercatori, poiché su di essi abbiamo costruito la nostra riflessività.

Abbiamo adottato un quadro qualitativo esperienziale perché vogliamo illustrare l'importanza dei fattori contestuali nell'esercizio, partendo dall'esperienza di persone affette da OA di anca e/o ginocchio; ciò aiuta ad enfatizzare la significatività di tale esperienza così come l'hanno vissuta [32]. Dal punto di vista della concezione epistemologica, si è usato un approccio costruzionista [32].

La RTA è stata condotta con un approccio prevalentemente induttivo [32]. I codici generati dall'analisi delle interviste sono stati prodotti in base al contenuto dei dati [30]. Pertanto, i dati non sono stati codificati secondo un quadro di codifica preesistente (ovvero come avviene nel codebook dell'approccio deduttivo) [32]. La codifica dei dati è stata per lo più semantica in quanto si concentrava principalmente sui significati espliciti o superficiali dei dati [31]. Tuttavia, abbiamo cercato di andare oltre questi livelli descrittivi dei dati quando possibile. Chiariti i presupposti teorici e la scelta di utilizzare la RTA, i sei step della RTA [30] sono stati seguiti da AP e LC per creare i codici e i temi. Di seguito, nella *Tabella 3*, si riportano i sei step della RTA declinati nel nostro studio. SB ha addestrato tutti gli autori nella conduzione dello studio qualitativo.

**Tabella 2** Dati demografici e clinici dei partecipanti

PAZIENTE	ETÀ	GENERE	BMI	DIAGNOSI OA	PROTESI
P1	79	F	33.73	Anche	Anche
P2	75	M	31.96	Anche	Anca dx
P3	57	F	31.18	Anca dx e Ginocchio sx	/
P4	66	F	33.06	Ginocchia e Anca dx	Ginocchio sx
P5	60	F	18.29	Anca dx	/

**Tabella 3** 6 Steps della RTA

Fasi	Processo	Coinvolgimento degli Autori	Azioni degli Autori
1) Familiarizzazione con i dati	Tutti gli autori hanno letto e riletto più volte le trascrizioni delle interviste. Questo processo è fondamentale per entrare in contatto con i dati e prendere nota di eventuali impressioni e approfondimenti.	Tutti gli autori si sono impegnati in questa fase e si sono incontrati per riflettere sulle loro prime intuizioni.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentare i pensieri teorici e riflessivi: note sul campo documentate da LC ("Memo" e diario) durante e dopo ogni intervista per promuovere la riflessività.</li> <li>- Tenere traccia di tutte le note del campo dati, delle trascrizioni e del diario riflessivo.</li> <li>- Estendere l'impegno con i dati e triangolare diverse modalità di raccolta dei dati per aumentare la probabilità che i risultati e le interpretazioni della ricerca siano ritenuti credibili: AP e LC leggono e rileggono i dati (trascrizioni delle interviste, appunti e diario riflessivo).</li> </ul>
2) Codifica	Due autori hanno codificato i dati attraverso un processo aperto,	AP e LC hanno sistematicamente codificato i dati. Hanno adottato	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resoconto tra pari: i "memo" sono stati condivisi durante gli incontri di ricerca per i pensieri riflessivi.</li> <li>- Percorso di revisione della generazione dei codici: AP e LC hanno codificato</li> </ul>

	in evoluzione e organico.	la codifica semantica dei dati.	elementi attraverso l'intero set di dati per identificare aspetti interessanti all'interno di essi che potessero costituire la base dei temi. - Documentazione di tutte le riunioni e resoconti tra pari per aiutare i ricercatori a esaminare come si evolvono i loro pensieri e le loro idee man mano che si coinvolgono più profondamente nei dati.
3) Generazione di temi iniziali	I ricercatori hanno generato temi iniziali dai codici, raggruppando codici simili o correlati.	AP e LC hanno generato temi iniziali separatamente, raggruppando insieme codici simili.	- Creazione di diagrammi per dare un senso alle connessioni tematiche: AP e LC hanno generato temi iniziali attraverso l'analisi tematica induttiva.
4) Revisione e perfezionamento dei temi	I ricercatori hanno revisionato i temi iniziali, rielaborandoli o scartandone alcuni fino a trovare una serie finale di temi che si adattassero ai dati.	Gli autori hanno riesaminato la codifica e i temi iniziali dapprima separatamente e poi in maniera congiunta e sono così arrivati a generare quattro temi che si adattassero maggiormente ai dati. AP e LC hanno rivisto i temi concordati rispetto ai codici e all'intero set di dati.	- Temi esaminati dagli autori: il gruppo di ricerca si è riunito frequentemente per perfezionare i temi e mostrare chiaramente come ogni tema sia stato generato dai dati.
5) Definire e nominare i temi	La "storia" di ciascun tema è stata sviluppata mettendo a punto i nomi dei temi e la loro definizione.	Entrambi gli autori hanno ultimato i temi e le definizioni finali per porre le basi della relazione scritta.	- Resoconto e consenso del gruppo sui temi: il gruppo di ricerca si è riunito fino al raggiungimento dei temi finali. - Documentazione della denominazione dei temi.
6) Produrre la relazione	Ciascuno degli autori ha prodotto la propria relazione finale e l'ha perfezionata se necessario.	AP e LC hanno selezionato ciascuno le citazioni illustrative dalle interviste, adatte all'argomentazione dei propri temi.	- Produzione della relazione utilizzando citazioni dirette dei partecipanti. - Relazione sulle ragioni delle scelte teoriche, metodologiche e analitiche durante l'intero studio.

### 3. RISULTATI

Il primo obiettivo dello studio era di elaborare una scaletta di domande chiara e completa da somministrare a dei focus group di persone con OA, che indagasse il ruolo dei fattori contestuali nell'esercizio. Si riporta quindi in *Tabella 4* la scaletta finale ottenuta alla fine delle cinque interviste, frutto del confronto tra AP, LC e SB, successivo ad ognuna delle interviste stesse.

**Tabella 4** Struttura intervista finale e dimensioni investigate

<b>Domande</b>	<b>Tipo di domande</b>	<b>Dimensione</b>
1. Potreste descrivere con 3 parole / aggettivi che ruolo ha l'esercizio nell'artrosi? *	Domanda introduttiva	Esperienza dell'esercizio
2. Quali sono i punti di forza che avete trovato nel fare esercizio per l'artrosi?	Domanda introduttiva	Esperienza dell'esercizio
3. Quali sono i punti di debolezza che avete trovato nel fare esercizio per l'artrosi?	Domanda introduttiva	Esperienza dell'esercizio
4. Quali aspettative avevate nell'esercizio nella gestione dell'artrosi? Quali sono state attese e quali disattese?	Domanda specifica	Fattori contestuali paziente dipendenti
5. Descrivete il fisioterapista ideale che vi proponga l'esercizio per l'artrosi.	Domanda specifica	Fattori contestuali terapeuta dipendenti
5.1 Dovrebbe apparire in un modo particolare?	Domanda specifica	Fattori contestuali terapeuta dipendenti
5.2 Come vorreste che fossero il rapporto e la comunicazione col professionista?	Domanda specifica	Fattori contestuali terapeuta dipendenti
6. Quali caratteristiche vorreste che avesse l'esercizio che vi viene proposto?	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
6.1 Tempistiche e modalità	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
6.2 Qual è la modalità per voi più chiara con cui il fisioterapista vi spiega e corregge gli esercizi?	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
6.3 Siete soddisfatti delle tempistiche di raggiungimento degli obiettivi preposti?	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
6.4 Trovate utile che venga spiegato perché si fa un esercizio?	Domanda specifica	Fattori contestuali trattamento dipendenti
7. Pensate a dove avete svolto gli esercizi: quali caratteristiche vorreste che avesse l'ambiente dove fate esercizio per l'artrosi?	Domanda specifica	Fattori contestuali ambiente dipendenti
7.1 Tenendo a mente ogni dettaglio e sensazione che vi viene in mente, quale potrebbe essere il vostro ambiente ideale per fare gli esercizi?	Domanda specifica	Fattori contestuali ambiente dipendenti

8. Sulla base della vostra esperienza di persona con artrosi, quale o quali suggerimenti daresti a un professionista che intende proporre l'esercizio per OA?	Domanda riassuntiva	Suggerimenti
9. Ci sono altri fattori che potrebbe incentivarvi o demotivarvi a fare esercizio per l'artrosi che non abbiamo toccato e che vorreste aggiungere?	Domanda riassuntiva	Suggerimenti
10. Qualcuno vuole aggiungere qualche altro elemento del contesto che vi ha colpito particolarmente durante l'esercizio che non è stato toccato?	Domanda conclusiva	Conclusione

\*risposta da dare tramite wooclap

Alla fine delle interviste, ognuno dei due sperimentatori ha generato dei codici e dei temi seguendo i principi della *Reflexive Thematic Analysis* di Braun e Clark e sfruttando le trascrizioni delle interviste.

Attraverso il confronto, i due sperimentatori hanno poi elaborato i temi finali, così nominati:

- Tema 1: Professionista “sportivo” – il professionista esteriormente ideale;
- Tema 2: Comunicazione educativa e... ricreativa – la comunicazione ideale;
- Tema 3: Ambiente attrezzato e ampio... ma raccolto – il setting ideale;
- Tema 4: KISS (keep it straight and simple) – come favorire l'aderenza all'esercizio.

Infine si sono occupati di illustrare per iscritto il processo che ha portato alla creazione: ognuno si è dedicato a due temi; in questo lavoro ci si occuperà dei primi due temi, riferiti ai fattori contestuali che riguardano il professionista che propone l'esercizio e alla relazione con la persona con OA.

### **3.1 Tema 1: Professionista “sportivo” – il professionista esteriormente ideale**

Alla prima domanda più ampia su come dovrebbe apparire il professionista ideale, i partecipanti si sono subito concentrati sulle qualità umane e professionali. Solo in un secondo momento e a volte in seguito a richiesta esplicita, si sono espressi sull'aspetto esteriore. Inizialmente pensavamo che il non esprimersi sull'immagine esteriore del professionista derivasse da un timore dei partecipanti di poter essere fraintesi o giudicati come troppo materialisti e legati ai pregiudizi estetici. In realtà c'è chi davvero non ha nessun tipo di preferenza o pretesa, ad eccezione dell'ordine.

*“Direi semplicemente che mi aspetto una persona in ordine, presentabile.” (Partecipante 4)*

L'eccessiva ricercatezza in termini di abbigliamento può anzi essere vista come un'ostentazione. È sufficiente ricercare la semplicità, non bisogna dimostrare nulla con l'abbigliamento.

*“Penso che una persona che fa questo lavoro, lo fa per una vocazione, non per esternare un abbigliamento. Qualcosa di semplice, sportivo, va più che bene.” (Partecipante 4)*

Piuttosto quindi che concentrarsi sull'estetica, è preferibile ricercare la comodità, a maggior ragione se si considera che il fisioterapista che lavora con persone con OA può dover ricorrere alla terapia manuale o mostrare in prima persona gli esercizi da svolgere. Per lo stesso motivo è preferibile che il professionista sia capace di effettuare gli esercizi con facilità.

*“... direi che il camice lo troverei un po' ridicolo rispetto a casacca e pantaloni. Mi aspetto che [il professionista] abbia qualcosa di comodo perché muovendosi non abbia impedimenti come può essere un camice. Poi che sia relativamente giovane, intendo dire che un vecchietto come me mi aspetto che abbia difficoltà a fare degli esercizi o manipolazioni; quindi, non mi aspetto che sia una persona tanto avanti con l'età.” (Partecipante 2)*

Coerentemente con la ricerca della comodità e con la proposta terapeutica basata sull'esercizio, il fisioterapista dovrebbe quindi vestirsi in modo adeguato ed essere sportivo.

*“Dev'essere adeguato al ruolo che è chiamato a svolgere, ordinato e fisicamente sicuramente in forma, cioè una persona sportiva, con un fisico atletico o sportivo e vestito in maniera adeguata al contesto in cui si trova quindi vestito in maniera sportiva.” (Partecipante 5)*

**Tabella 5** Tema 1: Professionista “sportivo” – il professionista esteriormente ideale

<b>Tema 1: Professionista “sportivo” – il professionista esteriormente ideale</b>	
<b>Codici generati dai ricercatori</b>	<b>Esempi di frasi estratte dalle interviste</b>
<b>Ordine, niente di più</b>	<i>“Direi semplicemente che mi aspetto una persona in ordine, presentabile.” (Partecipante 4)</i>
<b>Semplicità, non bisogna dimostrare nulla</b>	<i>“Penso che una persona che fa questo lavoro, lo fa per una vocazione, non per esternare un abbigliamento. Qualcosa di semplice, sportivo, va più che bene.” (Partecipante 3)</i>
<b>Comodità di abbigliamento e fisica</b>	<i>“... direi che il camice lo troverei un po' ridicolo rispetto a casacca e pantaloni. Mi aspetto che [il professionista] abbia qualcosa di comodo perché muovendosi non abbia impedimenti come può essere un camice. Poi che sia relativamente giovane, intendo dire che un vecchietto come me mi aspetto che abbia difficoltà a fare degli esercizi o manipolazioni; quindi, non mi aspetto che sia una persona tanto avanti con l'età.” (Partecipante 4)</i>
<b>Look sportivo, coerente con l'esercizio</b>	<i>“Dev'essere adeguato al ruolo che è chiamato a svolgere, ordinato e fisicamente sicuramente in forma, cioè una persona sportiva, con un fisico atletico o sportivo e vestito in maniera adeguata al contesto in cui si trova quindi vestito in maniera sportiva.” (Partecipante 5)</i>

### **3.2 Tema 2: Comunicazione educativa e... ricreativa – la comunicazione ideale**

I partecipanti, durante le interviste, hanno citato la componente comunicativa più volte e in risposta a domande differenti, anche non specifiche per questo fattore. Alla base della comunicazione vi è l'ascolto attivo, basato sull'interesse per ciò che il paziente vuole e ha bisogno di comunicare.

*“Mi dava soddisfazione che [i fisioterapisti] ti parlavano, ti chiedevano ed ascoltavano e che erano molto gentili.” (Partecipante 1)*

La comunicazione ha un ruolo ricreativo, di stacco dalla concentrazione e dalla fatica dell'esercizio. Ciò contribuisce ad evitare l'instaurarsi di un clima freddo, poco proficuo per l'alleanza terapeutica, e aiuta a superare i momenti meno piacevoli della seduta, caratterizzati ad esempio da dolore.

*“Personalmente mi piace ascoltare, mi piace che ci sia dialogo e chiacchierare... mi aspetto che sia il personal trainer ma soprattutto il fisioterapista chiacchieri, altrimenti mi sentirei molto più freddo. Anche perché, quando si va a fare attività fisioterapica non è come andare in una SPA dove ti coccolano, ci sono momenti in cui provi anche dolore e quindi chiacchierando, il dialogo aiuta a far passare anche il tempo.” (Partecipante 2)*

Una semplice battuta inoltre può contribuire a dare alla persona l'energia mentale per affrontare con maggior determinazione l'esercizio.

*“Mi motiva invece se una persona riesce a darmi la carica... Proprio solo con la battuta fatta per scherzo se vuoi.” (Partecipante 3)*

D'altro canto, la comunicazione ricopre un ruolo educativo rilevante. I partecipanti riconoscono l'importanza che l'educazione ha avuto e ha nel loro percorso riabilitativo e sanno quanto questa dipenda da un'adeguata capacità comunicativa del professionista. Comunicare al paziente cosa viene fatto e perché e confrontarsi con lui è il primo passo per affrontare i suoi problemi e le sue difficoltà.

*“[il professionista ideale è] una persona che sappia comprendere chiaramente il problema e lo sappia affrontare insieme, cioè confrontandosi, spiegando quello che viene fatto e perché.” (Partecipante 5)*

Capire perché si fa un esercizio favorisce l'aderenza ed educare il paziente ai comportamenti da adottare nella vita di tutti i giorni estende l'efficacia del trattamento oltre la singola seduta.

*“Le spiegazioni sono sempre gradite perché uno capisce il perché di un esercizio, quindi, è importante capire il perché si fa un esercizio e anche fornire informazioni sul comportamento fuori dalla seduta, tali da poter dire <<ogni giorno mi comporto in questo modo>>, non necessariamente facendo solo esercizi, ma anche consigli sulla camminata, su come muoversi e posture migliori da mantenere.” (Partecipante 2)*

**Tabella 6** Tema 2: Comunicazione educativa e... ricreativa – la comunicazione ideale

<b>Tema 2: Comunicazione educativa e... ricreativa – la comunicazione ideale</b>	
<b>Codici generati dai ricercatori</b>	<b>Esempi di frasi estratte dalle interviste</b>
<b>Comunicazione basata sull'ascolto attivo</b>	<i>“Mi dava soddisfazione che [i fisioterapisti] ti parlavano, ti chiedevano ed ascoltavano e che erano molto gentili.” (Partecipante 1)</i>
<b>Dialogo per ridurre il dolore e “scaldare” la seduta</b>	<i>“Personalmente mi piace ascoltare, mi piace che ci sia dialogo e chiacchierare... mi aspetto che sia il personal trainer ma soprattutto il fisioterapista chiacchieri, altrimenti mi sentirei molto più freddo. Anche perché, quando si va a fare attività fisioterapica non è come andare in una SPA dove ti coccolano, ci sono momenti in cui provi anche dolore e quindi chiacchierando, il dialogo aiuta a far passare anche il tempo.” (Partecipante 2)</i>
<b>“Battuta” scherzosa per dare la carica</b>	<i>“Mi motiva invece se una persona riesce a darmi la carica... Proprio solo con la battuta fatta per scherzo se vuoi.” (Partecipante 3)</i>
<b>Spiegare cosa si fa e perché si fa</b>	<i>“Comunicare e spiegare soprattutto al paziente che cosa si sta facendo e il beneficio che può apportare alla patologia che il paziente ha.” (Partecipante 5)</i>
<b>Spiegazioni come mezzo per affrontare i problemi</b>	<i>“[il professionista ideale è] una persona che sappia comprendere chiaramente il problema e lo sappia affrontare insieme, cioè confrontandosi, spiegando quello che viene fatto e perché” (Partecipante 5)</i>
<b>Spiegazioni come educazione fuori seduta</b>	<i>“Le spiegazioni sono sempre gradite perché uno capisce il perché di un esercizio, quindi, è importante capire il perché si fa un esercizio e anche fornire informazioni sul comportamento fuori dalla seduta, tali da poter dire &lt;&lt;ogni giorno mi comporto in questo modo&gt;&gt;, non necessariamente facendo solo esercizi, ma anche consigli sulla camminata, su come muoversi e posture migliori da mantenere” (Partecipante 2)</i>

#### 4. DISCUSSIONE

In pazienti con OA di anca e/o ginocchio che svolgono esercizio, possono essere sfruttati i fattori contestuali sia per il loro effetto terapeutico sia come mezzo per promuovere l'aderenza all'esercizio. Infatti si è visto che i fattori contestuali hanno reali effetti terapeutici e spesso questi benefici sono clinicamente significativi [22–26]. In una classificazione dei fattori contestuali presente in letteratura si trovano le caratteristiche del clinico e la relazione tra clinico e paziente [15]. L'obiettivo dello studio era proprio quello di indagare il ruolo dei fattori contestuali nell'esercizio attraverso delle interviste pilota a persone affette da OA di anca e/o ginocchio; inoltre si voleva costruire una scaletta di domande chiara e completa per proseguire questa indagine all'interno di focus group.

Per quanto riguarda le caratteristiche del clinico, i partecipanti intervistati sembrano interessarsi in primo luogo alle qualità astratte, come competenza ed empatia. Seppur ci si potesse aspettare questa tendenza, non bisogna sottovalutare il ruolo di queste componenti: infatti in uno studio qualitativo, le persone con OA di anca e ginocchio intervistate hanno riportato di non sentirsi capiti da parenti e operatori sanitari e hanno riscontrato una mancanza di empatia nei professionisti [29].

Va poi ricordato che il primo impatto, la prima impressione, il colpo d'occhio sono importanti nelle relazioni tra persone, di qualsiasi natura esse siano: per questo ha il suo peso l'aspetto puramente esteriore del professionista. In generale le persone intervistate hanno espresso preferenze per un professionista vestito in modo ordinato ma sportivo, così che possa svolgere con comodità trattamenti basati su esercizio terapeutico e anche terapia manuale. Al contrario un abbigliamento troppo elegante può essere visto come poco funzionale e ai limiti dell'ostentazione: ciò può essere da ostacolo nella relazione clinico-paziente. Infine, in linea con quanto detto per l'abbigliamento, ci si aspetta un professionista atletico, che sappia fare e mostrare gli esercizi. Il ruolo attivo del clinico è già stato documentato in letteratura: in uno studio [33] si è visto che, nonostante l'efficacia di app per fornire feedback sull'esecuzione degli esercizi in persone con OA di anca, esercizi svolti con istruzioni e supervisione del fisioterapista, anche attraverso correzioni, fornivano outcome migliori, specialmente in merito alla qualità del movimento del paziente.

Quanto descritto si pone in contrasto la nostra idea iniziale del professionista, che pensavamo dovesse orientarsi verso uno stile più "medicale", caratterizzato ad esempio da camici o abiti eleganti, anche a discapito della comodità. Anche per questo si è deciso di creare il tema 1.

Dalle interviste è emerso che la competenza del professionista percepita dal paziente passa dalla sua capacità di saper affrontare i problemi, attraverso il confronto e le spiegazioni: quindi si ritrova il forte legame tra caratteristiche del clinico e relazione, e in particolare quanto la capacità comunicativa e relazionale vada a condizionare l'idea che la persona si fa del professionista che ha di fronte.

Nella relazione tra clinico e paziente gioca un ruolo fondamentale la comunicazione, che è stata citata più volte dagli intervistati in risposta alle diverse domande della scaletta da noi proposta.

Nella comunicazione, l'ascolto attivo e l'interessamento per il paziente sono componenti principali; dopotutto questi caratterizzano un'attitudine empatica, la cui importanza è già stata descritta [28].

Questo lavoro ha poi riscontrato quanto sia importante la comunicazione come mezzo educativo, utile a illustrare al paziente cosa fare fuori seduta per implementare i benefici del trattamento e a spiegare come e perché si fa un dato esercizio. Infatti i pazienti vogliono essere coinvolti attivamente nel processo di cura e se non trovano risposte alle loro domande, le cercano attraverso altre fonti, come altri professionisti o internet [34, 35]. Di conseguenza la comunicazione gioca un ruolo anche nel promuovere l'aderenza; ciò è sostenuto anche da una revisione sistematica, dove si sottolinea come la semplice comunicazione via telefono è stata utile ad ottenere una più alta percentuale di aderenza all'esercizio [19]. Quanto detto è rilevante se si pensa che la scarsa aderenza all'esercizio può compromettere gravemente l'efficacia del trattamento a lungo termine, limitandone i benefici [36].

Oltre al ruolo educativo, già riportato e riconosciuto abbondantemente in letteratura, è emerso anche il ruolo ricreativo della comunicazione, utile a distrarre il paziente dalla fatica o dal dolore che si possono provare durante la seduta e a rafforzare l'alleanza terapeutica. Inoltre, una "battuta" può essere sufficiente per motivare il paziente, incrementando quindi l'aderenza e conseguentemente l'efficacia del trattamento.

Dunque è stato creato il tema 2 proprio per ricordare quanto sia importante la comunicazione a scopo educativo, anche all'interno di sedute prettamente di esercizio terapeutico, ma anche e soprattutto per evidenziarne il potenziale effetto ricreativo, utile a rafforzare l'alleanza terapeutica e l'aderenza.

Questo va a collidere con quella che erano le nostre credenze iniziali, secondo cui la comunicazione scherzosa e colloquiale potesse avere solo un effetto negativo e mettere così a rischio la credibilità del professionista agli occhi del paziente.

Questo studio presenta alcuni limiti. In primo luogo, il campione di persone intervistate è molto ristretto e con predominanza del sesso femminile. In secondo luogo, AP e LC sono stati addestrati approfonditamente da SB su come condurre l'intervista e l'analisi dei dati, ma è la prima volta che svolgono questo tipo di lavoro. Infine, le domande della scaletta hanno subito delle modificazioni nel corso delle interviste, quindi non sono state formulate sempre allo stesso modo ai diversi partecipanti. D'altra parte, questo studio nasce con l'intento di costruire una scaletta di domande ottimale da sottoporre a focus group di pazienti con OA: tale scopo è stato raggiunto e successivamente si è deciso di analizzare i contenuti delle risposte trascritte, in modo da avere un'idea iniziale su credenze e preferenze dei pazienti. Si è riuscito inoltre a reclutare cinque soggetti con OA a differenti distretti, alcuni dei quali protesizzati e altri no: questo offre una panoramica più ampia del quadro indagato.

## **5. CONCLUSIONI E KEY POINTS**

Da questo studio qualitativo si sono ricavate informazioni utili per la gestione dei fattori contestuali nel trattamento di esercizio per persone con OA di anca e/o ginocchio. In particolare, il professionista che propone l'esercizio dovrebbe vestirsi in modo sportivo ma ordinato, essere atletico e saper fare gli esercizi che propone. Dal punto di vista della relazione con il paziente dovrebbe mostrare interesse per la sua condizione ed ascoltarlo. Dovrebbe poi spiegargli cosa fare fuori seduta e istruirlo sul perché e come si fa un esercizio, eventualmente mimandolo; infine può utilizzare la comunicazione anche a scopo ricreativo, specialmente nei momenti meno piacevoli della seduta.

## 6. BIBLIOGRAFIA

1. Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *Lancet*. 2019;393:1745–59.
2. Brandt KD, Radin EL, Dieppe PA, Van De Putte L. Yet more evidence that osteoarthritis is not a cartilage disease. *Ann Rheum Dis*. 2006;65:1261–4.
3. Martel-Pelletier J, Barr AJ, Cicuttini FM, Conaghan PG, Cooper C, Goldring MB, et al. Osteoarthritis. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2.
4. Long H, Liu Q, Yin H, Wang K, Diao N, Zhang Y, et al. Prevalence Trends of Site-Specific Osteoarthritis From 1990 to 2019: Findings From the Global Burden of Disease Study 2019. *Arthritis and Rheumatology*. 2022;74:1172–83.
5. Hunter DJ, Schofield D, Callander E. The individual and socioeconomic impact of osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2014;10:437–41.
6. Jackson J, Iyer R, Mellor J, Wei W. The Burden of Pain Associated with Osteoarthritis in the Hip or Knee from the Patient’s Perspective: A Multinational Cross-Sectional Study. *Adv Ther*. 2020;37:3985–99.
7. Osteoarthritis: Care and Management in Adults. 2014. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25340227/>. Accessed 2 Apr 2023.
8. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JWJ, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:1125–35.
9. Katz JN, Arant KR, Loeser RF. Diagnosis and Treatment of Hip and Knee Osteoarthritis: A Review. *JAMA*. 2021;325:568–78.
10. Zeng CY, Zhang ZR, Tang ZM, Hua FZ. Benefits and Mechanisms of Exercise Training for Knee Osteoarthritis. *Front Physiol*. 2021;12.
11. Raposo F, Ramos M, Lúcia Cruz A. Effects of exercise on knee osteoarthritis: A systematic review. *Musculoskeletal Care*. 2021;19:399–435.
12. Messier SP, Mihalko SL, Legault C, Miller GD, Nicklas BJ, DeVita P, et al. Effects of intensive diet and exercise on knee joint loads, inflammation, and clinical outcomes among overweight and obese adults with knee osteoarthritis: the IDEA randomized clinical trial. *JAMA*. 2013;310:1263–73.
13. Messier SP, Newman JJ, Scarlett MJ, Mihalko SL, Miller GD, Nicklas BJ, et al. Changes in Body Weight and Knee Pain in Adults With Knee Osteoarthritis Three-and-a-Half Years After Completing Diet and Exercise Interventions: Follow-Up Study for a Single-Blind, Single-Center, Randomized Controlled Trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2022;74:607–16.
14. Messier SP, Mihalko SL, Beavers DP, Nicklas BJ, Devita P, Carr JJ, et al. Effect of High-Intensity Strength Training on Knee Pain and Knee Joint Compressive Forces Among Adults With Knee Osteoarthritis: The START Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2021;325:646–57.
15. Testa M, Rossetini G. Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. *Man Ther*. 2016;24:65–74.

16. Dunlop DD, Song J, Semanik PA, Chang RW, Sharma L, Bathon JM, et al. Objective physical activity measurement in the osteoarthritis initiative: Are guidelines being met? *Arthritis Rheum.* 2011;63:3372–82.
17. de Groot IB, Bussmann JB, Stam HJ, Verhaar JAN. Actual everyday physical activity in patients with end-stage hip or knee osteoarthritis compared with healthy controls. *Osteoarthritis Cartilage.* 2008;16:436–42.
18. Dunlop DD, Song J, Semanik PA, Sharma L, Chang RW. Physical activity levels and functional performance in the osteoarthritis initiative: a graded relationship. *Arthritis Rheum.* 2011;63:127–36.
19. Cinthuja P, Krishnamoorthy N, Shivapatham G. Effective interventions to improve long-term physiotherapy exercise adherence among patients with lower limb osteoarthritis. A systematic review. *BMC Musculoskelet Disord.* 2022;23.
20. Marks R. Knee osteoarthritis and exercise adherence: a review. *Curr Aging Sci.* 2012;5:72–83.
21. Ezzat AM, Macpherson K, Leese J, Li LC. The effects of interventions to increase exercise adherence in people with arthritis: a systematic review. *Musculoskeletal Care.* 2015;13:1–18.
22. Zhang W, Robertson J, Jones AC, Dieppe PA, Doherty M. The placebo effect and its determinants in osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Rheum Dis.* 2008;67:1716–23.
23. Crow R GH et al. The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care: a systematic review. *Health Technol Assess.* 1999.
24. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: A systematic review. *Lancet.* 2001;357:757–62.
25. Doherty M, Dieppe P. The “placebo” response in osteoarthritis and its implications for clinical practice. *Osteoarthritis Cartilage.* 2009;17:1255–62.
26. Timothy Walsh B, Seidman SN, Sysko R, Gould M. Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. *JAMA.* 2002;287:1840–7.
27. Øvretveit J. Understanding the conditions for improvement: research to discover which context influences affect improvement success. *BMJ Qual Saf.* 2011;20 Suppl 1 Suppl\_1.
28. Riess H. The Science of Empathy. *J Patient Exp.* 2017;4:74–7.
29. Battista S, Manoni M, Dell’Isola A, Englund M, Palese A, Testa M. Giving an account of patients’ experience: A qualitative study on the care process of hip and knee osteoarthritis. *Health Expect.* 2022;25:1140–56.
30. Braun V, Clarke V. Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Couns Psychother Res.* 2021;21:37–47.
31. Braun V, Clarke V. *Thematic analysis : a practical guide.* 2021.
32. Byrne D. A worked example of Braun and Clarke’s approach to reflexive thematic analysis. *Qual Quant.* 2022;56:1391–412.

33. Durst J, Roesel I, Sudeck G, Sassenberg K, Krauss I. Effectiveness of Human Versus Computer-Based Instructions for Exercise on Physical Activity-Related Health Competence in Patients with Hip Osteoarthritis: Randomized Noninferiority Crossover Trial. *J Med Internet Res*. 2020;22.
34. Chou L, Ellis L, Papandony M, Maheeka Seneviwickrama KLD, Cicuttini FM, Sullivan K, et al. Patients' perceived needs of osteoarthritis health information: A systematic scoping review. *PLoS One*. 2018;13.
35. Fedutes BA, Starz TW, Vogt MT, Weber RJ, Ansani NT. Gauging patients' interest in an arthritis Web site. *Am J Health Syst Pharm*. 2004;61:1338–9.
36. Pisters MF, Veenhof C, Schellevis FG, Twisk JWR, Dekker J, De Bakker DH. Exercise adherence improving long-term patient outcome in patients with osteoarthritis of the hip and/or knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62:1087–94.