

# IMPLEMENTAZIONE DI STRATEGIE DI AUTOGESTIONE IN PAZIENTI CON DOLORE MUSCOLOSCHIELETICO

Guida pratica per gli operatori sanitari



Cofinanziato  
dall'Unione europea

Finanziato dall'Unione europea. Le opinioni espresse appartengono, tuttavia, al solo o ai soli autori e non riflettono necessariamente le opinioni dell'Unione europea o dell'Agenzia esecutiva europea per l'istruzione e la cultura (EACEA). Né l'Unione europea né l'EACEA possono esserne ritenute responsabili. ERASMUS-EDU-2022-PI-ALL-INNO: Progetto n.101111708

## Autori

Víctor Doménech-García<sup>1</sup>, Julia Blasco-Abadía<sup>1</sup>, Kieran O'Sullivan<sup>2</sup>, Lara Coyne<sup>2</sup>, Mary O'Keeffe<sup>3,4</sup>, Nathan Skidmore<sup>3,5</sup>, Zsófia Nagy<sup>3,6</sup>, Thorvaldur Skuli Pálsson<sup>7,8</sup>, Steffan Wittrup McPhee Christensen<sup>9,10</sup>, Morten Hoegh<sup>9</sup>, Alice Baroncini<sup>11</sup>, Domenico Compagnone<sup>11</sup>, Pedro Berjano<sup>11</sup>, Lisa Zauber<sup>12</sup>, Pablo Bellosta-López<sup>1</sup>.

- 1** Universidad San Giorgio. Campus Universitario, Autov. A23 km 299, 50830. Villanueva de Gállego, Zaragoza, Spain.
- 2** School of Allied Health, University of Limerick, Ireland.
- 3** European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium.
- 4** School of Public Health, Physiotherapy and Sports Science, University College Dublin, Dublin, Ireland.
- 5** Department of Sport, Exercise and Rehabilitation, Northumbria University, UK.
- 6** Rétköz Health Center, Budapest, Hungary.
- 7** Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg Denmark.
- 8** Department of Physiotherapy and Occupational Therapy, Aalborg University Hospital, Denmark.
- 9** Department of Health Science and Technology, Aalborg University, Aalborg, Denmark.
- 10** Department of Physiotherapy, University College of Northern Denmark, Aalborg, Denmark.
- 11** IRCCS Ospedale Galeazzi-Sant'Ambrogio, Milan, Italy.
- 12** Research & Development Department, SYNYO GmbH, Vienna, Austria.



## Dichiarazione di non responsabilità

Il presente documento è stato elaborato nell'ambito di un progetto europeo a scopo esclusivamente didattico e informativo. Il contenuto non intende sostituire il giudizio clinico, le linee guida professionali o i protocolli istituzionali. Non costituisce un parere medico, una diagnosi o un trattamento. Gli operatori sanitari devono basarsi sulla propria competenza, esperienza clinica e sugli standard di cura applicabili al momento di prendere decisioni. Né gli autori né i partner del progetto si assumono alcuna responsabilità per azioni o decisioni prese sulla base delle informazioni fornite nel presente materiale.

**Dichiarazione di trasparenza:** Gli strumenti di IA generativa sono stati utilizzati per assistere nella stesura, nella revisione e nell'adattamento del materiale originale creato dal consorzio DIGI4MSK. Tutti i risultati generati dall'IA sono stati rivisti, verificati e perfezionati dagli autori.

© Gennaio 2026. Digi4MSK. Licenza CC BY 4.0.

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

doi: <https://doi.org/10.54391/20.500.14888/2016>



# Indice

|                                                                                                                         |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Informazioni sul libro</b>                                                                                           | <b>10</b> |
| <b>Come utilizzare questo libro</b>                                                                                     | <b>11</b> |
| <b>1. Introduzione all'autogestione</b>                                                                                 | <b>13</b> |
| 1.1. Perché è necessaria l'autogestione?                                                                                | 13        |
| 1.2. Competenze fondamentali di autogestione nel dolore muscoloscheletrico                                              | 15        |
| 1.2.1 Risoluzione dei problemi                                                                                          | 15        |
| 1.2.2 Processo decisionale                                                                                              | 16        |
| 1.2.3 Utilizzo delle risorse                                                                                            | 18        |
| 1.2.4 Collaborazione tra paziente e operatore sanitario                                                                 | 21        |
| 1.2.5 Agire                                                                                                             | 24        |
| 1.3. Facilitatori per l'autogestione                                                                                    | 25        |
| 1.3.1 Esperienza                                                                                                        | 25        |
| 1.3.2 Attività fisica e partecipazione al lavoro                                                                        | 27        |
| 1.3.3 Sonno                                                                                                             | 28        |
| 1.3.4 Strategie di cambiamento comportamentale                                                                          | 30        |
| 1.3.5 Fiducia                                                                                                           | 31        |
| 1.4. Ostacoli all'autogestione                                                                                          | 33        |
| 1.4.1 Lacune di conoscenza                                                                                              | 33        |
| 1.4.2 Lacune nelle competenze                                                                                           | 34        |
| 1.4.3 Incertezza                                                                                                        | 36        |
| 1.4.4 Incapacità di gestire le riacutizzazioni                                                                          | 37        |
| 1.4.5 Esaurimento delle risorse                                                                                         | 38        |
| <b>2. Screening rapido e affrontare la scarsa alfabetizzazione sanitaria nei pazienti con dolore muscoloscheletrico</b> | <b>40</b> |
| 2.1. Perché è importante individuare la scarsa alfabetizzazione sanitaria muscoloscheletrica nei pazienti?              | 40        |

|                                                                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.2. Aree di alfabetizzazione sanitaria nella salute muscolo-scheletrica                                  | 42        |
| 2.2.1 Accesso                                                                                             | 42        |
| 2.2.2 Comprendere                                                                                         | 45        |
| 2.2.3 Valutare                                                                                            | 49        |
| 2.2.4 Applicare                                                                                           | 53        |
| 2.3. Principi educativi per migliorare l'alfabetizzazione in materia di salute muscolo-scheletrica        | 60        |
| 2.3.1 Chiarezza e personalizzazione                                                                       | 60        |
| 2.3.2 Coinvolgimento attivo e dialogo                                                                     | 60        |
| 2.3.3 Ripetizione, rinforzo e feedback                                                                    | 61        |
| 2.3.4 Processo decisionale condiviso e motivazione                                                        | 61        |
| 2.3.5 Normalizzare le fluttuazioni e sviluppare la resilienza                                             | 61        |
| <b>3. Valutare e affrontare la mancanza di motivazione al cambiamento</b>                                 | <b>63</b> |
| 3.1. Perché è importante individuare la scarsa motivazione al cambiamento nei pazienti affetti da dolore? | 63        |
| 3.2. Intervento adeguato per facilitare la motivazione al cambiamento                                     | 64        |
| 3.2.1 Fasi della motivazione al cambiamento nel dolore muscoloscheletrico                                 | 64        |
| 3.2.2 Pre-contemplazione: <i>"Non ne vedo il senso"</i>                                                   | 66        |
| 3.2.3 Contemplazione: <i>"So che dovrei, ma..."</i>                                                       | 67        |
| 3.2.4 Preparazione: <i>"Mi sto preparando"</i>                                                            | 68        |
| 3.2.5 Azione: <i>"Ho iniziato, ma è fragile"</i>                                                          | 69        |
| 3.2.6 Mantenimento: <i>"Fa parte della mia vita, ma continuo a vacillare"</i>                             | 69        |
| 3.2.7 Ricaduta/Riciclaggio: <i>"Ho avuto una ricaduta"</i>                                                | 70        |
| <b>4. Casi clinici</b>                                                                                    | <b>73</b> |
| 4.1. Movimento e attività                                                                                 | 73        |
| 4.1.1 Incertezza riguardo all'esercizio fisico e all'aumento dell'attività fisica                         | 73        |
| 4.1.2 Sensazione di insuccesso nell'attività fisica                                                       | 77        |

|                                                                                                                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.1.3 Incertezza riguardo all' e del dolore                                                                                                                    | 81  |
| 4.1.4 Mancanza di fiducia nel terapeuta                                                                                                                        | 83  |
| 4.1.5 Comprendere l'importanza dell'attività fisica, ma non sapere da dove iniziare                                                                            | 87  |
| 4.1.6 Fare esercizio fisico con comorbidità: come iniziare e gestire gli ostacoli                                                                              | 91  |
| 4.1.7 Adattare l'esercizio fisico a routine imprevedibili come il lavoro a turni o la genitorialità                                                            | 95  |
| 4.1.8 Affrontare la paura del movimento                                                                                                                        | 97  |
| 4.1.9 Utilizzo di strategie di pacing per evitare cicli di boom e bust.                                                                                        | 101 |
| 4.1.10 Integrare il movimento nei lavori sedentari o nei lunghi spostamenti                                                                                    | 105 |
| 4.1.11 Utilizzo dell'IA per promuovere il movimento e l'attività fisica                                                                                        | 109 |
| 4.1.12 Evitare di sollevare pesi: prove a sostegno della raccomandazione sul mal di schiena                                                                    | 113 |
| 4.2. Interazione medico-paziente                                                                                                                               | 117 |
| 4.2.1 Aiutare i pazienti a prepararsi per un consulto con il medico e gestire i secondi pareri                                                                 | 117 |
| 4.2.2 Identificare i consigli corretti da quelli errati online                                                                                                 | 121 |
| 4.2.3 Comprendere i risultati delle scansioni                                                                                                                  | 125 |
| 4.2.4 Spiegazione delle etichette diagnostiche                                                                                                                 | 129 |
| 4.2.5 Affrontare la dipendenza dalle terapie passive                                                                                                           | 133 |
| 4.2.6 Affrontare raccomandazioni chirurgiche premature in caso di radicolopatia lombare acuta senza segni neurologici negativi                                 | 137 |
| 4.2.7 Combinare nuovi trattamenti per l'obesità con cambiamenti nello stile di vita: semaglutide somministrato a un paziente affetto da obesità e OA dell'anca | 141 |
| 4.3. Valori, definizione degli obiettivi e competenze                                                                                                          | 145 |
| 4.3.1 Gestire le riacutizzazioni senza panico                                                                                                                  | 145 |
| 4.3.2 Affrontare lo scoraggiamento degli altri: <i>"Hai ancora dolore ?"</i>                                                                                   | 149 |

|       |                                                                                                    |     |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 4.3.3 | Mantenere i progressi dopo la dimissione dalla terapia                                             | 151 |
| 4.3.4 | Gestione delle risposte emotive al dolore cronico come frustrazione o ansia                        | 155 |
| 4.4.  | Lavoro e dolore                                                                                    | 159 |
| 4.4.1 | Ritorno al lavoro in sicurezza                                                                     | 159 |
| 4.4.2 | Confondere l'attività lavorativa con l'esercizio fisico: un lavoratore di un macello in difficoltà | 163 |
| 4.4.3 | Incomprensione dell'ergonomia: cosa offre e cosa non offre per l' e del dolore                     | 167 |



## Informazioni sul libro

Il dolore muscoloscheletrico (MSK) rappresenta una delle condizioni di salute più diffuse e invalidanti in tutto il mondo. Spesso persiste anche dopo la risoluzione di qualsiasi lesione tissutale, diventando un'esperienza complessa e multifattoriale influenzata da fattori biologici, psicologici e sociali. Per i professionisti sanitari che lavorano con questo tipo di pazienti, la sola competenza clinica non è sufficiente: la vera sfida consiste nell'aiutare le persone a **comprendere e dare un senso al loro dolore, e ad assumere un ruolo attivo e consapevole nella sua gestione**.

Questo libro vuole essere una **guida di riferimento rapido** per gli operatori sanitari e gli specialisti muscoloscheletrici alla ricerca di strumenti pratici e basi teoriche sintetiche su argomenti chiave relativi **all'implementazione di strategie di autogestione nella cura del dolore muscoloscheletrico**. Il linguaggio utilizzato in tutto il libro è volutamente chiaro, rispettoso e incentrato sulla persona. I pazienti sono considerati partner attivi, non destinatari passivi. Il ruolo del medico è quello di guidare, sostenere e istruire, aiutando le persone a sviluppare competenze, fiducia e resilienza nella gestione della loro condizione.

Nello specifico, la guida fornisce quadri concisi e clinicamente rilevanti su:

- **I principi generali dell'autogestione** del dolore muscoloscheletrico, sottolineando come consentire ai pazienti di adottare e mantenere comportamenti che migliorano la funzionalità e la qualità della vita.
- **Come valutare e migliorare la motivazione dei pazienti all'autogestione e al cambiamento comportamentale**, utilizzando modelli tratti dalla psicologia della salute e dalla scienza del dolore.
- **Come identificare e affrontare la scarsa conoscenza della salute muscolo-scheletrica e del dolore**, assicurandosi che le informazioni non solo vengano fornite, ma anche comprese, valutate e applicate nella vita quotidiana del paziente.

A completamento di queste sezioni concettuali, il libro include anche **26 vignette cliniche** che illustrano le sfide comuni incontrate nella pratica muscolo-scheletrica. Questi brevi e realistici casi mostrano come affrontare ostacoli quali la paura del movimento, i comportamenti evitanti, le aspettative irrealistiche, le incomprensioni sui risultati delle immagini diagnostiche, le difficoltà nella partecipazione al lavoro o le difficoltà nella definizione e nell'adesione agli obiettivi. Ogni vignetta integra tecniche di comunicazione (ad esempio, colloquio motivazionale, teach-back, dialogo basato sull'empatia) e ragionamento clinico per dimostrare come la teoria si traduce in pratica.

## Come utilizzare questo libro

Questo libro è concepito come una guida pratica per supportare medici, educatori e studenti nella promozione dell'autogestione e dell'alfabetizzazione sanitaria tra le persone affette da dolore muscoloscheletrico (MSK). Combina il ragionamento clinico con le capacità comunicative, i principi di cambiamento comportamentale ed esempi reali per colmare il divario tra l'evidenza e la pratica quotidiana.

Anziché fornire spiegazioni teoriche esaustive, ogni sezione si concentra su cosa fare, cosa dire e come applicarlo negli incontri clinici. L'obiettivo è rendere accessibile e attuabile una pratica incentrata sulla persona e psicologicamente informata.

Il libro è strutturato come una serie di **capitoli modulari di rapida consultazione**, ciascuno incentrato su un elemento fondamentale del supporto all'autogestione (competenze di base, alfabetizzazione sanitaria, interazione medico-paziente, valori, obiettivi e competenze, strumenti e risorse).

1. Introduzione all'autogestione
2. Valutare e affrontare la mancanza di motivazione al cambiamento
3. Valutare e affrontare la scarsa alfabetizzazione sanitaria nei pazienti con dolore muscoloscheletrico.
4. Casi clinici

È possibile leggere e applicare i contenuti di questo libro in modo selettivo, poiché ogni vignetta è autonoma e può essere letta indipendentemente dalle altre. Inoltre, è consigliabile iniziare da ciò che è più rilevante per la propria pratica: scegliere un caso che assomigli ai propri pazienti o alle sfide che si affrontano più spesso.

Nella pratica (prima o durante le visite), è possibile utilizzare le frasi di esempio per semplificare le spiegazioni e rafforzare la rassicurazione, confermare la comprensione con una breve domanda di verifica, ecc. Troverete esempi in tutto il libro in corsivo e/o tra virgolette. Per l'educazione digitale o scritta dei pazienti: adattate gli script, i riassunti e gli ausili visivi in opuscoli, materiali online o contenuti di app (con riconoscimento a Digi4MSK).

Infine, questo volume, destinato agli operatori sanitari, è collegato a un altro libro pensato per i pazienti e per il pubblico generale. Questo libro per la popolazione generale, anch'esso basato su vignette in cui i pazienti e i loro parenti possono vedere come migliorare specifiche competenze relative alla loro alfabetizzazione in materia di dolore e salute muscolo-scheletrica, può essere utilizzato dagli operatori sanitari come risorsa da consigliare ai pazienti.

**“Guida pratica per persone affette da dolori”** | doi: <https://doi.org/10.54391/20.500.14888/2005>

# 1. Introduzione all'autogestione

Questo capitolo introduce il concetto di autogestione nel contesto del dolore muscoloscheletrico. Spiega come responsabilizzare i pazienti ad assumere un ruolo attivo nella gestione dei propri sintomi possa migliorare sia gli esiti clinici che il benessere generale. Il capitolo delinea i principi fondamentali dell'autogestione, tra cui l'educazione del paziente, il cambiamento comportamentale, l'esercizio fisico e le modifiche dello stile di vita, sottolineando l'importanza della collaborazione tra operatori sanitari e pazienti. Evidenzia inoltre come le strategie di autogestione debbano essere adattate al livello di alfabetizzazione sanitaria e alla motivazione dei singoli individui così da garantire un coinvolgimento significativo e un successo a lungo termine.

## 1.1. Perché è necessaria l'autogestione?

I pazienti spesso presentano **lombalgia persistente, osteoartrite del ginocchio, tendinopatia della spalla o dolore cronico al collo**. Molti presentano anche **profili di multimorbidità** come diabete di tipo 2, malattie cardiovascolari, obesità o depressione. Queste condizioni raramente si verificano in modo isolato: interagiscono e si amplificano a vicenda, generando sfide quotidiane complesse. Ad esempio:

- **Lombalgia cronica + obesità + disturbi del sonno:** il dolore limita la mobilità, l'obesità e il sonno disturbato aumentano la sensibilità al dolore.
- **Osteoartrite del ginocchio + diabete + ipertensione:** la rigidità articolare riduce l'attività fisica, l'inattività peggiora il controllo glicemico e aumenta il rischio cardiovascolare.
- **Dolore al collo + ansia + lavoro sedentario:** la paura del movimento genera evitamento, rafforzando la tensione muscolare e il disagio psicologico.

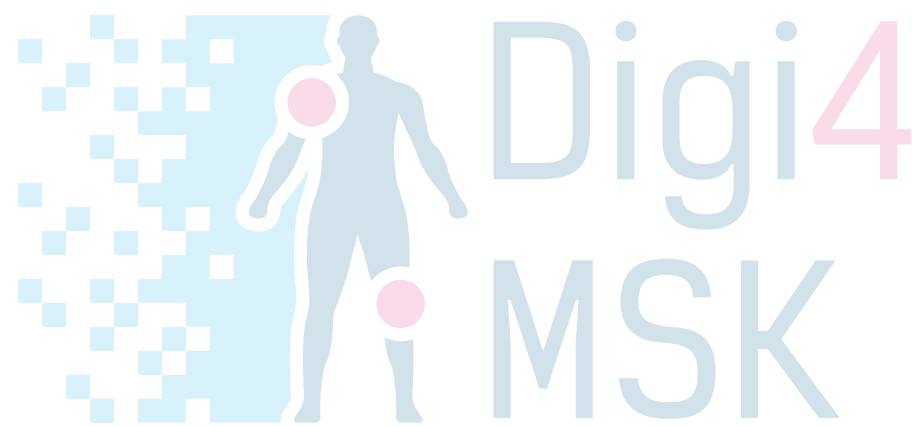
Tuttavia, i modelli di cura biomedica tradizionali, in cui il professionista "cura" il paziente con trattamenti passivi, sono insufficienti in questi contesti. Quando il dolore persiste oltre i 3-6 mesi, il decorso tende a trasformarsi in una **condizione a lungo termine** piuttosto che in un episodio curabile.

### 1. Le condizioni sono croniche e ricorrenti.

Le sindromi dolorose muscoloscheletriche e la multimorbidità **non sono solitamente risolvibili con un unico trattamento**. Sono prevedibili riacutizzazioni e i pazienti hanno bisogno di competenze per affrontarle, adattarsi e funzionare nonostante esse.

### 2. I sistemi sanitari non possono sostenere l'intero onere.

Con un terzo degli adulti in tutto il mondo affetto da multimorbidità, il ricorso costante a



professionisti per ogni riaccutizzazione è insostenibile, sia dal punto di vista economico che pratico.

### 3. L'empowerment dei pazienti migliora i risultati.

È dimostrato che quando i pazienti sono dotati di **strategie di autogestione** (risoluzione dei problemi, ritmo, processo decisionale, cambiamenti nello stile di vita), ottengono risultati **pari o superiori** all'assistenza supervisionata in termini di riduzione del dolore, funzionalità e qualità della vita.

### 4. Riduce la dipendenza e rafforza la resilienza.

L'autogestione sposta gradualmente la responsabilità dalla clinica alla vita quotidiana del paziente. Ciò non significa abbandono: i medici agiscono come coach, assicurandosi che i pazienti si sentano supportati mentre sviluppano la loro indipendenza.

### 5. La multimorbilità richiede un'azione integrata.

Un paziente affetto da osteoartrite e diabete non può gestire l'una senza considerare l'altra. Le strategie di autogestione, come l'attività fisica, la dieta, la regolazione dello stress e le capacità di coping, abbracciano tutte le condizioni, aiutando il paziente ad affrontare **il quadro sanitario nel suo complesso** piuttosto che i sintomasi isolati.

Pertanto, l'autogestione è necessaria perché il dolore muscoloscheletrico e la multimorbilità spesso coesistono, sono a lungo termine, complessi e profondamente legati allo stile di vita. I pazienti devono diventare agenti attivi nella loro cura per ridurre la sofferenza e mantenere la funzionalità.



#### Caso clinico

**Rosa, 62 anni, affetta da osteoartrite al ginocchio, diabete di tipo 2 e obesità:** se Rosa si affida esclusivamente agli antidolorifici e alle visite mediche periodiche, il dolore potrebbe temporaneamente attenuarsi, ma l'inattività potrebbe aumentare il suo peso, compromettere il controllo del glucosio e influire negativamente sulla salute cardiovascolare. Insegnare a Rosa **semplici e sostenibili tecniche di autogestione**, come passeggiate quotidiane di 10 minuti, attività domestiche moderate e l'uso di un diario per monitorare le riaccutizzazioni, le consente di agire su tutte le sue condizioni contemporaneamente. Questa integrazione è il motivo per cui l'autogestione non è facoltativa, ma **necessaria**.

## 1.2. Competenze fondamentali di autogestione nel dolore muscoloscheletrico

### 1.2.1 Risoluzione dei problemi

Il dolore muscoloscheletrico persistente è raramente semplice: i pazienti devono affrontare sintomasi fluttuanti, riaccutizzazioni imprevedibili e ostacoli nella vita quotidiana. Risoluzione dei problemi significa fornire ai pazienti gli strumenti per **identificare le sfide, generare opzioni, testare strategie e imparare dai risultati**. Anziché affidarsi esclusivamente a un medico per ottenere soluzioni, i pazienti acquisiscono gradualmente maggiore sicurezza nell'adattare le proprie risposte.

#### Perché è importante:

- Il dolore è influenzato da fattori biologici, psicologici e sociali. Non esiste un'unica "soluzione" che funzioni sempre.
- I pazienti che non sono in grado di risolvere i problemi possono andare incontro all'evitamento (ad esempio, interrompere tutte le attività dopo una riaccutizzazione) o alla frustrazione ("niente funziona").
- Insegnare la risoluzione dei problemi favorisce **l'adattabilità e la resilienza**, fondamentali per convivere con condizioni croniche.

#### Passaggi per rafforzare questa abilità in clinica:

##### 1. Definire chiaramente il problema.

Molti pazienti descrivono i problemi in modo vago ("Ho sempre mal di schiena"). Aiutarli a circoscriverlo: "Quando sto seduto per più di 30 minuti al lavoro, il dolore peggiora".

##### 2. Raccogliere più soluzioni possibili.

Incoraggiare la generazione di più di un'opzione. In questo modo, è più facile adattarsi alle preferenze e al contesto del paziente e, inoltre, il paziente percepisce che esiste un piano A e un piano B nel caso in cui il piano A non funzioni. Ad esempio, per il dolore correlato alla posizione seduta: provare ad alzarsi ogni 25 minuti, allenare la variabilità della postura, cambiare postura o aggiungere pause per lo stretching.

##### 3. Scegliere una soluzione da testare.

Guidate il paziente nella scelta di un'opzione realistica e fattibile. Enfatizzate la sperimentazione.

4. **Esaminare i risultati.**

Alla visita successiva, chiedete: "Cosa ha funzionato? Cosa non ha funzionato? Cosa potremmo modificare?" Considerate gli insuccessi come **informazioni, non come fallimenti**.

**Consiglio pratico per i medici:** utilizzare il metodo **"Cosa, quando, cosa succede se?"** durante la seduta:

- Cosa succede esattamente?
- Quando si verifica più spesso?
- Cosa accadrebbe se provasse [opzione A]? Come potrebbe testarla questa settimana?

Questo dialogo strutturato aiuta i pazienti a pensare per gradi piuttosto che in termini globali e senza speranza. Con il tempo, interiorizzano il metodo e iniziano ad applicarlo automaticamente.

## 1.2.2 Processo decisionale

Il processo decisionale nell'autogestione consiste nel consentire ai pazienti di **valutare le opzioni, interpretare i segnali del corpo e fare scelte informate** sui loro comportamenti quotidiani in materia di salute. Per le persone con dolore muscoloscheletrico persistente, le decisioni spesso implicano trovare un equilibrio tra attività e riposo, decidere se il dolore è un segnale sicuro o un avvertimento e sapere quando è necessario l'intervento di un professionista.

### Perché è importante:

- Senza questa capacità, i pazienti potrebbero avere un atteggiamento protettivo eccessivamente ("qualsiasi dolore = danno") o ignorare i segnali di pericolo ("*supererò il gonfiore grave*").
- Un processo decisionale chiaro riduce le visite mediche non necessarie, garantendo al contempo la sicurezza.
- Supporta l'autonomia: i pazienti si sentono in grado di gestire la propria cura.

### Passaggi per rafforzare questa abilità in clinica:

#### 1. **Chiarire quali sinTommasoi sono "accettabili" e quali "preoccupanti".**

Insegnare le regole generali: un leggero indolenzimento dopo un nuovo esercizio è normale;

gonfiore, perdita di funzionalità o sinTommasoi allarmanti richiedono un controllo.

#### 2. **Introdurre strumenti di supporto decisionale.**

Utilizzare immagini semplici come i semafori:

- **Verde:** continuare l'attività (sinTommasoi lievi e in miglioramento).
- **Giallo:** modificare ma non interrompere (riacutizzazione, dolore tollerabile).
- **Rosso:** interrompere e rivolgersi a un medico (sinTommasoi gravi, improvvisi o progressivi).

#### 3. **Esercitarsi nel ragionamento basato su scenari.**

Simulazione di situazioni cliniche: "Se il ginocchio fa male dopo 20 minuti di camminata, quali opzioni sono disponibili?"

#### 4. **Rafforzare la riflessione.**

Incoraggiare i pazienti a chiedersi: "*Su cosa ho basato questa scelta?*" - questo li aiuta a diventare consapevoli del loro processo di ragionamento.



### Caso clinico:

- **Caso:** Maria, 56 anni, osteoartrite al ginocchio. Spesso interrompe l'attività dopo un leggero fastidio, temendo di causare danni.
- **Processo:** il medico introduce lo strumento del semaforo. Insieme, si esercitano a etichettare gli scenari: "Lieve rigidità dopo aver camminato? È verde. Lieve gonfiore che si risolve in 24 ore? Giallo. Blocco improvviso? Rosso".
- **Risultato:** nel giro di poche settimane, Maria cammina in modo più costante, riduce i riposi non necessari e chiama il medico solo quando è veramente necessario.

### Consiglio pratico per i medici:

Incorporare il **teach-back**: "Può spiegare come deciderebbe se il dolore di oggi è una situazione verde, gialla o rossa?" Questo assicura la comprensione e rafforza la fiducia.

## 1.2.3 Utilizzo delle risorse

L'utilizzo delle risorse è la capacità di **sapere quando e come cercare ulteriore supporto**, sia esso da persone, servizi o strumenti, e di utilizzare tali supporti in modo efficace. Per i pazienti con dolore muscoloscheletrico persistente, le risorse esterne possono essere il ponte tra ciò che è possibile in clinica e ciò che è necessario nella vita quotidiana. Questa competenza riguarda il dominio dell'alfabetizzazione sanitaria "Accesso".

### Perché è importante:

- Il dolore persistente spesso richiede **più del contributo di un singolo professionista**.
- I pazienti che non ricorrono a risorse esterne possono diventare eccessivamente dipendenti dal medico o, al contrario, perdersi in fonti inaffidabili.
- Indirizzare i pazienti verso la **risorsa giusta al momento giusto** favorisce l'indipendenza, la sicurezza e la fiducia.

### Come rafforzare questa competenza in clinica

#### 1. Identificare le opportunità di supporto esterno.

Chiedere: "C'è una parte del suo piano che potrebbe trarre beneficio da un altro paio di occhi, mani o strumenti?"

#### 2. Introdurre le risorse al momento opportuno.

Sovraccaricare i pazienti di opzioni troppo presto porta al disimpegno. Collegare le risorse a esigenze concrete o traguardi specifici.

#### 3. Facilitare la connessione.

Non limitarsi a "raccomandare", ma spiegare lo scopo, il ruolo e i benefici attesi. Ove possibile, fornire una nota scritta, un riferimento o una dimostrazione. Adattarsi alle modalità preferite dal paziente.



### Esempi clinici

#### 1. Iscrivere in palestra con una comunicazione strutturata

- **Caso:** Jonas, 55 anni, soffre di lombalgia cronica, motivato ad aumentare la forza.
- **Azione del medico:** invece di limitarsi a suggerire di "andare in palestra", il medico scrive una breve nota di sintesi per l'istruttore di palestra: "Jonas trae beneficio dagli esercizi mirati alla forza del core e alla progressione graduale del carico. Evitare i deadlift pesanti nelle prime 6 settimane. Monitorare la tolleranza al vogatore".
- **Risultato:** Jonas si sente più sicuro, l'istruttore della palestra ha indicazioni chiare e il paziente utilizza la risorsa in modo efficace invece di smettere dopo la prima ricaduta.

#### 2. Ampliare le conoscenze sul dolore con le risorse digitali

- **Caso:** Laura, 42 anni, dolore ricorrente al collo, inizialmente sopraffatta. All'inizio sono sufficienti semplici rassicurazioni e consigli sul ritmo da seguire.
- **Azione del medico:** dopo 3 visite, Laura mostra curiosità: "Perché lo stress peggiora il mio dolore al collo?" Il medico riconosce la sua disponibilità ad approfondire le conoscenze e condivide una risorsa web curata con brevi video che spiegano il dolore e il legame tra stress e tensione.
- **Risultato:** Laura si impegna secondo i propri ritmi, evita le informazioni sbagliate sui social media e inizia ad applicare strategie di rilassamento.

#### 3. Rinvio a un dietologo in caso di osteoartrite dell'anca con obesità

- **Caso:** Rosa, 62 anni, OA dell'anca, BMI 33, in terapia farmacologica ma con mobilità limitata.
- **Azione del medico:** spiega in parole semplici: "Perdere anche solo 5 kg può ridurre il carico sull'anca e ridurre l'infiammazione. Un dietista può guidarla con cambiamenti ragionevoli e gradualmente che migliorano anche il suo livello di zucchero nel sangue. Vuole che la metta in contatto con lui?"
- **Risultato:** Rosa accetta, nota dei progressi nel controllo del dolore articolare e del diabete e considera le visite dal dietista come parte del suo piano per il dolore, non solo come un modo per "perdere peso".

#### 4. Supporto comunitario per il ritmo e l'attività fisica

- **Caso:** Ahmed, 68 anni, dolore cronico diffuso e isolamento sociale.
- **Azione del medico:** indirizza Ahmed a un gruppo di camminata della comunità locale, presentandolo sia come strategia di regolazione del ritmo che come supporto sociale.

Fornisce una nota al leader del gruppo: "Incoraggi Ahmed a iniziare con percorsi più brevi e ad aumentare gradualmente".

- **Risultato:** Ahmed non solo aumenta l'attività fisica, ma si sente anche meno isolato, migliorando il suo umore e la sua aderenza alla terapia.

### Consiglio pratico per i medici

Presentare sempre le risorse esterne con **tre messaggi chiave**:

- **Che cos'è** ("un dietologo aiuta a bilanciare l'alimentazione e a ridurre lo sforzo sulle articolazioni"),
- **Perché è importante ora** ("il dolore all'anca e la glicemia ne trarranno beneficio"),
- **Come utilizzarle** ("Le scriverò una nota / ecco un link affidabile / può provare questa attività questa settimana").

### L'utilizzo delle risorse come estensione della consultazione

Quando insegniamo a un paziente un nuovo esercizio, riformuliamo le sue convinzioni o creiamo insieme un piano d'azione, i benefici spesso **svaniscono rapidamente** se non vengono rafforzati al di fuori della clinica. I pazienti tornano a casa, incontrano ostacoli o dimenticano i dettagli. È qui che diventa fondamentale un uso corretto delle risorse esterne.

- **Considerare la consultazione come la semina.**

Le risorse esterne, che si tratti di un istruttore di palestra, un dietologo, un sito web affidabile o un gruppo comunitario, sono il **terreno, l'acqua e la luce del sole** che consentono al seme di crescere.

- **Senza risorse, il cambiamento rimane fragile.**

I pazienti potrebbero provare una volta, incontrare difficoltà e smettere. Con le risorse, ogni giorno tra una visita e l'altra diventa un'opportunità per **mettere in pratica, adattare e rafforzare** le nuove competenze.

- **Le risorse amplificano la voce del medico.**

Una nota scritta al personal trainer in palestra o un rinvio a un dietista significa che il vostro consiglio riecheggia in ambienti in cui non siete fisicamente presenti. La consultazione continua attraverso le mani di altri, lo schermo di un'app o la struttura di un gruppo comunitario.

- **Le risorse trasformano una singola sessione in un programma continuo.**



Invece di un appuntamento isolato di 30 minuti, il paziente sperimenta un **percorso di cura continuo**, con controlli, feedback e rinforzi integrati nella routine quotidiana.

### Caso clinico

**Caso:** Marco, 50 anni, soffre di lombalgia cronica e vede il suo fisioterapista una volta ogni due settimane.

- **Senza risorse:** Marco esegue l'esercizio prescritto due volte, dimentica la tecnica, ha una ricaduta e smette fino alla sessione successiva. L'effetto della consultazione è limitato a pochi giorni.
- **Con le risorse:** il fisioterapista filma Marco mentre esegue l'esercizio, condivide un link a un breve video da un'app affidabile e scrive una nota per l'allenatore di Marco in palestra. Ora, ogni giorno Marco riceve promemoria, guida e supporto. Alla visita successiva, i progressi si sommano ai progressi.
- **Risultato:** la singola consultazione non è solo un evento isolato, ma diventa il punto di partenza di un processo di cambiamento duraturo.

### Messaggio chiave

Utilizzo corretto delle risorse = **moltiplicazione dell'impatto della consultazione**.

Garantisce che ciò che inizia in clinica **continui nella vita reale del paziente**, trasformando i consigli in azioni, le azioni in abitudini e le abitudini in un miglioramento della salute a lungo termine.

### 1.2.4 Collaborazione tra paziente e operatore sanitario

La collaborazione tra paziente e operatore sanitario è alla **base di un'autogestione efficace**. Senza un rapporto di fiducia e collaborazione, anche i migliori programmi educativi e piani d'azione rischiano di essere ignorati o abbandonati. Collaborazione significa che il punto di vista del paziente viene ascoltato, convalidato e integrato, mentre il medico fornisce competenze, guida e supporto. Insieme, creano un piano **significativo, realistico e flessibile**.

### Perché è importante:

- **Il dolore persistente mina la fiducia.** Molti pazienti si sono sentiti ignorati ("è tutto nella tua

testa”) o iper-medicalizzati (“hai bisogno di un intervento chirurgico”) in passato. Ripristinare la fiducia è importante quanto prescrivere esercizi.

- **Compliance ≠ collaborazione.** Seguire passivamente le indicazioni non è un vero coinvolgimento. La collaborazione richiede che i pazienti partecipino attivamente al processo.
- **La collaborazione alimenta la motivazione.** I pazienti sono più propensi a seguire i piani che hanno contribuito a elaborare e che riflettono i loro obiettivi e il loro contesto.

## Strategie pratiche per i medici

### 1. Ascolto attivo e convalida

- Iniziate chiedendo: *“Cosa vi preoccupa di più del vostro dolore?”* o *“Cosa sperate di ottenere?”*.
- Riflettete: *“Capisco che le riacutizzazioni ti fanno sentire senza speranza. Lavoriamo insieme per trovare il modo di gestirle”*.
- Convalidare non significa concordare con idee sbagliate, ma riconoscere i sentimenti prima di riformularli.

### 2. Agenda condivisa / Definizione degli obiettivi

- All’inizio della consultazione, scriva 2-3 priorità.
- Assicurarsi che almeno una provenga direttamente dal paziente (ad esempio, *“salire le scale senza riposarsi”*).
- Questo aumenta il senso di condivisione..

### 3. Spiegazioni e narrazioni trasparenti

- Evitare lezioni generiche sul dolore (*“è tutta colpa dei nervi”*).
- Collegare invece le spiegazioni alla storia del paziente: *“L'anca le fa più male dopo essere stato seduto a lungo perché le articolazioni si irrigidiscono senza movimento. Questo è qualcosa che possiamo cambiare”*.
- Questo crea una **storia personalizzata e coerente** che i pazienti possono raccontare a se stessi e agli altri.

### 4. Pianificazione collaborativa

- Offrite due o tre opzioni realistiche e lasciate che sia il paziente a scegliere: *“Possiamo iniziare con brevi passeggiate, stretching leggero o entrambi. Cosa le sembra più fattibile questa settimana?”*.
- La flessibilità è segno di rispetto e aumenta l'aderenza.

### 5. Follow-up e feedback

- Considerare ogni follow-up come un ciclo di feedback, non come una valutazione delle prestazioni. Chieda: *“Cosa ha funzionato per lei?”* *“Cosa è stato difficile?”*
- Celebrare i piccoli successi: *“Questa settimana sei riuscito a fare tre passeggiate: è un progresso”*.
- Normalizzare le battute d'arresto: *“È normale saltare qualche giorno. Adattiamo il piano in modo che sia più adatto alle tue esigenze”*.

## 6. Linguaggio di collaborazione

- Sostituisci i comandi prescrittivi (*“Devi...”*) con frasi collaborative:
  - *“Proviamo a...”*
  - *“Quale opzione ti sembra più realistica in questo momento?”*
  - *“Come potrebbe inserirsi nella sua settimana?”*



## Caso clinico

**Caso:** Elena, 52 anni, affetta da fibromialgia, esausta dopo anni di trattamenti infruttuosi.

- **Primo incontro:** afferma, *“I medici mi consigliano semplicemente di fare esercizio fisico, ma non funziona mai.”*
- **Approccio collaborativo:** il medico ascolta, riconosce la sua frustrazione e la invita a stabilire l'ordine del giorno. Elena sceglie come priorità la gestione della fatica.
- **Creazione del piano:** insieme elaborano un programma per le attività quotidiane e concordano di tenere un diario dei livelli di affaticamento.
- **Follow-up:** Elena riferisce di essere riuscita a registrare solo 3 giorni. Invece di considerarlo un fallimento, il medico afferma: *“È un ottimo inizio. Cosa ha reso possibili quei tre giorni? Come possiamo partire da lì?”*.
- Risultato: Elena si sente responsabile, non sotto pressione, e si impegna più **profondamente** nelle sessioni successive.

## Insidie da evitare

- **Affrettarsi a trovare soluzioni:** spesso i pazienti hanno bisogno di sentirsi ascoltati prima di poter assimilare i consigli.

- **Respingere troppo rapidamente le convinzioni:** correggere con delicatezza, ma partire dalla comprensione del punto di vista del paziente.
- **Pianificazione rigida:** istruzioni eccessivamente prescrittive minano il senso di responsabilità.
- **Sovraccarico di informazioni:** troppe informazioni contemporaneamente creano confusione; la collaborazione richiede anche un ritmo adeguato nella trasmissione delle informazioni.

### La collaborazione come estensione della visita

Una forte collaborazione garantisce che la consultazione non finisca quando il paziente lascia la stanza. Quando i pazienti si sentono **coautori del piano**, sono più propensi a mettere in pratica le competenze acquisite, a testare le strategie e a fornire un feedback significativo. In altre parole, la collaborazione trasforma la consultazione in un **dialogo continuo** che prosegue tra una visita e l'altra.

**Messaggio chiave:** la collaborazione tra paziente e operatore sanitario non riguarda la conformità, ma **la collaborazione, il rispetto e la co-progettazione**. Quando i pazienti si sentono ascoltati e sostenuti, l'autogestione diventa possibile, sostenibile e significativa.

## 1.2.5 Agire

Agire significa trasformare le intenzioni in **passi specifici, realizzabili e verificabili**. È la prova pratica di tutte le altre competenze: senza azione, la conoscenza e la discussione rimangono astratte.

### Perché è importante:

- Molti pazienti sanno cosa *dovrebbero* fare (muoversi di più, rallentare il ritmo, rilassarsi), ma non riescono a tradurlo nella vita quotidiana.
- Il successo nelle piccole azioni rafforza l'**autoefficacia**, ovvero la convinzione di poter influire sulla propria condizione.
- Senza piani d'azione strutturati, i pazienti potrebbero fissare obiettivi vaghi o irrealistici, con conseguente frustrazione.

### Passaggi per rafforzare questa competenza in clinica:

1. **Fissare obiettivi SMART.**  
Specifici, misurabili, raggiungibili, rilevanti, limitati nel tempo.
2. **Ancorarli alle routine.**  
Collegare i nuovi comportamenti alle abitudini esistenti (ad esempio, "fare stretching ai polpacci dopo aver lavato i denti").
3. **Partire da piccoli passi.**

Inizialmente, mirate a compiti della durata di 1-2 minuti. Il successo è più importante dell'intensità.

### 4. Annotare gli obiettivi.

I pazienti registrano il programma (calendario, nota sul telefono, diario cartaceo).

### 5. Rivedere e adeguare.

Chiedete: "Cosa ha funzionato? Cosa è stato difficile? Come possiamo modificarlo?"



### Caso clinico

- **Caso:** Mark, 70 anni, mal di schiena cronico, scarsa motivazione.
- **Processo:** il medico e Mark stabiliscono un piano settimanale: "Camminare 5 minuti dopo colazione, 4 giorni questa settimana". Mark annota i progressi su un calendario.
- **Risultato:** riesce a rispettare il programma 3 volte su 4 e riferisce di avere più energia. Il medico celebra il successo e concorda di aumentare a 7 minuti la durata della camminata la settimana successiva.

### Consiglio pratico per i medici:

Concludere ogni consultazione con **"un passo successivo"** che il paziente si impegna a compiere. Assicurarsi che sia piccolo, specifico e verificabile.

Insieme, queste cinque competenze forniscono un **quadro pratico** per l'autogestione delle malattie muscoloscheletriche: i pazienti imparano a definire i problemi, prendere decisioni sicure, utilizzare le risorse, collaborare in modo efficace e intraprendere azioni significative.

## 1.3. Facilitatori per l'autogestione

### 1.3.1 Esperienza

L'esperienza è un forte facilitatore dell'autogestione, sia per i professionisti che per i pazienti. Dal punto di vista professionale, l'esperienza rafforza la fiducia necessaria per evitare esami e trattamenti non necessari e concentrarsi invece su strategie che apportano benefici a lungo termine. Un medico esperto sa quando non è indicata una risonanza magnetica, quando ridurre i farmaci inefficaci e quando spostare l'attenzione dal sollievo dei sintomi a breve termine al cambiamento comportamentale a lungo termine. Altrettanto importante è il fatto che l'esperienza

fornisce la capacità di rassicurare i pazienti sul fatto che le riacutizzazioni sono normali e gestibili. I professionisti che hanno visto centinaia di casi di dolore persistente possono affermare con sicurezza: *“Non è insolito, le riacutizzazioni si verificano, ma possiamo pianificarle”*. Questa credibilità aiuta i pazienti a fidarsi del processo. Per i pazienti, l'esperienza vissuta del dolore può anche diventare una risorsa piuttosto che solo un peso. Le persone che hanno attraversato riacutizzazioni e hanno notato che il dolore alla fine ritorna al livello di base possono acquisire una nuova prospettiva: il dolore può essere intenso e frustrante, ma non sempre è sinonimo di danno. I medici possono rafforzare questo facilitatore aiutando i pazienti a riflettere sulle loro esperienze passate e a trarne insegnamenti. Ad esempio, un paziente può ricordare che riposare completamente dopo una riacutizzazione lo ha reso più rigido, mentre un'attività leggera ha aiutato il recupero. Evidenziare questi momenti aiuta i pazienti a riconoscere che possiedono già abilità utili e resilienza, rafforzando l'autoefficacia.

| Lato professionale                                                                      | Lato paziente                                                           | Come potenziare in clinica                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Riconosce quando le scansioni o gli oppioidi non sono necessari.                        | Ha sperimentato la risoluzione delle riacutizzazioni senza trattamento. | Chiedere: "Ricorda un episodio in cui il dolore è aumentato ma poi si è attenuato nuovamente?" Utilizzare questa informazione per normalizzare le fluttuazioni. |
| Conosce la differenza tra gestione acuta e cambiamento comportamentale a lungo termine. | Comprende che l'attività fisica a volte migliora i sintomi.             | Incoraggiare la riflessione: "Cosa l'ha aiutata di più durante l'ultima riacutizzazione?"                                                                       |
| Utilizza casi passati per rassicurare e guidare i pazienti.                             | Inizia a individuare schemi ricorrenti nel comportamento del dolore.    | Collega la loro storia alle strategie: "L'ultima volta hai continuato a camminare con cautela e questo ti ha aiutato: possiamo partire da questo?"              |



### Caso clinico:

Jens, 50 anni, affetto da lombalgia cronica, si è recato in clinica preoccupato dopo una ricaduta improvvisa. Il suo fisioterapista gli ha spiegato: *“Ho visto molti pazienti come te: le ricadute sono comuni e non significano un nuovo danno”*. Insieme hanno esaminato le esperienze passate di Jens, notando che in precedenza camminare lentamente aveva ridotto la rigidità. Evidenziando le sue strategie di successo, il medico ha trasformato l'esperienza di Jens da fonte di paura a strumento di resilienza.

## 1.3.2 Attività fisica e partecipazione al lavoro

L'attività fisica e l'impegno in un lavoro o in ruoli significativi sono tra i più potenti facilitatori dell'autogestione. Per i professionisti, avere fiducia nel valore dell'attività fisica consente loro di riformulare il movimento come sicuro e terapeutico, anche in presenza di dolore. Un medico esperto può identificare le opportunità per integrare l'attività fisica nella routine quotidiana e sostenere i pazienti nel mantenere o adattare i loro ruoli lavorativi. Ad esempio, invece di consigliare a un magazziniere con lombalgia di "evitare di sollevare pesi", il medico può istruirlo su come regolare il ritmo, ruotare le mansioni e adottare strategie di sollevamento sicure. Allo stesso modo, aiutare i pazienti a rimanere impegnati nel lavoro, anche con capacità modificate, fornisce loro una struttura, una connessione sociale e la fiducia di essere ancora capaci. Questi approcci trasformano l'attività quotidiana in parte del trattamento piuttosto che in qualcosa da temere.

Per i pazienti, l'attività fisica e la partecipazione al lavoro offrono una prova concreta delle loro capacità. Portare a termine con successo compiti significativi, come raggiungere a piedi la fermata dell'autobus, dedicarsi al giardinaggio o svolgere parte di un turno di lavoro, può cambiare la narrativa da *“Sono disabile a causa del dolore”* a *“Posso ancora fare delle cose nonostante il dolore”*. Questo rafforza l'autoefficacia e incoraggia ulteriori sperimentazioni. Anche attività piccole ma costanti possono infondere la fiducia che il dolore non è sempre un ostacolo. I medici possono rafforzare questo facilitatore collegando l'attività agli obiettivi dei pazienti e integrando le strategie nel loro contesto. Ad esempio, un impiegato sedentario potrebbe essere invitato ad alzarsi in piedi per due minuti ogni 30 minuti, mentre un atleta con dolore al ginocchio potrebbe ricevere un piano di adattamento specifico per lo sport praticato. Queste strategie personalizzate rendono l'attività significativa e sostenibile.

| Lato professionale                                            | Lato paziente                                                                        | Come potenziare in clinica                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Considera il movimento come sicuro e terapeutico.             | Riduzione del dolore o della rigidità dopo l'attività.                               | Dimostrare strategie di regolazione del ritmo durante la sessione; rassicurare che il movimento può essere sicuro. |
| Sostenere una partecipazione modificata nei ruoli lavorativi. | Valorizza la possibilità di continuare a lavorare o svolgere le attività quotidiane. | Chiedere: "Qual è l'attività più importante per lei al lavoro o a casa?" Quindi adattarla insieme.                 |
| Integra l'esercizio fisico nella routine quotidiana.          | Acquisisci sicurezza completando attività significative.                             | Stabilire obiettivi di attività legati alla vita quotidiana (salire le scale, camminare, fare giardinaggio).       |



## Attività fisica & pratica partecipazione lavorativa

### Caso clinico:

Luigi, 45 anni, affetto da mal di schiena cronico, temeva di tornare al suo lavoro in magazzino. Il suo fisioterapista ha riformulato il sollevamento pesi come un'attività gestibile con un ritmo adeguato e una tecnica sicura, e hanno praticato la rotazione dei compiti. Luigi ha riferito di essere riuscito a completare i suoi turni senza panico, rendendosi conto di essere ancora in grado di lavorare. Questo successo ha rafforzato la sua fiducia nella gestione del dolore quotidiano.

### 1.3.3 Sonno

Il sonno è un pilastro fondamentale dell'autogestione perché un sonno disturbato può sia aumentare la sensibilità al dolore sia ridurre la capacità di affrontarlo. Le prove scientifiche dimostrano che una scarsa qualità del sonno è associata a una maggiore intensità del dolore, a una maggiore disabilità e a un peggioramento del benessere psicologico nelle persone con dolore muscoloscheletrico. Studi sperimentali dimostrano che anche una sola notte di privazione del sonno può abbassare la soglia del dolore, mentre l'insonnia cronica amplifica la sensibilizzazione centrale. Per i professionisti, riconoscere questo legame aiuta a spostare il sonno da un "disturbo secondario" a un **obiettivo terapeutico fondamentale**. Le prove scientifiche supportano la terapia cognitivo-comportamentale per l'insonnia (CBT-I) come intervento di riferimento, mostrando miglioramenti consistenti nell'efficienza del sonno e riduzioni della sensibilità al dolore. I medici potrebbero non sempre fornire una CBT-I completa, ma possono integrarne gli elementi fondamentali: controllo degli stimoli (utilizzare il letto solo per dormire), restrizione del sonno (limitare il tempo trascorso a letto per consolidare il sonno) e training di rilassamento. Anche piccoli miglioramenti nella qualità del sonno possono sostenere in modo significativo l'autogestione durante il giorno.

Per i pazienti, migliorare il sonno spesso rappresenta il primo successo evidente nell'autogestione, rafforzando la loro motivazione. Un sonno migliore riduce la rigidità mattutina, aumenta l'energia per l'attività e migliora la regolazione dell'umore, il che contribuisce a un ciclo positivo di coping. I pazienti possono essere istruiti a sperimentare strategie pratiche e basate su prove scientifiche: impostare un orario di risveglio costante, evitare gli schermi nell'ora prima di andare a letto, ridurre l'assunzione di caffeina dopo mezzogiorno e creare un breve rituale di rilassamento (stretching, respirazione o mindfulness). Prove emergenti supportano anche **interventi basati sulla mindfulness** e brevi **programmi digitali di CBT-I**, che possono essere forniti tramite app o piattaforme online. I medici dovrebbero inquadrare queste strategie non come consigli facoltativi sullo stile di vita, ma come componenti attive del trattamento: *"Migliorando il sonno, è possibile ridurre la sensibilità al dolore e aumentare la capacità di recupero del corpo"*. Questo inquadramento

aumenta il coinvolgimento dei pazienti e pone il miglioramento del sonno al centro della gestione del dolore.

### Il sonno nella pratica

| Lato professionale                                                                                         | Lato paziente                                                                                     | Come migliorare in clinica (basato su prove scientifiche)                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Riconoscere che un sonno di scarsa qualità aumenta la sensibilità al dolore.                               | Si osserva che dopo una notte di sonno ristoratore il dolore risulta più gestibile.               | Informare: "La ricerca dimostra che migliorare la qualità del sonno può ridurre l'intensità del dolore".                                                              |
| Utilizza i principi della CBT-I: controllo degli stimoli, restrizione del sonno, training di rilassamento. | Affronta l'insonnia o i risvegli frequenti.                                                       | Insegna il controllo degli stimoli: alzarsi dal letto se non si riesce a dormire dopo 20 minuti; limitare l'uso del letto solo al sonno.                              |
| Considera l'igiene del sonno come un trattamento, non come un "consiglio".                                 | Preoccupazioni relative al dolore che disturba il sonno e senso di impotenza.                     | Elaborare un piano di igiene del sonno: orario di risveglio costante, limitare la caffeina dopo mezzogiorno, ridurre il tempo trascorso davanti allo schermo la sera. |
| Mette in contatto i pazienti con programmi CBT-I digitali o di gruppo basati su prove scientifiche.        | Acquisisci fiducia quando un sonno migliore porta a una minore rigidità e a una maggiore energia. | Riferirsi ad app CBT-I digitali validate o programmi di mindfulness come complemento al trattamento.                                                                  |



### Caso clinico:

Rosa, 62 anni, affetta da osteoartrite dell'anca, riferiva di risvegli notturni dovuti al dolore e alla stanchezza durante il giorno. Il suo medico le ha spiegato il legame tra sonno di scarsa qualità e sensibilità al dolore e le ha presentato le strategie CBT-I: orario di risveglio fisso, rimozione del telefono dalla camera da letto e pratica del rilassamento muscolare progressivo prima di coricarsi. Rosa ha anche scaricato un programma digitale CBT-I raccomandato dalla clinica. Dopo 6 settimane, ha riferito di dormire più a lungo, di sentirsi meno esausta e di aver notato una riduzione della rigidità mattutina dell'anca, il che ha aumentato la sua fiducia nel continuare a camminare ogni giorno.

### 1.3.4 Strategie di cambiamento comportamentale

I pazienti con dolore muscoloscheletrico persistente spesso non modificano i propri comportamenti con una semplice spiegazione. La scienza del cambiamento comportamentale è fondamentale per l'autogestione perché sapere cosa fare raramente è sufficiente: i pazienti devono essere supportati per tradurre le conoscenze in abitudini quotidiane sostenibili. Dal punto di vista professionale, i medici spesso sottovalutano quanto possa essere difficile il cambiamento, soprattutto in presenza di dolore, affaticamento o paura. Le prove fornite dalla psicologia della salute e dalla gestione del dolore evidenziano che gli interventi funzionano meglio quando mirano alla motivazione, all'autoefficacia e alla formazione di abitudini. Tecniche come **la definizione di obiettivi, la pianificazione delle azioni, il feedback e l'auto-monitoraggio** hanno dimostrato di migliorare costantemente l'aderenza alla riabilitazione muscolo-scheletrica. Ad esempio, studi randomizzati dimostrano che **gli obiettivi SMART** (Specifici, Misurabili, Raggiungibili, Rilevanti, Limitati nel tempo) aumentano il coinvolgimento dei pazienti rispetto a consigli vaghi come *"fare più esercizio fisico"*. Allo stesso modo, l'integrazione di nuovi comportamenti nelle routine esistenti (habit stacking) e l'uso di colloqui motivazionali per risolvere l'ambivalenza sono fortemente sostenuti dalla letteratura scientifica sul comportamento.

Per i pazienti, strategie efficaci di modifica del comportamento trasformano l'autogestione da un peso a un processo realizzabile. I pazienti con dolore muscoloscheletrico spesso lottano con il ritmo, l'evitamento o l'impegno incostante, il che porta al ciclo "boom-and-bust". Le prove dimostrano che sostenere l'**autoregolazione** (ad esempio, monitorare i progressi, anticipare gli ostacoli e pianificare strategie di coping) riduce la disabilità e migliora i risultati nel caso di lombalgia persistente e osteoartrite. Anche gli interventi digitali che integrano i principi di cambiamento comportamentale (promemoria degli obiettivi, feedback sui progressi, strumenti di auto-monitoraggio) hanno dimostrato di migliorare l'aderenza e ridurre la disabilità correlata al dolore. I medici possono potenziare questo facilitatore creando insieme ai pazienti piccoli passi realizzabili, rafforzando i successi e riformulando le battute d'arresto come opportunità di apprendimento. È importante sottolineare che le strategie di cambiamento comportamentale aiutano anche ad allineare il trattamento con ciò che è importante per il paziente, aumentando sia l'aderenza che la soddisfazione.

#### Strategie di cambiamento comportamentale nella pratica

| Lato professionale                                                               | Lato paziente                                                        | Come potenziare in clinica (basato su prove scientifiche)                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| È consapevole che il cambiamento comportamentale richiede più che dare consigli. | Comprende le raccomandazioni ma ha difficoltà a metterle in pratica. | Utilizza la definizione di obiettivi SMART: "Camminare 10 minuti dopo pranzo, 3 giorni questa settimana". |

| Lato professionale                                                              | Lato paziente                                                                                 | Come potenziare in clinica (basato su prove scientifiche)                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Applica il colloquio motivazionale per esplorare l'ambivalenza.                 | Si sente in conflitto: desidera fare esercizio fisico ma teme che il dolore possa peggiorare. | Poni domande aperte: "Cosa è più importante per te nell'essere attivo?".                      |
| Incoraggia l'autocontrollo e il feedback.                                       | Perde la motivazione quando i progressi sono lenti o incostanti.                              | Fornire un diario o un'app per monitorare l'attività e rivederla nei follow-up.               |
| Inserisce nuove azioni nella vita quotidiana (accumulo di abitudini).           | Dimentica o si sente sopraffatto dalle nuove routine.                                         | Collega il comportamento alle abitudini esistenti: "Fai stretching dopo aver lavato i denti". |
| Considera le battute d'arresto come parte del processo, non come un fallimento. | Interrompere quando si verificano delle ricadute, ritenendo che il piano abbia fallito.       | Riformulare: "Questa ricaduta è un dato, non una sconfitta: modifichiamo insieme il piano".   |



#### Caso clinico:

Daniel, 47 anni, affetto da lombalgia cronica, aveva ripetutamente fallito nel seguire il programma di esercizi perché le ricadute lo scoraggiavano. Il suo fisioterapista ha utilizzato il colloquio motivazionale per esplorare gli obiettivi di Daniel e ha scoperto che la sua priorità principale era poter giocare a calcio con suo figlio. Insieme, hanno fissato un obiettivo SMART: camminare 5 minuti dopo cena, quattro volte alla settimana. Daniel ha registrato le sue passeggiate in un semplice diario, che hanno esaminato insieme alla visita successiva. Quando ha saltato due sessioni a causa del dolore, il fisioterapista ha riformulato la situazione come un feedback utile e ha modificato il piano. Nel giro di sei settimane, Daniel camminava 20 minuti quasi tutte le sere e riferiva di sentirsi più in controllo, attribuendo alla struttura e ai piccoli successi il merito di averlo mantenuto motivato.

### 1.3.5 Fiducia

La fiducia può influire sull'efficacia dell'autogestione e sull'alleanza terapeutica. Dal punto di vista professionale, fiducia significa avere fiducia nella capacità del paziente di imparare, sperimentare e gestire la propria condizione. La fiducia richiede anche che i professionisti tollerino l'incertezza, condividano il processo decisionale piuttosto che dettare legge e creino un ambiente sicuro in

cui i pazienti si sentano sostenuti nel provare, fallire e adeguare le strategie. Ad esempio, un fisioterapista potrebbe dire: *“Credo che tu possa eseguire questo esercizio in sicurezza: proviamo insieme e vediamo come reagisce il tuo corpo”*. Questo non solo trasferisce la responsabilità, ma segnala anche il rispetto per le capacità del paziente.

Per i pazienti, la fiducia funziona in due direzioni: fiducia nel proprio medico e fiducia in se stessi. È dimostrato che quando i pazienti sentono che il loro medico li ascolta, valida le loro preoccupazioni e li coinvolge nelle decisioni, sono più propensi a rivelare le loro difficoltà, a perseverare nel trattamento e a mantenere i cambiamenti comportamentali. Altrettanto importante è **la fiducia in se stessi**: la sicurezza di provare nuove strategie, di condividere quando le cose non funzionano e di credere che le battute d'arresto non sono fallimenti, ma parte del processo. Un paziente che ha fiducia nel proprio medico è più disposto a riferire onestamente: *“Questa settimana non sono riuscito a seguire il programma di camminata perché mi sentivo troppo stanco”*. Questa apertura consente di adattare il programma, mantenendo l'impegno piuttosto che portare all'abbandono. Costruire la fiducia crea quindi un circolo virtuoso in cui sia il medico che il paziente si sentono sicuri nel processo condiviso di gestione del dolore persistente.

#### La fiducia nella pratica

| Lato professionale                                                                         | Lato paziente                                                                      | Come rafforzarla in clinica (basato su prove scientifiche)                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dimostra fiducia nella capacità del paziente di gestire il dolore.                         | Fa sentire il paziente a proprio agio nel condividere preoccupazioni o insuccessi. | Dice esplicitamente: "È normale avere difficoltà a volte, affrontiamole insieme".                 |
| Utilizza un processo decisionale condiviso e la definizione collaborativa degli obiettivi. | Ha fiducia nel medico al punto da provare nuove strategie.                         | Coinvolgere il paziente nella scelta tra 2-3 opzioni terapeutiche.                                |
| Fornisce rassicurazione durante gli esperimenti con l'attività.                            | Sviluppa la fiducia in se stesso attraverso piccoli successi.                      | Consente di effettuare prove in sicurezza in clinica, quindi incoraggia la ripetizione a casa.    |
| Considera le battute d'arresto come opportunità di adattamento, non come fallimenti.       | Considerare le riacutizzazioni come gestibili anziché catastrofiche.               | Normalizza: "Le riacutizzazioni non sono dannose, sono occasioni per esercitarsi ad affrontarle". |

#### Caso clinico:

Anna, 38 anni, affetta da fibromialgia, si vergognava quando non riusciva a seguire il suo programma di attività. Invece di criticarla, il suo fisioterapista le ha detto: *“Grazie per avermelo detto. Non è un fallimento, è un'informazione che possiamo utilizzare”*. Insieme hanno modificato il programma, riducendo la durata delle attività. Anna ha riferito di sentirsi sollevata e sostenuta, affermando: *“Sono sicura che insieme troveremo una soluzione”*. Col tempo, è diventata più disposta a sperimentare, dimostrando una crescente fiducia sia nel suo medico che nelle proprie capacità.

## 1.4. Ostacoli all'autogestione

### 1.4.1 Lacune di conoscenza

Le lacune di conoscenza sono uno degli ostacoli più comuni all'autogestione efficace del dolore muscoloscheletrico. Dal punto di vista professionale, spesso si manifestano come un eccessivo affidamento alle strategie biomediche tradizionali: ripetute immagini diagnostiche, prescrizione di oppioidi o offerta di trattamenti passivi quando i sintomasi persistono. Questi approcci possono sembrare sicuri per il medico, ma rafforzano inavvertitamente l'aspettativa del paziente che sia necessario trovare e risolvere una *“causa strutturale nascosta”*. Ancora più importante, ritardano il passaggio all'autogestione e al recupero funzionale. Un medico esperto, al contrario, sa quando interrompere indagini inutili e concentrarsi invece su strategie che responsabilizzano il paziente nella vita quotidiana.

Dal punto di vista del paziente, le lacune di conoscenza si manifestano in idee sbagliate sul dolore e sul suo significato. I pazienti spesso credono che il dolore sia sempre sinonimo di danno, che il riposo sia più sicuro del movimento o che nulla possa migliorare fino a quando non viene eseguita una procedura medica. Questi malintesi limitano l'impegno nell'autogestione e aumentano i comportamenti di evitamento. In relazione ai domini dell'alfabetizzazione sanitaria, le barriere si manifestano nel dominio della comprensione (non comprendere che dolore persistente ≠ danno continuo), nel dominio della valutazione (difficoltà nell'identificare consigli affidabili rispetto a quelli fuorvianti) e nel dominio delle convinzioni (convinzione radicata che l'attività fisica sia pericolosa). In pratica, queste lacune possono essere colmate con spiegazioni semplici, dimostrazioni guidate di movimenti sicuri e rinforzi attraverso risorse affidabili.

## Lacune di conoscenza nella pratica

| Lato professionale                                                                                                         | Lato paziente                                                                       | Come affrontarle in clinica                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Richiede esami di imaging senza una chiara indicazione; prescrive modalità passive per il dolore a lungo termine.          | Dice: "Ho paura di piegarli perché potrei avere un'ernia discale".                  | Dimostrare come piegarsi in modo sicuro durante la seduta; spiegare che le riacutizzazioni non equivalgono a nuovi danni.                                                                               |
| Si sente più sicuro "facendo qualcosa" (esami, prescrizioni) piuttosto che concentrarsi sul cambiamento del comportamento. | Crede che solo i farmaci o la chirurgia possano risolvere il problema.              | Riformulare: "La sua risonanza magnetica ha mostrato cambiamenti comuni per la sua età, ma questi non spiegano gli alti e bassi del suo dolore. Sono le nostre azioni quotidiane a fare la differenza". |
| È riluttante a interrompere le cure di scarso valore per paura di deludere il paziente.                                    | Ha difficoltà a distinguere le informazioni affidabili da quelle fuorvianti online. | Fornire una risorsa selezionata (opuscoli, app o sito web) e insegnare al paziente come utilizzarla.                                                                                                    |



## Caso clinico:

Luigi, 48 anni, magazziniere con lombalgia cronica, sostiene che piegarsi causerà una "ernia del disco". Invece di prescrivere un altro esame radiologico, il suo medico gli mostra come piegarsi in avanti in modo sicuro, lascia che Ahmed provi e gli spiega perché le riacutizzazioni non sono sinonimo di danno. Con un opuscolo che rafforza il messaggio, Ahmed torna dicendo che ora si piega con cautela al lavoro: un piccolo ma importante passo avanti nell'autogestione.

## 1.4.2 Lacune nelle competenze

Le lacune nelle competenze si verificano quando il medico o il paziente non hanno le capacità pratiche per attuare le strategie di autogestione. Dal punto di vista professionale, l'ostacolo spesso si presenta come un divario tra teoria e pratica. Un medico può sapere che il pacing, il processo decisionale condiviso e il colloquio motivazionale sono efficaci, ma senza pratica o sicurezza ricade in uno stile prescrittivo: dire ai pazienti cosa fare piuttosto che guidarli su come farlo. Questo può rendere i consigli di autogestione astratti, generici o scollegati dalla vita quotidiana del paziente. Ad esempio, raccomandare di "fare più esercizio fisico" senza mostrare come regolare l'attività nei giorni di riacutizzazione lascia il paziente impreparato e incline ad abbandonare il piano.

Dal punto di vista del paziente, le lacune nelle competenze vanno oltre la conoscenza e riguardano l'**esecuzione dei comportamenti**. Molti pazienti hanno difficoltà a **regolare l'attività fisica**, facendo troppo nei giorni favorevoli ed evitando tutto nei giorni meno favorevoli (ciclo di alti e bassi). Altri non hanno **capacità di dosare gli sforzi e pianificare**, come suddividere i compiti in parti più piccole o alternare l'attività al recupero. Alcuni pazienti non riescono ad adattare gli esercizi al loro stato attuale, il che porta a frustrazione o paura. Queste lacune non riguardano semplicemente la comprensione (alfabetizzazione sanitaria), ma la mancanza di pratica, di esercitazioni e di feedback. Senza una pratica guidata, i pazienti spesso smettono prematuramente, convinti che la strategia "non funzioni per loro". In clinica, le lacune nelle competenze possono essere trasformate in opportunità esercitandosi insieme, creando insieme piani per le riacutizzazioni e celebrando i piccoli successi.

## Lacune nelle competenze nella pratica

| Lato professionale                                                                                        | Lato paziente                                                                                   | Come affrontarle in clinica                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Si ricorre al "dire" piuttosto che al coaching; si danno consigli vaghi come "fare più esercizio fisico". | Inizia con slancio, ma si interrompe dopo la prima riacaduta (ciclo di boom e bust).            | Esercitarsi a dosare gli sforzi durante la seduta: "Fermiamoci prima che il dolore aumenti, proviamo con 10 ripetizioni invece che 20".             |
| Evita il colloquio motivazionale; prescrive programmi di esercizio standardizzati.                        | Dice: "So che l'esercizio fisico fa bene, ma quando fa male, smetto".                           | Simula le riacutizzazioni: "Se il dolore aumenta leggermente, riduci l'intensità, non fermarti. Scriviamolo come tuo piano per le riacutizzazioni". |
| Non dimostra né prova le attività; si aspetta che i pazienti le capiscano da soli.                        | Non è in grado di adattare le attività (ad esempio, riposa completamente invece di modificare). | Effettuare una prova guidata: eseguire l'esercizio insieme, regolare il carico e scrivere un obiettivo SMART da raggiungere a casa.                 |



## Caso clinico:

Maria, 56 anni, affetta da osteoartrite al ginocchio, afferma di iniziare programmi di camminata ma di interromperli dopo la prima riacutizzazione. Il suo fisioterapista pratica il pacing durante la seduta: Maria cammina per 5 minuti, poi si ferma prima che il dolore si intensifichi. Scrivono un piano: camminare 5 minuti al giorno questa settimana, anche se il dolore aumenta leggermente. Al follow-up, Maria riferisce di essere riuscita a camminare 5 giorni su 7 senza "crollare". Questo successo inizia a ricostruire la sua fiducia nella capacità di gestire l'attività in modo sicuro.

### 1.4.3 Incertezza

L'incertezza è un potente ostacolo all'autogestione, sia per i medici che per i pazienti. Dal punto di vista professionale, l'incertezza spesso sorge quando il dolore muscoloscheletrico persistente non rientra chiaramente in una diagnosi precisa. Molti medici sentono la pressione di fornire risposte definitive e possono ricorrere a esami non necessari, a rinvii eccessivi o alla prescrizione di trattamenti passivi per ridurre il proprio disagio. Sebbene queste azioni possano assicurare temporaneamente sia il medico che il paziente, rafforzano la convinzione che la vera "causa" non sia stata ancora individuata e che la soluzione sia al di fuori del controllo del paziente. Ad esempio, un medico di base può richiedere una risonanza magnetica per un dolore lombare non specifico semplicemente per sentirsi sicuro di "non aver tralasciato nulla", anche se le linee guida non lo raccomandano.

Per il paziente, l'incertezza sulla causa, il decorso o la prognosi del dolore è spesso opprimente. Non sapere perché il dolore persiste può portare ad ansia, catastrofismo ed evitamento. Molti interpretano l'incertezza come un pericolo: "Se nessuno può spiegarlo, deve essere qualcosa di grave". Questo non solo mina la fiducia nell'autogestione, ma spinge anche a ricorrere a consultazioni ripetute o a trattamenti non provati. I pazienti possono anche avere difficoltà a prevedere o gestire le riacutizzazioni, interpretandole come segni di peggioramento della malattia. Per affrontare questo ostacolo è necessario ridefinire l'incertezza come normale nel dolore cronico e fornire ai pazienti strategie flessibili per gestire le fluttuazioni. Invece di cercare di eliminare l'incertezza, i medici possono ridurre la minaccia aiutando i pazienti a riconoscere i modelli, a prepararsi alla variabilità e a mettere in pratica risposte sicure quando i sintomasi aumentano.

#### L'incertezza nella pratica

| Lato professionale                                                      | Lato paziente                                                         | Come affrontarla in clinica                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Prescrivere esami o imaging "per precauzione".                          | Dice: "Se nessuno sa cosa c'è che non va, forse è qualcosa di grave". | Riformulazione: "Il dolore persistente spesso varia senza una causa chiara. È normale. Ciò che conta è come reagisci". |
| Fornisce spiegazioni vaghe o incoerenti.                                | Evita l'attività per paura che l'incertezza equivalga a pericolo.     | Co-crea un piano di emergenza: verde (sicuro), giallo (modifica), rosso (cerca aiuto).                                 |
| Si sente a disagio nel dire "Non lo so" o "Non possiamo esserne certi". | Si sente impotente quando il dolore aumenta in modo imprevisto.       | Normalizzare l'imprevedibilità: evidenziare esempi passati in cui le riacutizzazioni si sono risolte senza danni.      |

#### Caso clinico:

Jon, 45 anni, affetto da mal di schiena cronico, dice al suo fisioterapista: "Ho paura perché il dolore va e viene senza motivo. Forse c'è qualcosa che sfugge". Invece di prescrivere ulteriori esami diagnostici per immagini, il medico spiega che le variazioni del dolore sono comuni nei problemi persistenti alla schiena. Insieme redigono un "piano semaforico": verde = attività normale, giallo = modificare o rallentare il ritmo, rosso = cercare assistenza se compaiono nuovi segnali di allarme. Due settimane dopo, Jon riferisce di aver utilizzato il piano durante una riacutizzazione e di averla gestita senza panico. La sua fiducia cresce e l'incertezza diventa meno minacciosa.

### 1.4.4 Incapacità di gestire le riacutizzazioni

Le riacutizzazioni sono una parte normale del dolore muscoloscheletrico persistente, ma sia i medici che i pazienti spesso le trattano come fallimenti. Dal punto di vista professionale, alcuni medici evitano di discutere le riacutizzazioni in dettaglio, temendo di spaventare i pazienti o di rivelare la propria incertezza. Di conseguenza, i pazienti non sono preparati e, quando i sintomasi peggiorano, lo interpretano come un danno o un fallimento del trattamento. Ad esempio, un fisioterapista può prescrivere esercizi di rafforzamento per il dolore alla spalla, ma non spiegare mai cosa fare in caso di picchi di dolore, portando il paziente a interrompere completamente il trattamento. Affrontare direttamente le riacutizzazioni, normalizzarne il verificarsi e fornire strategie di coping le trasforma da minacce in opportunità di apprendimento.

Per i pazienti, l'incapacità di gestire le riacutizzazioni deriva dalla paura, dall'incertezza e dalla mancanza di strategie chiare. Molti interpretano una riacutizzazione come un danno ("Mi sono fatto male di nuovo") e reagiscono con l'evitamento o l'immobilizzazione. Altri possono spingersi in modo aggressivo, peggiorando i sintomasi e confermando le loro paure. Senza un quadro di riferimento, ogni riacutizzazione sembra un nuovo inizio. I medici possono rompere questo circolo vizioso creando insieme piani d'azione semplici, insegnando ai pazienti come distinguere i sintomasi sicuri da quelli pericolosi e provando gli adattamenti durante la seduta. Questo aiuta i pazienti a continuare a progredire invece di abbandonare i loro sforzi quando il dolore oscilla.

#### Incapacità di gestire le riacutizzazioni nella pratica

| Lato professionale                                                                  | Lato paziente                                       | Come affrontare la situazione in clinica                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Evita di discutere delle riacutizzazioni per mantenere un atteggiamento "positivo". | Considera ogni riacutizzazione come un nuovo danno. | Normalizza: "Le riacutizzazioni sono prevedibili, non sono dannose. Pianifichiamo come gestirle". |

| Lato professionale                                            | Lato paziente                                            | Come affrontare la situazione in clinica                                                              |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Non fornisce istruzioni chiare per adattare gli esercizi.     | Interrompere tutte le attività quando il dolore aumenta. | Creare un piano d'azione per le riacutizzazioni (ad esempio, "ridurre, adattare, riprendere").        |
| Si affida solo a soluzioni a breve termine (riposo, farmaci). | Persevera in modo aggressivo, poi crolla.                | Esercitarsi nelle strategie di regolazione del ritmo durante la sessione per evitare picchi e crolli. |

#### Caso clinico:

Emma, 42 anni, affetta da mal di schiena cronico, ha interrotto ogni attività fisica dopo una riacutizzazione. Il suo fisioterapista le ha spiegato che le riacutizzazioni sono normali e ha collaborato con lei alla creazione di un piano "a semaforo": verde = continuare, giallo = adattarsi, rosso = cercare aiuto se compaiono nuovi sintomi allarmanti. Al follow-up, Emma ha riferito di aver utilizzato il piano durante una riacutizzazione: ha ridotto l'intensità ma ha continuato a mantenersi attiva, evitando la consueta ricaduta.

### 1.4.5 Esaurimento delle risorse

L'esaurimento delle risorse si riferisce alla mancanza di tempo, energia o sostegno per impegnarsi nell'autogestione. Dal punto di vista professionale, questo spesso significa che i medici si sentono sotto pressione, con poco tempo a disposizione per insegnare strategie comportamentali o accesso insufficiente a risorse multidisciplinari (ad esempio, dietisti, psicologi, programmi comunitari). In tali contesti, possono ricorrere di default a prescrizioni o trattamenti passivi perché sembrano più rapidi. Ad esempio, un medico di base sotto pressione può prescrivere farmaci piuttosto che investire in discussioni sul ritmo o sulla definizione degli obiettivi. Ciò rende più difficile l'attuazione dell'autogestione nella pratica quotidiana.

Per i pazienti, l'esaurimento delle risorse si manifesta nella vita quotidiana sotto forma di affaticamento, priorità contrastanti o sostegno finanziario e sociale limitato. Alcuni pazienti affermano: "Vorrei fare esercizio fisico, ma dopo il lavoro e gli impegni familiari sono esausto". Altri non hanno accesso ad ambienti sicuri per svolgere attività fisica, non possono permettersi una palestra o non hanno qualcuno che li incoraggi. Senza risorse adeguate, anche le strategie

più semplici possono sembrare irraggiungibili. I medici possono aiutare ridimensionando gli obiettivi in piccoli passi sostenibili, integrandoli nelle routine esistenti e mettendo in contatto i pazienti con risorse accessibili o basate sulla comunità. In questo modo, le risorse limitate non devono necessariamente tradursi in assenza di progressi.

#### Esaurimento delle risorse nella pratica

| Lato professionale                                                     | Lato paziente                                                      | Come affrontare la questione in clinica                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tempo limitato per le visite.                                          | Segnalano esaurimento dovuto alle responsabilità quotidiane.       | Integrare micro-strategie: "2 minuti di rafforzamento dopo aver lavato i denti, eseguiti in un'unica serie".                       |
| Poche opzioni di riferimento o mancanza di supporto da parte del team. | Mancanza di mezzi finanziari per la palestra o la terapia privata. | Suggerire risorse comunitarie o gratuite (ad esempio, un gruppo locale di camminata).                                              |
| Ricorre ai farmaci come "soluzione rapida".                            | Dice: "Non ho più energia per fare esercizio fisico".              | Riformulare: "Troviamo qualcosa che ti faccia risparmiare energia: brevi pause regolari possono ridurre l'affaticamento generale". |

#### Caso clinico:

Luigi, 58 anni, affetto da osteoartrite al ginocchio, sosteneva di essere troppo stanco dopo i turni in fabbrica per frequentare corsi di ginnastica. Il suo fisioterapista gli ha suggerito brevi "spuntini di movimento" sul posto di lavoro (2 minuti di stretching durante le pause) invece di lunghe sessioni. È stato anche indirizzato a un gruppo di camminata della comunità vicino a casa sua. Ciò ha reso il piano realistico entro i limiti delle sue energie e del suo tempo, trasformando la scarsità di risorse in una strategia sostenibile.

## 2. Screening rapido e affrontare la scarsa alfabetizzazione sanitaria nei pazienti con dolore muscoloscheletrico

L'alfabetizzazione sanitaria ha ricevuto diverse definizioni. Ad esempio, è stata definita come "le competenze personali e sociali che determinano la capacità degli individui di accedere, comprendere e utilizzare le informazioni per promuovere e mantenere una buona salute" (Nutbeam D, 2000).

### 2.1. Perché è importante individuare la scarsa alfabetizzazione sanitaria muscoloscheletrica nei pazienti?

Una scarsa alfabetizzazione sanitaria è considerata un ostacolo all'autogestione e al miglioramento dei risultati di salute in diverse malattie croniche. Tuttavia, le ricerche che indagano l'impatto dell'alfabetizzazione sanitaria sui risultati di salute nelle persone affette da dolore cronico sono scarse e spesso offrono risultati eterogenei. D'altra parte, sono state condotte più ricerche su altre malattie croniche che mostrano, ad esempio, associazioni tra scarsa alfabetizzazione sanitaria e risultati di salute peggiori nelle malattie cardiovascolari, nella broncopneumopatia cronica ostruttiva e nel diabete. Inoltre, è stata osservata una scarsa alfabetizzazione sanitaria e un controllo dei sintomi meno efficace in soggetti affetti da diabete e ipertensione, ma non in soggetti affetti da artrite e asma. Tuttavia, anche i soggetti affetti da asma e con scarsa alfabetizzazione sanitaria mostrano una qualità della vita inferiore. Pertanto, le associazioni tra scarsa alfabetizzazione sanitaria e peggiori esiti sanitari dipendono dalla malattia e da specifiche variabili legate alla salute.

Nel dolore muscoloscheletrico cronico, circa la metà delle persone potrebbe presentare una scarsa alfabetizzazione sanitaria, che a sua volta è associata anche all'età avanzata, al basso livello di istruzione, allo basso status socioeconomico e alle comorbidità. Inoltre, le linee guida per la gestione del dolore cronico incoraggiano l'educazione e l'autogestione come trattamenti di prima linea per ottenere risultati adeguati. Tuttavia, i medici tendono a sopravvalutare la capacità del paziente di comprendere le informazioni relative alla salute.

**Motivi basati su prove scientifiche per identificare una scarsa alfabetizzazione sanitaria nel dolore muscoloscheletrico:**

- 1. L'alfabetizzazione sanitaria può predire alcuni esiti clinici**
  - I pazienti con bassa alfabetizzazione sanitaria riferiscono **una maggiore intensità del dolore, una peggiore funzionalità fisica e una minore qualità della vita** nei disturbi muscoloscheletrici (ad esempio, lombalgia, osteoartrite).
- 2. Una bassa alfabetizzazione sanitaria è collegata a una maggiore disabilità**
  - Gli studi dimostrano che gli individui con dolore muscoloscheletrico cronico e bassa alfabetizzazione sanitaria hanno maggiori **limitazioni funzionali e restrizioni di mobilità**, con un peggioramento della partecipazione alle attività quotidiane.
- 3. Scarsa aderenza all'autogestione**
  - I pazienti con alfabetizzazione sanitaria limitata hanno difficoltà a **comprendere, ricordare e applicare le raccomandazioni relative all'esercizio fisico e allo stile di vita**, il che porta a una scarsa aderenza alle strategie di autogestione.
- 4. Maggiore ricorso a cure passive o di scarso valore**
  - Un basso livello di alfabetizzazione sanitaria è associato a **una maggiore dipendenza da farmaci, iniezioni, imaging o interventi chirurgici**, anche quando le linee guida ne sconsigliano l'uso.
- 5. Difficoltà nel valutare le informazioni sanitarie**
  - I pazienti con alfabetizzazione sanitaria limitata sono più vulnerabili alla **disinformazione (ad esempio, cure miracolose, consigli online non verificati)** e meno in grado di valutare criticamente le opzioni terapeutiche.
- 6. Aumento dell'utilizzo e dei costi dell'assistenza sanitaria**
  - Un basso livello di alfabetizzazione sanitaria è correlato a **visite mediche più frequenti, esami non necessari e degenze ospedaliere più lunghe**, con un conseguente aumento dell'onere per i sistemi sanitari.
- 7. Comunicazione e processo decisionale condiviso meno efficaci**
  - I pazienti con un basso livello di alfabetizzazione sanitaria spesso hanno difficoltà a **comprendere la terminologia medica, a porre domande o a esprimere le proprie preferenze**, riducendo la loro partecipazione alle decisioni condivise.
- 8. Convinzioni disadattive più forti sul dolore**
  - La ricerca collega un basso livello di alfabetizzazione sanitaria a **convinzioni catastrofiche, di paura ed evitamento e a narrazioni biomediche sul dolore** (ad esempio, "il dolore significa sempre danno"), che ostacolano il recupero.

## 9. Ostacoli agli strumenti sanitari digitali

- Un basso livello di **alfabetizzazione** sanitaria spesso si sovrappone a **una scarsa alfabetizzazione digitale**, limitando l'uso efficace di app, telemedicina e programmi di autogestione online che sono sempre più parte integrante dell'assistenza MSK.

## 10. Equità e popolazioni vulnerabili

- La bassa alfabetizzazione sanitaria è più diffusa nei gruppi già a rischio più elevato (anziani, status socioeconomico più basso, multimorbilità), rendendo essenziale la sua identificazione per prevenire l'**ampliamento delle disuguaglianze sanitarie** nella gestione del dolore muscoloscheletrico.

## 2.2. Aree di alfabetizzazione sanitaria nella salute muscolo-scheletrica

I **domini dell'alfabetizzazione sanitaria** sono le aree di competenza fondamentali che descrivono ciò che una persona deve essere in grado di fare per comprendere, interagire e agire in modo efficace sulle informazioni sanitarie e sul sistema sanitario. Questi domini aiutano a strutturare il modo in cui valutiamo e miglioriamo la capacità di una persona di gestire la propria salute.

### 2.2.1 Accesso

#### Definizione

L'accesso si riferisce alla capacità dei pazienti di **cercare, trovare e utilizzare in modo appropriato le informazioni sanitarie e le risorse sanitarie**. Nel caso del dolore muscoloscheletrico (MSK), ciò significa molto più che effettuare ricerche su Internet: implica orientarsi nei sistemi sanitari (ad esempio, cure chiropratiche, dietetica, psicologia, programmi di gestione del peso), interagire con le risorse della comunità (ad esempio, gruppi di esercizio fisico o di mindfulness) e fare un uso efficace delle piattaforme digitali (app, telemedicina, educazione dei pazienti online). L'accesso è quindi un ponte pratico tra la consapevolezza dell'esistenza di un supporto e il beneficio effettivo che se ne può trarre.

#### Perché è importante:

- **Risultati clinici:** i pazienti con scarsa alfabetizzazione in materia di accesso spesso ritardano le cure basate sull'evidenza, peggiorando la prognosi e la disabilità. Ad esempio, coloro che soffrono di osteoartrite del ginocchio e non accedono mai a programmi di esercizio fisico o di perdita di peso riportano in genere una funzionalità peggiore rispetto a coloro che lo fanno.

- **Efficienza sanitaria:** senza indicazioni su dove rivolgersi, i pazienti ricorrono spesso in modo eccessivo ai servizi di emergenza o si sottopongono a esami diagnostici per immagini, trattamenti con oppioidi o interventi chirurgici non necessari, invece di seguire le cure conservative raccomandate dalle linee guida.
- **Equità:** le popolazioni con uno status socioeconomico più basso, un'età avanzata o multimorbilità sono a maggior rischio di esclusione digitale e inaccessibilità alle risorse, il che amplia le disparità nei risultati MSK.
- **Assistenza olistica:** il dolore persistente è spesso collegato a obesità, diabete, ansia o depressione. Un accesso efficace consente ai pazienti di connettersi con servizi interdisciplinari e basati sulla comunità che affrontano contemporaneamente questi molteplici fattori

#### Come valutarlo:

Poni domande aperte per identificare i punti di forza e le lacune nell'alfabetizzazione dell'accesso:

- *"Se volesse un consiglio sul suo dolore, da dove inizierebbe?"*
- *"Sapete come accedere a percorsi dietetici o psicologici se lo desideraste?"*
- *"Quali siti web, app o social media utilizza solitamente per ottenere informazioni sulla salute?"*
- *"Ritiene di avere il tempo, la connessione Internet o la sicurezza necessari per utilizzare i programmi online che le consigliamo?"*

I segnali di allarme che indicano uno scarso accesso includono l'affidarsi esclusivamente a Google/Facebook, la convinzione che solo i medici possano "aprire le porte", la mancata conoscenza dei programmi disponibili o l'evitare gli strumenti digitali a causa di una scarsa fiducia.

#### Come migliorarlo (metodi basati su prove scientifiche)

1. **Definire percorsi di riferimento chiari:** fornire istruzioni dettagliate su come accedere a fisioterapia o cure chiropratiche, programmi per il dolore, dietisti o servizi per l'obesità.
2. **Promuovere risorse interdisciplinari:** incoraggiare l'uso di programmi di gestione del peso (OA), gruppi di mindfulness/gestione dello stress (fibromialgia, riacutizzazioni legate allo stress) e gruppi di attività fisica sociale per pazienti inattivi.
3. **Supportare la navigazione digitale:** raccomandare app convalidate (esercizio fisico, CBT-I per il sonno, mindfulness) e fare pratica con il loro utilizzo durante le sedute.
4. **Affrontare gli ostacoli:** se l'accesso digitale o finanziario è limitato, utilizzare materiali cartacei, brevi rivalutazioni telefoniche o gruppi comunitari gratuiti.

5. **Normalizzare l'assistenza multidisciplinare:** inquadrare i rinvii non come un "aiuto extra", ma come una best practice basata sulle linee guida per il dolore muscoloscheletrico persistente.

Accesso nella pratica

| Lato professionale (ostacoli/facilitatori)                                     | Lato paziente (situazioni tipiche)                                                                                                                    | Come facilitare in clinica (strategie ed esempi)                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Si presume che i pazienti sappiano come trovare risorse affidabili.            | Si affida a Google/gruppi Facebook o attende passivamente che il medico di base "apra la porta".                                                      | Chiedere dove cercano solitamente; fornire 2-3 risorse verificate. Esercitarsi ad aprire insieme un sito web/app affidabile durante la sessione.                        |
| Si concentra esclusivamente sulla fisioterapia, trascurando risorse più ampie. | Soffre di osteoartrite al ginocchio/anca con obesità; non è a conoscenza dei servizi di gestione del peso o di altre discipline come la chiropratica. | Riferisci al programma di gestione dell'obesità/del peso; spiega il legame tra una modesta perdita di peso, una riduzione del carico articolare e l'infiammazione.      |
| Non prende in considerazione i programmi psicosociali.                         | Riferisce che lo stress, l'ansia o il sonno disturbato aggravano il dolore.                                                                           | Suggerire gruppi di mindfulness o di gestione dello stress (di persona o online). Spiegare come lo stress amplifichi la sensibilità al dolore e i problemi di sonno.    |
| Non affronta l'inattività nei pazienti sedentari.                              | Stile di vita sedentario, "non ha mai praticato sport", teme l'attività fisica.                                                                       | Raccomandare gruppi di camminata o attività all'aperto nella comunità; sottolineare l'importanza del sostegno sociale, del ritmo e dell'adattamento graduale.           |
| Trascura le lacune nell'alfabetizzazione digitale.                             | Dice: "Sono troppo vecchio per le app" o manca di fiducia nell'uso di Internet.                                                                       | Iniziare con un piano cartaceo o con follow-up telefonici; introdurre gradualmente un'app semplice (ad esempio, per l'esercizio fisico o la CBT-I) durante la sessione. |
| Sopravaluta la capacità del paziente di orientarsi nel sistema.                | Si sente perso nei percorsi di riferimento; si arrende se l'accesso non è immediato.                                                                  | Scrivi il percorso di riferimento passo dopo passo; fornisci una "mappa di cura" stampata con i contatti e i passi successivi.                                          |

| Lato professionale (ostacoli/facilitatori)         | Lato paziente (situazioni tipiche)                                                 | Come facilitare in clinica (strategie ed esempi)                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Considera i rinvii multidisciplinari come "extra". | Ritiene che aver bisogno di qualcosa di più della fisioterapia significhi fallire. | Normalizzare: spiegare che combinare fisioterapia, dietetica, psicologia e gruppi comunitari è una cura standard basata sulle linee guida per il dolore muscoloscheletrico persistente. |



Caso clinico:

Rosa, 62 anni, affetta da osteoartrite al ginocchio e obesità, ha dichiarato: "Prendo solo le mie pillole; non so come affrontare altro". Si affidava solo a Facebook per consigli e non aveva mai sentito parlare di programmi di dimagrimento o di attività fisica. Il suo medico le ha spiegato come una modesta riduzione di peso potesse ridurre il dolore, l'ha indirizzata a un dietologo e l'ha incoraggiata a partecipare a un gruppo di camminata locale. Hanno anche provato insieme ad aprire un'app di esercizi consigliata. Al follow-up, Rosa ha riferito di aver partecipato al suo primo appuntamento con il dietologo e di essersi unita al gruppo di camminata, il che ha aumentato sia la sua fiducia che il suo livello di attività.

2.2.2 Comprendere

Definizione

Comprendere si riferisce alla capacità del paziente di **comprendere e dare un senso alle informazioni sanitarie** fornite verbalmente, per iscritto o visivamente. Nel dolore muscoloscheletrico, è la misura in cui i pazienti possono comprendere cosa significa la loro condizione, perché vengono raccomandati determinati trattamenti e come lo stile di vita e l'autogestione influenzano i loro sintomi. Non si tratta solo di ascoltare o leggere le informazioni, ma di interiorizzarle veramente in modo da ridurre la paura e guidare un'azione efficace.

Perché è importante:

- I pazienti con scarsa comprensione spesso interpretano erroneamente i termini biomedici (ad esempio, "degenerazione", "lesione") come diagnosi catastrofiche, alimentando la paura,

l'evitamento e l'inattività.

- L'errata comprensione delle raccomandazioni può portare alla **mancata aderenza**, come l'abbandono dell'esercizio fisico quando il dolore viene interpretato erroneamente come una nuova lesione.
- Una comprensione adeguata favorisce l'**autoefficacia** e la fiducia nell'uso di strategie di coping, nel ritmo e nella risoluzione dei problemi.
- Le prove dimostrano che una migliore comprensione è associata a **una minore disabilità, a un minor numero di convinzioni disadattive e a migliori risultati a lungo termine** nel dolore muscoloscheletrico persistente.

### Come valutarla:

I medici possono verificare il livello di comprensione del paziente utilizzando brevi domande aperte:

- "Può dirmi con parole sue cosa pensa che stia succedendo alla sua schiena/ginocchio/collo?"
- "Perché ritiene che ci stiamo concentrando sull'esercizio fisico invece che sulle scansioni o sul riposo?"
- "Come spiegherebbe il suo dolore a un familiare?"
- "Cosa ritiene che accadrà se seguirà questo programma? E se non lo seguirà?"

Risposte vaghe, incoerenti o esclusivamente biomediche (ad esempio, "la mia schiena sta cedendo") indicano una scarsa comprensione.

### Come migliorare la comprensione

1. Linguaggio semplice: sostituire il gergo tecnico con termini semplici.
2. Ripetizione: chiedere al paziente di ripetere le spiegazioni con parole proprie per confermare la comprensione.
3. Analogie e metafore: utilizzare paragoni familiari che riducano il senso di minaccia (ad esempio, rughe, batterie, allarmi).
4. Chunk & check: fornire le informazioni in piccoli segmenti e confermare prima di continuare.
5. Insegnamento multimodale: rafforzare con diagrammi, modelli e dimostrazioni durante la sessione.
6. Normalizzazione dell'apprendimento: incoraggiare le domande e ammettere la complessità: "La scienza del dolore è complicata, ma cerchiamo di semplificarla insieme".

### Concetti comunemente fraintesi nel dolore muscoloscheletrico e come spiegarli in modo

| Concetto                                      | Come spiegarlo in modo semplice                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sensibilizzazione                             | "A volte i nervi continuano a inviare segnali di dolore anche dopo che la lesione originale è guarita. È un po' come se il sistema di allarme rimanesse acceso anche quando non c'è più alcun pericolo, e spesso le scansioni o gli esami non mostrano alcun nuovo danno perché i tessuti sono integri".                                                                             |
| Infiammazione                                 | "L'infiammazione è la risposta naturale di riparazione del corpo, come una caviglia gonfia dopo una distorsione. Tuttavia, nel caso di dolore prolungato, l'infiammazione può essere molto più sottile e non causare gonfiore visibile. Può rimanere leggermente attiva in background, rendendo l'area più sensibile anche se dall'esterno non sembra esserci alcuna infiammazione". |
| Dolore cronico vs dolore acuto                | "Il dolore acuto è come un allarme che segnala una lesione. Il dolore cronico si verifica quando l'allarme continua a suonare anche dopo che l'incendio è stato spento: significa che il sistema è diventato più sensibile, non che la lesione persiste".                                                                                                                            |
| Privazione del sonno                          | "Quando non si dorme bene, il 'volume' del dolore nel corpo rimane bloccato su un livello elevato. Dormire bene aiuta a ripristinare il sistema, rendendo il dolore più facile da gestire".                                                                                                                                                                                          |
| Attività fisica e dolore                      | "Quando smettiamo di muoverci, i muscoli si indeboliscono e le articolazioni si irrigidiscono, il che in realtà aumenta il dolore. Un'attività fisica leggera, anche in presenza di dolore moderato o lieve persistente, è come l'olio per un cardine arrugginito".                                                                                                                  |
| Farmaci antidolorifici                        | "I farmaci possono ridurre il volume del dolore per un po', ma non ne risolvono la causa. Considerateli come un dimmer, non come una cura. Dobbiamo combinarli con strategie che rafforzano la forza e la resilienza".                                                                                                                                                               |
| Risultati delle immagini                      | "L'imaging è molto utile in determinate situazioni, ma spesso vengono utilizzate in modo eccessivo. Molti risultati delle risonanze magnetiche o delle radiografie, come le protrusioni discali o l'usura, sono normali cambiamenti legati all'età e non segni di lesioni in corso. Non sempre spiegano perché una persona prova dolore o quanto sia forte il dolore".               |
| Dolore neuropatico, nocicettivo, nociplastico | "A volte il dolore proviene principalmente da tessuti danneggiati (nocicettivo), altre volte da nervi danneggiati (neuropatico) e altre volte ancora da un sistema nervoso sensibile senza nuove lesioni (nociplastico). Molte persone presentano una combinazione di questi tipi di dolore, e questo ci aiuta a scegliere la strategia migliore".                                   |

| Concetto                                    | Come spiegarlo in modo semplice                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Genetica e dolore                           | "I geni possono rendere alcune persone più sensibili al dolore, proprio come alcune persone si scottano più rapidamente al sole. Tuttavia, il dolore non è semplicemente ereditario: il sonno, lo stress, il movimento e lo stile di vita hanno un impatto maggiore sul fatto che il dolore diventi persistente".                                                                                                                                   |
| Postura e "allineamento"                    | "Non esiste una postura perfetta. È più importante muoversi spesso e cambiare posizione piuttosto che mantenere una posizione 'corretta'".                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Stabilità del core / muscoli deboli         | "Avere muscoli forti aiuta, ma tenere lo stomaco contratto tutto il tempo può effettivamente aumentare il dolore. Ciò che conta è muoversi con sicurezza, non irrigidirsi costantemente".                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Ernia o slittamento discale                 | "I dischi non si spostano dalla loro sede. Possono gonfiarsi, ma il corpo di solito si adatta e guarisce nel tempo senza bisogno di interventi chirurgici".                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| "Usura"                                     | "Le articolazioni non sono come gli pneumatici di un'auto che si consumano. Possono adattarsi e rafforzarsi con il movimento. L'esercizio fisico contribuisce a nutrirle e proteggerle".                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Tessuto cicatriziale / aderenze             | "Il tessuto cicatriziale non ha bisogno di essere rotto. Si rimodella naturalmente e il movimento è ciò che ripristina davvero la flessibilità".                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Prognosi dell'artrite                       | "Avere l'artrite non significa che si finirà per diventare disabili. Molte persone rimangono attive e indipendenti grazie alla giusta combinazione di trattamenti. Farmaci come il metotrexato possono aiutare a controllare l'infiammazione, ma anche i fattori legati allo stile di vita, come rimanere attivi, controllare il peso, dormire bene e rafforzare la muscolatura, sono altrettanto importanti per tenere sotto controllo i sintomi". |
| Scricchiolii o schiocchi alle articolazioni | "I rumori articolari sono generalmente innocui, come lo scoppio di bolle di gas o il movimento dei tendini. Non indicano la presenza di danni".                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Esercizio fisico e dolore                   | "È sicuro muoversi anche se si avverte un certo fastidio. L'obiettivo è svolgere un'attività costante e gestibile, senza spingersi fino al dolore estremo e senza evitarla del tutto".                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Invecchiamento e dolore                     | "Invecchiare non deve necessariamente significare convivere con il dolore. I cambiamenti avvengono, ma rimanere attivi, dormire bene e gestire lo stress consentono a molti anziani di non soffrire".                                                                                                                                                                                                                                               |



## Caso clinico:

Un paziente di 55 anni affetto da osteoartrite al ginocchio afferma: "Il mio medico mi ha detto che il mio ginocchio si sta degenerando, che è osso contro osso. Penso che sia irreparabile".

- **Valutazione:** Il medico chiede: "Cosa pensa che stia succedendo all'interno del suo ginocchio?"
- **Risposta del paziente:** "Si sta sgretolando".
- **Miglioramento:** Il medico riformula la domanda: "Quello che vediamo sono cambiamenti legati all'età, come rughe all'interno dell'articolazione. Non significano che il suo ginocchio sia rotto. Il movimento e la forza sono gli strumenti che lo mantengono funzionante". Viene mostrato un diagramma e al paziente viene chiesto di spiegarlo, assicurandosi che abbia compreso.

## 2.2.3 Valutare

### Definizione

Nel campo dell'alfabetizzazione sanitaria, "valutare" significa la capacità dei pazienti di **valutare criticamente le informazioni sulla salute, i consigli e le opzioni terapeutiche**. Richiede di valutare se le informazioni sono affidabili, pertinenti, basate su prove scientifiche e appropriate al loro contesto. Nel caso del dolore muscoloscheletrico (MSK), la valutazione consiste nel separare le indicazioni credibili (ad esempio, esercizio fisico, controllo del peso, farmaci basati su linee guida) dalle opzioni fuorvianti o di scarso valore (ad esempio, tattiche intimidatorie del tipo "osso contro osso", integratori miracolosi, esami di imaging non necessari o interventi chirurgici prematuri).

### Perché è importante:

- **Rischio di disinformazione:** scarse capacità di valutazione espongono i pazienti a messaggi fuorvianti o dannosi provenienti da Internet, dai social media o dalla pubblicità commerciale. Ciò è particolarmente rilevante nel caso del dolore muscoloscheletrico, dove integratori, dispositivi posturali o iniezioni sono oggetto di un marketing aggressivo.
- **Trattamento eccessivo e trattamento insufficiente:** i pazienti incapaci di valutare le opzioni disponibili potrebbero accettare risonanze magnetiche, iniezioni o interventi chirurgici precoci non necessari, rifiutando invece strategie conservative benefiche.

- **Processo decisionale condiviso:** affinché le decisioni condivise funzionino, i pazienti devono valutare rischi, benefici e incertezze. Scarse capacità di valutazione creano dipendenza, confusione o fiducia mal riposta in cure di scarso valore.
- **Autoefficacia:** la capacità di valutare criticamente consente ai pazienti di diventare partner nella cura. È dimostrato che i pazienti con una maggiore capacità di valutazione aderiscono meglio alle cure basate sulle linee guida, sono meno inclini a catastrofizzare e ottengono risultati funzionali migliori.

### Come valutarla:

I medici possono esplorare la capacità di valutazione con domande mirate come:

- “Come decide solitamente se le informazioni sanitarie che legge o ascolta sono affidabili?”
- “Quando sente due raccomandazioni diverse, come sceglie quale seguire?”
- “A cosa pensa quando deve decidere tra iniezioni, esercizio fisico o intervento chirurgico?”
- “Cosa significa per lei questo risultato della risonanza magnetica? Quanto ritiene sia importante?”

### I segnali di allarme includono:

- Considerare tutti i risultati della risonanza magnetica come ugualmente importanti.
- Accettare integratori o dispositivi senza alcuna critica perché “sono naturali” o “tutti li raccomandano online”.
- Credere che l'intervento chirurgico sia sempre l'unica soluzione.
- Rifiutare i consigli basati sulle linee guida (attività fisica, controllo del peso) perché sembrano “troppo semplici” rispetto alle opzioni high-tech.

### Come migliorarlo (metodi basati su prove scientifiche)

#### ■ Capacità di comunicazione (dal punto di vista del medico):

1. **Inquadramento equilibrato:** spiegare i benefici e i rischi, ma anche le incertezze (ad esempio, le iniezioni possono ridurre il dolore a breve termine ma non alterano la progressione).
2. **Utilizzare il rischio comparativo:** ad esempio, “In questa fase, l'intervento chirurgico comporta più rischi e non offre risultati migliori rispetto all'esercizio fisico per la maggior parte dei pazienti con la sua condizione”.

3. **Riformulare i risultati della risonanza magnetica:** utilizzare analogie come “rughe interne” per spiegare i risultati legati all'età.
4. **Incoraggiare le domande:** affermare esplicitamente: “È positivo mettere in discussione i trattamenti: esaminiamo insieme le prove”.

#### ■ Strumenti e sistemi (dal punto di vista del paziente):

Introdurre strutture organizzate per aiutare i pazienti a valutare la credibilità:

5. **Principi HONcode** (ad esempio, il sito web elenca gli autori? Cita le fonti? Rivela i conflitti di interesse?).
6. **Strumento DISCERN** (utilizzato per le informazioni scritte sulle scelte terapeutiche). Gli elementi che i pazienti possono utilizzare includono:
  - Le informazioni sono equilibrate e imparziali?
  - Sono descritti sia i rischi che i benefici?
  - Sono citate le fonti delle prove?
  - Chi fornisce questo consiglio?
  - Su quali prove si basa?
  - Sono spiegate le alternative e i rischi?
  - È coerente con quanto raccomandato dal mio team sanitario?

### Scenari comuni di valutazione MSK (esempi positivi e negativi)

| Scenario                                          | Malinteso comune (valutazione bassa)                                                                                                                        | Come facilitare una valutazione positiva                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mal di schiena - sollevamento                     | Convinzione: “Dovrei evitare di sollevare pesi per sempre, altrimenti danneggerò la mia colonna vertebrale”.                                                | Riformulazione: spiegare che sollevare pesi è sicuro se fatto con moderazione e in modo ragionevole. Mostrare in clinica come sollevare pesi con il giusto ritmo.                               |
| OA del ginocchio – vengono offerte solo iniezioni | Accetta le iniezioni come “unica opzione”, non essendo consapevole che esse offrono un sollievo a breve termine e non modificano il decorso della malattia. | Spiegare le prove scientifiche: le iniezioni possono aiutare temporaneamente, ma l'esercizio fisico e il controllo del peso migliorano i risultati a lungo termine. Offrire accesso a entrambi. |
| Dispositivi/magliette per la postura              | Ritiene che una maglietta correttiva della postura “risolva” il dolore allineando la colonna vertebrale.                                                    | Spiegare che la varietà di posture e il movimento sono più importanti di un allineamento rigido. Suggestire invece strategie di regolazione del ritmo.                                          |

| Scenario                                              | Malinteso comune (valutazione bassa)                                                                                                                   | Come facilitare una valutazione positiva                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Integratori per articolazioni/ infiammazioni          | Acquista costosi integratori a base di glucosamina, curcuma o collagene ritenendoli cure comprovate.                                                   | Spiegare che le prove scientifiche sono limitate/di bassa qualità; contrapporre i benefici comprovati dell'esercizio fisico e della perdita di peso. Insegnare come verificare se le affermazioni sono basate su prove scientifiche. |
| Radicolopatia lombare - intervento chirurgico precoce | Ha proposto un intervento chirurgico entro poche settimane nonostante l'assenza di deficit neurologici. Il paziente ritiene che più veloce sia meglio. | Discutere le prove: la maggior parte delle radicolopatie migliora con il tempo e l'attività fisica. L'intervento chirurgico è indicato nei casi con perdita neurologica o dolore refrattario.                                        |
| Risonanza magnetica spinale                           | Tratta ogni riscontro (protrusione discale, spondilosi) come ugualmente catastrofico.                                                                  | Spiegare la storia naturale: la maggior parte dei risultati è comune e spesso non correlata al dolore. Utilizzare un'analogia: "rughe interne". Concentrarsi sui segnali di allarme rilevanti.                                       |

### Valutare nella pratica

| Lato professionale                                                       | Lato paziente                                                     | Come facilitare in clinica                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sopravaluta la capacità del paziente di valutare pro e contro.           | Accetta in modo acritico iniezioni o interventi chirurgici.       | Fornire un quadro equilibrato dei pro e dei contro; normalizzare l'incertezza; utilizzare strumenti di supporto decisionale. |
| Fornisce risultati di risonanza magnetica senza contesto.                | Ritiene che tutti i risultati delle scansioni indichino un danno. | Utilizza analogie ("rughe") + collegamento alla presentazione clinica.                                                       |
| Evita di discutere di integratori/dispositivi.                           | Investire in opzioni inefficaci o non comprovate.                 | Riconosce l'interesse; spiega le prove (scarse/incerte); reindirizza verso strategie comprovate.                             |
| Trascura i fattori psicosociali che influenzano il processo decisionale. | Scegliere cure di scarso valore perché "sembrano più efficaci".   | Utilizza il colloquio motivazionale per esplorare valori/obiettivi; allinea il piano di conseguenza.                         |
| Non fornisce strumenti di valutazione.                                   | Si affida ai social media o alla pubblicità.                      | Insegnare le basi di HONcode/ DISCERN; fornire al paziente una checklist per valutare le informazioni.                       |

### Caso clinico:

Mark, 52 anni, affetto da lombalgia cronica, ha portato un referto di risonanza magnetica che mostrava tre protrusioni discali. Ha affermato: "Questo significa che la mia schiena è compromessa. Ho anche visto una pubblicità per una maglietta posturale: forse è la mia unica opzione". Il suo medico gli ha spiegato che le protrusioni discali sono un fenomeno comune legato all'età, come le rughe, e che non tutte sono dolorose. Insieme hanno esaminato la pubblicità utilizzando domande in stile DISCERN: Chi l'ha scritta? Sono spiegati i rischi e le alternative? Non trovandone, Mark ha capito che si trattava di marketing piuttosto che di prove scientifiche. Il medico gli ha quindi mostrato come sollevare pesi in modo sicuro e gli ha consigliato un programma di esercizi. Al controllo successivo, Mark ha riferito di non avere più paura di piegarsi e di aver smesso di cercare dispositivi per la postura.

## 2.2.4 Applicare

### Definizione

Applicare si riferisce alla capacità del paziente di **tradurre la comprensione e la valutazione in azioni coerenti**, ovvero eseguire esercizi, mantenere un ritmo regolare, seguire routine di sonno, adottare misure di controllo del peso, praticare tecniche di regolazione dello stress e attuare piani di gestione delle riacutizzazioni nella vita reale. Nell'ambito dell'assistenza muscoloscheletrica (MSK), applicare significa trasformare la conoscenza **in comportamenti salutari**. È alimentato da abilità pratiche (pianificazione, automonitoraggio, adattamento) e da fattori comportamentali (motivazione, capacità, opportunità).

### Perché è importante:

- I risultati nel dolore muscoloscheletrico persistente dipendono meno da ciò che i pazienti fanno e più da ciò che fanno ripetutamente. L'esercizio fisico, l'esposizione graduale all'attività, il miglioramento del sonno, la gestione del peso per l'OA e la regolazione dello stress richiedono tutti **una persistenza comportamentale**.
- L'abbandono si verifica tipicamente nell'ultima fase: molti pazienti comprendono e sono persino d'accordo con il piano basato su comportamenti salutari, ma **non riescono ad attuarlo** a causa della variabilità del dolore, della stanchezza, di priorità concorrenti o della paura delle riacutizzazioni.
- L'applicazione della scienza comportamentale (ad esempio, il modello COM-B, le tecniche di cambiamento comportamentale - BCT, il colloquio motivazionale, le intenzioni di attuazione) consente ai medici non psicologi di **progettare l'aderenza**: aumentando la capacità, creando opportunità e rafforzando la motivazione in modo che le azioni salutari diventino la norma.

### Come valutarla (domande rapide durante la consultazione):

- **Chiarezza dell'azione:** "Cosa farai esattamente questa settimana, in quali giorni, a che ora e dove?"
- **Fiducia:** "Su una scala da 0 a 10, quanto sei sicuro di farlo?" (Se <7, il piano è troppo ambizioso; ridimensionalo).
- **Individuazione degli ostacoli:** "Cosa potrebbe ostacolarla?" / "Quando il dolore aumenta o è stanco, qual è il suo piano di riserva?"
- **Segnali e supporto:** "Quali promemoria o routine ti stimoleranno?" / "Chi potrebbe supportarti?"
- **Autocontrollo:** "Come monitorerai i tuoi progressi e come li esamineremo insieme?"
- **Adattamento:** "Se questo obiettivo ti sembra troppo difficile o troppo facile, come modificherai il dosaggio?"

### Come migliorarlo: Tecniche di modifica del comportamento che è possibile fornire in clinica

1. **Chiarire i comportamenti:** I comportamenti devono essere **specifici, osservabili e misurabili**. "Fare più esercizio fisico" è troppo vago, mentre "camminare 10 minuti dopo pranzo il lunedì, il mercoledì e il venerdì" è concreto e tracciabile. La scienza comportamentale chiama questo approccio "pianificazione dell'azione". Nella cura delle patologie muscoloscheletriche, la specificità evita confusione e consente sia al paziente che al medico di monitorare l'aderenza alla terapia.
2. **Collegare ai valori:** I comportamenti si mantengono quando sono legati a **valori, ruoli o identità personali**. Secondo la teoria dell'autodeterminazione, la motivazione intrinseca è fondamentale. Un paziente con OA dell'anca potrebbe impegnarsi più facilmente a perdere peso se l'obiettivo fosse "poter giocare a calcio con mio figlio" piuttosto che "ridurre il BMI". Collegare i comportamenti ai valori crea un coinvolgimento emotivo che sostiene l'aderenza.
3. **Suddividere in piccoli passi:** I pazienti hanno maggiori probabilità di avere successo quando sperimentano una padronanza precoce. L'**esposizione graduale** (dalla psicologia) e il **ritmo** (dalla scienza della riabilitazione) riducono la paura e prevengono i cicli di boom e bust. Ad esempio, un paziente che ha paura di piegarsi dopo un'ernia discale potrebbe iniziare raggiungendo la metà dello stinco, poi sollevando una scatola da 2 kg da una sedia, per poi passare al sollevamento da terra. Il successo rafforza l'autoefficacia e smantella le convinzioni catastrofiche.
4. **Utilizzare segnali e suggerimenti:** Il comportamento è fortemente influenzato dal contesto. Collegare le azioni a **stimoli ambientali** ("habit stacking") le rende più automatizzate. Ad esempio, fare stretching mentre si prepara il caffè o impostare la sveglia del telefono

per una passeggiata serale. Per i pazienti che gestiscono più condizioni, i segnali riducono la dipendenza dalla memoria e migliorano la costanza.

5. **Monitorare i progressi:** L'auto-monitoraggio tramite app, diari o calendari favorisce la responsabilità e consente di apportare modifiche tempestive. Nell'ambito delle cure MSK, i registri possono tracciare i minuti di camminata, le ripetizioni degli esercizi, le riacutizzazioni o il sonno. Tuttavia, il monitoraggio è utile solo se revisionato dal medico. La revisione dei registri durante le visite dimostra ai pazienti che i loro sforzi sono importanti e rafforza la loro motivazione.
6. **Rafforzare l'impegno:** Il rinforzo aumenta la probabilità di ripetere un comportamento. È fondamentale rafforzare **l'impegno e la costanza**, non solo i risultati. Lodare la perseveranza anche se il dolore non diminuisce immediatamente. Esempio: "Ha continuato a camminare nonostante due riacutizzazioni: questo dimostra la sua resilienza". Ciò sostiene la resilienza ed evita il demoralizzarsi quando i progressi non sono lineari.
7. **Pianificare le battute d'arresto:** Le battute d'arresto sono inevitabili. **Le intenzioni di attuazione** (regole "se-allora") aiutano i pazienti a prepararsi. Esempio: "Se piove, farò esercizi di sit-to-stand al chiuso". Oppure: "Se il dolore è >6/10, ridurrò il volume dell'attività del 50%, ma continuerò a muovermi". Anticipare gli ostacoli riduce lo stress e previene il pensiero "tutto o niente".
8. **Rafforzare l'autoefficacia:** L'autoefficacia, ovvero la fiducia nelle proprie capacità, è il più forte indicatore di aderenza. I medici possono rafforzarla fornendo esperienze di padronanza (esercitazioni in clinica), modellando i progressi e riformulando i sinTommasoi. Ad esempio, esercitarsi a sollevare pesi in modo sicuro durante la seduta permette ai pazienti di rendersi conto delle proprie capacità, sfidando convinzioni come "la mia schiena è fragile".
9. **Costruire un sostegno sociale:** La responsabilità e l'incoraggiamento aumentano l'aderenza. Indirizzare i pazienti a programmi di gruppo (gruppi di camminata, lezioni di mindfulness) integra i comportamenti in un ambiente di supporto. Le relazioni sociali aiutano anche a riformulare il dolore come gestibile piuttosto che isolante.
10. **Promuovere la motivazione intrinseca:** L'obiettivo è rendere i comportamenti parte dell'identità: "Sono una persona che gestisce attivamente il dolore". I medici possono incoraggiare questo approccio chiedendo ai pazienti di riflettere sui benefici: "Quali differenze hai notato da quando hai iniziato a regolare il ritmo?". I pazienti spesso riferiscono un miglioramento del sonno o una minore rigidità. La riflessione rafforza il significato e sostiene i comportamenti anche molto tempo dopo la fine della supervisione.



Applicazione nella pratica

| Lato professionale (cosa si fa)                                                                              | Lato paziente (ciò che affrontano)                                                                   | Come facilitare in clinica (azioni concrete)                                                                                                                                                                  | Esempio clinico illustrativo                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tradurre gli obiettivi in comportamenti specifici (BCT: pianificazione delle azioni, obiettivi SMART)</b> | È consapevole che "l'esercizio fisico aiuta", ma non inizia; si sente sopraffatto da consigli vaghi. | Co-creare un micro-obiettivo SMART: "Camminare 10 minuti dopo pranzo lunedì/ mercoledì/venerdì questa settimana". Scriverlo nella cartella clinica e consegnarlo al paziente. Collegarlo ai valori personali. | <i>Ahmed, 52 anni, affetto da lombalgia cronica, ha accettato di "camminare 10 minuti dopo cena il martedì/ giovedì/sabato" invece del vago "camminare di più". Ha completato 2/3 passeggiate la prima settimana: il suo primo successo in mesi.</i>                          |
| <b>Prova durante la sessione (sviluppo delle capacità, esposizione graduale)</b>                             | Incerto su come eseguire il movimento; timore di infortunarsi.                                       | Dimostrazione → il paziente ripete → adattamento al punto di successo. Confermare l'ultima versione riuscita come inizio a casa. Rassicurare con un'esperienza di padronanza.                                 | <i>Maria, 56 anni, affetta da osteoartrite al ginocchio, ha praticato l'esercizio "sedersi-alzarsi" in clinica. Si è resa conto che il dolore rimaneva stabile. Le sono state prescritte 2 serie da 5 ripetizioni al giorno a casa, partendo dal suo livello di successo.</i> |
| <b>Installare segnali e adattare l'ambiente (opportunità di modellamento)</b>                                | Dimentica a causa degli impegni di lavoro/famiglia. Si affida alla memoria.                          | Introdurre segnali abituali: allarmi del telefono, banda elastica vicino al bollitore, inviti del calendario, compagno sociale. Abbinare alle routine (ad es. stretching durante le pause).                   | <i>Luigi, 44 anni, affetto da dolore alla spalla, ha impostato un allarme sul telefono per le 21:00 per eseguire esercizi di mobilità della spalla. Dopo 2 settimane, ha riferito un'aderenza dell'80% perché il segnale è diventato una routine.</i>                         |



| Lato professionale (cosa si fa)                                                                      | Lato paziente (ciò che affrontano)                                                                        | Come facilitare in clinica (azioni concrete)                                                                                                                                                                       | Esempio clinico illustrativo                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Aggiungere piani "se-allora" e regole di riacutizzazione (anticipazione, strategie di coping)</b> | Interrompere completamente l'attività quando il dolore aumenta; equiparare l'acuirsi del dolore al danno. | Regola prestabilita: "Se il dolore aumenta, ridurre la dose del 50% per 48 ore, continuare a muoversi, riprendere la scala graduale". Normalizzare le riacutizzazioni con un piano a semaforo.                     | <i>Emma, 42 anni, affetta da fibromialgia, ha utilizzato il suo copione per le riacutizzazioni: ha dimezzato il tempo di camminata per 2 giorni, poi ha ripreso. Ha evitato il suo solito "blocco" di 2 settimane.</i>                                                       |
| <b>Automonitoraggio e revisione dei progressi (feedback loop)</b>                                    | Non nota i piccoli successi → si sente demotivata.                                                        | Fornire uno strumento di monitoraggio (calendario, grafico, app). Rivedere in clinica: evidenziare i progressi ("6 passeggiate questa settimana, rispetto alle 2 precedenti"). Lodare lo sforzo e la perseveranza. | <i>Sam, 49 anni, ha registrato le sue passeggiate su un calendario appeso al frigorifero. Durante il follow-up, il suo fisioterapista ha evidenziato un aumento costante, che Diego non aveva notato. Questo ha aumentato la sua motivazione.</i>                            |
| <b>Utilizzare colloqui motivazionali per risolvere l'ambivalenza (motivazione)</b>                   | "Vorrei camminare, ma temo che la situazione possa peggiorare". Si sente in conflitto.                    | Utilizzare le micro-competenze MI (OARS): suscitare valori, riflettere sul cambiamento, accettare la resistenza, affermare i punti di forza. Concordare un inizio minimo fattibile.                                | <i>Anna, 38 anni, affetta da fibromialgia, ha affermato che "l'esercizio fisico ha sempre un effetto controproducente". Attraverso il colloquio motivazionale, ha collegato il camminare a "più energia per i bambini". Ha accettato di iniziare con 2 minuti al giorno.</i> |



| Lato professionale (cosa si fa)                                                                   | Lato paziente (ciò che affrontano)                                                           | Come facilitare in clinica (azioni concrete)                                                                                                                                         | Esempio clinico illustrativo                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Risolvere sistematicamente gli ostacoli (analisi COM-B)</b>                                    | Lavoro a turni, cura dei bambini, stanchezza, mancanza di attrezzature.                      | Identificare gli ostacoli → valutare le opzioni → selezionare una modifica. Testare per una settimana. Esempio: suddividere in 2 sessioni da 5 minuti invece di una da 10 minuti.    | <i>Carlo, 60 anni, affetto da lombalgia e con lavoro a turni, ha dichiarato che al mattino era impossibile. Insieme hanno pianificato 5 minuti di mobilità dopo la doccia post-turno notturno: una modifica sostenibile.</i>           |
| <b>Normalizzare le ricadute e pianificare in anticipo il rientro (prevenzione delle ricadute)</b> | Giorni persi → senso di colpa, fallimento. Evita di ricominciare.                            | Riformulare la ricaduta come prevedibile. Scrivere in anticipo uno script: "Due giorni persi? Ricominciare con l'ultima dose facile; mandarmi un messaggio con scritto 'RIPARTITO'". | <i>Sofia, 39 anni, affetta da dolore al collo, ha saltato 5 giorni e si è sentita un "fallimento". Il suo fisioterapista le ha ricordato il piano di rientro. Ha ricominciato dall'ultimo livello facile, evitando di abbandonare.</i> |
| <b>Rafforzamento comportamentale a più livelli (supporto sociale e digitale)</b>                  | La motivazione svanisce dopo il primo entusiasmo.                                            | Aggiungere stimoli digitali (messaggi, promemoria delle app, grafici) + supporto sociale (contatti con gli amici, attività di gruppo). Incoraggiare a celebrare le piccole vittorie. | <i>Rosa, 62 anni, affetta da artrosi dell'anca, si è unita a un gruppo locale di camminata. L'incoraggiamento dei compagni l'ha aiutata a rimanere motivata anche dopo che l'entusiasmo iniziale era svanito.</i>                      |
| <b>Affrontare direttamente credenze e miti (valutazione critica + applicazione)</b>               | Esposti a disinformazione (magliette posturali, integratori, interventi chirurgici precoci). | Insegnare filtri rapidi (HONcode, DISCERN). Valutazione con gioco di ruolo: "Questo integratore non ha riferimenti, vende il prodotto → bassa credibilità".                          | <i>Mark, 52 anni, ha portato un annuncio pubblicitario per una maglietta posturale. Il suo fisioterapista lo ha guidato attraverso le domande DISCERN. Mark ha concluso che si trattava di marketing, non di medicina.</i>             |



### Caso clinico:

**Diego, 49 anni**, magazziniere con lombalgia persistente, teme di sollevare pesi e ha smesso di fare esercizio fisico. Desidera "rimettersi in forma", ma continua ad abbandonare dopo le ricadute.

- Valutare Applicare:** non ha un piano specifico, fiducia 4/10, nessun indizio, nessuna regola per le riacutizzazioni.
- Piano utilizzando le Tecniche di modifica del comportamento:**
  - Piano d'azione: martedì/giovedì/sabato - 5 minuti di esercizi di flessione dell'anca + 8 minuti di camminata dopo cena.
  - Scala di esposizione graduale: snodo con tassello → scatola da 2 kg dalla sedia → 5 kg dall'altezza del ginocchio.
  - Se-allora: "Se il dolore è superiore a 5/10 o l'affaticamento è elevato, dimezzare le ripetizioni e continuare a camminare".
  - Segnali: allarmi del telefono; scatola nel corridoio; moglie come compagna di camminata.
  - Autocontrollo: foglio di controllo sul frigorifero; rivalutazione alla visita successiva.
- Prova in clinica:** trovare un'articolazione tollerabile dal punto di vista del dolore; concordare il carico iniziale; confermare la sicurezza ≥7/10.
- Rivalutazione dopo 2 settimane:** 6/6 passeggiate completate, sollevamenti dalla scatola al livello 2; un episodio acuto gestito con la regola della mezza dose; sicurezza ora 8/10. Aumentare la camminata a 12 minuti e provare i sollevamenti al livello 3.
- Risultato:** Diego riferisce meno paura, giornate lavorative più tranquille e orgoglio nel "continuare anche quando sentiva dolore".

### Modelli pratici che è possibile copiare/incollare nelle note o nelle dispense

- **Piano d'azione in una riga:**  
"Questa settimana farò [comportamento] per [durata] nei giorni [giorni] alle [ora/luogo]".
- **Piano di coping "se-allora" (intenzione di attuazione):**  
"Se [ostacolo/riacutizzazione], allora farò [adattamento specifico] e riprenderò il piano entro 48 ore
- **Comportamento minimo praticabile:**  
"Nei giorni in cui mi sento poco energico, mi impegnerò per soli 2 minuti, ma sarà comunque un risultato positivo."

### ■ Regola di rientro:

*“Dopo aver saltato due sessioni, ricominciare con l'ultima dose facile e inviare un messaggio con scritto “BACK ON” al proprio compagno/medico”.*

### Punti chiave per i medici

- Trattare l'applicazione come un **compito di ingegneria comportamentale**: capacità di progettazione (prova), opportunità (segnali, ambiente, supporto) e motivazione (colloquio motivazionale, feedback, identità: “Sono una persona che si muove quotidianamente”).
- Piccolo, specifico e verificabile batte grande, vago e ispiratore.
- Le ricadute e le assenze sono **caratteristiche**, non errori: pianificare, imparare da esse e continua il ciclo.

## 2.3. Principi educativi per migliorare l'alfabetizzazione in materia di salute muscolo-scheletrica

### 2.3.1 Chiarezza e personalizzazione

Il quadro Digi4MSK sottolinea che **un'adeguata alfabetizzazione sanitaria è un prerequisito per un'autogestione efficace**. I pazienti con scarsa alfabetizzazione spesso interpretano erroneamente termini come “degenerazione” o “instabilità”, generando paura ed evitamento. È dimostrato che l'uso di **un linguaggio semplice, metafore e immagini** riduce la tendenza a catastrofizzare e migliora la memorizzazione (Lorig & Holman, 2003; Nutbeam, 2008). Tuttavia, la chiarezza da sola non è sufficiente: i consigli devono essere **personalizzati in base al contesto del paziente**. Dire a un impiegato di “muoversi di più” può sembrare astratto, mentre suggerire di “alzarsi ogni 30 minuti” rende il consiglio attuabile. Nell'osteoartrite, riformulare la perdita di peso come “ridurre il carico sul ginocchio ad ogni passo” collega il messaggio direttamente alla loro esperienza del dolore.

### 2.3.2 Coinvolgimento attivo e dialogo

Il quadro Digi4MSK sottolinea che **un'adeguata alfabetizzazione sanitaria è un prerequisito per un'autogestione efficace**. I pazienti con scarsa alfabetizzazione spesso interpretano erroneamente termini come “degenerazione” o “instabilità”, generando paura ed evitamento. È dimostrato che l'uso di **un linguaggio semplice, metafore e immagini** riduce la tendenza a catastrofizzare e migliora la memorizzazione (Lorig & Holman, 2003; Nutbeam, 2008). Tuttavia, la

chiarezza da sola non è sufficiente: i consigli devono essere **personalizzati in base al contesto del paziente**. Dire a un impiegato di “muoversi di più” può sembrare astratto, mentre suggerire di “alzarsi ogni 30 minuti” rende il consiglio attuabile. Nell'osteoartrite, riformulare la perdita di peso come “ridurre il carico sul ginocchio ad ogni passo” collega il messaggio direttamente alla loro esperienza del dolore.

### 2.3.3 Ripetizione, rinforzo e feedback

Le revisioni sistematiche sul dolore muscoloscheletrico (Babatunde 2017; Lin 2020) confermano che **l'educazione continua, e non i consigli occasionali**, migliora i risultati a lungo termine. Anche i materiali Digi4MSK sottolineano l'importanza della ripetizione attraverso il follow-up digitale e il rinforzo della comunità. La ripetizione consolida l'apprendimento, mentre il feedback rafforza il comportamento. Un paziente che registra le proprie passeggiate e rivede i progressi con un medico sperimenta un rinforzo positivo, che rafforza la persistenza dell' e anche prima che si manifestino miglioramenti del dolore. Questo principio rispecchia la scienza del cambiamento comportamentale (condizionamento operante) e la teoria dell'educazione del paziente (circuiti di feedback attivi).

### 2.3.4 Processo decisionale condiviso e motivazione

L'educazione sanitaria è più efficace quando è integrata nel **processo decisionale condiviso**. Secondo le linee guida dell'OMS sul coinvolgimento dei pazienti, spiegare apertamente i rischi, i benefici e le incertezze porta a una maggiore soddisfazione e aderenza. Il progetto Digi4MSK sottolinea anche l'importanza di adattare gli interventi ai livelli di motivazione dei pazienti. Le tecniche **del colloquio motivazionale (MI)** - domande aperte, affermazioni, ascolto riflessivo - aiutano a scoprire la motivazione intrinseca. Ad esempio, invece di prescrivere l'esercizio fisico come “prescrizione medica”, chiedere “cosa è più importante per te?” e collegare l'attività a quel valore (ad esempio, giocare con i nipoti) rende il cambiamento comportamentale significativo e autosufficiente.

### 2.3.5 Normalizzare le fluttuazioni e sviluppare la resilienza

Il dolore persistente è caratterizzato da variabilità. È dimostrato che **rassicurare i pazienti sulle riacutizzazioni** riduce la catastrofizzazione e favorisce l'aderenza all'autogestione. Digi4MSK raccomanda di integrare nell'educazione strategie per le riacutizzazioni (ad esempio, piani a

semaforo, regole “se-allora”). Ciò è in linea con le tecniche di cambiamento comportamentale per **la prevenzione delle ricadute**: insegnare ai pazienti che le battute d’arresto sono prevedibili e pianificare percorsi di rientro. Ad esempio, un paziente con lombalgia che impara a dimezzare il tempo di deambulazione durante le riacutizzazioni, ma continua a muoversi, evita il ciclo “fermare tutto”. La normalizzazione rafforza la resilienza e protegge l’impegno a lungo termine.

Questi principi sono supportati sia dal **progetto Digi4MSK** (che enfatizza i settori dell’alfabetizzazione, l’empowerment dei pazienti e le risorse digitali/comunitarie) sia dalla letteratura più ampia sull’alfabetizzazione sanitaria e il cambiamento comportamentale. Applicati in modo coerente, aiutano i pazienti non solo a comprendere la loro condizione, ma anche ad accedere alle risorse giuste, valutare criticamente le opzioni, applicare i comportamenti nella vita quotidiana e sostenere le convinzioni che supportano la salute muscolo-scheletrica a lungo termine.

### 3. Valutare e affrontare la mancanza di motivazione al cambiamento

Il dolore muscoloscheletrico spesso diventa una condizione a lungo termine in cui il recupero dipende meno da una “soluzione rapida” e più dal sostegno alle persone affinché possano convivere bene con il dolore. Ciò comporta l’adozione e il mantenimento **di comportamenti più sani in senso lato**: non solo un’attività fisica regolare, ma anche la ricerca di modi di muoversi che siano *piacevoli*, l’impegno in *attività apprezzate e significative*, il rafforzamento *delle relazioni sociali*, il ritmo della vita quotidiana, il miglioramento delle abitudini di sonno e l’integrazione di pratiche di regolazione dello stress. Queste attività sono fondamentali per sviluppare la resilienza e migliorare la qualità della vita in caso di dolore persistente. Tuttavia, richiedono energia, perseveranza e adattamento, che possono essere difficili quando il dolore è fluttuante o i progressi sembrano lenti. **La motivazione al cambiamento è quindi un fattore determinante per il risultato.**

#### 3.1. Perché è importante individuare la scarsa motivazione al cambiamento nei pazienti affetti da dolore?

È importante sottolineare che una scarsa motivazione non significa che i pazienti non siano informati. Molte persone con dolore muscoloscheletrico comprendono che il movimento o un cambiamento dello stile di vita potrebbero essere d’aiuto, ma non si sentono pronte, disposte o in grado di fare lo sforzo necessario, oppure non riescono a capire come integrarlo nella loro vita. In termini di scienza comportamentale, c’è un divario tra **il sapere** e **il fare**. Se i medici prescrivono programmi di esercizio fisico o di cambiamento dello stile di vita senza affrontare la questione della motivazione, rischiano di causare frustrazione o disimpegno nei pazienti.

La ricerca dimostra costantemente che la motivazione predice l’aderenza all’autogestione in modo più forte rispetto alla gravità del dolore o ai risultati delle immagini diagnostiche. Ad esempio, i pazienti con lombalgia che si sentono motivati a rimanere attivi tendono a recuperare meglio di quelli che rimangono ambivalenti, anche quando ricevono una fisioterapia identica. Al contrario, nell’osteoartrite, i pazienti che lottano con cambiamenti nello stile di vita come la gestione del peso possono orientarsi verso iniezioni ripetute o interventi chirurgici se la loro motivazione non è supportata.

La motivazione non è statica. Il **modello transtheoretical** (Prochaska & DiClemente, 1982), ampiamente utilizzato, descrive fasi quali la pre-contemplazione, la contemplazione, la preparazione, l'azione e il mantenimento. Questo quadro rimane utile, ma le prospettive più recenti sottolineano che la motivazione è **fluida e dipende dal contesto**. I pazienti possono sentirsi molto motivati un giorno e senza speranza il giorno successivo, oppure motivati per un comportamento (ad esempio, camminare) ma resistenti a un altro (ad esempio, cambiare dieta). Le riacutizzazioni del dolore, l'umore, il sostegno della famiglia e persino l'ora del giorno possono modificare gli stati motivazionali. Pertanto, i medici dovrebbero considerare la motivazione come un **processo dinamico**, non come un tratto fisso, e adattare il loro approccio in modo flessibile durante gli incontri.

In sintesi, individuare una scarsa motivazione è fondamentale perché il cambiamento comportamentale è la pietra angolare della gestione del dolore muscoloscheletrico. Identificando tempestivamente gli ostacoli motivazionali e riconoscendo che la motivazione è soggetta a fluttuazioni e interagisce con fattori biologici e sociali, i medici possono adeguare le loro strategie. Ciò potrebbe significare concentrarsi innanzitutto su attività piacevoli e significative piuttosto che sull'esercizio fisico formale, esplorare i valori dei pazienti con colloqui motivazionali o sostenere l'accesso a nuove terapie che riducono gli ostacoli. In questo modo aumenta la probabilità che i comportamenti più sani non solo vengano tentati, ma anche mantenuti a lungo termine.

## 3.2. Intervento adeguato per facilitare la motivazione al cambiamento

### 3.2.1 Fasi della motivazione al cambiamento nel dolore muscoloscheletrico

#### Concetti di base:

- **Modello transtheoretical** (Prochaska & DiClemente, 1982): suggerisce che le persone attraversano diverse fasi quando cambiano il loro comportamento in materia di salute, passando dal non prenderlo nemmeno in considerazione, al pensarci, al prepararsi, all'agire, al mantenere e, talvolta, alla ricaduta. Utile per identificare *a che punto è un paziente* nella sua disponibilità al cambiamento.
- **Il modello Behaviour Change Wheel / COM-B** (Michie, 2011): spiega che il comportamento (B) si verifica quando le persone hanno **capacità** (abilità, conoscenze, fiducia), **opportunità**

(ambiente, risorse, sostegno sociale) e **motivazione** (desiderio, intenzione, abitudini). Se manca un elemento, il cambiamento di comportamento si blocca. La ruota propone quindi delle "funzioni di intervento" (istruzione, formazione, abilitazione, persuasione, ecc.) su misura per l'elemento COM-B che risulta debole.

- **Principi comportamentali di Fordyce** (1976): ha applicato la psicologia comportamentale al dolore cronico. Ha dimostrato che i "comportamenti legati al dolore" (ad esempio, gemiti, riposo, evitamento dell'attività, ricerca di ripetute rassicurazioni mediche) sono spesso involontariamente rafforzati dall'attenzione e dalla simpatia, mentre i "comportamenti legati al benessere" (attività, risoluzione dei problemi, perseveranza) spesso passano inosservati. I medici possono ridurre il rinforzo dei comportamenti legati al dolore e premiare attivamente i comportamenti legati al benessere per modificare i modelli a lungo termine.

#### Perché concentrarsi sulla motivazione?

Aiutare le persone con dolori muscoloscheletrici richiede molto più che identificare una struttura dolorosa o prescrivere una serie di esercizi. Il recupero a lungo termine dipende spesso dalla volontà e dalla capacità dei pazienti di apportare cambiamenti alla loro vita quotidiana. Questi cambiamenti sono ampi: alcuni comportano **forme di movimento piacevoli** come il nuoto o la danza, altri significano riconnettersi con **attività sociali apprezzate** come incontrare gli amici per una passeggiata, mentre altri ancora si concentrano sulla **regolazione del sonno, sul ritmo delle attività quotidiane o sull'esplorazione di pratiche di gestione dello stress**. Per molte persone, il dolore crea un restringimento della vita; la motivazione è ciò che determina se possono ricominciare ad allargare quel cerchio.

La motivazione, tuttavia, non è un tratto fisso della personalità. Essa varia a seconda dell'umore, del sostegno sociale, dei fattori di stress della vita e persino dell'ora del giorno. Un paziente che al mattino è pronto a camminare può sentirsi sconfitto alla sera. Chi è desideroso di provare il rilassamento può opporre una forte resistenza ai cambiamenti nella dieta. Questa natura dinamica della motivazione implica che i medici devono imparare a "leggere" la situazione attuale del paziente, senza etichettarlo in modo permanente.

Tre modelli sono particolarmente utili per guidare questo processo. Il **Modello Transteorico del Cambiamento** mappa le diverse fasi che le persone attraversano tipicamente quando cambiano i loro comportamenti relativi alla salute. **La Ruota del Cambiamento Comportamentale** di Michie (**modello COM-B**) spiega che il comportamento si verifica solo quando ci sono sufficienti **Capacità** (conoscenze e abilità), **Opportunità** (un ambiente favorevole) e **Motivazione** (desiderio e intenzione). Infine, i **principi comportamentali di Wilbert Fordyce** ci ricordano

che nel dolore cronico, i “comportamenti dolorosi” come evitare l'attività fisica o cercare ripetutamente rassicurazioni possono essere involontariamente rafforzati dall'attenzione, mentre i “comportamenti di benessere” come la perseveranza, il ritmo o la risoluzione creativa dei problemi spesso passano inosservati. Reindirizzando il rinforzo, i medici possono modellare uno stile di vita più adattivo.

Tenendo presenti queste prospettive, esaminiamo le fasi della motivazione e vediamo come si manifestano nella pratica muscolo-scheletrica, come identificarle durante le visite e come aiutare i pazienti a muoversi verso un impegno più sano.

### 3.2.2 Pre-contemplazione: “Non ne vedo il senso”

I pazienti in fase di pre-contemplazione non stanno affatto considerando il cambiamento. Spesso credono che la loro condizione sia puramente biomedica e che solo gli interventi medici possano aiutarli. Possono dire cose come “La mia risonanza magnetica mostra una degenerazione: che differenza farebbe l'esercizio fisico?” o “Ho solo bisogno di un'altra iniezione”. Alcuni sono scoraggiati dopo anni di tentativi infruttuosi, mentre ad altri potrebbe non essere mai stata offerta l'autogestione come opzione seria.



#### Caso clinico:

Leonard, un impiegato di 55 anni affetto da osteoartrite al ginocchio di lunga data, si reca in clinica per richiedere un'altra iniezione. Spiega di aver provato “gli esercizi” anni fa, ma che questi hanno solo peggiorato la sua condizione. Ha smesso di fare passeggiate nel fine settimana con sua moglie e trascorre la maggior parte delle serate davanti alla televisione. È convinto che il movimento danneggi ulteriormente le sue ginocchia e non vede alcun motivo per riprovare.

#### Come lavorare con lui:

La lente COM-B ci mostra che **la sua motivazione è minima e la sua capacità** è poco sviluppata, poiché non sa come fare esercizio in modo sicuro senza aggravare la situazione. **L'opportunità** è limitata: il suo ambiente sociale rafforza il riposo piuttosto che l'attività. Da una prospettiva Fordycean, i suoi comportamenti legati al dolore sono fortemente rafforzati dalle ripetute cure mediche e dal fatto che sua moglie si occupa delle faccende domestiche ogni volta che lui si lamenta.

In questa fase, l'obiettivo non è quello di fornirgli una serie di esercizi, ma di instillare delicatamente l'idea che l'autogestione potrebbe essere possibile. Ciò può essere fatto offrendo spiegazioni chiare che sfidano le idee sbagliate, ad esempio: “*Questi cambiamenti nel suo ginocchio sono come rughe interne: non significano che sia rotto*”. È utile anche esplorare i suoi valori: “*Cosa le piacerebbe poter fare se il suo ginocchio stesse meglio?*”. Quando risponde: “*Mi piacerebbe giocare a calcio con mio nipote*”, il medico collega questo valore al ruolo del movimento sicuro, creando una prima crepa nella sua resistenza. È importante sottolineare che il medico evita di rafforzare i comportamenti di evitamento (ad esempio, ordinando un altro esame di imaging) e invece elogia le piccole capacità quotidiane, come il fatto che riesce ancora a salire le scale al lavoro.

### 3.2.3 Contemplazione: “So che dovrei, ma...”

I pazienti in fase contemplativa riconoscono che potrebbe essere necessario un cambiamento, ma rimangono ambivalenti. Sono in grado di elencare sia i benefici che gli ostacoli, ma la paura di un peggioramento del dolore o i ricordi di tentativi falliti li bloccano.



#### Caso clinico:

Rachele, 42 anni, soffre di mal di schiena persistente da diversi anni. Racconta al suo fisioterapista: “*So che dovrei muovermi di più, ma ogni volta che ci provo ho una ricaduta e poi sto male per giorni*”. Alterna brevi periodi di entusiasmo a lunghi periodi di inattività, trascorrendo spesso interi fine settimana a letto dopo una ricaduta.

#### Come lavorare con lei:

La sua motivazione è conflittuale: desidera i benefici dell'attività fisica, ma è terrorizzata dai picchi di dolore. La sua capacità è fragile, poiché non sa dosare gli sforzi e non è in grado di esporsi in modo graduale. I suoi comportamenti evitanti vengono involontariamente rafforzati quando gli amici o persino i medici le dicono che ha fatto bene a smettere.

La strategia in questo caso non è quella di spingerla a seguire programmi completi, ma di lavorare sulla sua ambivalenza. Il medico può creare insieme a lei un semplice elenco di pro e contro, dando uguale peso a entrambi i lati. Potrebbe poi suggerirle un esperimento a basso rischio, come una passeggiata di cinque minuti a passo lento, inquadrato non come “esercizio fisico” ma come un test per vedere come reagisce il suo corpo. Quando lei riesce, il medico rafforza

lo sforzo indipendentemente dal risultato: *“Hai dimostrato grande coraggio nel provare questo. Anche se ti ha causato un po’ di disagio, non ti ha fatto male”*. Riformulando le riacutizzazioni come normale sensibilità piuttosto che come prova di danno, il medico contribuisce a ridurre la paura e a prepararla per la fase successiva.

### 3.2.4 Preparazione: “Mi sto preparando”

I pazienti in fase di preparazione stanno pianificando un cambiamento e potrebbero aver già compiuto piccoli passi. Potrebbero aver acquistato scarpe da ginnastica, cercato un gruppo di ginnastica locale o scaricato un’app per il sonno. La loro motivazione è maggiore, ma la paura di fallire o la mancanza di conoscenza possono frenarli.



#### Caso clinico:

Daniel, 60 anni, soffre di osteoartrite all'anca. Con orgoglio dice al suo fisioterapista: *“Ho acquistato delle nuove scarpe da passeggio e sto pensando di unirmi al gruppo di camminata della comunità, ma non sono sicuro di riuscire a stare al passo con loro”*.

#### Come lavorare con lui:

Ha la motivazione, ma non ancora la piena **capacità**: non sa come dosare le energie e la sua fiducia è fragile. Le sue **opportunità** stanno aumentando (ha individuato un gruppo), ma ha ancora bisogno di sostegno.

Il medico può sostenerlo creando insieme un piano d'azione specifico: *“Cominciamo con otto minuti di camminata dopo colazione il martedì, il giovedì e il sabato”*. Possono provare il primo passo in clinica, chiedendogli di camminare a passo lento e mostrandogli come monitorare i suoi sinTommasoi. Utilizzando un piano di coping “se-allora”, il medico lo aiuta a prepararsi alle battute d'arresto: *“Se le fa male l'anca, allora dimezzi il tempo e veda come si sente”*. I principi di Fordyce vengono applicati rafforzando il “discorso sul benessere” (pianificazione, investimento in scarpe) piuttosto che le affermazioni che incutono timore. Questo trasforma le buone intenzioni in un primo passo realistico.

### 3.2.5 Azione: “Ho iniziato, ma è fragile”

Nella fase di azione, i pazienti si impegnano attivamente in nuovi comportamenti, ma lo fanno da meno di sei mesi. La motivazione è più alta, ma le routine sono fragili e possono essere facilmente compromesse da fitte di dolore, stress o mancanza di sostegno.



#### Caso clinico:

Kathie, 38 anni, affetta da fibromialgia, ha iniziato a seguire lezioni di yoga due volte alla settimana e sta monitorando il suo sonno con un’app. Dice: *“Mi sento un po’ meglio, ma se il dolore dovesse aumentare, probabilmente smetterò perché non credo di poterlo sopportare”*.

#### Come lavorare con lei:

Ha già dimostrato una forte motivazione, ma la sua fiducia è precaria. Il ruolo del medico è quello di proteggere questa nuova routine fragile. Ciò comporta la normalizzazione delle battute d'arresto: *“È normale che i sinTommasoi fluttuino anche quando si è sulla strada giusta”*. Il medico fornisce strategie di coping come: *“Se il dolore aumenta, riduca l'intensità o accorci la sessione, ma non la interrompa completamente”*. Esaminando i suoi registri dei progressi, il medico può evidenziare i benefici oltre al dolore, come il miglioramento del sonno o dell'energia. Utilizzando la prospettiva di Fordyce, il medico evita di rafforzare il riposo totale dopo una riacutizzazione e invece elogia la sua perseveranza adattiva: *“Ha modificato la sua routine e ha continuato ad andare avanti: questo dimostra una vera autogestione”*.

### 3.2.6 Mantenimento: “Fa parte della mia vita, ma continuo a vacillare”

Nella fase di mantenimento, i pazienti hanno mantenuto i nuovi comportamenti per più di sei mesi. Le abitudini sono più stabili, ma la motivazione può diminuire in caso di stress o quando la novità svanisce. Il rischio in questo caso è la ricaduta.

**Caso clinico:**

Anthony, 47 anni, cammina ogni giorno e pratica la mindfulness da otto mesi. Dice al suo fisioterapista: *“Ora fa parte della mia vita, ma quando il lavoro mi impegna molto, tendo a trascurare tutto il resto”*.

**Come lavorare con lui:**

La sua **capacità** e **motivazione** sono forti, ma le sue **opportunità** crollano durante i periodi di stress. Il medico lo aiuta rafforzando la sua identità: *“Lei è una persona che gestisce attivamente il proprio dolore”*. Sviluppano piani di prevenzione delle ricadute, come programmare micro-pause al lavoro o utilizzare una “routine minima praticabile” (ad esempio, una passeggiata di 5 minuti) quando si è sotto pressione. Spostando il rinforzo dal miglioramento del dolore alle ricompense naturali - maggiore indipendenza, connessione sociale, umore - il medico aiuta a mantenere la resilienza.

**3.2.7 Ricaduta/Riciclaggio: “Ho avuto una ricaduta”**

La ricaduta è comune e dovrebbe essere vista come parte del processo di cambiamento, non come un fallimento. I pazienti spesso passano da una fase all'altra a seconda del contesto, dell'umore e degli eventi della vita.

**Caso clinico:**

Jenny, 50 anni, si allenava regolarmente da cinque mesi, ma ha smesso dopo un periodo stressante al lavoro. Sospira: *“Sono tornata al punto di partenza”*.

**Come lavorare con lei:**

Anziché inquadrare la situazione come un fallimento, il medico la rassicura: *“L'ha già fatto in passato, quindi sappiamo che può farlo di nuovo”*. La aiuta a ricominciare dall'ultimo livello raggiunto con successo, magari due passeggiate di dieci minuti a settimana, invece di esigere la

routine completa precedente. Utilizzando il modello COM-B, il medico rivaluta quale elemento è venuto meno: l'opportunità (tempo, sostegno) o la motivazione (stress, scoraggiamento)? La prospettiva di Fordyce ci ricorda di non rafforzare i discorsi basati sul senso di colpa, ma di premiare gli sforzi di rientro. L'obiettivo è normalizzare la ricaduta e riciclarla rapidamente nella preparazione o nell'azione.

**In sintesi**

La motivazione nel dolore muscoloscheletrico è mutevole. I pazienti possono progredire, regredire o rimanere in una fase intermedia. Il compito del medico non è quello di spingere tutti all'azione, ma di **riconoscere la fase** in cui si trovano, comprendere perché sono bloccati e fornire il supporto adeguato. Combinando le **fasi del cambiamento, il modello COM-B e i principi di rinforzo di Fordyce**, i medici possono fornire un'assistenza psicologicamente informata, realistica e compassionevole. Soprattutto, possono aiutare i pazienti a trasformare i momenti di ambivalenza o di ricaduta in opportunità di crescita e di rinnovato impegno.

## 4. Casi clinici

Le seguenti vignette cliniche illustrano come applicare le migliori pratiche nell'alfabetizzazione sanitaria muscolo-scheletrica e nel supporto all'autogestione in scenari comuni del mondo reale. Ogni vignetta presenta una sfida clinica tipica, evidenzia le strategie di comunicazione chiave e dimostra come integrare i principi di autogestione basati sull'evidenza nella cura di routine.

I casi sono organizzati in quattro sottosezioni pratiche per facilitare una rapida consultazione durante le visite: 4.1) Movimento e attività, 4.2 Interazione medico-paziente, 4.3 Valori, definizione degli obiettivi e competenze e 4.4) Lavoro e dolore.

Queste vignette fungono da strumenti pratici e orientati all'azione per supportare consultazioni efficaci e l'integrazione coerente dei principi di alfabetizzazione sanitaria nella pratica clinica quotidiana.



### 4.1. Movimento e attività

In questa parte troverete scenari incentrati sul sostegno al muoversi in sicurezza, sull'affrontare la paura dell'attività fisica e sul guidare i pazienti verso obiettivi funzionali significativi.

#### 4.1.1 Incertezza riguardo all'esercizio fisico e all'aumento dell'attività fisica

Alice, una impiegata di 52 anni, soffre di lombalgia persistente da quattro mesi. Trascorre la maggior parte della giornata seduta e ha smesso di fare passeggiate ricreative perché teme che il movimento possa aggravare la sua colonna vertebrale. Non fa esercizio fisico regolarmente da decenni ed è confusa dai consigli contrastanti che ha trovato online. La sua apprensione nei confronti dell'esercizio fisico e la sua comprensione limitata dei meccanismi del dolore l'hanno portata a evitare l'attività fisica, causandole decondizionamento e minore fiducia in se stessa.



## Piano di gestione integrato

- **Costruire un rapporto ed esplorare le convinzioni** - Iniziare chiedendo ad Alice quali sono le sue preoccupazioni e le sue esperienze precedenti con l'esercizio fisico ("Cosa la rende titubante nell'iniziare a muoversi?"). Utilizzare l'ascolto riflessivo e le domande aperte del colloquio motivazionale per comprendere la sua convinzione che il dolore equivalga a un danno. Riformulare delicatamente queste convinzioni spiegando che il dolore muscoloscheletrico spesso persiste a causa di un sistema nervoso sensibilizzato piuttosto che di un danno continuo e che un movimento sicuro può aiutare a desensibilizzare il sistema e migliorare la qualità della vita.
- **Fornire un'educazione in linguaggio semplice** – Spiegare che l'attività fisica regolare è una parte fondamentale della gestione del mal di schiena. Sottolineare che rimanere a letto o evitare l'attività fisica può rallentare il recupero e aumentare la disabilità, mentre rimanere attivi facilita il ritorno al lavoro e alle funzioni quotidiane. Utilizzare metafore semplici, come paragonare il corpo a un sistema di allarme che è diventato troppo sensibile. Eviti il gergo medico e verifichi la comprensione chiedendo ad Alice di ripetere i punti chiave con parole sue (teach-back). Le offra risorse scritte o digitali affidabili (ad esempio, opuscoli per i pazienti del Servizio Sanitario Nazionale) in modo che possa accedere alle informazioni dopo la sessione.
- **Definizione collaborativa degli obiettivi e attività graduale**: identifichi attività significative che Alice vorrebbe riprendere, come portare a spasso il cane o fare giardinaggio. Fissi obiettivi specifici e raggiungibili (ad esempio, camminare per 10 minuti al giorno, poi aumentare di 2 minuti ogni settimana). Sottolineare che un esercizio fisico leggero o moderato 2-3 volte alla settimana può migliorare il dolore, il sonno e l'umore e che il ritmo delle attività aiuta a evitare il ciclo "boom-bust". Fornire un diario delle attività o un'app per smartphone per monitorare i progressi e rafforzare l'autogestione.
- **Insegnare strategie di regolazione del ritmo e di risoluzione dei problemi** - Introdurre la regolazione del ritmo delle attività: interrompere un'attività in base a un tempo prestabilito piuttosto che aspettare che si manifesti il dolore, programmare delle pause e aumentare gradualmente la durata. Incoraggiare Alice a pensare in anticipo ai potenziali ostacoli (ad esempio, giornate di lavoro intense o maltempo) e a trovare soluzioni pratiche, come percorsi di camminata al chiuso o brevi pause di movimento durante il lavoro. Ribadisca che le riacutizzazioni sono normali e non indicano un infortunio; suggerisca di ridurre brevemente l'intensità e poi di tornare al programma.
- **Incorporare pratiche basate sulla psicologia**: utilizzare elementi della terapia cognitivo-comportamentale durante le sedute di fisioterapia. Insegnare ad Alice tecniche di

rilassamento (ad esempio, la respirazione diaframmatica) e strategie cognitive per sfidare i pensieri negativi. Praticare l'esposizione graduale introducendo gradualmente i movimenti che lei teme (ad esempio, piegarsi per raccogliere oggetti leggeri), rafforzando i successi e correggendo i modelli di movimento non utili.

- **Sostenere con cautela l'impegno digitale**: valutare il livello di familiarità di Alice con la tecnologia. Se opportuno, raccomandare un'app semplice o un dispositivo indossabile per monitorare i passi e inviare promemoria. Offrire una guida su come utilizzare la tecnologia e assicurarsi che lei comprenda che si tratta di uno strumento, non di un obbligo, per sostenere i suoi progressi.
- **Effettuare un follow-up e rafforzare l'autoefficacia**: programmare follow-up regolari per rivedere gli obiettivi, celebrare i successi e adeguare il programma. Incoraggiare Alice a riconoscere il legame tra i suoi sforzi e i miglioramenti funzionali. Nel tempo, trasformare il suo programma di esercizi da sessioni strutturate ad attività quotidiane di routine per favorire l'aderenza a lungo termine.

Questo approccio integrato affronta l'incertezza di Alice riguardo all'attività fisica allineando le strategie di autogestione alle sue convinzioni, supportandola nella comprensione e nell'applicazione delle informazioni sulla salute e utilizzando strategie cognitive e comportamentali per costruire fiducia e resilienza.

### 4.1.2 Sensazione di insuccesso nell'attività fisica

Carlo, un autista di autobus di 60 anni affetto da osteoartrite al ginocchio e da lombalgia cronica, ha ricevuto più volte il consiglio di “fare più esercizio fisico”. Ha provato a seguire programmi di camminata e si è iscritto in palestra, ma ha smesso dopo poche settimane perché il dolore si è intensificato o perché si sentiva sopraffatto. Ogni volta che ha smesso, ha avuto la sensazione di aver “fallito” e ora crede di non essere il tipo di persona in grado di seguire un programma di esercizi. Riferisce frustrazione e un senso di disperazione riguardo all'attività fisica. La cultura sanitaria di Carlo è adeguata per le questioni quotidiane, ma ha difficoltà a interpretare le sensazioni corporee durante l'esercizio fisico e non è in grado di distinguere tra il dolore post-esercizio previsto e il dolore dannoso..



#### Piano di gestione integrato

- **Esplorare le esperienze e le convinzioni passate** - Iniziare invitando Carlo a descrivere i suoi precedenti tentativi di fare esercizio (“Mi racconti cosa è successo quando ha provato a camminare regolarmente”). Utilizzare domande aperte e ascolto riflessivo per comprendere le sfide specifiche che ha affrontato (ad esempio, aumenti improvvisi dell'intensità, mancanza di guida, riacutizzazioni del dolore). Normalizza la difficoltà del cambiamento comportamentale e rassicuralo sul fatto che le battute d'arresto sono comuni. Identifica le convinzioni autolesionistiche (“lo mollo sempre”) e riformulale (“Eri abbastanza determinato da iniziare; ora modificheremo il piano per renderlo sostenibile”).
- **Utilizzare una pianificazione delle attività graduale e personalizzata:** assistere Carlo nella progettazione di un programma di esercizi che inizi ben al di sotto delle soglie che in precedenza provocavano le riacutizzazioni. Ad esempio, se camminare per 30 minuti causava una riacutizzazione del dolore, concordare di iniziare con passeggiate di 5 minuti tre volte al giorno e aumentare del 10% ogni settimana. Incorporare esercizi di rafforzamento

e flessibilità appropriati per l'osteoartrite del ginocchio, utilizzando attrezzature semplici come le bande di resistenza. Sottolinea che un esercizio fisico da leggero a moderato migliora il dolore e la funzionalità se svolto con costanza e che il disagio durante le prime sessioni non è indice di danni. Fornisci istruzioni scritte o digitali con un linguaggio chiaro e facile da seguire e immagini.

- **Ritmo e auTommasoonitoraggio** - Insegnare a Carlo le tecniche di regolazione del ritmo: programmare pause regolari, alternare attività che sollecitano diverse parti del corpo e interrompere un'attività in base a un tempo prestabilito piuttosto che aspettare che si manifesti il dolore. Incoraggiarlo a tenere un semplice diario delle attività, annotando la durata, lo sforzo percepito e il dolore prima e dopo l'attività. Rivedere insieme questi diari lo aiuta a vedere i progressi in modo obiettivo e a identificare gli schemi, rafforzando il suo senso di padronanza.
- **Affrontare la comprensione e la valutazione:** spiegare la differenza tra il normale indolenzimento indotto dall'esercizio fisico (tipicamente diffuso e di breve durata) e i segnali di allarme che richiedono una modifica (ad esempio, dolore articolare acuto e crescente). Utilizzate analogie e diagrammi semplici per descrivere come i muscoli si adattano allo stress e diventano più forti nel tempo. Chiarite che aumenti temporanei del disagio fanno parte del processo di adattamento e non sono un segno di "fallimento". Incoraggiate Carlo a valutare criticamente le fonti di informazione; consigliategli di affidarsi alla guida di professionisti sanitari e organizzazioni affidabili piuttosto che a storie aneddotiche online.
- **Migliorare l'autoefficacia attraverso la definizione e il rafforzamento degli obiettivi** - Stabilire in modo collaborativo obiettivi a breve termine che siano realistici e personalmente significativi (ad esempio, camminare intorno all'isolato senza fermarsi, salire le scale senza dolore alle ginocchia). Celebra i piccoli traguardi raggiunti durante le visite di controllo per contrastare la sua narrativa di fallimento. Introduci gradualmente attività diverse (bicicletta, nuoto) per mantenere vivo l'interesse e ridurre lo stress articolare. Incoraggia il sostegno sociale, magari camminando con un familiare o partecipando a un corso comunitario, per aumentare la responsabilità e il divertimento.
- **Incorporare strategie cognitive e comportamentali:** utilizzare brevi tecniche cognitivo-comportamentali per aiutare Carlo a riconoscere e sfidare i pensieri auTommasoatici che minano i suoi sforzi ("Questo dolore significa che mi sta danneggiando il ginocchio"). Insegnare esercizi di rilassamento (ad esempio, respirazione controllata) per gestire l'ansia quando il dolore aumenta. Discutere le strategie di coping per le battute d'arresto, come ridurre temporaneamente l'attività piuttosto che interromperla del tutto e utilizzare il calore o movimenti delicati per alleviare le riacutizzazioni.

- **Follow-up e adattabilità:** programmare **rivalutazioni** regolari per adeguare il programma in base al feedback e ai progressi di Carlo. Ribadire che le ricadute sono opportunità di apprendimento piuttosto che fallimenti. Man mano che la sua fiducia cresce, aumentare gradualmente l'intensità dell'esercizio e incoraggiarlo a integrare l'attività fisica nella routine quotidiana (ad esempio, parcheggiando più lontano dal lavoro, utilizzando le scale). Nel tempo, spostare l'attenzione dalle sessioni strutturate al mantenimento di uno stile di vita attivo che possa gestire autonomamente.

Questo approccio integrato affronta la sensazione di insuccesso di Carlo creando passaggi realizzabili, migliorando la sua comprensione del dolore e dell'adattamento e rafforzando la sua fiducia attraverso feedback di sostegno e pratiche basate su conoscenze psicologiche.

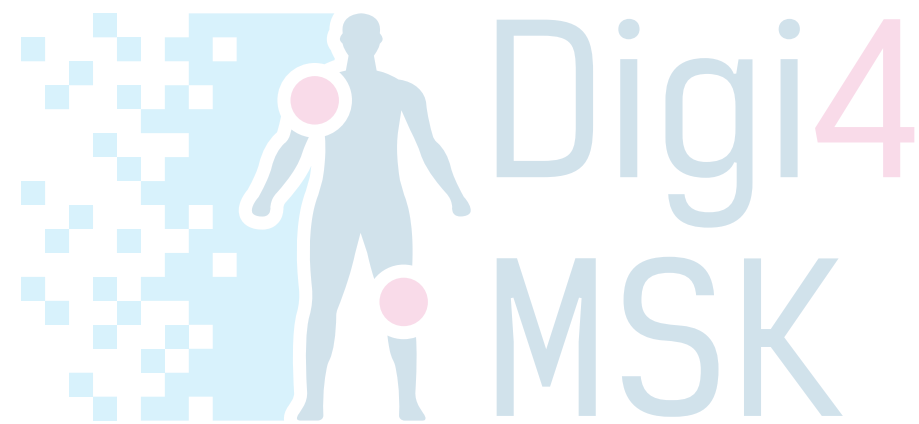
### 4.1.3 Incertezza riguardo all' e del dolore

Lisa, una supervisore di magazzino di 45 anni, ha sviluppato un dolore persistente alla parte centrale della schiena dopo aver sollevato scatole pesanti otto mesi fa. La sua risonanza magnetica menziona "alterazioni degenerative dei dischi", che lei interpreta come "usura" della colonna vertebrale. Ogni volta che avverte una fitta, interrompe ciò che sta facendo e riposa per giorni, temendo di poter "danneggiare qualcosa". È ansiosa di muoversi e ha iniziato a evitare le faccende domestiche. Non sa come valutare se il dolore che prova sia sintomo di un danno o parte del processo di guarigione.



#### Piano di gestione integrato

- **Chiarire il significato del dolore e dei risultati delle immagini** - Iniziare chiedendo a Lisa cosa ritiene sia la causa del suo dolore e cosa significano per lei i risultati della risonanza magnetica. Convalidare le sue preoccupazioni e spiegare che molti risultati delle immagini, come la degenerazione discale, sono cambiamenti normali legati all'età e sono scarsamente correlati alla gravità del dolore. Utilizzare un linguaggio semplice e analogie (ad esempio, "rughe interne") per illustrare che i cambiamenti strutturali rilevati dalle scansioni sono comuni anche in individui che non soffrono di dolore. Sottolineare che il dolore è un sistema di allarme influenzato dal sistema nervoso, dalle emozioni e dal contesto, e che spesso segnala una sensibilità protettiva piuttosto che un danno.
- **Insegnare la differenza tra "dolore e danno" e il riconoscimento dei segnali di allarme.** Discutete il concetto che il dolore muscoloscheletrico può essere intenso senza indicare una lesione. Fornite un quadro di riferimento a forma di "semaforo":
  - **Verde:** indolenzimento muscolare o dolore sordo che si attenua con il movimento e non peggiora la funzionalità; è sicuro continuare l'attività.



- **Giallo:** dolore che aumenta durante o dopo l'attività ma si attenua entro 24-48 ore; ridurre l'intensità o la durata la volta successiva, ma confermare che è sicuro continuare l'attività.
- **Rosso:** dolore accompagnato da alterazioni neurologiche (ad es. intorpidimento, debolezza), dolore notturno persistente, febbre o perdita di peso inspiegabile; consigliare una visita medica tempestiva.

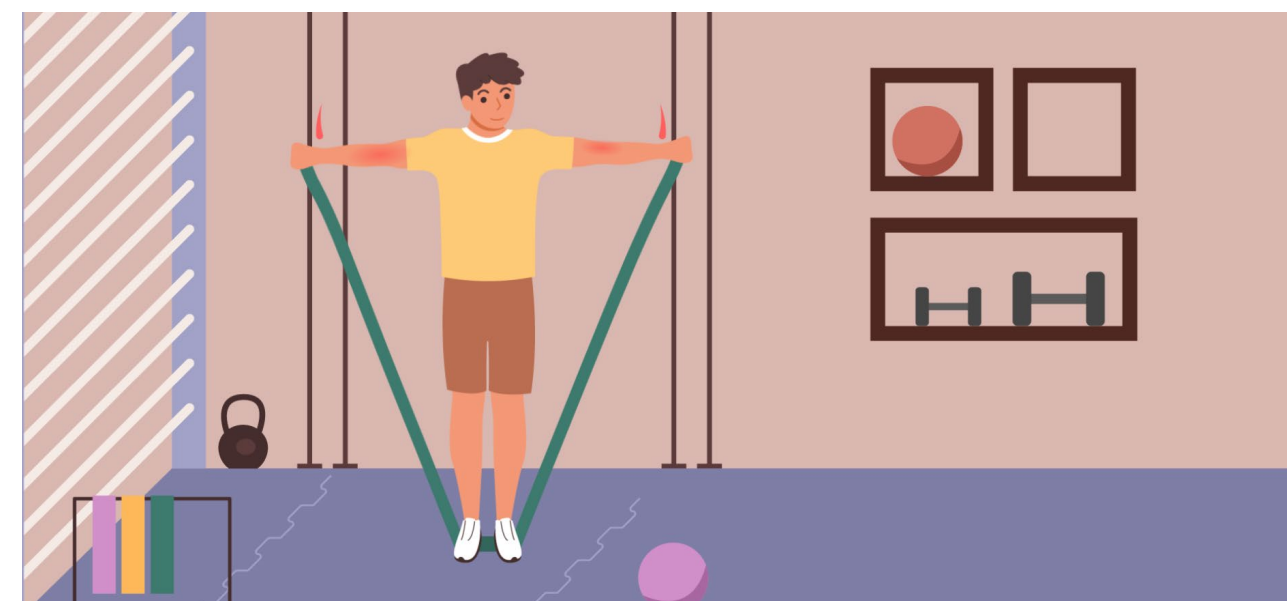
Questo permette a Lisa di valutare i suoi sinTommasoi e decidere quando è opportuno ricorrere all'autogestione e quando invece è necessario rivolgersi a un professionista.

- **Ricostruire la fiducia attraverso un'esposizione graduale** - Identificare i movimenti che Lisa evita (ad esempio, piegarsi, torcersi). Progettare un piano di esposizione graduale che inizi con range a basso carico e indolori (ad esempio, rotazioni del tronco con supporto) e aumenti progressivamente il range e il carico. Incoraggiarla a notare e registrare i suoi livelli di dolore e la sua funzionalità dopo ogni sessione. Man mano che eseguirà con successo i movimenti temuti senza subire danni, la sua fiducia crescerà e la paura diminuirà. Sottolineare che è normale un aumento temporaneo del disagio, ma che ciò non significa che si stia facendo del male.
- **Promuovere la gestione attiva e il rilassamento:** insegna a Lisa tecniche di rilassamento e respirazione per ridurre l'eccitazione simpatica durante gli episodi di dolore. La incoraggi a praticare esercizi di consapevolezza o di scansione del corpo per aiutarla a osservare le sensazioni senza catastrofizzarle. Le spieghi come lo stress e l'ansia possano amplificare la percezione del dolore e che le tecniche di rilassamento possono modulare l'esperienza del dolore.
- **Affrontare le convinzioni e fornisca informazioni affidabili:** sfidi i pensieri catastrofici ("La mia schiena sta crollando") utilizzando spiegazioni basate su prove scientifiche. Fornisca risorse di facile comprensione per i pazienti che spieghino la storia naturale del mal di schiena e i limiti dell'imaging. Incoraggi Lisa a discutere le sue domande con il suo fisioterapista o medico di base piuttosto che affidarsi a storie aneddotiche trovate online.
- **Monitorare e supportare l'autogestione:** utilizzare gli appuntamenti di follow-up per esaminare il diario dei sinTommasoi di Lisa, adeguare il suo piano di attività e rafforzare la sua capacità di valutare il dolore in modo appropriato. Incoraggiarla a riprendere gradualmente le normali attività e mansioni lavorative, utilizzando il sistema a semaforo come guida per il processo decisionale. Se dovesse manifestare un sinTommasoo di allarme, istruirla su quando e dove rivolgersi tempestivamente a un medico.

Questo approccio personalizzato affronta l'incertezza di Lisa demistificando i segnali del dolore, fornendole un sistema per valutare i sinTommasoi e promuovendo un'esposizione sicura e graduale al movimento. Combina educazione, pratica comportamentale e riformulazione cognitiva per migliorare la sua fiducia e le sue funzioni.

#### 4.1.4 Mancanza di fiducia nel terapeuta

Giordano, un operaio edile di 38 anni, ha sviluppato un dolore alla spalla destra dopo una caduta. Negli ultimi sei mesi ha consultato tre diversi professionisti: un chirurgo ortopedico che gli ha consigliato un intervento chirurgico, un chiropratico che gli ha prescritto degli esercizi con spiegazioni minime e un fisioterapista che gli ha venduto un pacchetto di 20 sedute in anticipo. Il dolore di Giordano persiste e ora mette in discussione le motivazioni alla base delle raccomandazioni sanitarie. Si presenta a un nuovo fisioterapista con un linguaggio del corpo cauto e domande dirette: "Come faccio a sapere che non mi venderà semplicemente qualcosa? Perché dovrei credere a ciò che dice sul mio dolore?" Non è sicuro se il suo dolore alla spalla sia innocuo o segno di una lesione grave e diffida dei consigli clinici a causa delle esperienze precedenti.



##### Piano di gestione integrato

- **Riconoscere le esperienze passate e convalidare la sfiducia** - Iniziare invitando apertamente Giordano a condividere le sue precedenti esperienze sanitarie. Utilizzare l'ascolto riflessivo per riconoscere la sua frustrazione ("Sembra che lei si sia sentito costretto a sottoporsi a trattamenti che non l'hanno aiutata, e questo l'ha resa comprensibilmente scettico"). Evitare di difendere altri medici; invece, convalidare il suo diritto di mettere in discussione le raccomandazioni. Riconoscere che l'alleanza terapeutica è spesso compromessa da opinioni contrastanti, pressioni finanziarie e comunicazione poco chiara.

- **Adottare un approccio trasparente e basato sulla collaborazione:** spiegare il proprio ruolo, le proprie qualifiche e la natura basata sull'evidenza delle proprie raccomandazioni. Descrivere il processo di valutazione prima di iniziare, compresi gli esami che saranno effettuati e quelli che non lo saranno. Condividi il potere decisionale presentando a Giordano le opzioni disponibili (ad esempio, riabilitazione attiva, osservazione e attesa, richiesta di esami di imaging) e discutendo i pro e i contro di ciascuna. Utilizzi strumenti di supporto decisionale (grafici, dispense) per visualizzare i possibili esiti e aiutare Giordano nella sua valutazione. Si offra di fornire sintesi scritte o copie delle sue note cliniche per rafforzare la trasparenza.
- **Costruire la credibilità attraverso prove e logica:** discuta la storia naturale del dolore alla spalla e la correlazione limitata tra i risultati degli esami di imaging e i sinTommasoi. Spieghi che molte "anomalie" strutturali identificate nelle scansioni sono presenti anche in individui che non soffrono di dolore e che le prove scientifiche supportano inizialmente una gestione conservativa. Condividete queste informazioni verbalmente e, se Giordano acconsente, illustrategli le linee guida provenienti da fonti autorevoli (ad esempio, società ortopediche nazionali) in modo che possa valutare lui stesso le informazioni. Invitate Giordano a verificare ciò che gli dite tramite risorse affidabili o chiedendo un secondo parere.
- **Utilizzare il colloquio motivazionale per esplorare le convinzioni:** ponga a Giordano domande aperte sulla sua comprensione del dolore e sulle sue aspettative riguardo al trattamento. Ad esempio: "Qual è secondo lei la causa del suo dolore alla spalla?" o "Cosa la renderebbe fiducioso nel piano che abbiamo elaborato?". Esplori le paure sottostanti (ad esempio, la paura di essere manipolato per guadagno economico, la paura che il movimento peggiori la sua lesione). Riflettete su questi aspetti e identificate insieme come affrontarli, ad esempio concordando un numero limitato di sedute con obiettivi predefiniti e punti di rivalutazione.
- **Affrontare i fattori cognitivi ed emotivi** - Spiegare a Giordano l'effetto nocebo, ovvero il modo in cui le aspettative negative possono amplificare il dolore, e il ruolo dello stress e della vigilanza nel mantenimento dei sinTommasoi. Utilizzare tecniche cognitivo-comportamentali per aiutarlo a identificare i pensieri inutili ("Vogliono solo i miei soldi") e a riformularli ("Valuterò i consigli sulla base delle prove e dei miei progressi"). Introdurre metodi di rilassamento per ridurre l'ipervigilanza e l'eccitazione simpatica, che possono diminuire la sensibilità al dolore.
- **Elaborare un piano di riabilitazione flessibile ed autonomo:** stabilire in modo collaborativo obiettivi funzionali (ad esempio, tornare al lavoro o allo sport). Enfatizzare le strategie di

autogestione attiva: esercizi gradualmente di rafforzamento e mobilità per la spalla, adeguamenti ergonomici sul lavoro e ritmo delle attività. Fornire istruzioni dettagliate e video in modo che Giordano possa eseguire gli esercizi in modo indipendente. Concordare traguardi specifici e una prova di terapia a tempo determinato (ad esempio: "Vediamo come sei sedute in tre settimane influiscono sulla sua funzionalità; poi rivaluteremo e decideremo insieme se continuare").

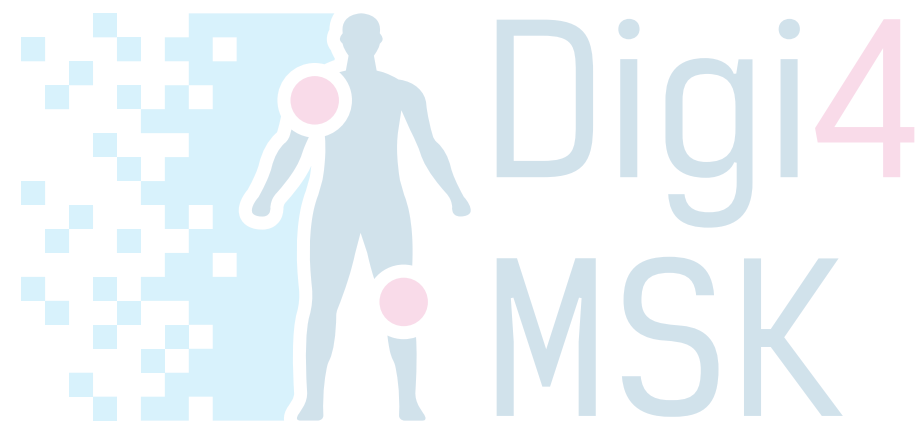
- **Incoraggiare la valutazione e le seconde opinioni** - Rafforzare il diritto di Giordano di porre domande, chiedere chiarimenti e ottenere seconde opinioni. Fornirgli un elenco di domande da porre a qualsiasi operatore sanitario (ad esempio: "Quali sono le prove a sostegno di questo trattamento?" "Quali sono le alternative?"). Istruirlo su come riconoscere i segnali di allarme (ad esempio, improvvisa perdita di forza, diffusione di intorpidimento) che richiedono una valutazione medica urgente rispetto alle variazioni dell'intensità del dolore che sono comuni e non pericolose.
- **Mantenere una comunicazione e delle aspettative coerenti** - Programmate controlli regolari (di persona o tramite telemedicina) per discutere i progressi di Giordano. Incoraggiatelo a comunicare tempestivamente eventuali dubbi o cambiamenti nei sinTommasoi. Se raccomandate una modalità passiva (ad esempio, la terapia manuale), spiegate chiaramente lo scopo, inseritela in un programma attivo più ampio e stabilite aspettative chiare sulla frequenza e la durata per evitare percezioni di dipendenza inutile.
- **Sfruttare il supporto multidisciplinare:** se la sfiducia di Giordano è legata a questioni finanziarie o di sistema, mettetelo in contatto con servizi di assistenza ai pazienti o programmi di alfabetizzazione sanitaria che possano aiutarlo a orientarsi nel sistema sanitario. Se sospettate che alla sfiducia contribuiscano traumi irrisolti o ansia grave, prendete in considerazione la possibilità di contattare o indirizzarlo a uno psicologo esperto in dolore cronico.

Convalidando esplicitamente lo scetticismo di Giordano, condividendo le informazioni in modo trasparente e co-creando un piano strutturato e limitato nel tempo, il medico dimostra rispetto per l'autonomia e coltiva la fiducia. L'integrazione di strategie motivazionali e cognitivo-comportamentali aiuta Giordano a reinterpretare il suo dolore e le sue esperienze precedenti, mentre l'autogestione attiva rafforza il suo controllo sul recupero. Questo livello di sofisticazione va oltre la rassicurazione basata sul buon senso e affronta le barriere relazionali e cognitive più profonde che rendono questi casi difficili per i medici.

### 4.1.5 Comprendere l'importanza dell'attività fisica, ma non sapere da dove iniziare

Sara è una project manager IT di 55 anni con lieve ipertensione e colesterolo elevato. Riconosce l'importanza di essere attiva, ma non fa esercizio fisico regolarmente da decenni e si sente intimidita dalle palestre. Impegnata con il lavoro e l'assistenza ai familiari, non sa bene come iniziare e teme di farsi male.

Casi clinici: Movimento e attività



#### Piano di gestione integrato

- **Valutare la preparazione e lo stato di salute** – Iniziare con un breve screening sanitario (ad esempio, PAR-Q+ “Questionario sulla preparazione all'attività fisica”) per assicurarsi che Sara possa svolgere in sicurezza attività fisiche generali. Esaminare la sua storia clinica e discutere eventuali limitazioni di movimento. Chiarire che l'obiettivo è quello di individuare attività che le piacciono piuttosto che prescrivere un programma rigido.
- **Indagare sugli interessi passati e presenti** – Utilizzare un colloquio motivazionale per esplorare gli hobby di Sara e ciò che le piaceva fare da bambina o da giovane adulta: ballare alle feste, andare in bicicletta con gli amici, fare giardinaggio, fare escursioni. Porre domande aperte come: “Quali tipi di movimento ti facevano sentire bene in passato?” e “Ci sono attività che hai sempre voluto provare ma che non hai mai fatto?”.

- **Introdurre il concetto di “spuntini di movimento”:** spiega che l'attività fisica non deve necessariamente essere un esercizio strutturato, ma può essere accumulata attraverso brevi e piacevoli sessioni di movimento. Alcuni esempi includono giocare con i nipoti, portare a spasso il cane, ballare brevemente al ritmo della propria canzone preferita, dedicarsi al giardinaggio o usare le scale invece dell'ascensore.
- **Creare un “menu” di attività da provare:** collaborare per stilare un elenco di attività in linea con gli interessi e le realtà logistiche di Sara. Le possibilità potrebbero includere: joining a beginner salsa or line dancing class for social interaction.
  - Iscrivere a un corso di salsa o di ballo di gruppo per principianti per socializzare.
  - Fare passeggiate nella natura o escursioni facili nei fine settimana con la famiglia o gli amici.
  - Esplorare i siti culturali locali a piedi (“esplorazioni urbane”).
  - Provare l'acquagym o il nuoto ricreativo se le piace stare in acqua.
  - Partecipare al giardinaggio comunitario o al volontariato per la pulizia dei parchi.
  - Utilizzare la bicicletta per brevi spostamenti o recarsi a piedi agli appuntamenti nelle vicinanze.
  - Utilizzare videogiochi interattivi (ad esempio giochi di danza o fitness) a casa per divertirsi.
- **Pianificare prove brevi e poco impegnative:** incoraggiare Sara a provare due o tre attività nel corso del mese successivo. Per ciascuna di esse, fissare una soglia di impegno bassa (ad esempio, frequentare una lezione di danza, fare una passeggiata di 20 minuti in un parco, provare una sessione di yoga per principianti online). Chiederle di annotare come si sente durante e dopo ogni attività (livelli di energia, divertimento, relazioni sociali) piuttosto che concentrarsi sulle calorie o sulla frequenza cardiaca.
- **Riflettete e perfezionate:** durante le sessioni di follow-up, discutete le esperienze di Sara con ciascuna attività. Utilizzate domande di riflessione: “Cosa ti è piaciuto di più?”, “C'è stato qualcosa che ti ha sorpreso?”, “Quali attività ti sono sembrate un lavoro di routine e quali un gioco?”. Sulla base del suo feedback, eliminate le attività che non le sono piaciute e ampliate quelle che hanno suscitato gioia o curiosità.
- **Coltivare la formazione di abitudini attraverso il divertimento e le relazioni sociali** - Una volta che Sara ha identificato una o due attività preferite, aiutarla a integrarle nella sua routine settimanale collegandole alle abitudini o agli impegni sociali esistenti (ad esempio, lezione di danza il sabato mattina con un'amica, passeggiate serali nei giorni feriali con un vicino). Sottolineare che il divertimento intrinseco e il sostegno sociale sono potenti motori

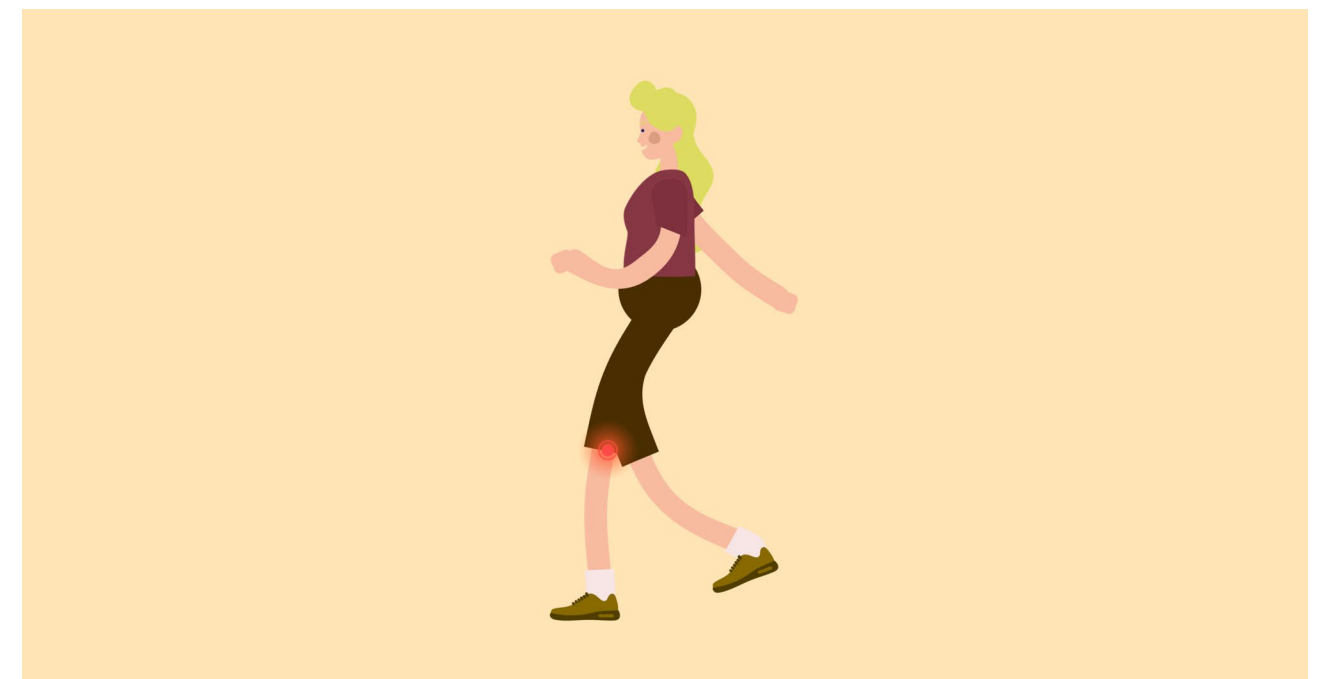
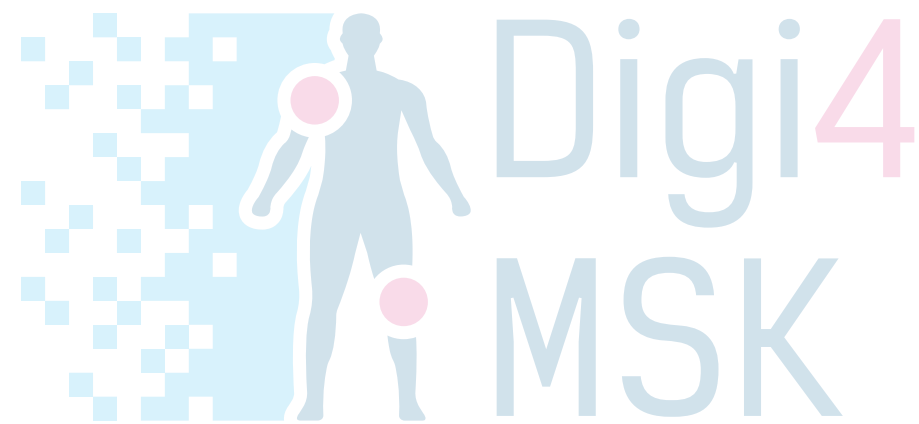
di aderenza. Incoraggiarla a invitare familiari o colleghi a partecipare, creando una rete di responsabilità e sostegno.

- **Migliorare l'alfabetizzazione sanitaria sulla varietà delle attività** - Educare Sara sui benefici di diversi modelli di movimento: attività aerobiche per la salute cardiovascolare, attività con carico per la forza ossea e esercizi di stretching o equilibrio per la prevenzione delle cadute. Utilizzare un linguaggio semplice per spiegare che la varietà riduce il rischio di lesioni da sovraccarico e mantiene l'attività interessante. Fornire consigli su come riconoscere i segni di sforzo eccessivo e su come regolare l'intensità in base a come si sente il suo corpo.
- **Fornire supporto con risorse e contatti nella comunità** - Fornire informazioni sui centri comunitari locali, sui campionati ricreativi per adulti, sulle scuole di danza e sui gruppi di camminata. Se l'impegno digitale è comodo, raccomandare app che rendono ludico il movimento quotidiano o mettono in contatto persone con interessi simili (ad esempio, app di camminata sociale, geocaching). Se l'alfabetizzazione digitale è limitata, accompagnarla nelle procedure di iscrizione o suggerire l'iscrizione di persona presso i centri comunitari.
- **Affrontare le barriere psicologiche e l'autopercezione:** utilizzare strategie cognitivo-comportamentali per sfidare la convinzione che l'attività fisica debba essere faticosa o svolgersi in palestra. Riformulare l'"esercizio fisico" come “muoversi in modi che ti fanno sentire viva”. Discutere di eventuali imbarazzi o preoccupazioni relative all'immagine del proprio corpo e normalizzare questi sentimenti. Se Sara si sente a disagio nei contesti di gruppo, suggerire di iniziare con attività a casa o in piccoli gruppi.
- **Effettuare un follow-up ed proporre nuove attività** - Programmare follow-up ogni poche settimane per celebrare i successi, risolvere gli ostacoli (maltempo, cambiamenti di programma) e introdurre nuove opzioni di attività quando l'interesse diminuisce. Man mano che la fiducia e il divertimento di Sara crescono, suggerire delicatamente di aggiungere brevi sessioni di attività incentrate sulla forza (ad esempio, trasportare la spesa, utilizzare bande di resistenza) nel contesto delle attività da lei scelte.

Concentrandosi sull'esplorazione e sul divertimento, questo approccio consente a Sara di sviluppare un'abitudine di movimento sostenibile radicata in esperienze positive piuttosto che in obblighi. Il terapeuta agisce come coach e facilitatore, guidandola attraverso la sperimentazione, la riflessione e la formazione di abitudini, e assicurandosi che comprenda come stare al sicuro e riconoscere le attività che sono in sintonia con il suo stile di vita e le sue preferenze.

#### 4.1.6 Adattare l'esercizio fisico a routine imprevedibili come il lavoro a turni o la genitorialità

Maria è un'insegnante in pensione di 63 anni affetta da diabete di tipo 2, ipertensione, obesità (BMI 33) e osteoartrite bilaterale al ginocchio. Soffre anche di una lieve neuropatia periferica diabetica che le causa un intorpidimento intermittente ai piedi. Il suo medico di base le ha consigliato di praticare un'attività fisica regolare per migliorare il controllo glicemico e ridurre il rischio cardiovascolare. Maria è disposta a farlo, ma non sa bene come iniziare: le ginocchia le fanno male dopo essere stata in piedi a lungo, teme l'ipoglicemia durante l'esercizio fisico a causa dell'uso di insulina e si sente affaticata e ansiosa all'idea di camminare da sola. Ha provato a seguire dei video di allenamento a casa, ma si è scoraggiata quando non è riuscita a stare al passo con l'istruttore.



##### Piano di gestione integrato

- **Valutazione completa e collaborazione** – Data la coesistenza di più malattie croniche, confermare la stabilità medica prima di iniziare l'esercizio fisico. Se non si è medici, contattare il medico di base o l'endocrinologo per assicurarsi che la pressione sanguigna e il glucosio siano ben controllati e per regolare il dosaggio di insulina o antipertensivi secondo necessità. Nell'ambito della fisioterapia o della terapia fisica, eseguire una valutazione funzionale

approfondita che includa la mobilità articolare, la forza degli arti inferiori, l'equilibrio, l'andatura e la tolleranza all'esercizio fisico. Documentare l'attività abituale, i modelli di affaticamento, il sonno e le precedenti esperienze di esercizio fisico per identificare i punti di partenza fisici e comportamentali. Questa valutazione chiarisce i rischi (ad esempio, lesioni neuropatiche, stress cardiovascolare) e determina l'intensità più sicura per la progressione.

- **Formazione personalizzata sulla sicurezza e l'autosorveglianza:** insegnare misure di sicurezza pratiche e basate su prove scientifiche. Istruire Maria a controllare inizialmente la glicemia capillare prima e dopo l'esercizio fisico, a portare con sé 15 g di carboidrati ad azione rapida e a riconoscere i sintomasi dell'ipoglicemia. Discutere delle calzature adeguate e dell'ispezione quotidiana dei piedi a causa del rischio di neuropatia. Chiarire che un'attività fisica moderata può migliorare il dolore articolare e la mobilità nell'osteoartrite del ginocchio, migliorando il controllo neuromuscolare e i mediatori antinfiammatori. Rassicurare che il disagio transitorio durante l'attività non equivale a un danno. Fornire istruzioni scritte che descrivono le azioni da intraprendere in caso di valori glicemici anomali o riacutizzazioni del dolore.
- **Identificare e affrontare le barriere psicologiche o legate alle competenze utilizzando colloqui motivazionali** - Esplorare le preoccupazioni specifiche di Maria ("Ho paura che il mio livello di zucchero scenda", "Mi fanno male le ginocchia quando cammino", "Mi stanco rapidamente"). Convalidare le sue preoccupazioni e collaborare per trovare soluzioni. Per quanto riguarda la paura dell'ipoglicemia, pianificare l'esercizio fisico in base ai pasti o ai tempi di somministrazione dell'insulina sotto la guida del medico. Per il dolore alle ginocchia, scegliere attività a basso impatto (acquagym, cyclette, Tai Chi da seduti) che alleggeriscano le articolazioni fornendo al contempo benefici aerobici. Per la stanchezza e la paura di fare esercizio da sola, programmare l'attività durante i suoi "picchi di energia" ed esplorare opzioni di gruppo o con un partner. Incoraggiare la partecipazione a programmi comunitari su misura per gli anziani con malattie croniche (ad esempio, gruppi di camminata per diabetici, lezioni di ginnastica per l'artrite), che forniscono sostegno sociale e supervisione professionale. Utilizzate tecniche cognitivo-comportamentali per riformulare le previsioni negative ("Sarò troppo stanca") in piani d'azione ("Posso riposarmi quando ne ho bisogno e trarne comunque beneficio").
- **Elaborare un programma di attività progressivo, a basso impatto e flessibile:** iniziate con attività che non sollecitano le articolazioni, che consentono pause di riposo e riducono al minimo lo stress sulle ginocchia. Tra le opzioni adatte figurano le sessioni in acqua per la resistenza alla galleggiabilità, la cyclette reclinata per il condizionamento aerobico senza carico di peso, il nordic walking per distribuire il carico sulla parte superiore del corpo e gli

esercizi da seduti o con bande elastiche di resistenza per rafforzare i quadricipiti e il sostegno dei glutei. Iniziate con sessioni brevi, circa 10 minuti due volte al giorno, e sottolineate che il movimento accumulato migliora i risultati di salute. Utilizzate il ritmo: fate una pausa se il dolore supera un livello tollerabile, riprendete quando si attenua e aumentate gradualmente la durata o l'intensità (5-10% a settimana) monitorando i sintomasi al ginocchio e i livelli di glucosio. Completate l'allenamento aerobico con semplici esercizi di forza, equilibrio e flessibilità, come alzarsi da seduti, stare in piedi su una gamba sola con supporto o leggeri allungamenti dei polpacci e dei muscoli posteriori della coscia. Incoraggiate l'integrazione di questi movimenti nella routine quotidiana (alzare i talloni mentre vi lavate i denti, mini squat durante le faccende domestiche) in modo che l'esercizio risulti gestibile e sostenibile.

- **Incorporare forza, equilibrio e flessibilità** – Poiché le comorbidità aumentano il rischio di cadute e la degenerazione articolare, integrare esercizi mirati alla forza degli arti inferiori (alzarsi da seduti, squat contro il muro), all'equilibrio (posizione su una gamba sola con supporto) e alla flessibilità (leggeri allungamenti dei muscoli posteriori della coscia e dei polpacci). Questi elementi possono essere integrati nelle attività quotidiane, come sollevare i talloni mentre ci si lava i denti o fare mini squat durante le pubblicità televisive, in modo che Maria non li percepisca come allenamenti separati.
- **Migliorare l'alfabetizzazione sanitaria e il supporto digitale:** fornire linee guida scritte concise sull'esercizio fisico sicuro per le persone con diabete, ipertensione e osteoartrite, sottolineando la logica alla base di ogni raccomandazione. Se Maria utilizza uno smartphone, introdurre app di facile utilizzo che monitorano insieme la glicemia e l'attività fisica o fornire video dimostrativi di esercizi a basso impatto. Se l'alfabetizzazione digitale è bassa, offrire immagini stampate o programmare dimostrazioni di persona per garantire la comprensione.
- **Pianificare un supporto e adattamenti continui:** programmare follow-up regolari (inizialmente ogni 1-2 settimane) per esaminare i sintomasi, i registri del glucosio e l'aderenza alla terapia. Collaborare con il medico di Maria per adeguare la terapia farmacologica se la glicemia migliora. Man mano che la sua forma fisica migliora, introdurre nuove sfide (ad esempio, circuito con bande elastiche di resistenza leggera, allenamento a intervalli leggero) nel rispetto delle sue comorbidità. Incoraggiare Maria a fissare obiettivi funzionali a lungo termine, come poter camminare con i nipoti o viaggiare comodamente.

Questo approccio riconosce la complessa interazione tra comorbidità e ostacoli. Integrando la guida medica, la scelta di attività personalizzate, l'educazione alla sicurezza e la pratica informata dal punto di vista psicologico, consente a pazienti come Maria di iniziare e mantenere un'attività fisica gestendo al contempo le loro condizioni di salute.

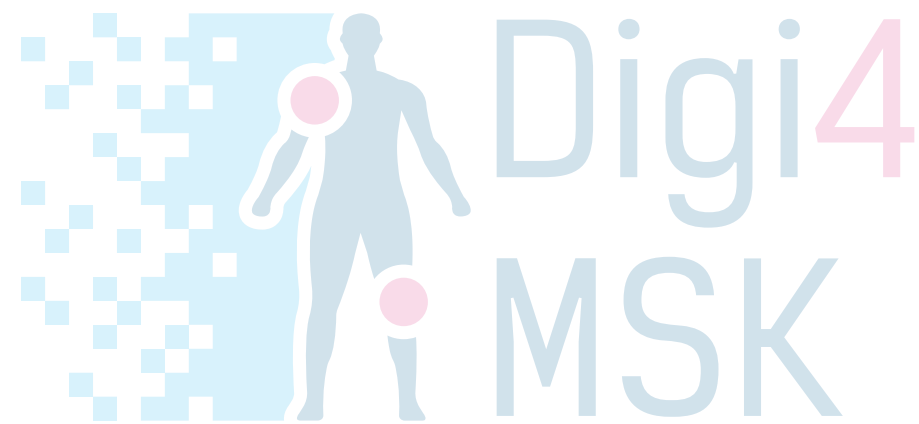
#### 4.1.7 Adattare l'esercizio fisico a routine imprevedibili come il lavoro a turni o la genitorialità

Tommaso è un infermiere di 40 anni che lavora al pronto soccorso con turni a rotazione e ha due figli piccoli. Comprende l'importanza dell'attività fisica, ma fatica a mantenere una routine a causa degli orari di lavoro variabili, dei disturbi del sonno e delle responsabilità familiari. I tentativi passati di seguire programmi strutturati sono falliti quando il suo programma è cambiato, lasciandolo frustrato e in colpa.



##### Piano di gestione integrato

- **Valutazione dell'orario e della fatica:** iniziare mappando i tipici turni di lavoro, i cicli di sonno e gli impegni familiari di Tommaso. Discutere delle fluttuazioni di energia legate ai turni notturni rispetto a quelli diurni e identificare le opportunità per brevi periodi di attività. Riconoscere l'impatto dei disturbi circadiani sulla motivazione e sul recupero.
- **Menu di attività e integrazione delle abitudini:** utilizzare colloqui motivazionali per esplorare le preferenze e gli ostacoli di Tommaso. Sviluppare un "menu" di attività flessibili e divertenti (circuiti di 5 minuti con il peso corporeo, 10 minuti di camminata veloce con i bambini o giochi attivi durante le visite al parco giochi) che possano essere inserite in giornate imprevedibili. Sottolineare l'importanza del movimento cumulativo e incoraggiare



l'accumulo di abitudini (ad esempio, squat dopo aver lavato i denti, stretching durante le pause televisive).

- **Progressione e ritmo delle micro-sessioni:** iniziare con sessioni molto brevi (ad esempio, due sessioni di 5 minuti al giorno) che possa svolgere indipendentemente dalla durata del turno. Incoraggiarlo a registrare le attività, annotando l'ora del giorno, il livello di energia e l'umore. Aumentare gradualmente l'attività settimanale totale del 5-10% man mano che il suo corpo si adatta, adattando l'intensità in base alla fatica e alla qualità del sonno. Includere esercizi di mobilità e per il core per contrastare le tensioni professionali.
- **Supporto alla cultura della salute e strumenti digitali:** fornisci informazioni chiare sui benefici dell'attività frammentata per la salute cardiovascolare e mentale. Mostra a Tommaso esercizi semplici che può eseguire in sicurezza senza attrezzature e, se la sua cultura digitale lo consente, consiglia app che offrono brevi allenamenti su richiesta o "promemoria di movimento" su misura per orari variabili. Suggerisci strumenti per monitorare l'attività cumulativa per rafforzare i progressi.
- **Strategie familiari e lavorative:** incoraggiare il coinvolgimento della famiglia nell'attività fisica, giocando a rincorrersi con i bambini, andando a scuola a piedi o andando in bicicletta insieme nei giorni liberi. Al lavoro, individuare le opportunità di movimento: usare le scale, fare brevi esercizi di stretching durante la pausa o avviare un "cerchio di stretching" con i colleghi. Creare un ambiente favorevole riduce la percezione dell'attività fisica come un compito solitario.
- **Pratica informata dal punto di vista psicologico e autoefficacia** - Affrontare i sensi di colpa e il pensiero "tutto o niente" attraverso strategie cognitivo-comportamentali. Riformulare le sessioni perse come opportunità di adeguamento piuttosto che come fallimenti. Fissare obiettivi flessibili e incentrati sul processo (ad esempio, "Includerò l'attività fisica quattro giorni questa settimana") e celebrare le piccole vittorie. Programmare dei follow-up per riesaminare gli ostacoli, adattare il programma di attività e rafforzare la fiducia di Tommaso nella gestione della sua salute nonostante le routine imprevedibili.

Questo approccio conciso e collaborativo riconosce le sfide del lavoro a turni e della genitorialità, offrendo al contempo strategie attuabili per integrare l'attività fisica nella vita di Tommaso.

#### 4.1.8 Affrontare la paura del movimento

Lucia è una contabile di 47 anni con una storia di otto mesi di lombalgia aspecifica. Dopo aver avvertito una fitta acuta mentre sollevava una scatola, ha sviluppato una paura di piegarsi, temendo di "sperimentare un'ernia discale". Ora si muove in modo rigido, evita di sollevare oggetti più pesanti di un bollitore e indossa quasi costantemente una cintura di sostegno lombare. La sua risonanza magnetica ha evidenziato "lievi alterazioni degenerative", che lei interpreta come un danno grave. Il dolore persiste nonostante il riposo...



##### Piano di gestione integrato

- **Valutazione e identificazione delle convinzioni disadattive** - Condurre una valutazione fisica e funzionale e utilizzare strumenti come il Questionario sulle convinzioni di paura-evitamento e la Scala di Tampa della kinesiofobia per quantificare i livelli di paura. Esplorare le convinzioni di Lucia sulla sua schiena, i risultati della risonanza magnetica e le attività specifiche che evita. Chiarire come le interpretazioni catastrofiche (ad esempio, "La mia colonna vertebrale collasserà se mi chino") contribuiscano al suo evitamento.
- **Educazione al dolore (alfabetizzazione sanitaria: comprensione e convinzioni)** - Spiegare i meccanismi del dolore in termini accessibili. Sottolineare che molti cambiamenti

spinali osservati nelle immagini sono normali e che il dolore spesso riflette un sistema nervoso sensibile piuttosto che un danno strutturale. Utilizzare metafore e immagini ("rughe all'interno") per demistificare i risultati. Insegnare che il dolore non equivale a un danno e che il movimento graduale può desensibilizzare il sistema. Confermare la comprensione attraverso il teach-back.

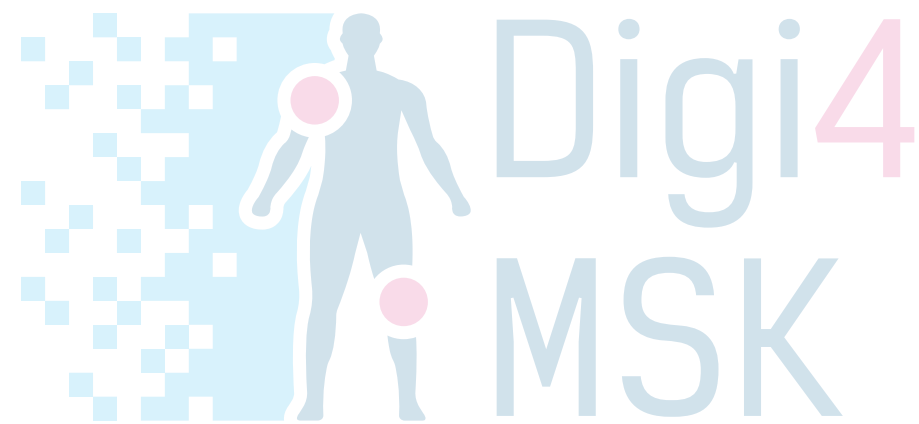
- **Gerarchia collaborativa delle paure ed esposizione graduale dettagliata** – Creare insieme una gerarchia delle attività temute, classificandole dalla meno alla più minacciosa. Iniziare con compiti semplici e poco temuti, come allungarsi in avanti da seduti, e passare a movimenti più impegnativi, come sollevare un oggetto leggero da terra. Fornire una guida dettagliata per ogni fase:
  - **Preparazione:** insegnare l'allineamento neutro della colonna vertebrale e la meccanica dell'articolazione dell'anca per ridurre il rischio percepito. Esercitarsi in questi movimenti senza carico fino a quando non si sente sicura.
  - **Esposizione controllata:** utilizzare un approccio graduale, praticando prima il movimento senza carico, poi aggiungendo un carico minimo (ad esempio una palla morbida) e infine aumentando il peso man mano che la sicurezza cresce.
  - **Varietà contestuale:** variare l'ambiente (ad esempio, in piedi, seduti, raccogliendo oggetti a diverse altezze) per generalizzare la sicurezza al di fuori della clinica.
  - **Riflessione:** dopo ogni esposizione, chiedere a Lucia di valutare la sua paura prima e dopo e di annotare cosa è successo rispetto a cosa si aspettava. Questo rafforza la discrepanza tra aspettativa e realtà e riduce le previsioni catastrofiche.
- **Strategie cognitivo-comportamentali per affrontare i pensieri catastrofici** - Aiutare Lucia a identificare i pensieri negativi automatici ("Se sollevo qualcosa, finirò su una sedia a rotelle") ed esaminarne l'accuratezza. Incoraggiarla a riformularli in affermazioni equilibrate ("La mia schiena è forte; i movimenti gradualmente la rendono più sana"). Utilizzare registrazioni dei pensieri per documentare le previsioni e i risultati effettivi delle attività. Integrare tecniche di rilassamento come la respirazione diaframmatica o il rilassamento muscolare progressivo per ridurre l'eccitazione durante le sessioni di esposizione.
- **Ritmo e programmazione graduale delle attività** - Sviluppare un piano di attività che includa obiettivi giornalieri incrementali per la deambulazione, le faccende domestiche e il tempo libero. Insegnare a Lucia a monitorare lo sforzo utilizzando scale di percezione dello sforzo e a fermarsi in base al tempo concordato in precedenza piuttosto che alle fiammate di dolore. Utilizzare un diario o un'app digitale per il monitoraggio. Aumentare gradualmente la durata o l'intensità, assicurandosi che ogni progresso sia gestibile.

- **Alfabetizzazione sanitaria: valutare e applicare** - Aiutare Lucia a valutare criticamente le informazioni sulla salute. Discutere di come un linguaggio allarmistico ("ernia del disco") e consigli restrittivi possano perpetuare la paura. Fornirle risorse selezionate e basate su prove scientifiche sul mal di schiena e sul movimento. Insegnarle a chiedere: "Chi ha scritto questo? È basato su prove scientifiche? È in linea con ciò che ho imparato sul dolore rispetto al danno?" Incoraggiarla ad applicare questo approccio critico quando si trova di fronte a messaggi contrastanti online.
- **Supporto digitale e comunitario:** se Lucia è a suo agio con la tecnologia, raccomandare app che guidano esercizi di esposizione graduale o offrono pratiche rilassanti. In alternativa, suggerire lezioni di gruppo come yoga dolce o Pilates, in cui gli istruttori enfatizzano la consapevolezza del corpo e il movimento sicuro. Il contesto di gruppo può normalizzare il movimento e fornire supporto sociale, riducendo ulteriormente la paura.
- **Follow-up e prevenzione delle ricadute** – Pianificare follow-up regolari per valutare i progressi, adeguare la gerarchia delle paure e rafforzare i risultati ottenuti. Insegni a Lucia come gestire le ricadute senza ricorrere all'evitamento: utilizzi il pacing, il rilassamento e il riformulazione cognitiva. La incoraggi a continuare a praticare gli esercizi di esposizione per mantenere la fiducia e prevenire ricadute in modelli di evitamento guidati dalla paura.

Valutando le convinzioni e la paura, il medico può adattare e personalizzare una strategia di esposizione al movimento che aiuti Lucia a ridurre l'ansia e a ripristinare la funzionalità.

#### 4.1.9 Utilizzo di strategie di pacing per evitare cicli di boom e bust

Saverio è un magazziniere di 50 anni con dolori muscoloscheletrici cronici diffusi compatibili con la fibromialgia. Alterna giorni di intensa attività - pulizia del garage, giardinaggio, commissioni - a giorni in cui è costretto a letto dalla stanchezza e dal dolore. Quando si sente “bene”, si sforza di recuperare il lavoro arretrato, ma questo spesso porta a gravi riacutizzazioni che durano diversi giorni. Saverio si sente in colpa quando riposa e teme che fare meno lo renderà pigro. Chiede come gestire la sua attività senza essere costantemente su queste montagne russe.



##### Piano di gestione integrato

- **Identificare i modelli di base e di boom-bust** - Iniziare con una valutazione dettagliata delle attività quotidiane di Saverio, delle fluttuazioni del dolore, dei modelli di sonno e dell'umore. Chiedergli di compilare un diario delle attività e dei sinTommasoi di una settimana, annotando ciò che fa, per quanto tempo, i suoi livelli di energia e dolore percepiti. Questo lo aiuterà a vedere il legame tra l'eccessivo sforzo nei giorni “buoni” e i successivi crolli. Sottolineare che i modelli di boom-bust sono comuni nelle condizioni di dolore cronico e affaticamento e perpetuano la gravità dei sinTommasoi.
- **Alfabetizzazione sanitaria: comprensione e convinzioni** - Istruisca Saverio sulla fisiologia del dolore e della fatica. Spieghi che superare la sua “riserva di energia” fisica e neurologica

può provocare una sensibilizzazione centrale, portando a riacutizzazioni. Utilizza termini semplici per descrivere come il ritmo costante mantenga un rendimento stabile entro la sua attuale capacità, consentendo al suo corpo di recuperare gradualmente e sviluppare tolleranza. Sfida le convinzioni che equiparano il riposo alla pigrizia; sottolinea che il riposo strategico è un'abilità attiva di autogestione, non un segno di debolezza.

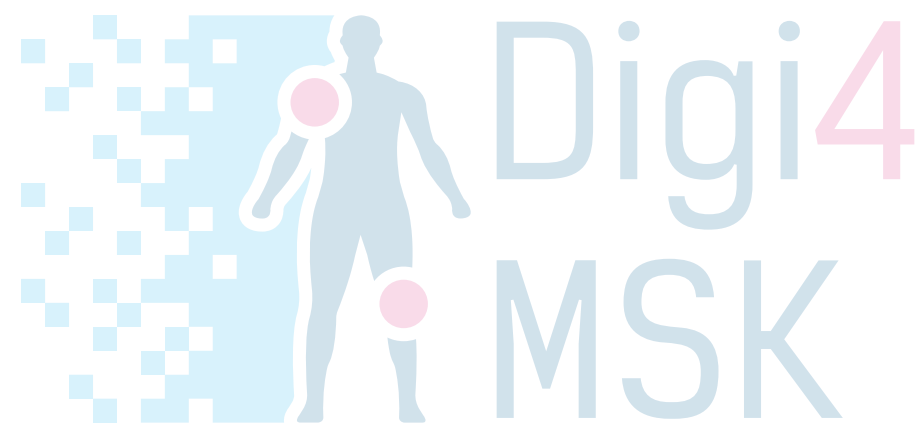
- **Stabilire una base di riferimento sicura e un sistema di quote** – Collaborare con Saverio per calcolare la sua base di riferimento, ovvero la quantità di attività che può svolgere sia nei giorni buoni che in quelli cattivi senza esacerbare i sinTommasoi. Ciò potrebbe significare ridurre temporaneamente le attività per trovare un punto di partenza sostenibile (ad esempio, 10 minuti di giardinaggio o 20 minuti di camminata, seguiti da riposo). Adottare un approccio basato su quote e tempo piuttosto che su comportamenti legati al dolore. Ad esempio, concordare che smetterà dopo 20 minuti di faccende domestiche, anche se si sente bene, e riposerà per 10 minuti prima di iniziare un altro blocco di 20 minuti.
- **Attuare strategie di regolazione del ritmo** - Introdurre i principi fondamentali della regolazione del ritmo:
  - **Suddividere i compiti in parti più piccole** – Suddividere i lavori più impegnativi (ad esempio, pulire il garage) in parti più gestibili da svolgere nell'arco di diversi giorni.
  - **Alternare le attività** – Alternare attività più pesanti a più leggere (ad esempio, dopo aver passato l'aspirapolvere, sedersi per pagare le bollette) per evitare uno sforzo prolungato sugli stessi gruppi muscolari.
  - **Programmare pause regolari**: utilizzate dei timer per ricordargli di riposarsi prima che il dolore o la fatica aumentino. Durante le pause, praticate tecniche di rilassamento o stretching leggero.
  - **Utilizzare la regola del 10%**: una volta che il livello di base è stato ben tollerato per una settimana, aumentare la durata dell'attività di non più del 10% per aumentare gradualmente la resistenza senza provocare riacutizzazioni.
- **Strumenti per il monitoraggio e il rinforzo** – Fornisci un modello di diario o un'app digitale in cui Saverio possa registrare le attività, la gravità dei sinTommasoi e i periodi di riposo. Il feedback visivo lo aiuta ad apprezzare i progressi e l'aderenza al programma. Alcune app consentono agli utenti di impostare promemoria a tempo per le pause e di tenere traccia dell'attività cumulativa. Esamina regolarmente i registri per adeguare le quote e celebrare i successi. Se le competenze digitali o di alfabetizzazione sono limitate, utilizza grafici cartacei con codici colore o semplici liste di controllo.

- **Pratica informata dal punto di vista psicologico**: affrontate il senso di colpa e il perfezionismo utilizzando strategie cognitivo-comportamentali. Aiutate Saverio a riformulare il riposo come un investimento nella produttività ("Fare delle pause mi aiuta a ottenere di più in generale") piuttosto che come una perdita di tempo. Esplorate i valori e le priorità: quali attività gli danno gioia o significato? Incoraggiatelo a dedicare le sue energie a queste piuttosto che a compiti non essenziali. Insegnategli a risolvere i problemi (ad esempio, delegando compiti, chiedendo aiuto) e tecniche di rilassamento per gestire la frustrazione quando deve fermarsi nonostante si senta in grado di fare di più.
- **Alfabetizzazione sanitaria: applicare e domini digitali** - Mostrate a Saverio come applicare i principi del pacing in diversi contesti: lavoro, casa, attività sociali. Fornite istruzioni chiare e dettagliate e verificate la sua comprensione. Se utilizza dispositivi tecnologici indossabili (smartwatch, fitness tracker), discutete su come interpretare il conteggio dei passi o il dispendio energetico senza fissarsi sui numeri. Sottolineate che i dati dovrebbero informare le decisioni sul pacing piuttosto che portare a uno sforzo eccessivo.
- **Progressione funzionale graduale**: una volta che Saverio aderisce costantemente al suo piano di pacing e sperimenta meno riacutizzazioni, collaborare per aumentare gradualmente il suo livello di attività. Introdurre esercizi di rafforzamento delicati o attività aerobiche a basso impatto (ad esempio, nuoto, ciclismo) per migliorare la resistenza. Ribadire che la progressione è lenta e che le riacutizzazioni occasionali sono opportunità di apprendimento per ricalibrare le quote.
- **Rivalutazioni e adattamento regolari** – Pianificare appuntamenti di follow-up periodici per valutare l'efficacia del ritmo di Saverio. Utilizzare i suoi registri per identificare i modelli (ad esempio, attività specifiche che ancora provocano riacutizzazioni) e adeguare le quote. Riesaminare le convinzioni e le risposte emotive al ritmo man mano che la sua capacità funzionale evolve. Incoraggiarlo a condividere le strategie di ritmo con la famiglia o i colleghi in modo che comprendano i suoi limiti e possano fornirgli sostegno.

Combinando l'educazione sul ciclo boom-bust, tecniche di pacing strutturate, pratiche basate sulla psicologia e monitoraggio continuo, questo piano consente a Saverio di gestire la sua energia in modo più efficace. Coltiva modelli di attività sostenibili che stabilizzano i sinTommasoi e ampliano gradualmente la sua capacità funzionale.

#### 4.1.10 Integrare il movimento nei lavori sedentari o nei lunghi spostamenti

Elena è una dirigente marketing di 35 anni che trascorre dalle otto alle nove ore alla scrivania e 90 minuti al giorno negli spostamenti. Riferisce rigidità al collo, occasionali dolori lombari e letargia. Il suo programma le lascia poco tempo per un esercizio fisico strutturato durante la settimana. Nei fine settimana fa escursioni, ma il contrasto tra l'intensa attività del fine settimana e l'inattività dei giorni feriali la lascia indolenzita e affaticata. Chiede come integrare più movimento nella sua routine quotidiana.



##### Piano di gestione integrato

- **Valutare le abitudini di seduta e la variabilità** - Piuttosto che concentrarsi su una "postura corretta", valutare la capacità di Elena di variare le sue posizioni durante la giornata. Discutere le impostazioni della sedia, l'altezza della scrivania e la posizione del monitor con l'obiettivo di consentire il movimento: regolare l'altezza del sedile per alternare l'angolazione delle anche, utilizzare un poggia piedi in modo intermittente e assicurarsi che possa passare comodamente dalla posizione inclinata in avanti a quella reclinata e a quella eretta. Incoraggiare l'esplorazione di una serie di posture adatte a diverse attività (ad esempio, inclinarsi all'indietro quando si legge, sedersi in avanti quando si digita) e fare frequenti pause di movimento.

- **Alfabetizzazione sanitaria: comprensione e convinzioni** - Spiegare che stare seduti in posizione statica per periodi prolungati contribuisce al disagio muscolo-scheletrico e ai rischi metabolici e che incorporare il movimento - "spuntini di esercizio fisico" - durante l'orario di lavoro può migliorare la circolazione, ridurre la rigidità e aumentare la concentrazione. Affrontare le convinzioni comuni secondo cui la produttività richiede una posizione seduta ininterrotta; condividere le prove che pause brevi e mirate migliorano le prestazioni cognitive e il benessere. Ribadire che l'obiettivo è quello di integrare il movimento nelle routine esistenti piuttosto che aggiungere un allenamento separato.
- **Modifiche alla postazione di lavoro per facilitare la variabilità** - Collaborare con Elena per adattare il suo spazio di lavoro in modo da incoraggiare frequenti cambiamenti di postura piuttosto che prescrivere un'unica posizione "ideale". Ciò potrebbe comportare l'aggiunta di un convertitore da seduto a in piedi per alternare la posizione seduta a quella in piedi, assicurandosi che la sedia e la scrivania siano facilmente regolabili per adattarsi a diverse posture e tenendo gli oggetti di uso frequente appena fuori portata per stimolare l'alzarsi o il protendersi occasionalmente. Se si utilizzano ausili dinamici per la seduta (ad esempio, cuscini oscillanti, rulli per i piedi), enfatizzare brevi periodi di utilizzo per introdurre micro-movimenti senza creare una nuova postura "statica". L'obiettivo è quello di consentire transizioni e comfort durante tutta la giornata.
- **Micro-pause e snack di movimento**: progetta un programma flessibile di brevi pause di movimento. Suggerisca di impostare promemoria digitali ogni 30-45 minuti. Durante ogni pausa, Elena può eseguire alcuni semplici movimenti: rotazioni delle spalle, rotazioni della colonna vertebrale, marcia da seduta o una camminata veloce fino alla cucina o alla cassetta della posta. Incoraggi lo stretching su diversi piani (flessioni laterali, estensioni toraciche) per contrastare le posizioni prolungate. Sottolinei che anche 1-2 minuti di movimento contribuiscono alla salute generale.
- **Spostamenti attivi e pause durante il tragitto casa-lavoro**: esplorate modi per integrare il movimento nel suo tragitto casa-lavoro. Se utilizza i mezzi pubblici, Elena potrebbe scendere una fermata prima e percorrere a piedi la distanza restante o stare in piedi invece di sedersi. Per gli spostamenti in auto, raccomandate di parcheggiare più lontano dall'edificio e di prendere le scale invece dell'ascensore. Nei viaggi più lunghi, suggerite brevi soste di 2-3 minuti per camminare e fare stretching, al fine di alleviare la rigidità e mantenere la prontezza.
- **Esercizi da svolgere alla scrivania e routine isometriche**: suggerisca esercizi discreti che Elena possa integrare nella sua giornata lavorativa: contrazione dei glutei, inclinazioni pelviche da seduta, contrazione delle scapole o sollevamenti alternati dei talloni. Insegni

l'estensione toracica utilizzando un asciugamano arrotolato a metà schiena. Incoraggi le posizioni isometriche, come premere i palmi delle mani l'uno contro l'altro, per attivare i muscoli della parte superiore del corpo. Questi esercizi richiedono un'interruzione minima e possono essere eseguiti mentre si leggono le e-mail o durante le teleconferenze.

- **Strumenti digitali e monitoraggio dell'attività**: consigliare app o estensioni software che suggeriscono pause di movimento e monitorano il tempo trascorso in piedi o i passi cumulativi. Se utilizza uno smartwatch o un fitness tracker, aiutarla a fissare obiettivi realistici (ad esempio, stare in piedi per 5 minuti ogni mezz'ora, raggiungere 4.000-5.000 passi durante l'orario di lavoro). Alcuni programmi rendono l'attività ludica, favorendo una competizione amichevole con i colleghi o la famiglia.
- **Modulazione dell'attività e del recupero nel fine settimana**: consigliate a Elena di moderare il ritmo delle sue escursioni nel fine settimana per ridurre al minimo i dolori muscolari. Aumentate gradualmente l'attività durante la settimana (brevi passeggiate dopo il lavoro, stretching yoga prima di andare a dormire) per ridurre il contrasto tra lo sforzo fisico del fine settimana e la sedentarietà dei giorni feriali. Sottolineate l'importanza di un riposo adeguato, dell'idratazione e di uno stretching delicato dopo l'escursione per favorire il recupero.
- **Promuovere una cultura favorevole al movimento** - Incoraggiare Elena a condividere le sue strategie di movimento con colleghi e superiori. Proporre riunioni a piedi, incontri in piedi o pause di stretching di gruppo. Normalizzare le micro-pause richiede il supporto dell'organizzazione; quando i manager danno l'esempio con questi comportamenti, i dipendenti sono più propensi ad adottarli. Sottolineare che tali pratiche possono migliorare la concentrazione del team e ridurre i disturbi muscoloscheletrici.
- **Esplorare con lei la possibilità di lavorare da remoto per uno o due giorni**. Se riesce a negoziare uno o due giorni di lavoro da remoto a settimana, potrebbe utilizzare il tempo risparmiato sul tragitto casa-lavoro per svolgere alcune delle attività fisiche raccomandate.
- **Rivedere e adeguare** - Programmare dei follow-up per valutare i sinTommasoi di Elena e l'integrazione delle attività. Adeguare la frequenza e i tipi di movimento in base al suo feedback. Celebrare i miglioramenti, come la riduzione della rigidità o l'aumento di energia. Se nonostante questi cambiamenti persiste un disagio specifico, valutare un rafforzamento mirato o rivolgersi a specialisti della salute sul lavoro per un'ulteriore valutazione.

Combinando la formazione in ergonomia moderna con l'attuazione di misure specifiche, Elena può esplorare e incorporare nuovi modi confortevoli di lavorare, nonché integrare abitudini salutari di movimento e attività fisica nella sua routine quotidiana.

#### 4.1.11 Utilizzo dell'IA per promuovere il movimento e l'attività fisica

Marco è un ingegnere di 52 anni affetto da osteoartrite cronica al ginocchio. Durante la valutazione iniziale, si determina che è a suo agio con la tecnologia, non ha mai seguito un programma di esercizi strutturato e cerca idee per diventare più attivo. Ha scaricato un'app di intelligenza artificiale conversazionale che offre suggerimenti per gli esercizi, ma non sa come chiederle consigli sicuri e personalizzati.



##### Piano di gestione integrato

- **Valutare l'alfabetizzazione digitale e chiarire gli obiettivi:** confermare che Marco sia in grado di navigare nell'interfaccia dell'IA e ne comprenda le funzioni di base. Discutere i suoi obiettivi: migliorare la funzionalità del ginocchio, aumentare la forma fisica generale e mantenere la motivazione. Annotare eventuali comorbidità o limitazioni di movimento di cui l'IA dovrebbe tenere conto (ad esempio, evitare attività ad alto impatto a causa dell'osteoartrite). Sottolineare che l'IA dovrebbe supportare, e non sostituire, la guida professionale.
- **Insegnare come utilizzare efficacemente l'IA per i programmi di esercizio fisico** - Mostrare a Marco come creare prompt dettagliati che producano suggerimenti più sicuri e pertinenti. Gli elementi chiave includono:



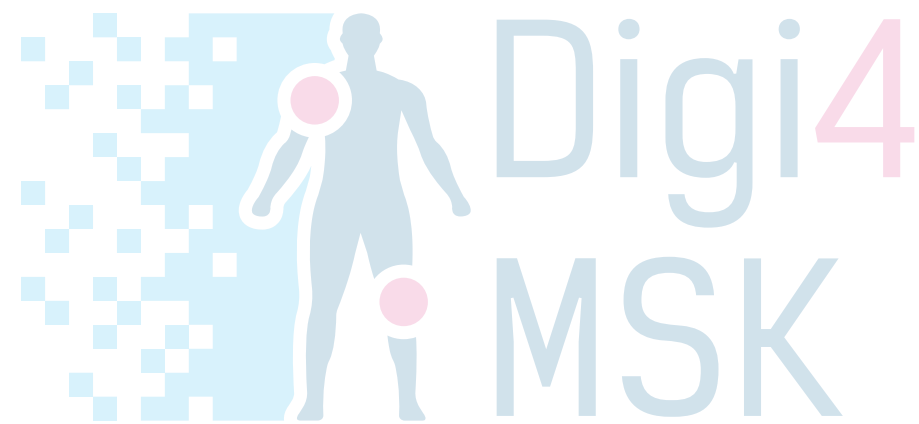
- **Contesto:** descrivere la sua età, lo stato di salute (ad esempio, “Ho 52 anni, soffro di osteoartrite al ginocchio e non ho alcuna esperienza precedente di esercizio fisico”) e le attrezzature disponibili (ad esempio, “Ho delle bande elastiche di resistenza e un tappetino da yoga”).
  - **Obiettivi:** indicare i risultati desiderati (ad esempio, “Desidero iniziare con esercizi a basso impatto per migliorare la forza e la flessibilità”).
  - **Limiti:** menzionare i limiti di tempo e la frequenza (ad esempio, “Posso impegnarmi a fare sessioni di 15 minuti, tre volte alla settimana”).
  - **Considerazioni sulla sicurezza:** richiedere modifiche per la protezione delle articolazioni (ad esempio, “Si prega di evitare esercizi ad alto impatto o squat profondi e suggerire modifiche per il dolore al ginocchio”).
  - **Formato:** richiedere istruzioni chiare e dettagliate e precauzioni (ad esempio: “Elencare gli esercizi con descrizioni semplici e indicare cosa si dovrebbe sentire e quando interrompere”).
- **Potrebbe modellare un prompt come:** *“Creare una routine di esercizi per principianti per un uomo di 52 anni con osteoartrite al ginocchio. Non ho alcuna esperienza precedente di esercizio fisico, posso allenarmi a casa con bande di resistenza e un tappetino da yoga e desidero migliorare la forza delle gambe e la mobilità generale. Fornire tre esercizi a basso impatto che posso fare in una sessione di 15 minuti, tre giorni alla settimana, con istruzioni e consigli di sicurezza per proteggere le mie ginocchia”.*
  - **Valutare e perfezionare i piani generati dall’IA** – Incoraggiare Marco a condividere con voi i suggerimenti dell’IA prima di iniziare. Esaminate insieme l’adeguatezza di ogni esercizio. Verificate che siano in linea con le sue capacità fisiche (ad esempio, assicurandovi che la profondità dell’affondo raccomandata sia ridotta, sostituendo i movimenti ad alto impatto con step-up). Modificare eventuali elementi non sicuri o poco pratici. Spiegare a Marco perché alcuni esercizi sono o non sono appropriati, in modo che possa modificare i suggerimenti futuri.
  - **Fornire le proprie idee di attività per principianti da inserire nell’IA** — Offrire una serie curata di attività a basso impatto e adatte ai principianti che l’IA possa elaborare. Alcuni esempi includono:
    - **Squat assistiti dalla sedia**—alzarsi da una sedia e sedersi lentamente per rafforzare i quadricipiti.
    - **Estensioni delle ginocchia da seduti**—: raddrizzare e piegare le ginocchia da seduti per migliorare l’ampiezza di movimento.

- **Marcia sul posto o step touch:** esercizio cardiovascolare delicato senza sollecitazioni sulle articolazioni.
  - **Push-up contro il muro:** rafforzamento della parte superiore del corpo con un carico minimo sulle ginocchia.
- **Suggerire a Marco di includere questi esercizi quando interagisce con l’IA:** “Includi squat assistiti dalla sedia ed estensioni delle ginocchia da seduto nella mia routine”. Ciò garantisce che i risultati dell’IA rimangano entro limiti di sicurezza.
  - **Incoraggiare una progressione graduale e monitorare il feedback:** consigliare a Marco di iniziare con la routine assistita dall’IA due o tre volte alla settimana e di ascoltare il proprio corpo. Insegnargli a monitorare i livelli di dolore, affaticamento e divertimento. Incoraggiarlo a tenere un diario delle sessioni e a rivederle nei follow-up. Man mano che acquisisce sicurezza, le richieste possono prevedere variazioni leggermente più impegnative (“Aggiungere esercizi con bande di resistenza elastica per aumentare la forza delle gambe”) sotto la vostra supervisione.

Valutando l’alfabetizzazione digitale di Marco e mostrandogli diversi esempi di come utilizzare l’IA generativa, egli potrà aumentare l’accesso alle risorse e alle guide per promuovere l’attività fisica.

#### 4.1.12 Evitare di sollevare pesi: prove a sostegno della raccomandazione sul mal di schiena

Michele, un magazziniere di 45 anni, soffre da un anno di dolori lombari intermittenti. Dopo aver visto dei diagrammi sul posto di lavoro che suggerivano che “sollevare con la schiena dritta” è l'unico modo sicuro per sollevare pesi, ha iniziato a evitare qualsiasi attività che richiedesse di sollevare o piegarsi. Se deve sollevare un oggetto pesante, chiede aiuto ai colleghi o lo solleva in modo goffo usando solo le braccia. Ha anche smesso di andare in palestra per paura di “danneggiare” la colonna vertebrale. Michele ritiene che flettere la schiena sia pericoloso e pensa che l'allenamento con i pesi peggiorerà il suo dolore. Quando gli viene chiesto della sua attività fisica, riferisce di fare solo passeggiate leggere e stretching. Si chiede se potrà mai sollevare pesi di nuovo.



##### Piano di gestione integrato

- **Valutare le convinzioni e la capacità di base** - Condurre una valutazione funzionale della forza, della flessibilità e della meccanica di sollevamento di Michele. Utilizzare il questionario Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire per quantificare la sua paura di sollevare pesi. Esplorare le sue convinzioni: “Cosa pensa che succeda quando piega la schiena?” o “Dove ha sentito dire che sollevare pesi è dannoso?” Identificare le idee sbagliate e le fonti della sua paura (ad esempio, poster sul posto di lavoro, consigli precedenti).

- **Fornire informazioni sul dolore basate su prove aggiornate** - Spiegare che le ricerche attuali mettono in discussione la convinzione di lunga data secondo cui durante il sollevamento è sempre necessaria una colonna vertebrale neutra. Una revisione del 2022 ha osservato che la maggior parte dei medici sostiene il sollevamento con squat, ma l'allenamento al sollevamento con squat non previene il mal di schiena e il sollevamento con una maggiore flessione lombare (un sollevamento "curvo") non è un fattore di rischio per l'insorgenza, la persistenza o la ricorrenza del mal di schiena<sup>1</sup>. Discutere il fatto che, anche quando le persone cercano di mantenere la "schiena dritta", gli studi dimostrano che si verifica una flessione spinale massima del 50-80%, rendendo impossibile evitare completamente la flessione. Una revisione sistematica non ha riscontrato alcuna differenza nella posizione lombare durante il sollevamento tra persone con e senza mal di schiena e ha concluso che una maggiore flessione della colonna vertebrale non è collegata all'ernia del disco o alla persistenza del mal di schiena. Sottolineare che la colonna vertebrale è forte e adattabile e che un carico graduale rende i tessuti più resistenti.
- **Riformulare la tecnica di sollevamento e la gestione del carico** - Introdurre il quadro "calmare i tessuti, rafforzare i tessuti, migliorare la capacità di lavoro": durante gli episodi dolorosi, modificare le attività per ridurre il carico (calmare i tessuti). Man mano che i sinTommasoi si attenuano, aumentare progressivamente la tolleranza dei tessuti attraverso un allenamento di resistenza graduale e tecniche di sollevamento diversificate. Spiegare che non esiste una tecnica adatta a tutti; i sollevamenti piegati, accovacciati e semi-accovacciati sono ugualmente sicuri e ciascuno presenta dei vantaggi. Ad esempio, il sollevamento con arresto può essere più efficiente dal punto di vista metabolico e meno impegnativo per il sistema cardiopolmonare<sup>1</sup>. Scegliere la tecnica che Michele trova più comoda e adatta all'attività.
- **Sviluppare un programma di allenamento della forza graduale**: iniziare con esercizi di resistenza leggeri e controllati (squat a corpo libero su una sedia, hip hinge con bastone) per insegnare il movimento dominante dell'anca e aumentare la fiducia. Passare poi a deadlift con banda elastica o manubri leggeri, concentrandosi su movimenti fluidi e indolori. Aumentare il carico del 5-10% a settimana, assicurandosi che Michele riesca a mantenere la forma e il controllo. Incorporare esercizi che richiedono la flessione lombare, come i Jefferson curl o i deadlift con kettlebell, una volta che tollera i movimenti di base, per esporlo gradualmente alla flessione sotto carico. Sottolineare che il dolore muscolare è normale quando si inizia un nuovo programma e di solito si risolve entro 48-72 ore.
- **Utilizzare un'esposizione graduale per le attività di flessione e sollevamento**: elencare i movimenti che Michele teme (ad esempio, sollevare una cassetta degli attrezzi, caricare l'auto). Classificarli dal meno al più minaccioso. Iniziare a praticare le attività che incutono meno timore sotto la supervisione di un fisioterapista, aggiungendo gradualmente peso o complessità. Incoraggiare Michele a prendere nota delle sue paure prima dell'attività e

a registrare ciò che accade effettivamente dopo. Evidenziare le discrepanze per ridurre la catastrofizzazione. Con il tempo, passi a sollevamenti più pesanti simili alle sue mansioni lavorative, monitorando sempre i sinTommasoi e regolando il volume.

- **Affrontare l'alfabetizzazione sanitaria: comprendere e valutare** - Fornire a Michele risorse accessibili e basate su prove scientifiche che sfatino i miti comuni sulla flessione spinale e il sollevamento (ad esempio, schede informative di associazioni professionali o infografiche che riassumono che sollevare con flessione non è dannoso). Insegnargli a valutare criticamente le informazioni online verificando l'autore, la data di pubblicazione e l'allineamento con le linee guida attuali. Incoraggiarlo a condividere queste risorse con colleghi e supervisor per contestare i poster obsoleti sulla movimentazione manuale.
- **Incorporare pratiche basate sulla psicologia** - Utilizzare colloqui motivazionali per rafforzare la motivazione intrinseca di Michele a tornare all'allenamento di forza (ad esempio, "Essere in grado di sollevare pesi con sicurezza ti aiuterà a svolgere il tuo lavoro e a proteggere la tua indipendenza"). Impiegare la ristrutturazione cognitiva per sostituire pensieri come "La mia schiena è debole" con "La mia schiena diventa più forte man mano che mi alleno gradualmente". Insegnare tecniche di rilassamento per gestire l'ansia durante le attività di sollevamento.
- **Modificare l'ergonomia e la comunicazione sul posto di lavoro** - Collaborare con Michele e il suo team di medicina del lavoro per aggiornare le linee guida sul sollevamento pesi sul posto di lavoro in modo da riflettere le evidenze scientifiche moderne. Suggestire poster che promuovano tecniche di sollevamento diverse, utilizzando insieme i muscoli delle gambe e della schiena, e sottolineando strategie specifiche per ogni attività piuttosto che rigide regole sul "mantenere la schiena dritta". Incoraggiare micro-pause e variabilità di movimento durante i suoi turni per ridurre il carico cumulativo.
- **Monitorare i progressi e adeguare il programma**: programmare controlli ogni 2-3 settimane per rivalutare la forza, il dolore e la fiducia. Utilizzare misure di risultato come l'Oswestry Disability Index per monitorare il miglioramento funzionale. Adeguare il programma in base alla sua risposta: se manifesta riacutizzazioni, ridurre temporaneamente il carico e concentrarsi sulla tecnica; se i progressi sono costanti, introdurre sollevamenti più complessi o attività funzionali. Incoraggiare l'autoMonitoraggio con un diario di allenamento in modo che Michele possa vedere i suoi progressi e riconoscere che un disagio occasionale non significa un danno.

Riassumendo le prove attuali relative alla relazione tra sollevamento, rischio di lesioni, dolore e paura, il terapeuta può rassicurare Michele e aiutarlo a esplorare diverse strategie di sollevamento.

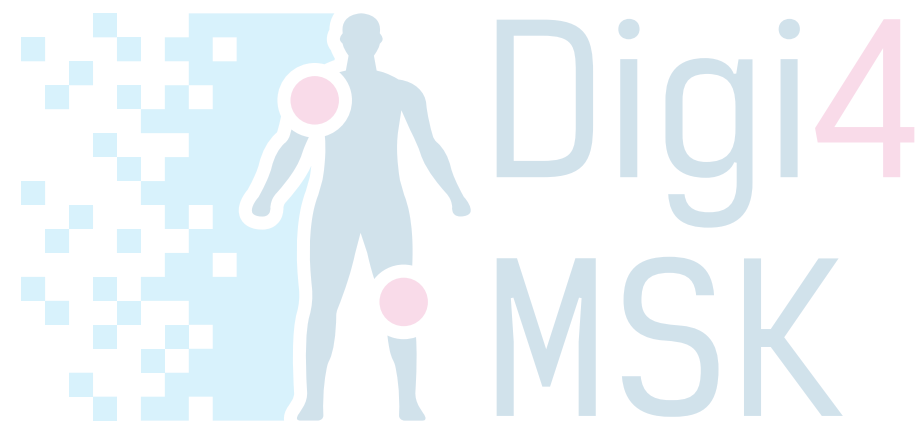
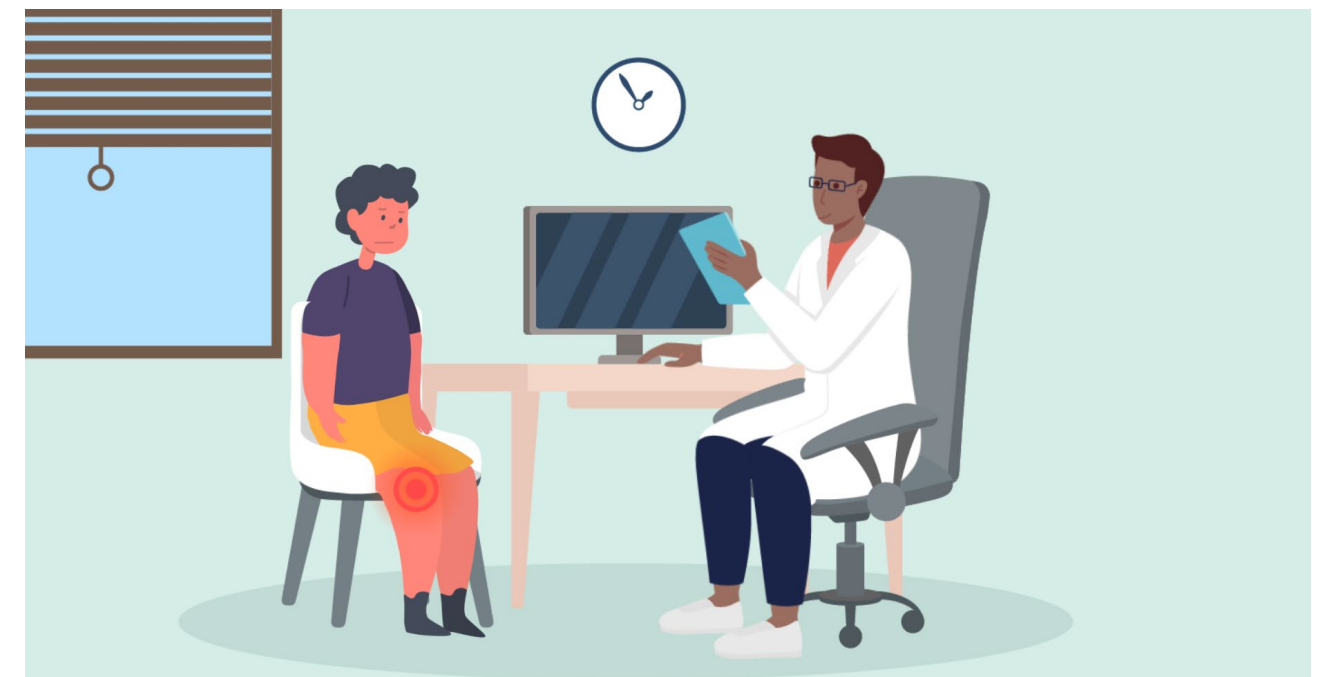
1. Washmuth NB, et al. Int J Sports Phys Ther. 2022. <https://doi.org/10.26603/001c.30023>

## 4.2. Interazione medico-paziente

In questa parte troverete esempi che illustrano come gestire conversazioni difficili, informazioni contrastanti, aspettative e seconde opinioni.

### 4.2.1 Aiutare i pazienti a prepararsi per un consulto con il medico e gestire i secondi pareri

Laura, un'insegnante di 62 anni, soffre da tre anni di dolori persistenti al ginocchio e all'anca. Il suo medico di base le ha diagnosticato una "malattia degenerativa delle articolazioni" e le ha consigliato di perdere peso e di assumere analgesici. I medici successivi le hanno dato consigli contrastanti: uno le ha suggerito la sostituzione del ginocchio, un altro le ha consigliato delle iniezioni e un altro ancora le ha detto che era "troppo giovane" per un intervento chirurgico. Confusa, Laura si è rivolta a un chatbot basato sull'intelligenza artificiale che le ha elencato diverse possibili patologie e le ha pubblicizzato degli integratori. Dopo ulteriori ricerche online, ha letto affermazioni allarmanti sulle iniezioni che "distruggono la cartilagine", aumentando la sua ansia. Ora ha un appuntamento con un fisioterapista esperto in muscoloscheletrico e desidera prepararsi in modo efficace, porre domande informate e sapere quando è opportuno richiedere un secondo parere.



## Piano di gestione integrato

- **Iniziare riconoscendo la frustrazione di Laura e convalidare il suo desiderio di chiarezza.** Esplora le sue convinzioni riguardo alla diagnosi e alle precedenti consultazioni: cosa ha compreso da ciascun medico? Cosa ha suggerito l'intelligenza artificiale e in che modo ha influenzato le sue emozioni? Questa conversazione identifica idee sbagliate e barriere emotive, consentendoti di personalizzare l'informazione e il supporto.
- **Preparazione per la prossima visita.** Aiuti Laura a creare un piano strutturato prima della visita che riassume la sua storia clinica, i trattamenti precedenti e gli obiettivi. La incoraggi a utilizzare un *elenco di domande (QPL)*, un metodo convalidato che aumenta il coinvolgimento del paziente e la ritenzione delle informazioni. Aiutatela a dare priorità a 4-5 domande chiave, come: *"Qual è la causa più probabile del mio dolore?"*, *"In che modo i risultati delle immagini sono correlati ai sinTommasoi?"* o *"Quali sono i benefici e i rischi di ciascun trattamento?"*. Incoraggiatela a portare con sé questo elenco e a prendere nota delle risposte, facilitando il processo decisionale condiviso.
- **Affrontare l'utilizzo degli strumenti di IA.** Chiarisca che l'IA può fornire informazioni generali, ma non può sostituire una valutazione personalizzata. Insegna a formulare richieste specifiche che producano suggerimenti più pertinenti, come "Fornisci esercizi a basso impatto adatti a una donna di 62 anni con dolore al ginocchio e mobilità limitata". Sottolinei che dovrebbe sempre rivedere le raccomandazioni generate dall'IA con un medico prima di agire. Scoraggiate l'affidamento all'IA per la diagnosi o l'acquisto di integratori non verificati. Spiegate che i modelli di IA potrebbero non tenere conto delle sue comorbidità o della sua storia individuale e che i loro risultati potrebbero essere influenzati da interessi commerciali.
- **Guidare Laura nella ricerca di informazioni attendibili sulla sua condizione.** Le presenti i sei criteri di qualità per valutare le informazioni sanitarie online: paternità, affidabilità, utilità, accessibilità, leggibilità e privacy<sup>1</sup>. Mostrale come verificare se gli articoli sono scritti da professionisti qualificati, se le informazioni sono supportate da citazioni e se il sito ha una politica sulla privacy trasparente. Raccomandale fonti affidabili, come associazioni professionali e siti web governativi, e mettila in guardia dai blog o dai forum che mancano di prove scientifiche o promuovono prodotti. Insegna a confrontare le informazioni su più siti affidabili e a discutere ciò che trova con il suo medico.
- **Secondi pareri e comprensione condivisa.** Normalizzi il processo di ricerca di secondi pareri, soprattutto quando viene proposto un intervento chirurgico. Aiuti Laura a determinare se è necessaria un'ulteriore consulenza, esaminando ciò che rimane poco chiaro dai consigli attuali. Se ne cerca uno, le suggerisca di richiedere copie delle immagini e dei risultati dei

test pertinenti, riutilizzando la sua QPL e confrontando le raccomandazioni per identificare il consenso o le differenze giustificate.

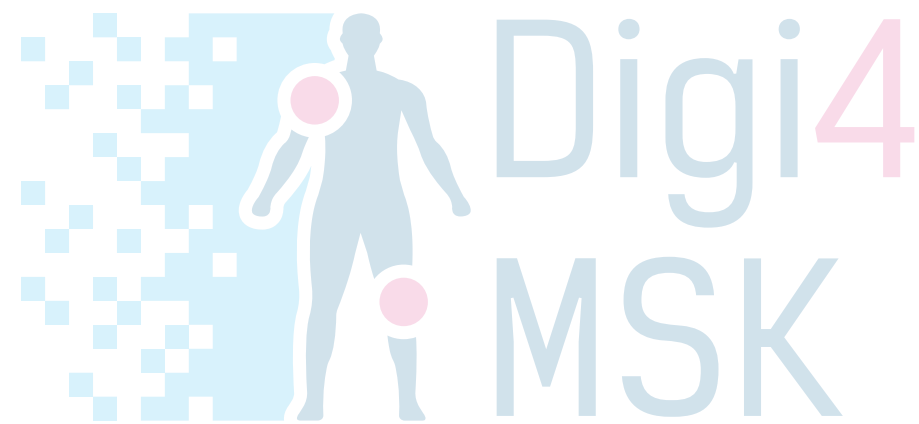
- **Utilizzare tecniche di colloquio motivazionale per valutare la disponibilità di Laura a impegnarsi nell'autogestione.** Riflettete le sue affermazioni ("Sembra che lei voglia evitare l'intervento chirurgico, se possibile") e ponete domande aperte ("Quali attività le mancano di più?"). Allineate il vostro piano ai suoi valori, che potrebbero essere rimanere attiva con i nipoti o continuare a insegnare senza dolore. Sviluppate in modo collaborativo un piano di trattamento orientato agli obiettivi che includa esercizi graduali, strategie di gestione del peso e capacità di affrontare il dolore, assicurandovi che comprenda le motivazioni e i tempi previsti.
- **Implementare strategie di alfabetizzazione sanitaria incentrate sull'accesso, la valutazione e l'applicazione.** Fornisca materiali cartacei o digitali scritti in un linguaggio semplice, che spieghino l'osteoartrite e le opzioni terapeutiche, compresi i pro e i contro dell'intervento chirurgico, delle iniezioni e della terapia fisica. Mostri gli esercizi durante le sedute e le chiedi di ripeterli per confermare la comprensione (teach-back). Suggestirle di tenere un diario degli esercizi e dei sinTommasoi per monitorare ciò che funziona e identificare i fattori scatenanti; ciò favorisce l'autoTommasoonitoraggio e arricchisce le discussioni durante i follow-up. Aiutarla a valutare le nuove informazioni chiedendole: "Questo è in linea con il piano che abbiamo elaborato?" o "Questo consiglio proviene da una fonte attendibile?".
- **Infine, affrontare l'impatto emotivo dei consigli contrastanti e del sovraccarico di informazioni.** Riconosca che l'incertezza può aumentare l'ansia e amplificare la percezione del dolore. Utilizzi tecniche cognitivo-comportamentali per aiutarla a riformulare pensieri come "La mia articolazione si sta sgretolando" in "La mia articolazione si sta adattando; rafforzarla aiuterà". Incoraggi strategie di gestione dello stress, come esercizi di respirazione e camminata consapevole, che possono migliorare la capacità di affrontare la situazione e facilitare l'aderenza al suo programma.

Guidando Laura a prepararsi in modo efficace per le visite, stimolando sia l'IA che i medici con domande mirate, valutando criticamente le informazioni online e orientandola con attenzione verso un secondo parere, i medici possono aiutarla a prendere decisioni informate. Questo approccio integrato combina l'autogestione, il miglioramento dell'alfabetizzazione sanitaria e la pratica psicologicamente informata, consentendo ai pazienti di interagire con sicurezza con gli operatori sanitari e gli strumenti digitali.

<sup>1</sup> Daraz L, et al. J Patient Exp. 2024. <https://doi.org/10.1177/23743735241259440>

#### 4.2.2 Identificare i consigli corretti da quelli errati online

Susanna è una grafica di 40 anni che soffre di dolori intermittenti al polso e al gomito attribuiti all'uso del computer. Dopo aver ricevuto una diagnosi preliminare di tendinopatia dal suo fisioterapista, ha cercato su Internet dei trattamenti. Ha trovato consigli contrastanti: un blog insisteva sul riposo completo e sui tutori per il polso, un altro promuoveva costosi integratori per "curare i tendini in poche settimane", mentre un influencer sui social media raccomandava esercizi di carico aggressivi. Susanna ha acquistato gli integratori e ha evitato di digitare per due settimane, ma il dolore è peggiorato. Ora è scettica riguardo alla raccomandazione del suo fisioterapista di riprendere gradualmente l'attività. Desidera sapere come distinguere quali consigli online sono affidabili e se deve continuare uno dei trattamenti che ha trovato online.



##### Piano di gestione integrato

- **Esplorare le fonti e le convinzioni di Susanna.** Iniziare chiedendo a Susanna di elencare i siti web, gli account dei social media e gli strumenti di intelligenza artificiale che ha utilizzato. Chiedere perché si è fidata di determinate fonti ("L'influencer aveva molti follower") e quali risultati ha ottenuto. Questo aiuta a identificare idee sbagliate e fattori emotivi, come la paura di perdersi qualcosa o la frustrazione per il lento recupero.

- **Introdurre i principi di alfabetizzazione sanitaria per valutare le informazioni.** Spieghi che non tutte le informazioni sanitarie online sono affidabili e che è essenziale una valutazione attenta. Condividi criteri pratici tratti da linee guida affidabili: i siti web affidabili indicano chiaramente chi li gestisce (idealmente agenzie governative, facoltà di medicina o organizzazioni professionali/senza scopo di lucro), il loro scopo e come sono finanziati. Indicano quando le informazioni sono state scritte o aggiornate e forniscono riferimenti alla ricerca. La metta in guardia dai siti finanziati da pubblicità o aziende che potrebbero promuovere prodotti. Insegnarle a evitare siti con affermazioni sensazionali, cure miracolose o linguaggio sensazionalistico. Incoraggiarla a cercare un comitato editoriale o un processo di revisione e a verificare che il contenuto sia equilibrato e basato su prove scientifiche.
- **Discutere l'importanza di verificare le informazioni e di consultare un medico.** Sottolineate che trovare informazioni simili su più siti affidabili aumenta la credibilità. Incoraggiate Susanna a sottoporre al suo fisioterapista qualsiasi consiglio che sta prendendo in considerazione prima di agire. Ribadite che le testimonianze personali sui social media o sui forum non moderati potrebbero non essere applicabili alla sua condizione e potrebbero causare danni.
- **Dimostrare come valutare esempi specifici.** Esaminare uno dei siti utilizzati da Susanna. Insieme, controllare la sezione "Chi siamo": chi è l'autore dei contenuti? Lo scopo è educativo o commerciale? Il sito cita fonti sottoposte a revisione paritaria? Valutare se le raccomandazioni sono in linea con le attuali evidenze scientifiche relative alla gestione della tendinopatia. Utilizzare questo esercizio per sviluppare il suo pensiero critico e mostrarle come applicare i criteri alle ricerche future.
- **Allineare le strategie di autogestione con consigli credibili.** Spiegare che gli esercizi di carico graduale e il ritorno graduale alla digitazione sono basati su prove scientifiche per la tendinopatia, mentre il riposo completo può portare a un ulteriore indebolimento. Fornire esercizi chiari e dettagliati da fare a casa con istruzioni sull'intensità e la progressione. Incoraggiate Susanna a tenere un diario dei sintomi e delle attività per monitorare come il suo dolore risponde ad attività e interventi specifici. Questo automonitoraggio le consente di vedere gli effetti delle strategie credibili rispetto a quelle non verificate e favorisce un senso di controllo.
- **Affrontare le convinzioni e le emozioni attraverso una pratica psicologicamente informata.** Utilizzi il colloquio motivazionale per esplorare le paure di Susanna ("Temo che l'esercizio fisico peggiori la situazione") e la sua ambivalenza riguardo alle raccomandazioni basate su prove scientifiche. Rifletta i suoi sentimenti ("È frustrata perché ha provato il riposo e gli integratori, ma non le sono stati d'aiuto") e la guidi verso l'autoefficacia sottolineando

la forza dei tendini e il ruolo del carico progressivo nel recupero. Incoraggiarla a riformulare pensieri come "I consigli su Internet erano sbagliati; ho perso tempo" in "Ho imparato a identificare fonti migliori e d'ora in poi farò scelte informate".

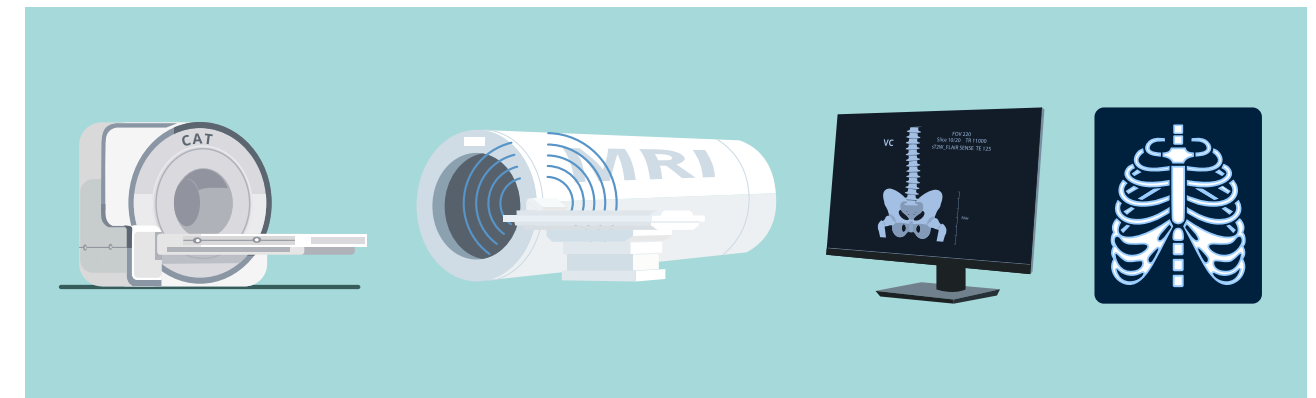
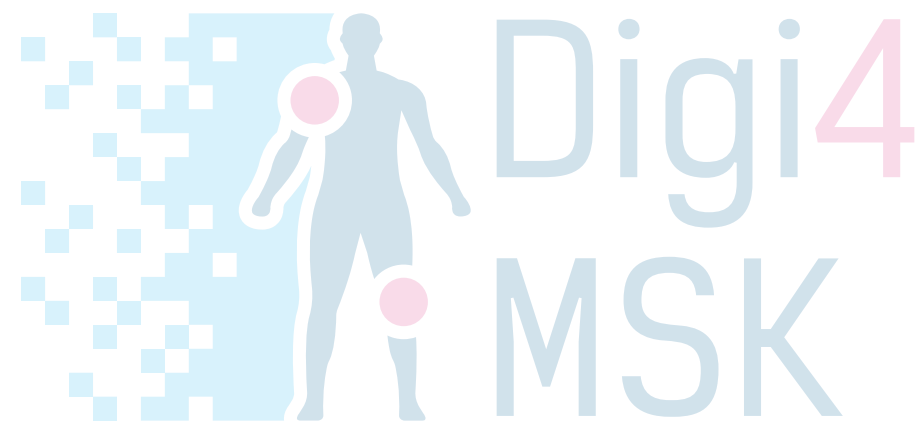
- **Migliorare l'alfabetizzazione digitale e l'uso sicuro dell'IA.** Se Susanna utilizza chatbot basati sull'IA, insegnatele a fornire un contesto nelle richieste ("Ho un dolore al polso legato al lavoro; suggerisci esercizi gradualmente approvati da professionisti sanitari") e a considerare i risultati dell'IA come suggerimenti generali, non come prescrizioni. Le ricordi di ignorare i consigli dell'IA che sono in contrasto con i consigli clinici e di consultare il suo fisioterapista prima di adottare nuovi esercizi o integratori. La incoraggi a verificare se lo strumento di IA divulga le sue fonti di informazione e dispone di una politica sulla privacy.
- **Fornire risorse selezionate e strumenti di supporto decisionale.** Le consiglia siti web affidabili con informazioni di facile comprensione per i pazienti (ad esempio, pagine del servizio sanitario nazionale, associazioni professionali) e le spieghi come trovarli. Le offra un semplice foglio di lavoro che riassume i criteri di valutazione, a cui potrà fare riferimento durante la navigazione. Le presenti elenchi di domande suggerite in modo che possa formulare domande al suo medico su qualsiasi informazione online<sup>1</sup>. Le domande potrebbero includere: "Come funziona questo esercizio o integratore?", "Quali prove lo supportano?" e "Ci sono rischi per me?". È dimostrato che tali elenchi di domande consentono ai pazienti di porre più domande e migliorano la qualità delle informazioni che ricevono<sup>1</sup>.
- **Pianificare un follow-up e un supporto continuo.** Fissare un appuntamento di follow-up per esaminare i progressi di Susanna, rispondere alle sue domande e rivalutare il suo piano di autogestione. Incoraggiarla a portare a queste sessioni eventuali nuovi consigli online che trova per valutarli. Rafforzare i successi - riduzione del dolore durante il lavoro, maggiore fiducia nel distinguere le fonti credibili - e adeguare il suo programma di esercizi secondo necessità.

Insegnando a Susanna come valutare le informazioni digitali, allineando l'autogestione con una guida basata su prove scientifiche e utilizzando colloqui motivazionali per affrontare le paure, i medici possono aiutare i pazienti a orientarsi nel vasto panorama dei consigli sanitari online. Questo approccio migliora l'alfabetizzazione digitale e informativa, riduce il rischio di adottare pratiche dannose e consente ai pazienti di impegnarsi con fiducia nella cura del proprio sistema muscolo-scheletrico.

<sup>1</sup> Tracy M, et al. Health Expect. 2022. <https://doi.org/10.1111/hex.13509>

### 4.2.3 Comprendere i risultati delle scansioni

Beatrice è un'impiegata di 57 anni che soffre di lombalgia episodica. Dopo aver sollevato una scatola pesante al lavoro, ha avuto una ricaduta e il suo medico di base le ha prescritto una risonanza magnetica "per sicurezza". Il referto riportava "moderata degenerazione discale a livello L4-L5, lieve protrusione discale e osteoartrite delle faccette articolari". Allarmata da termini come "degenerazione" e "protrusione", Beatrice ha cercato online e ha letto che tali risultati potrebbero portare alla paralisi se non trattati. Ha interpretato l'imaging come prova di un danno permanente, ha iniziato a evitare di piegarsi o sollevare pesi e ha richiesto un consulto chirurgico. Il suo fisioterapista sa che i cambiamenti degenerativi alla risonanza magnetica sono comuni negli adulti che non soffrono di dolore e spesso sono incidentali<sup>1</sup>. Beatrice non lamenta alcun dolore o altro sintomo alle gambe. Beatrice chiede aiuto per comprendere i risultati della sua imaging radiologico e se questi spiegano il suo dolore.



#### Piano di gestione integrato

- **Effettuare un esame fisico generale senza porre l'accento sulla valutazione neurologica** (non mostra alcun segno o sintomo che giustifichi una valutazione neurologica approfondita). Successivamente, condividere i risultati con Beatrice, sottolineando che tutto sembra normale (movimento, assenza di segni neurologici, ecc.). Questo la rassicura sul fatto che è improbabile una patologia grave dei nervi o della colonna vertebrale e rafforza la sua fiducia nella valutazione.
- **Valutare la situazione di base, le convinzioni e le reazioni emotive di Beatrice.** Dopo aver presentato i risultati normali dell'esame, invitare Beatrice a descrivere cosa pensa che significhino i termini della risonanza magnetica e come si è sentita dopo aver letto il

referto. Poni domande aperte: “Quando hai letto ‘degenerazione discale’, cosa ti è venuto in mente?” “Cosa ti preoccupa di più di questi risultati?” Questo passo permette di scoprire idee sbagliate (ad esempio, equiparare la degenerazione a un danno irreversibile) ed emozioni come la paura o l’ansia, fornendo una base per un’educazione personalizzata.

- **Fornire informazioni sulla prevalenza e sul significato dei risultati dell’imaging.** Una volta affrontate le sue preoccupazioni, fornisca un contesto sull’imaging. Sebbene studi recenti mostrino una prevalenza relativamente più alta dei risultati della risonanza magnetica in individui con dolore e che questi risultati tendono ad avere un effetto cumulativo sul dolore in una certa misura<sup>2</sup>, spieghi che la degenerazione e le protrusioni discali sono molto comuni, anche in persone senza mal di schiena. Una revisione sistematica ha rilevato che un terzo dei ventunenni asintomatici presentava degenerazione discale, percentuale che sale a oltre il 90% nelle persone di età superiore ai 50 anni<sup>1</sup>. Numerosi studi non mostrano alcuna associazione consistente tra i risultati della risonanza magnetica (modifiche di Modic, degenerazione discale, ernia) e il dolore lombare<sup>1</sup>. Le prove di imaging della malattia degenerativa della colonna vertebrale riflettono spesso il normale invecchiamento e devono essere interpretate insieme ai risultati clinici<sup>1</sup>. Utilizzare analogie (“rughe interne”) e immagini per chiarire i termini. Sottolineare che la risonanza magnetica mostra la struttura, non il dolore, e che il dolore deriva da molteplici fattori, tra cui l’infiammazione e la sensibilità del sistema nervoso.
- **Colmare le lacune di alfabetizzazione sanitaria (comprensione e credenze).** Tradurre il linguaggio tecnico in parole semplici. Spiegare che “lieve rigonfiamento discale” significa una leggera protrusione senza compressione nervosa e che “osteoartrite delle faccette articolari” è simile all’usura delle articolazioni delle ginocchia o delle dita. Utilizzare il teach-back: chiedere a Beatrice di spiegare questi concetti, chiarendo eventuali malintesi residui. Incoraggiarla a porre domande ogni volta che incontra terminologia medica sconosciuta.
- **Rafforzare l’autogestione e la riabilitazione attiva.** Spiegare che evitare il movimento può peggiorare il dolore e la rigidità. Sviluppare un programma di esercizi gradualmente incentrato sulla mobilità e sulla forza. Iniziare con movimenti delicati e indolori (inclinazioni pelviche, allungamenti ginocchio-petto) e passare poi a flessioni dell’anca, flessione ed estensione controllata della colonna vertebrale e squat a corpo libero. Sottolineare che l’esposizione graduale alla flessione della colonna vertebrale è sicura e rafforza la resistenza. Includere strategie di regolazione del ritmo e un diario delle attività per monitorare i progressi e le riacutizzazioni.
- **Adottare una pratica informata dal punto di vista psicologico.** Affronti i pensieri catastrofici (“La mia colonna vertebrale sta crollando”) utilizzando strategie cognitivo-comportamentali. Sostituiscili con affermazioni equilibrate (“Questi cambiamenti sono

comuni e spesso accidentali”). Insegna la respirazione diaframmatica, la consapevolezza o il rilassamento muscolare progressivo per ridurre l’ansia e la tensione muscolare. Incoraggi Beatrice a visualizzarsi mentre si muove con sicurezza e a concentrarsi sulle sensazioni senza giudicare.

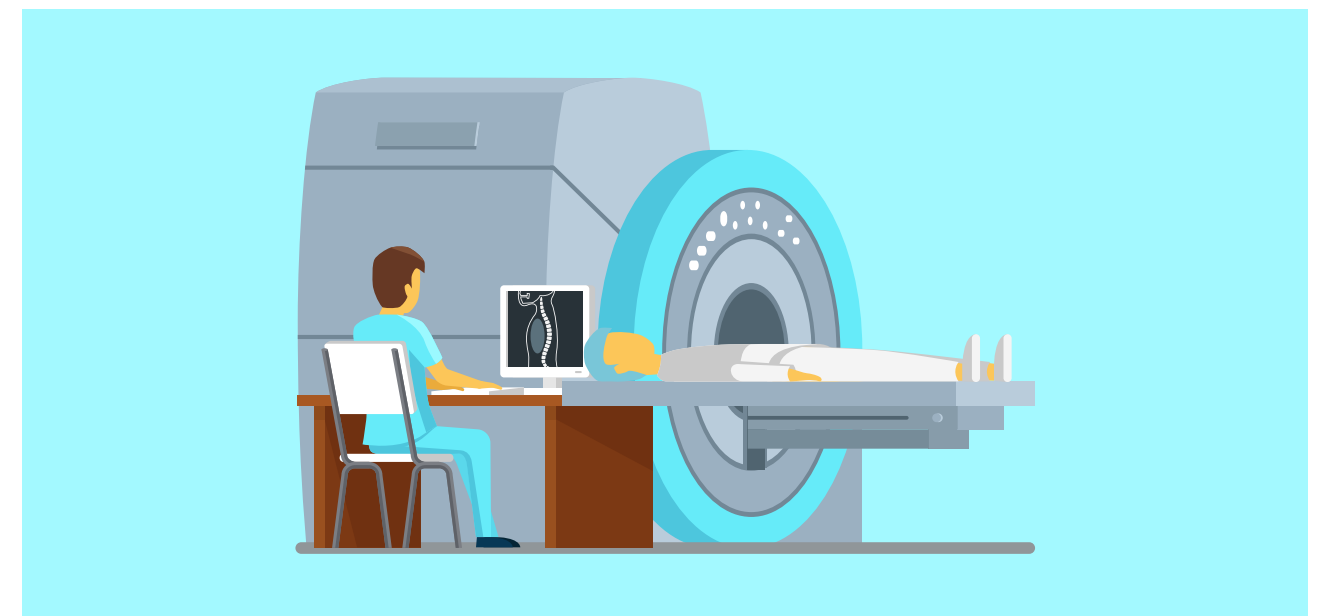
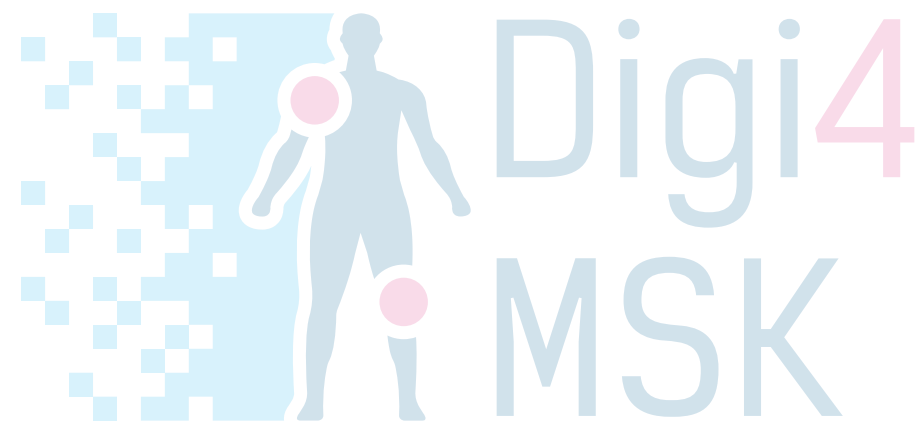
- **Guidare la valutazione delle informazioni digitali.** Educare Beatrice a valutare le informazioni sanitarie online: verificare chi gestisce il sito e il suo scopo; controllare le fonti di finanziamento; assicurarsi che il contenuto sia equilibrato, basato su prove scientifiche e aggiornato; e cercare riferimenti. Metterla in guardia da affermazioni sensazionalistiche e cure miracolose. Incoraggiarla a discutere qualsiasi consiglio online con il suo medico prima di agire.
- **Pianificare il follow-up e rafforzare la comprensione.** Programmare **rivalutazioni** regolari per monitorare i sintomasi, riesaminare la sua comprensione dei risultati della risonanza magnetica e adeguare il suo programma di esercizi. Se desidera un parere chirurgico, aiutarla a confrontare l’interpretazione della risonanza magnetica del chirurgo con la propria e discutere tutte le opzioni. Continuare a ribadire che l’imaging è solo un pezzo del puzzle; la valutazione clinica e gli obiettivi funzionali guidano le decisioni terapeutiche.

Eseguendo un esame fisico e neurologico dettagliato, discutendo i risultati normali, esplorando le convinzioni del paziente e fornendo poi un contesto basato su prove scientifiche per i risultati dell’imaging, i medici possono ridurre la paura, costruire la fiducia e consentire a pazienti come Beatrice di interpretare accuratamente le scansioni. Questo approccio strutturato integra il miglioramento dell’alfabetizzazione sanitaria, il supporto all’autogestione e la pratica psicologicamente informata per promuovere una partecipazione informata e attiva alla salute muscolo-scheletrica.

1. Brinjikji W, et al. Am J Neuroradiol. 2015. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4173>
2. Dragsbæk L, et al. Eur J Pain. 2025. <https://doi.org/10.1002/ejp.70076>

#### 4.2.4 Spiegazione delle etichette diagnostiche

Antonio è un meccanico di 49 anni che ha sviluppato un dolore lombare dopo aver sollevato una pesante cassetta degli attrezzi. Il suo medico gli ha prescritto una risonanza magnetica e gli ha comunicato che soffriva di “degenerazione discale e protrusione discale”. Un altro medico ha successivamente descritto il suo problema come “artrite lombare”. Questi termini hanno spaventato Antonio, che ha immaginato che la sua colonna vertebrale si stesse sgretolando e ha iniziato a evitare di piegarsi, sollevare pesi e giocare con i suoi figli. Ha anche insistito per sottoporsi a ulteriori esami e ha preso in considerazione l’idea di un intervento chirurgico. Quando ha consultato un fisioterapista, questi gli ha spiegato che in realtà soffriva di lombalgia aspecifica e sinTommasoi simili a quelli di una distorsione. Antonio si è sentito confuso: la sua schiena si sta degenerando? Si tratta di una distorsione? Desidera chiarimenti sul significato di queste etichette, sulla necessità di ulteriori esami e su come gestire il dolore.



##### Piano di gestione integrato

- **Eseguire una valutazione ed escludere patologie gravi.** Iniziare raccogliendo un’anamnesi dettagliata ed effettuando un esame fisico per confermare che il dolore di Antonio sia di natura meccanica e non associato a deficit neurologici o segnali di allarme. Valutare la mobilità lombare, palpare per verificare la presenza di dolorabilità, eseguire il test del sollevamento della gamba tesa e il test dello slump, valutare la forza mioTommasoica (L2-S1),

i riflessi (rotuleo e achilleo) e la sensibilità dermatomica per escludere radicolopatia o patologie gravi. Spiegare i risultati ad Antonio, sottolineando che il suo esame neurologico è normale e che non vi sono segni di danni ai nervi o instabilità strutturale. Ciò stabilisce la credibilità clinica e lo rassicura sul fatto che la cura conservativa è appropriata.

- **Esplorare la comprensione e le emozioni di Antonio riguardo alla sua diagnosi.** Porre domande aperte: “Cosa pensa che significhi ‘degenerazione discale?’” “Come si è sentito quando ha saputo di avere ‘artrite lombare?’” Questo rivela idee sbagliate e paure (ad esempio, pensare che la sua colonna vertebrale si stia sgretolando) e consente di entrare in empatia con la sua risposta emotiva.
- **Fornire un contesto basato su prove scientifiche riguardo alle etichette diagnostiche.** Spieghi che termini come “protrusione discale”, “degenerazione” e “artrite” spesso descrivono cambiamenti legati all’età visibili nelle immagini diagnostiche e sono molto comuni nelle persone che non soffrono di mal di schiena. Una revisione sistematica degli studi di risonanza magnetica ha mostrato degenerazione discale in un terzo dei ventunenni asintomatici e in oltre il 90% delle persone di età superiore ai 50 anni<sup>1</sup>. Molti risultati di imaging - degenerazione discale, alterazioni di Modic, artrosi delle faccette articolari - non hanno alcuna associazione consistente con il dolore. Descriva questi cambiamenti come la versione della colonna vertebrale dei capelli grigi o delle rughe: normali e non intrinsecamente pericolosi. Questo aiuta Antonio a comprendere che i risultati della sua risonanza magnetica non determinano la sua prognosi.
- **Scegliere un linguaggio rassicurante e funzionale ed evita etichette patologizzanti.** Discuti le prove che dimostrano che le etichette diagnostiche possono influenzare le percezioni dei pazienti e le loro intenzioni terapeutiche. Un esperimento randomizzato ha rilevato che etichette come “rigonfiamento discale”, “degenerazione” e “artrite” aumentavano la percezione della necessità di esami di imaging, interventi chirurgici e seconde opinioni e riducevano le aspettative di recupero rispetto a etichette come “distorsione lombare”, “episodio di mal di schiena” o “lombalgia aspecifica”<sup>2</sup>. Spieghi ad Antonio che il mal di schiena non specifico significa che non vi è alcuna patologia sottostante pericolosa e che il dolore è tipicamente correlato a muscoli, articolazioni e nervi che rispondono bene al movimento e al rafforzamento. Utilizzi un linguaggio semplice come “strappo alla schiena” o “episodio di mal di schiena” e si concentri sulla funzionalità: cosa può fare per recuperare forza e flessibilità.
- **Affrontare i temi dell’alfabetizzazione sanitaria (comprensione e valutazione).** Insegni ad Antonio come valutare le informazioni sulla salute: cercare fonti gestite da organizzazioni professionali o agenzie governative; verificare se le informazioni sono aggiornate e basate su prove scientifiche; diffidare del linguaggio sensazionalistico o delle cure miracolose; e

riconoscere quando le etichette vengono utilizzate per vendere trattamenti o giustificare esami diagnostici per immagini non necessari. Lo incoraggi a portare con sé agli appuntamenti eventuali termini confusi o consigli trovati online per chiarimenti. Gli fornisca opuscoli di facile lettura che spieghino i termini comuni della risonanza magnetica spinale e la loro prevalenza nelle popolazioni asintomatiche.

- **Adottare un approccio basato sulla psicologia.** Utilizzare tecniche cognitivo-comportamentali per sfidare pensieri come “La mia colonna vertebrale si sta deteriorando” e sostituirli con affermazioni realistiche, come “La mia risonanza magnetica mostra normali cambiamenti legati all’età che non determinano il mio dolore né limitano il mio recupero”. Utilizzare colloqui motivazionali per esplorare i suoi valori (ad esempio, giocare con i suoi figli) e collegarli all’obiettivo di riprendere gradualmente l’attività. Insegnare tecniche di rilassamento e di regolazione del ritmo per gestire le riacutizzazioni, sottolineando che un disagio occasionale non è indice di danni.
- **Sviluppare un piano di riabilitazione graduale.** Elabora un programma di esercizi personalizzato che sollecita gradualmente la schiena. Inzi con esercizi delicati di mobilità e rafforzamento del core, per poi passare a esercizi di flessione dell’anca, squat a corpo libero e, infine, sollevamenti con carico simili alle sue attività lavorative. Sottolinei che la colonna vertebrale si adatta e diventa più forte quando viene sollecitata progressivamente. Lo incoraggi a monitorare le sue attività e i suoi sintomi per osservare i miglioramenti e acquisire fiducia.
- **Pianificare un follow-up e un processo decisionale collaborativo.** Programmare follow-up regolari per valutare i suoi progressi, affrontare nuove domande e adeguare il suo programma. Se si sente ancora insicuro, discutere se un secondo parere potrebbe aiutarlo a sentirsi più fiducioso. Incoraggiarlo a portare con sé un elenco di domande a ogni visita e a porre domande specifiche su qualsiasi termine che incontra. Ribadire che ha il diritto di comprendere la sua diagnosi e la logica alla base di ogni raccomandazione.

Escludendo patologie gravi, esplorando le convinzioni del paziente, contestualizzando i termini di imaging con prove scientifiche e scegliendo un linguaggio che enfatizzi la resilienza piuttosto che la fragilità, i medici possono evitare che le etichette diagnostiche causino paura ed evitamento. Abbinando una comunicazione chiara a una riabilitazione graduale e a capacità di valutazione critica, si consente a pazienti come Antonio di impegnarsi attivamente nel proprio recupero e di fare scelte informate sulla propria salute muscolo-scheletrica.

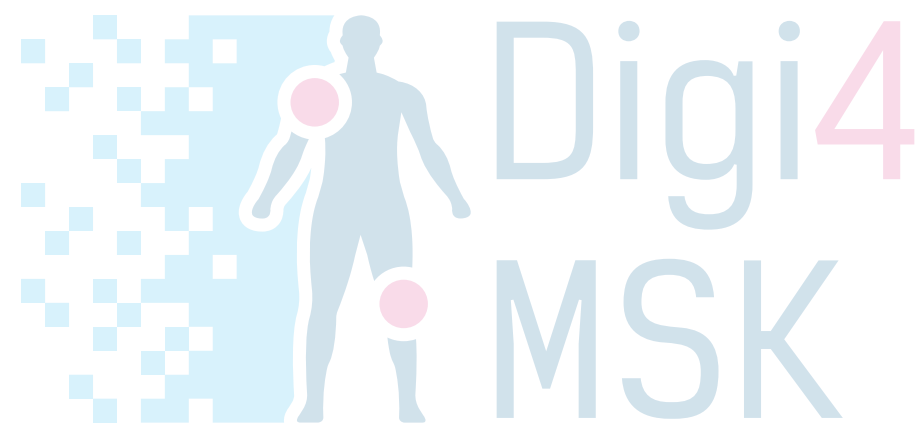
1. Brinjikji W, et al. Am J Neuroradiol. 2015. <https://doi.org/10.3174/ajnr.A4173>

2. O’Keeffe M, et al. Eur J Pain. 2022. <https://doi.org/10.1002/ejp.1981>.

## 4.2.5 Affrontare la dipendenza dalle terapie passive

Isabella è un'istruttrice di yoga di 55 anni che ha sviluppato un dolore cronico al collo e alla parte superiore della schiena dopo un incidente stradale avvenuto due anni fa. Inizialmente ha ricevuto una fisioterapia che combinava esercizi delicati con terapia manuale e massaggio dei tessuti molli. I trattamenti manuali le hanno fornito un sollievo temporaneo e ora prenota appuntamenti settimanali per massaggi e manipolazioni. Quando la sua assicurazione ha ridotto la copertura, ha iniziato a pagare di tasca propria, affermando: "Se salto il mio trattamento settimanale, il dolore si riaccende". Dedica poco tempo agli esercizi a casa perché ritiene che sia la terapia manuale del fisioterapista a mantenerla in forma. Isabella ha ricevuto messaggi contrastanti: un medico le ha detto che ha bisogno di cure di mantenimento continue, un altro ha sottolineato l'importanza dell'esercizio fisico. Teme che ridurre la terapia manuale peggiorerà il suo dolore, ma è frustrata dal costo e dalla dipendenza dagli appuntamenti. Chiede al suo nuovo fisioterapista se può continuare la terapia manuale a tempo indeterminato.

Casi clinici: Interazione medico-paziente



### Piano di gestione integrato

- **Valutazione completa e comprensione condivisa.** Rivalutare la funzionalità del collo e della parte superiore della schiena di Isabella (ampiezza di movimento, forza, resistenza, postura ed ergonomia durante le lezioni di yoga) e verificare la presenza di segnali di

allarme o deficit neurologici. Esplorare le sue convinzioni e aspettative: “Cosa pensa che le apporti la terapia manuale?” “Cosa la rende nervosa all’idea di ridurla?” Questo chiarisce la sua percezione di dipendenza e consente di personalizzare la conversazione.

- **Confermare l’esperienza e utilizzare la narrazione per presentare le prove.** Riconoscere che la terapia manuale ha fornito sollievo. Condividere storie o analogie facilmente comprensibili, ad esempio che la terapia manuale è come un aiuto iniziale che la aiuta a sentirsi meglio temporaneamente, mentre il movimento attivo è il carburante che le permette di andare avanti. Spiegare che le linee guida cliniche indicano che la terapia manuale offre benefici a breve termine e dovrebbe essere abbinata a un approccio attivo come l’esercizio fisico<sup>1</sup>, piuttosto che essere l’unico intervento. Inquadrare le prove attraverso la narrazione le rende meno tecniche e più significative.
- **Utilizzare il colloquio motivazionale per esplorare l’ambivalenza.** Impiegare domande aperte (“Quali sono i pro e i contro di continuare la terapia manuale come fa ora?”), l’ascolto riflessivo e le affermazioni per aiutare Isabella ad articolare le proprie ragioni per il cambiamento. Evidenziare le discrepanze tra il suo desiderio di indipendenza e la sua dipendenza dalle sedute settimanali. Chiederle di valutare la sua fiducia nella riduzione della dipendenza dalla terapia passiva e discutere le strategie per aumentarla. Questo approccio collaborativo favorisce la motivazione intrinseca.
- **Co-creare un piano graduale per ridurre la terapia passiva.** Negoziare un programma che distanzi gradualmente le visite di terapia manuale aumentando al contempo il coinvolgimento attivo. Ad esempio, concorda inizialmente sessioni bisettimanali, con l’intesa che, man mano che lei pratica i suoi esercizi e monitora i suoi sintomi, le sessioni potranno essere distanziate ulteriormente. Stabilite traguardi chiari, come l’aderenza costante agli esercizi e livelli di dolore stabili, che guideranno la prossima riduzione. Questo piano riconosce il suo attaccamento alla terapia manuale, incoraggiando al contempo l’autogestione.
- **Sviluppare un programma di esercizi personalizzato e piacevole per il paziente.** Progettare una routine domestica graduale che sia in linea con il suo background yoga. Iniziare con esercizi delicati di mobilità articolare e flessione profonda del collo; passare alla mobilizzazione toracica e alla stabilizzazione scapolare; quindi integrare il rafforzamento con bande di resistenza e peso corporeo. Insegnarle a integrare questi esercizi nella routine quotidiana e nella pratica dello yoga. Sugerirle di utilizzare un diario o un’app per registrare gli esercizi e le sensazioni, rafforzando le esperienze positive. Spiegare che aumentare gradualmente la forza e la resistenza riduce la dipendenza dalle cure passive.
- **Migliorare l’alfabetizzazione sanitaria e le capacità di valutazione con un’educazione meccanicistica.** Riconoscete che Isabella è intellettualmente curiosa e desidera comprendere

come funziona la terapia manuale. Utilizzi un linguaggio semplice per spiegare che la terapia manuale può attivare le vie discendenti di inibizione del dolore nel cervello e nel midollo spinale, modulando i segnali del dolore. Può stimolare il rilascio di endorfine (sostanze chimiche naturali che alleviano il dolore) e migliorare il flusso sanguigno ai muscoli tesi, contribuendo a un sollievo a breve termine. Tuttavia, questi effetti sono temporanei; senza un lavoro di rafforzamento e mobilità, i tessuti non si adattano per sopportare i carichi quotidiani. Insegnare a valutare le informazioni sulla terapia manuale ponendo le seguenti domande: “Questa fonte spiega accuratamente i meccanismi?” “Sottolinea l’importanza di combinare la terapia manuale con la riabilitazione attiva?” Fornisce risorse affidabili che trattino sia gli effetti neurofisiologici che quelli biomeccanici e sottolineino l’importanza dell’autogestione. Incoraggiala a portare eventuali nuove informazioni o domande agli appuntamenti in modo da poterle esaminare insieme.

Combinando un dialogo empatico, colloqui motivazionali, una riduzione graduale dei trattamenti passivi, un programma di esercizi personalizzato e un’educazione meccanicistica su misura, i medici possono guidare con rispetto pazienti come Isabella lontano dalla dipendenza passiva. Questo approccio onora la sua esperienza, alimenta la sua curiosità e le consente di assumere un ruolo attivo nella sua salute muscolo-scheletrica.

1 Luna EG, et al. Am J Lifestyle Med. 2017. <https://doi.org/10.1177/1559827617697273>



#### 4.2.6 Affrontare raccomandazioni chirurgiche premature in caso di radicolopatia lombare acuta senza segni neurologici negativi

Raimondo, un supervisore di magazzino di 48 anni, ha sviluppato un improvviso dolore lombare che si irradia alla gamba destra dopo aver sollevato una scatola pesante tre settimane fa. Descrive un dolore acuto e lancinante alla parte posteriore della coscia e al polpaccio con occasionali formicolii al piede, ma non riferisce debolezza, intorpidimento o alterazioni della funzione vescicale o intestinale. Il suo medico di base ha diagnosticato una radicolopatia lombare acuta e lo ha indirizzato a un chirurgo ortopedico. Durante la visita chirurgica, il medico ha raccomandato un intervento immediato, avvertendolo che una “ernia discale” potrebbe peggiorare se non trattata. Raimondo è preoccupato; teme che l’attesa possa causare danni permanenti, ma non presenta deficit neurologici evidenti. Alla ricerca di un secondo parere, consulta un fisioterapista, chiedendo se sia sicuro rimandare l’intervento e cosa possa fare nel frattempo.



##### Piano di gestione integrato

- **Valutazione completa ed esclusione di segnali di allarme.** Iniziare con un’anamnesi dettagliata e un esame approfondito. Valutare l’insorgenza e la progressione dei sintomi, i fattori aggravanti e quelli di sollievo e le limitazioni funzionali. Eseguire una valutazione fisica che includa la mobilità lombare e test neurodinamici (sollevamento della gamba tesa, slump test) per confermare l’irritazione radicolare. Condurre un esame neurologico: testare

i mioTommasoi chiave (L2-S1), i riflessi tendinei profondi (rotulea L3-L4, Achille S1-S2) e la sensibilità dermaTommasoica. Verificare la presenza di segnali di allarme quali debolezza progressiva, anestesia a sella, perdita del controllo intestinale/vescicale, febbre o perdita di peso inspiegabile. Condividere i risultati con Raimondo, spiegando che la forza, i riflessi e la sensibilità normali indicano che i suoi nervi funzionano bene e che non vi sono segni di patologie gravi che richiedono un intervento chirurgico urgente.

- **Stabilire un rapporto e approfondire le convinzioni.** Chiedere a Raimondo come ha interpretato la raccomandazione del chirurgo: "Cosa la preoccupa di più dell'attesa?" "Cosa pensa che potrebbe accadere se non si sottoponesse immediatamente all'intervento chirurgico?" Convalidare le sue paure e chiarire eventuali malintesi. Spiegare che "ernia del disco" è un termine informale; nel suo caso, l'ernia del disco sta causando irritazione nervosa ma non danni ai nervi. Questa esplorazione aiuta a rassicurarlo in modo personalizzato e lo incoraggia a esprimere i suoi dubbi.
- **Rassicurare il paziente spiegando la storia naturale e la sicurezza delle cure conservative.** Comunicare chiaramente che la maggior parte delle persone con radicolopatia lombare dovuta a ernia discale migliora senza intervento chirurgico; circa il 90% guarisce entro tre mesi con una gestione conservativa. Le prove suggeriscono che l'intervento chirurgico viene solitamente preso in considerazione solo dopo almeno 4-8 settimane di trattamento conservativo senza successo o in presenza di deficit neurologici significativi. Sottolineare che, poiché il suo esame neurologico è normale, è ragionevole e sicuro attendere. Utilizzare analogie (ad esempio, "come un livido che guarisce, il materiale discale spesso si riduce nel tempo, riducendo la pressione sul nervo") e storie di pazienti per illustrare il recupero senza intervento chirurgico. La rassicurazione dovrebbe essere continua durante le visite piuttosto che fornita una sola volta; ripeterla ogni volta che esprime preoccupazione.
- **Identificare e insegnare le posizioni che alleviano i sinTommasoi (posizioni di riposo neurale).** Collabori con Raimondo per trovare posizioni che riducano la tensione nervosa e allevino i sinTommasoi alle gambe. Queste potrebbero includere la posizione sdraiata su un fianco con la gamba dolorante sopra e un cuscino tra le ginocchia, una leggera flessione lombare laterale verso il lato non dolorante o una posizione semi-supina con fianchi e ginocchia sostenuti. Lo incoraggi a utilizzare queste "posizioni di riposo neurale" durante le riacutizzazioni e ad alternarle durante il giorno. Gli spieghi che il sollievo temporaneo in queste posizioni indica che il nervo è irritabile ma non danneggiato, rafforzando il messaggio che la sua condizione è gestibile.
- **Elaborare un piano di autogestione graduale.** Incoraggiate Raimondo a rimanere il più attivo possibile ed evitare un riposo a letto prolungato. Fornite esercizi semplici che non provochino dolore: inclinazioni pelviche delicate, rinforzo addominale e movimenti dominanti dell'anca come i glute bridges. Se i sinTommasoi lo consentono, passate alla camminata o alla cyclette. Insegnategli a monitorare il dolore e a fermarsi prima che aumenti, aumentando gradualmente

la durata dell'attività ogni giorno. Suggestegli di tenere un diario giornaliero delle attività e dei sinTommasoi per osservare i miglioramenti e identificare i modelli di aggravamento. Fornite indicazioni sull'analgesia appropriata e consigliategli di consultare il suo medico di base per quanto riguarda i farmaci antinfiammatori non steroidei o altri farmaci.

- **Alfabetizzazione sanitaria e strategie di comunicazione: concentrarsi sulla rassicurazione e sul processo decisionale.** Invece di ripetere spiegazioni tecniche sull'anaTommasoia del disco, concentrarsi sull'aiutare Raimondo a comprendere perché aspettare è sicuro. Utilizzare un linguaggio semplice per spiegare che i suoi nervi sono sani e che il dolore non significa necessariamente un danno. Insegnargli come identificare nuovi segnali di allarme (debolezza progressiva, perdita del controllo dell'intestino/vescica) e rassicurarlo che, se questi si verificassero, l'intervento chirurgico verrebbe riconsiderato tempestivamente. Fornisca informazioni di facile comprensione per il paziente sulla radicolopatia lombare e sulla gestione conservativa da fonti attendibili. Incoraggi Raimondo a porre domande, esprimere preferenze e prendere decisioni in modo collaborativo. Ad esempio, potrebbe dire: "Fissiamo un appuntamento di controllo tra quattro settimane. Se il dolore migliora costantemente, continueremo; in caso contrario, potremo discutere altre opzioni".
- **Utilizzare tecniche di colloquio motivazionale per aumentare il coinvolgimento.** Utilizzare l'ascolto riflessivo e domande aperte per suscitare le motivazioni di Raimondo (ad esempio, tornare al lavoro, giocare con i suoi figli) ed esplorare l'ambivalenza riguardo al rinvio dell'intervento chirurgico. Aiutarlo a valutare i benefici di evitare un intervento chirurgico non necessario rispetto alla paura del dolore persistente. Stabilisca gli obiettivi in modo collaborativo (ad esempio, ridurre il dolore alle gambe da 8/10 a 5/10 entro due settimane, aumentare la tolleranza alla deambulazione da 5 a 15 minuti). Celebri i miglioramenti incrementali per rafforzare la fiducia.
- **Pianificare il follow-up e le contingenze.** Programmare appuntamenti di follow-up a intervalli di due settimane per esaminare i sinTommasoi, adeguare gli esercizi e rafforzare la rassicurazione. Monitorare i miglioramenti funzionali utilizzando semplici misure di risultato (ad esempio, Oswestry Disability Index, scale del dolore). Se il dolore non migliora dopo 6-8 settimane o se si sviluppano segni neurologici, discutere il rinvio al medico di base o a uno specialista della colonna vertebrale per ulteriori valutazioni. Preparare Raimondo a porre domande mirate durante qualsiasi consulto chirurgico: "Quali sono i rischi e i benefici dell'intervento chirurgico rispetto alla prosecuzione delle cure conservative?" "Qual è il tempo di recupero previsto?" "Come determinerete la necessità dell'intervento chirurgico?"

Effettuando una valutazione approfondita, affrontando apertamente le paure del paziente, insegnando posizioni che alleviano i sinTommasoi e attività graduali e rassicurandolo ripetutamente sulla sicurezza di ritardare l'intervento chirurgico in assenza di deficit neurologici, i medici possono aiutare pazienti come Raimondo a prendere decisioni informate e sicure. Enfatizzare il processo decisionale collaborativo e il supporto all'alfabetizzazione sanitaria favorisce la fiducia e incoraggia l'aderenza alla gestione conservativa, riservando l'intervento chirurgico ai casi in cui è veramente indicato.

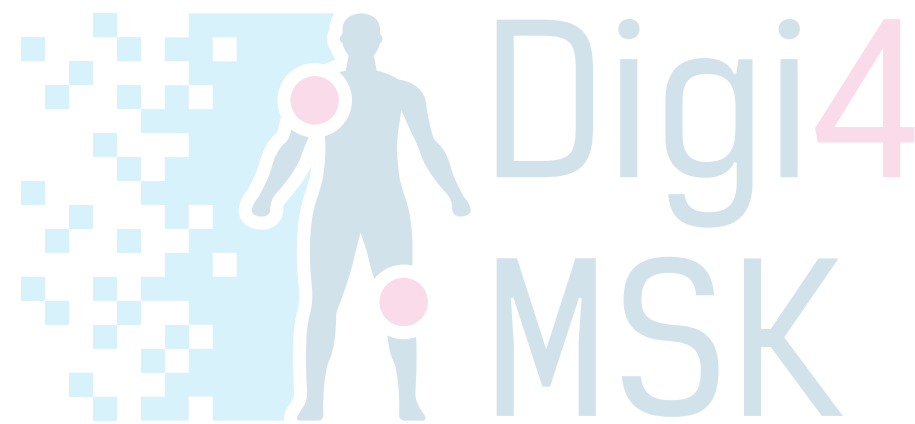
#### 4.2.7 Combinare nuovi trattamenti per l'obesità con cambiamenti nello stile di vita: semaglutide somministrato a un paziente affetto da obesità e OA dell'anca

Luigi è un impiegato di 60 anni affetto da obesità cronica (BMI 34), ipertensione e osteoartrite al ginocchio e all'anca di recente diagnosi. Il dolore al ginocchio sinistro gli impedisce di salire le scale e di camminare per più di 200 metri. È stato indirizzato a un chirurgo ortopedico che gli ha proposto un'iniezione di corticosteroidi al ginocchio, affermando: "È tutto ciò che possiamo fare finché non sarà pronto per una protesi al ginocchio". Non sono state discusse altre terapie. Luigi ha successivamente consultato un endocrinologo che gli ha prescritto semaglutide (Ozempic®) per aiutarlo a perdere peso, sottolineando che la perdita di peso potrebbe ridurre lo stress sulle articolazioni e alleviare il dolore all'anca. Luigi è desideroso di provare il semaglutide, ma non è sicuro di come funzioni e teme gli effetti collaterali. Inoltre, è preoccupato dal fatto che inizialmente non gli siano stati menzionati l'esercizio fisico e l'autogestione. Si chiede come integrare queste raccomandazioni e se esistano altre opzioni prima di ricorrere esclusivamente alle iniezioni.



##### Piano di gestione integrato

- **Chiarire gli obiettivi e valutare la situazione di partenza.** Valutare lo stato funzionale di Luigi (distanza percorsa, salita delle scale, capacità di accovacciarsi), i livelli di dolore e le aspettative. Esplorare la sua comprensione dei trattamenti proposti e le sue preoccupazioni: "Cosa si aspetta



dall'iniezione?" "Come si sente all'idea di iniziare il semaglutide?" Questo aiuta a personalizzare l'educazione e garantisce un processo decisionale incentrato sul paziente.

- **Spiegare la natura multimodale della gestione dell'osteoartrite.** Discutere i tre pilastri della cura dell'OA: educazione e autogestione, esercizio fisico/attività fisica e gestione del peso. Le iniezioni intra-articolari di corticosteroidi possono fornire un sollievo dal dolore a breve termine, ma non modificano la progressione della malattia e dovrebbero essere considerate un trattamento aggiuntivo piuttosto che l'unico trattamento. Spiegare i potenziali benefici e rischi e chiarire che le iniezioni non sostituiscono le terapie attive. Sottolineare che le strategie conservative iniziali dovrebbero includere esercizio fisico, gestione del peso e educazione sanitaria; le iniezioni sono generalmente prese in considerazione quando altre misure non hanno fornito un sollievo adeguato o come ponte per consentire l'esercizio fisico.
- **Fornire informazioni sui meccanismi e sulle prove scientifiche relative al semaglutide.** Confermare la raccomandazione dell'endocrinologo: il semaglutide, un agonista del recettore GLP-1, favorisce una sostanziale perdita di peso e può ridurre direttamente il dolore da osteoartrite. Spiegare come il semaglutide aumenti il senso di sazietà e rallenti lo svuotamento gastrico, portando a una perdita di peso che riduce il carico meccanico. Evidenziare anche le ricerche emergenti che suggeriscono che gli analoghi del GLP-1 hanno effetti pleiotropici (impatto multiplo sui geni) e antinfiammatori che potrebbero essere di beneficio ai pazienti affetti da OA. Riducono l'infiammazione sistemica di basso grado e possono agire localmente nelle articolazioni. Questi meccanismi affrontano l'obesità come fattore scatenante del dolore cronico al di là del carico meccanico<sup>1</sup>.
- **Inserire il semaglutide in un approccio terapeutico graduale.** Chiarisca che gli agenti farmacologici per la perdita di peso sono appropriati quando la dieta, l'esercizio fisico e gli interventi comportamentali sono stati tentati ma non hanno portato a una riduzione di peso o a un sollievo dei sinTommasoi sufficienti. Incoraggi Luigi a continuare a modificare il suo stile di vita parallelamente al trattamento con semaglutide: alimentazione sana, attività fisica regolare e consulenza comportamentale.
- **Sviluppare un programma completo di esercizio fisico e autogestione.** Co-progettare un programma basato su prove scientifiche che affronti sia l'OA del ginocchio che dell'anca:
  - **Attività aerobica:** incoraggiare attività a basso impatto (camminata veloce, ciclismo, nuoto) per 20-30 minuti 3-5 volte alla settimana. Questo migliora la salute cardiovascolare, aiuta a controllare il peso e riduce il dolore articolare.
  - **Allenamento della forza:** prescrivere esercizi mirati per quadricipiti, abduttori dell'anca e muscoli glutei (ad es. sit-to-stand, step-up, abduttori dell'anca con banda elastica, mini-squat). Iniziare con una resistenza bassa e aumentarla gradualmente.
  - **Strategie di sollievo dei sinTommasoi:** mostrare a Luigi come trovare posizioni di riposo confortevoli (ad esempio, sdraiato su un fianco con un cuscino tra le ginocchia) e utilizzare

il pacing per evitare le riacutizzazioni. Insegnargli come modificare le attività quotidiane (suddividere i compiti in parti più brevi, utilizzare calzature di sostegno, regolare le postazioni di lavoro).

- **Fornire un programma strutturato di esercizi da fare a casa e incoraggi Luigi a tenere un diario delle attività e dei sinTommasoi per monitorare i progressi e identificare i fattori scatenanti.** Si offra di esaminare il suo diario durante i controlli per adeguare il programma.
- **Affrontare i temi relativi all'alfabetizzazione sanitaria e promuova la valutazione critica.** Utilizzi un linguaggio semplice per spiegare i termini e i meccanismi medici. Insegna a Luigi a valutare le fonti di informazione: cercare siti web di enti governativi o organizzazioni professionali, verificare se le raccomandazioni sono basate su prove scientifiche e aggiornate ed essere diffidente nei confronti delle promesse di cure miracolose. Lo incoraggi a portare alle visite le domande o le informazioni che trova per discuterne. Fornisca materiali di facile comprensione per il paziente sulla gestione dell'OA e sul ruolo dei farmaci dimagranti.
- **Utilizzare colloqui motivazionali e processi decisionali condivisi.** Esplorare l'ambivalenza di Luigi riguardo alle iniezioni e ai farmaci dimagranti. Porre domande aperte sulle sue priorità e sulla sua disponibilità al cambiamento: "Quali benefici spera di ottenere dalla perdita di peso?" Riflettere le sue affermazioni per dimostrare comprensione e aiutarlo a collegare i suoi valori (rimanere attivo con i nipoti, evitare l'intervento chirurgico) al cambiamento di comportamento. Stabilire obiettivi SMART (ad esempio, perdita di peso del 5% in tre mesi, camminare 30 minuti quasi tutti i giorni, eseguire esercizi di forza due volte a settimana). Celebrare i piccoli risultati per rafforzare la fiducia.
- **Coordinare l'assistenza tra gli operatori sanitari.** Comunichi con il chirurgo ortopedico e l'endocrinologo per garantire l'allineamento. Li informi del programma di esercizi e di autogestione. Chieda all'endocrinologo di monitorare l'efficacia e la sicurezza del semaglutide e al chirurgo di fornire consigli sui tempi e sulle indicazioni per le iniezioni. Valuti la possibilità di coinvolgere un dietista per la guida nutrizionale e uno psicologo se è necessario un supporto emotivo o comportamentale. È inoltre possibile programmare controlli ogni 4-6 settimane per valutare i livelli di dolore, i miglioramenti funzionali, le variazioni di peso e l'aderenza all'esercizio fisico. Modificare il programma di esercizi in base alla risposta.

Integrando le prove che il semaglutide non solo favorisce la perdita di peso, ma può anche esercitare effetti antinfiammatori e analgesici diretti, i medici possono presentare la gestione farmacologica del peso come parte di un piano di cura completo piuttosto che come soluzione autonoma. Insieme all'educazione, all'esercizio fisico graduale e al processo decisionale condiviso, questo approccio consente a pazienti come Luigi di comprendere e applicare trattamenti multifattoriali per l'osteoartrite, migliorando il dolore, la funzionalità e la salute generale.

1 Bliddal H, et al. N Engl J Med. 2024. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2403664>

## 4.3. Valori, definizione degli obiettivi e competenze

In questa parte troverete casi che dimostrano come esplorare i valori dei pazienti, fissare obiettivi collaborativi e sviluppare capacità di autogestione utilizzando metodi semplici e strutturati.

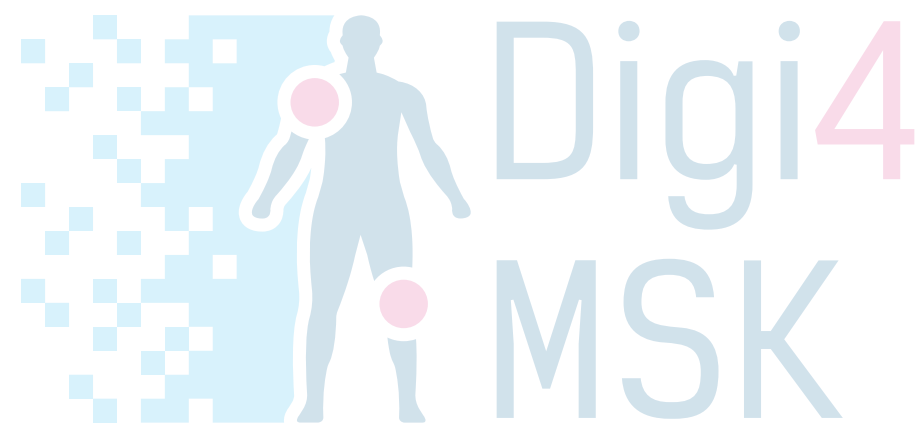
### 4.3.1 Gestire le riacutizzazioni senza panico.

Maria è una donna di 45 anni affetta da fibromialgia che soffre di dolore cronico e riacutizzazioni intermittenti che aumentano il suo dolore e la sua stanchezza. È motivata ad apprendere l'autogestione (si trova nella fase di azione del cambiamento), ma ha una conoscenza media in materia di salute: è in grado di comprendere le informazioni sanitarie di base, ma ha difficoltà con le spiegazioni complesse e trova le risorse online confuse. Quando si verificano le riacutizzazioni, Maria va nel panico e teme che ci sia qualcosa di grave, ricorrendo spesso al riposo a letto e a visite urgenti in clinica. Ciò ha portato a un'interruzione delle sue abitudini quotidiane e a una perdita di fiducia. Chiede al suo medico MSK una guida pratica per gestire le riacutizzazioni senza farsi prendere dal panico, in modo da poter rimanere funzionale e calma.



#### Piano di gestione integrato

- **Riformulare le riacutizzazioni con l'educazione e la rassicurazione.** Iniziare normalizzando le riacutizzazioni come aumenti temporanei dei sintomi piuttosto che come indicatori di danno. Spiegare in un linguaggio semplice che il dolore deriva da un sistema nervoso sensibilizzato piuttosto che da un danno e che le riacutizzazioni non significano che si è "tornati al punto di partenza". Utilizzare analogie semplici, come un allarme troppo sensibile o un tempo tempestoso, per chiarire che i picchi di dolore sono prevedibili e passeranno. Chiedere a Maria di ripetere i punti chiave con parole sue per assicurarsi che abbia compreso (teach-



back). Riformulando le riacutizzazioni come eventi gestibili piuttosto che come battute d'arresto catastrofiche, si riduce la paura e si dà a Maria la possibilità di reagire in modo costruttivo.

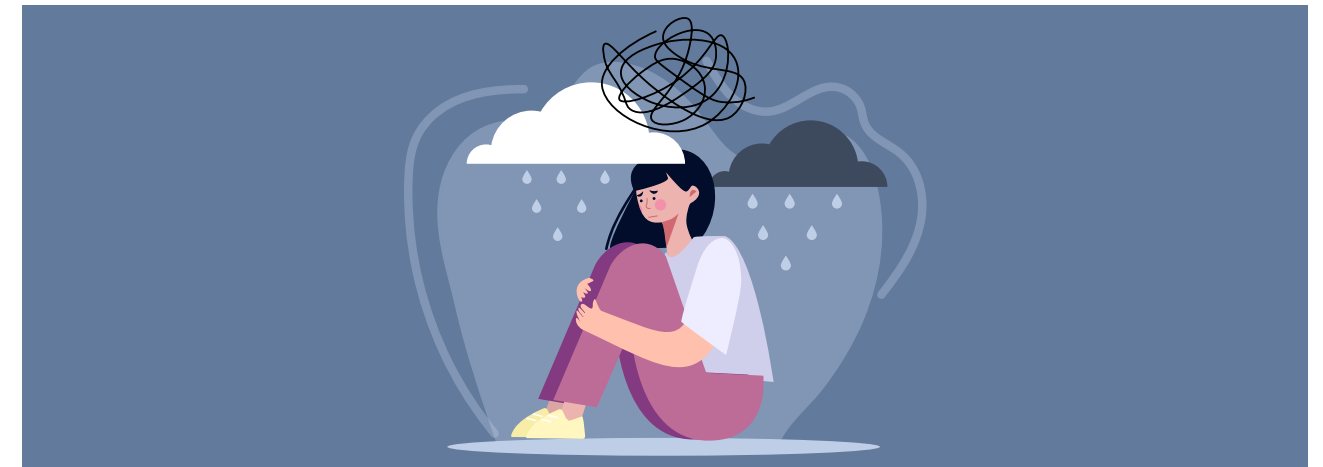
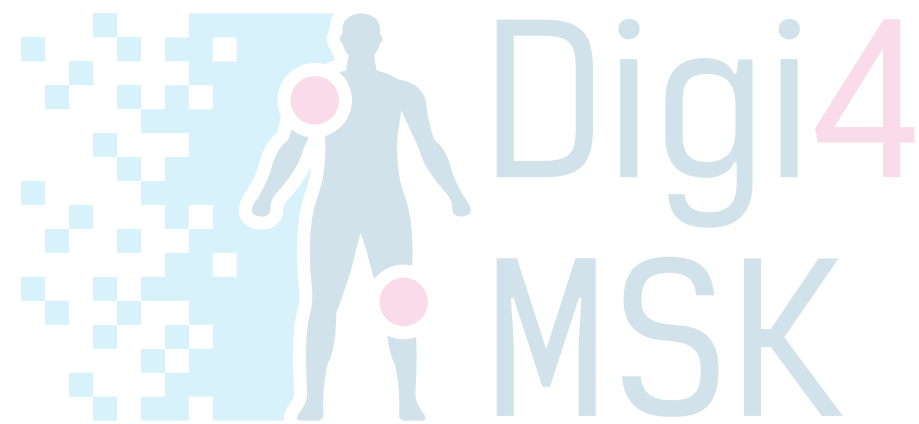
- **Insegnare a dosare le energie e a trovare un equilibrio.** Spiegale che fare troppo nei giorni buoni e troppo poco in quelli cattivi causa il ciclo "boom-bust". Incoraggiala a distribuire le attività durante la giornata, a fare delle pause prima che la stanchezza o il dolore aumentino e a evitare di stare a letto tutto il giorno anche quando si sente giù. Collabori con lei per stabilire una base di riferimento confortevole, ad esempio una durata gestibile della camminata o un numero di faccende domestiche, e suggerisca piccoli aumenti, come aggiungere due minuti di camminata, una volta che ha tollerato il livello precedente per alcuni giorni. Utilizzi un'analogia come "rodare le scarpe nuove": brevi periodi diventano gradualmente più lunghi senza causare vesciche. Un ritmo efficace aiuta a mantenere la funzionalità e riduce l'intensità delle future riacutizzazioni.
- **Identificare i primi segnali di allarme.** Aiutate Maria ad imparare ad individuare i lievi aumenti dei sinTommasoi prima che diventino riacutizzazioni complete. Chiedetele di tenere un semplice diario dei livelli quotidiani di dolore e affaticamento, insieme alle attività e ai fattori di stress. Insegnatele ad agire quando nota un moderato aumento del dolore o dell'affaticamento, riducendo l'intensità o la durata delle attività. Guidatela a considerare i fattori interni (affaticamento, umore) ed esterni (carico di lavoro, sonno) che possono provocare riacutizzazioni. Ad esempio, se la mancanza di sonno e lo stress elevato coincidono con un leggero aumento del dolore, dovrebbe pianificare una giornata di attività più leggera e includere pause extra. Un sistema a "semaforo" può essere d'aiuto: i giorni verdi significano che può seguire il suo programma abituale, i giorni gialli richiedono cautela e adeguamenti del ritmo, mentre i giorni rossi richiedono riposo e cure delicate. Riconoscere e reagire tempestivamente rafforza la fiducia e impedisce che le piccole riacutizzazioni degenerino.
- **Ottimizzare la gestione del sonno e dello stress.** Il sonno insufficiente e lo stress elevato amplificano il dolore e la fatica. Collaborare con Maria per implementare alcuni principi della CBT per l'insonnia: chiederle di utilizzare il letto solo per dormire, evitando di trascorrervi del tempo da sveglia, limitando la quantità di tempo dedicato al sonno e praticando qualche esercizio di rilassamento prima di dormire. È inoltre possibile fornire alcuni consigli sull'igiene del sonno, come stabilire orari costanti per andare a dormire, limitare la caffeina e l'uso di schermi prima di coricarsi e creare un ambiente tranquillo in cui dormire. Inoltre, suggerisca di inserire nella sua routine serale alcuni esercizi di stretching leggero o un bagno caldo. Per ridurre lo stress, insegni semplici tecniche di rilassamento, come la respirazione lenta e profonda o brevi meditazioni di consapevolezza. La incoraggi a programmare piccole attività piacevoli (come ascoltare musica o fare brevi passeggiate) come "ammortizzatori dello stress". Sottolinei che queste pratiche non sono "extra opzionali", ma parte integrante del controllo del dolore perché riducono l'eccitazione del sistema nervoso. Praticare regolarmente il rilassamento riduce la percezione del dolore e migliora il recupero.
- **Sviluppare un piano d'azione personalizzato per le riacutizzazioni.** Create insieme un piano scritto in modo che Maria sappia esattamente cosa fare durante una riacutizzazione. Gli elementi chiave includono:

- **Adeguamento temporaneo delle attività:** nei giorni di riacutizzazione, ridurre le attività abituali di circa un terzo per un giorno o due (ad esempio, ridurre una passeggiata di 20 minuti a 12-15 minuti) invece di interromperle completamente. Mantenere un movimento delicato (stretching, brevi passeggiate) per evitare la rigidità e mantenere la circolazione. Una volta che i sinTommasoi si sono stabilizzati, tornare gradualmente al livello precedente.
  - **Strategie di sollievo dei sinTommasoi:** incoraggiare una cura di sé sicura, come impacchi caldi sulle zone doloranti, stretching delicato o yoga adatto alla fibromialgia. Utilizzare analgesici prescritti o da banco in modo appropriato per alleviare il dolore. Incorporare tecniche di rilassamento come parte della gestione delle riacutizzazioni per calmare la tensione e l'ansia.
  - **Riformulazione cognitiva:** includere un'affermazione di coping, come "Questo aumento del dolore è fastidioso ma temporaneo; ho un piano per gestirlo". Incoraggiarla a ricordare a se stessa le precedenti riacutizzazioni gestite con successo senza danni.
  - **Indicazioni sui segnali di allarme:** definisca quando cercare un aiuto professionale, ad esempio se il dolore rimane significativamente elevato per più di una settimana nonostante si segua il piano o se si manifestano sinTommasoi nuovi o allarmanti. Soglie chiare rassicurano la paziente sul fatto che la maggior parte delle riacutizzazioni può essere gestita in modo indipendente, offrendo al contempo una rete di sicurezza.
- **Comunicare in modo chiaro e confermare la comprensione.** Utilizzare un linguaggio semplice, evitare il gergo e suddividere le informazioni in piccoli segmenti. Utilizzare metafore e supporti visivi: ad esempio, disegnare una scala delle attività per illustrare la progressione graduale o una batteria per rappresentare le riserve di energia. Dopo aver spiegato, chiedere a Maria di dimostrare o ripetere le istruzioni utilizzando le sue parole o azioni (teach-back) per assicurarsi che abbia compreso.
  - **Fornire un follow-up regolare e un rinforzo.** All'inizio, programmare controlli settimanali o bisettimanali per esaminare i suoi progressi, adeguare il piano e rispondere alle domande. Durante i follow-up, esaminare i suoi registri dei sinTommasoi e delle attività e celebrare i successi, anche minimi (ad esempio, ha notato e gestito una riacutizzazione prima rispetto al passato o ha fatto una breve passeggiata ogni giorno). Se ha difficoltà con una fase particolare, risolvete insieme il problema, magari suddividendolo in compiti ancora più piccoli o trovando un'alternativa più piacevole. Man mano che le sue capacità e la sua fiducia crescono, distanziate gradualmente i follow-up a cadenza mensile, mantenendo un canale di comunicazione chiaro per le domande. Il sostegno continuo e il rinforzo positivo aumentano l'autoefficacia, promuovendo l'aderenza a lungo termine e l'indipendenza. Con il tempo, Maria imparerà a gestire le riacutizzazioni con meno ansia e meno necessità di visite cliniche, considerandoli eventi gestibili piuttosto che crisi.

Seguendo questo piano strutturato ma flessibile, i medici possono aiutare pazienti come Maria a gestire le riacutizzazioni della fibromialgia con calma e in modo indipendente, favorendo la resilienza e la fiducia in se stessi nella loro vita quotidiana.

### 4.3.2 Affrontare lo scoraggiamento degli altri: “Hai ancora dolore?”

Rachele è una donna di 42 anni che soffre da oltre due anni di dolori lombari persistenti e dolori muscoloscheletrici diffusi. Sebbene abbia fatto progressi con il pacing, l'esercizio fisico leggero e la gestione delle riacutizzazioni, si sente demoralizzata quando amici, colleghi e persino familiari reagiscono con incredulità. Commenti come “Hai ancora dolore?” o “Non dovresti stare meglio ormai?” la fanno sentire in imbarazzo e incompresa. Queste interazioni aumentano il suo stress e aggravano i suoi sinTommasoi. Chiede al suo medico consigli su come comunicare in modo più efficace con le persone che la circondano quando non comprendono la sua condizione.



#### Piano di gestione integrato

- **Convalida e riformulazione.** Il primo passo consiste nel convalidare l'esperienza di Rachele. Riconoscere che l'invalidazione sociale è una sfida comune per le persone affette da dolore cronico e sottolineare che i commenti scoraggianti riflettono solitamente una mancanza di conoscenza piuttosto che una mancanza di attenzione. Rassicurarla sul fatto che i suoi sinTommasoi sono reali e che sentirsi turbata in tali situazioni è una reazione normale. Riformulare questi commenti come ignoranza piuttosto che critica personale riduce il rischio di insicurezza.
- **Supporto alla comprensione e alla valutazione delle conoscenze sanitarie.** Fornire a Rachele spiegazioni semplici e accurate sul dolore cronico che possa condividere con gli altri. Ad esempio: “Il dolore cronico non sempre è sinonimo di lesione. Il mio sistema nervoso è diventato più sensibile, quindi i segnali di dolore continuano anche quando i tessuti non sono

danneggiati". Simuli queste spiegazioni in clinica in modo che lei possa esercitarsi a fornirle in un linguaggio semplice. Ciò migliora la sua capacità di valutare quali spiegazioni sono più efficaci e di applicarle nelle sue attività quotidiane.

- **Capacità di comunicazione assertiva.** Insegnare a Rachele strategie di comunicazione specifiche per gestire i commenti scoraggianti. Introdurre la struttura "riconoscere, spiegare, reindirizzare". Ad esempio: "So che può sembrare sorprendente che il mio dolore sia durato così a lungo. Il dolore cronico spesso persiste perché il sistema nervoso rimane sensibilizzato. Sto lavorando su strategie che mi mantengano attiva". Incoraggiate l'uso di "affermazioni in prima persona" come "Mi sento poco sostenuta quando il mio dolore viene messo in discussione" per esprimere i bisogni in modo chiaro e rispettoso. Mantenete le risposte brevi e coerenti per evitare spiegazioni estenuanti.
- **Preparazione a scenari prevedibili.** Identificate i contesti in cui è probabile che si verifichi scoraggiamento, come le riunioni di famiglia o le conversazioni sul posto di lavoro. Preparate insieme alcune risposte pronte all'uso. Alcuni esempi includono "Sì, il dolore fa ancora parte della mia vita, ma sto imparando a gestirlo meglio" per i contesti familiari, o "È continuo, ma ho delle strategie che mi aiutano a rimanere attiva sul lavoro" per i colleghi. Avere delle risposte preparate riduce l'ansia e impedisce a Rachele di essere colta alla sprovvista.
- **Mobilizzare gli alleati.** Incoraggiare Rachele a identificare almeno una persona di sostegno nella sua rete che possa agire come alleata. Condividere il suo piano di gestione o il materiale informativo con questa persona le consentirà di convalidarla nelle conversazioni, riducendo la sua necessità di difendersi costantemente. Sapere di avere qualcuno che la capisce può ridurre lo stress emotivo.
- **Pratica informata dal punto di vista psicologico.** Esplorare l'impatto emotivo dei commenti invalidanti con l'ascolto riflessivo. Utilizzare il riformulamento cognitivo per aiutarla a interpretare le osservazioni in modo diverso: "Questi commenti dimostrano che gli altri non comprendono il dolore cronico, non che la mia guarigione stia fallendo". Insegnare strategie di coping come la respirazione consapevole per gestire le risposte allo stress nel momento stesso in cui si verificano. Rafforzare l'autoefficacia sottolineando i progressi già compiuti con il ritmo, l'esercizio fisico e la gestione delle riacutizzazioni.
- **Follow-up e rinforzo.** Organizza sessioni di follow-up per esaminare esempi reali di come Rachele ha gestito i commenti scoraggianti. Fornisci feedback, perfeziona le risposte e celebra i piccoli successi, come mantenere la calma durante una discussione familiare difficile. Questo processo rafforza la fiducia nel tempo e riduce l'impatto dell'invalidazione sociale sul suo benessere.

Convalidando l'impatto emotivo delle frasi scoraggianti, fornendo ai pazienti spiegazioni semplici e provando una comunicazione assertiva, i medici possono trasformare l'invalidazione sociale in opportunità di educazione e auto-difesa. Queste strategie riducono lo stress, proteggono la fiducia in se stessi e aiutano i pazienti come Rachele a mantenere l'impegno nella gestione di sé stessi.

### 4.3.3 Mantenere i progressi dopo la dimissione dalla terapia

Martin è un contabile di 50 anni con una storia di dolori ricorrenti al collo e alle spalle. Ha completato un corso strutturato di osteopatia incentrato sul controllo posturale, l'allenamento della forza e le strategie di regolazione del ritmo. Alla dimissione, aveva compiuto progressi significativi, riferendo una riduzione del dolore e un miglioramento della funzionalità. Tuttavia, ammette di sentirsi incerto su come mantenere i progressi senza la struttura regolare delle sessioni supervisionate. Teme di smettere completamente di fare esercizio o di limitarsi alla stessa routine di esercizi di "riabilitazione", che trova monotona. Martin chiede come passare da un programma clinico ad attività piacevoli a lungo termine che lo mantengano motivato e prevengano le ricadute.



#### Piano di gestione integrato

- **Consolidare la fiducia nell'autogestione.** Iniziare rivedendo i progressi compiuti da Martin durante la terapia ed evidenziando le competenze che già possiede, come il ritmo, il riconoscimento dei primi segnali di allarme e l'adattamento degli esercizi. Sottolineare che si tratta di competenze trasferibili che può utilizzare al di fuori della clinica. La convalida dei suoi progressi rafforza l'autoefficacia e riduce la paura di perdere i risultati ottenuti una volta terminato il follow-up.
- **Passare dall'identità di "paziente" a quella di "persona".** Spiegare che non è più necessario considerare l'attività fisica solo come riabilitazione. Riformuli la sua prospettiva in modo che l'esercizio fisico e il movimento siano intesi come parte della vita normale e del benessere. Utilizzi un'analogia come "La sua riabilitazione è stata come imparare a guidare con un istruttore; ora è pronto a guidare da solo, scegliendo le strade che le interessano". Questo

riduce la dipendenza dalle strutture cliniche e gli consente di assumersi la responsabilità delle sue scelte in materia di attività.

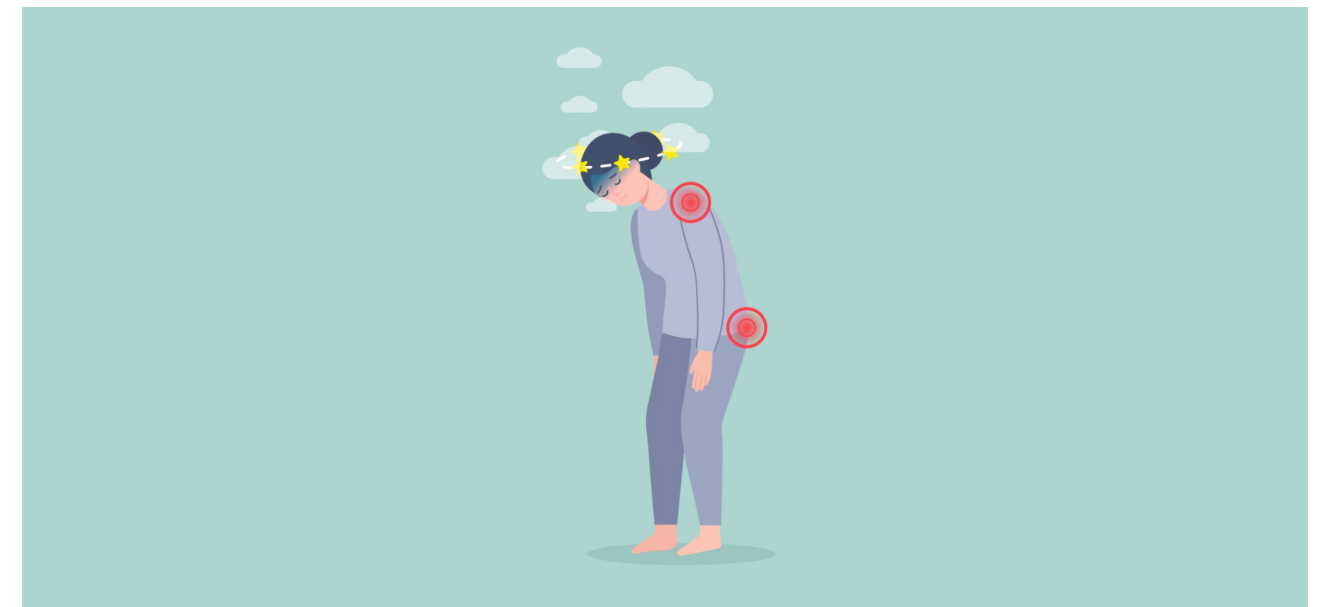
- **Identificare attività significative e piacevoli.** Collaborare con Martin per elencare le attività che apprezza o che gli sono piaciute in passato, come andare in bicicletta con gli amici, nuotare, ballare o fare giardinaggio. Aiutarlo a valutare quali sono realistiche e sicure, tenendo conto della sua forma fisica attuale e delle sue preferenze. Incoraggiare la varietà, poiché le attività piacevoli hanno maggiori possibilità di essere sostenute a lungo termine rispetto agli esercizi di riabilitazione ripetitivi. Suggestire di iniziare con due o tre attività in linea con i suoi interessi e il suo programma quotidiano.
- **Definizione degli obiettivi e pianificazione dell'integrazione.** Fissate obiettivi specifici e realistici che si concentrino sulla partecipazione piuttosto che sull'eliminazione dei sinTommasoi. Ad esempio: "Nuotare due volte alla settimana per 20 minuti" o "Unirsi a un gruppo ciclistico settimanale della comunità". Incoraggiatelo a integrare l'attività fisica nella sua vita quotidiana, come riunioni a piedi al lavoro o spostamenti attivi. Pianificare quando, dove e con chi svolgerà queste attività aumenta l'aderenza.
- **Introdurre strategie di progressione.** Insegna a Martin come progredire gradualmente regolando la frequenza, l'intensità e la durata. Ad esempio, aggiunga 5-10 minuti a una passeggiata ogni due settimane o aumenti lentamente l'intensità del ciclismo. Sottolinei l'importanza dell'auto-monitoraggio attraverso un diario o un'app per il fitness per tenere traccia dei miglioramenti. Questa progressione strutturata previene sia la stagnazione che lo sforzo eccessivo.
- **Prevenzione delle ricadute e gestione delle riacutizzazioni.** Discutere la probabilità di fluttuazioni dei sinTommasoi dopo la dimissione e normalizzarle come parte del processo. Riesaminare le strategie di gestione delle riacutizzazioni sviluppate durante la terapia: riduzione a breve termine del carico di attività, uso del pacing e ritorno agli esercizi di base, se necessario. Fornire linee guida scritte in modo che, in caso di riacutizzazione del dolore, Martin sappia come reagire senza farsi prendere dal panico o abbandonare l'attività. Ciò previene il ciclo di evitamento e perdita di forma fisica.
- **Migliorare l'alfabetizzazione sanitaria nella valutazione e nell'applicazione.** Fornire una guida semplice su come valutare criticamente le future informazioni sulla salute, come le tendenze di fitness o i programmi online, per decidere cosa è affidabile e adatto. Incoraggiare Martin ad applicare i principi che ha imparato - progressione graduale, monitoraggio, ritmo - piuttosto che adottare regimi "tutto o niente" promossi online. Invitarlo a portare nuove idee a un controllo di follow-up per discuterne.

- **Facilitare il sostegno della comunità e sociale.** Incoraggiare Martin a entrare in contatto con gruppi sociali che praticano attività fisica, come club sportivi locali, gruppi di camminata o corsi di yoga. La partecipazione sociale aumenta il divertimento, fornisce responsabilità e rafforza il cambiamento di identità da paziente a individuo attivo.
- **Pianificare il follow-up e il rafforzamento.** Offrire un appuntamento di **rivalutazione** dopo 8-12 settimane per verificare i progressi, risolvere i problemi e adeguare gli obiettivi. A questo punto, concentrarsi sulla celebrazione delle attività che sono diventate routine e discutere su come mantenere la motivazione. Considerare sessioni di richiamo o controlli digitali per la responsabilità se Martin richiede ulteriore supporto.

Cambiando l'identità da paziente a persona attiva, integrando attività piacevoli e preparando strategie di prevenzione delle ricadute, i medici possono aiutare pazienti come Martin a portare avanti i progressi oltre la clinica. Questa transizione dalla riabilitazione strutturata alla partecipazione significativa favorisce l'aderenza a lungo termine, la resilienza e la qualità della vita.

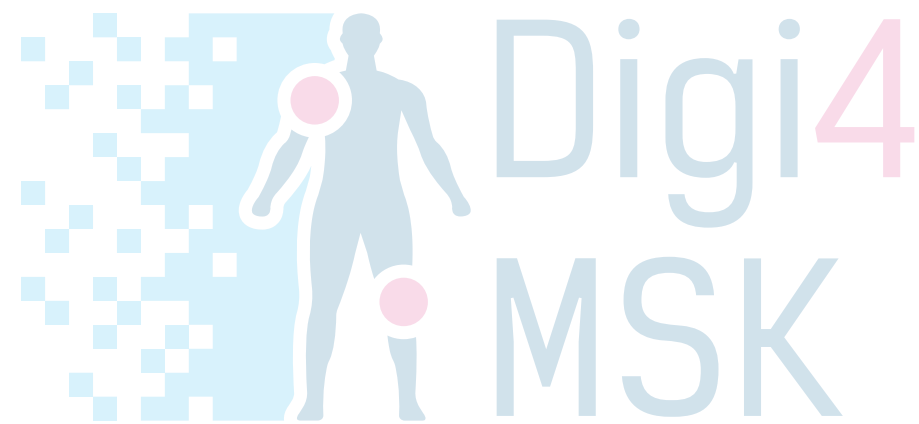
#### 4.3.4 Gestione delle risposte emotive al dolore cronico come frustrazione o ansia

Sofia è un'insegnante di 38 anni che soffre da oltre tre anni di dolori muscoloscheletrici cronici diffusi. Sebbene abbia tratto beneficio dalla chiropratica e ora mantenga una regolare routine di camminata, continua a lottare con episodi di frustrazione, ansia e tristezza. Spesso si sente scoraggiata quando il dolore limita la sua vita sociale o interferisce con la sua capacità di stare al passo con il lavoro. Durante le consultazioni, Sofia ammette che queste reazioni emotive a volte la portano a evitare l'attività fisica, il che peggiora i suoi sintomi. Chiede al suo fisioterapista come affrontare meglio questi sentimenti senza affidarsi esclusivamente ai farmaci o attendere una terapia psicologica specialistica.



##### Piano di gestione integrato

- **Riconoscere e convalidare le emozioni.** Iniziare convalidando l'esperienza emotiva di Sofia. Chiarire che la frustrazione, l'ansia e la tristezza sono reazioni comuni e comprensibili quando si convive con un dolore persistente. La normalizzazione riduce il senso di vergogna e comunica che non è sola in queste difficoltà.
- **Presenza terapeutica concreta.** Invece di tenere una lezione sulla scienza del dolore quando Sofia è angosciata, il medico si concentra sull'essere una presenza sicura, costante e concreta. Ciò significa ascoltare senza affrettarsi a "risolvere" le emozioni, evitando di



mostrare frustrazione per la sua angoscia e mantenendo un atteggiamento calmo e consapevole. Modellando la stabilità emotiva, il medico dimostra che i sentimenti difficili possono essere tollerati e gestiti, creando uno spazio terapeutico in cui Sofia si sente sicura di esprimersi.

- **Pratica informata dal punto di vista psicologico.** Introdurre strumenti semplici e pratici basati sulla CBT. Insegnare a Sofia a notare i pensieri inutili come “Non migliorerò mai” ed esplorare alternative come “I progressi sono lenti, ma sto migliorando la mia resistenza”. Incoraggiare l’attivazione comportamentale: anche nei giorni di umore basso, pianificare piccole attività gratificanti per ridurre il ritiro.
- **Tecniche di rilassamento e regolazione dello stress.** Insegnare abilità che possono essere praticate durante le sedute e a casa, come la respirazione diaframmatica, il rilassamento muscolare progressivo o brevi pratiche di mindfulness. Dimostrare una tecnica in clinica e chiedere a Sofia di praticarla ogni giorno per cinque minuti. Questi strumenti riducono l’eccitazione, aiutano a regolare le emozioni e le danno un senso di controllo.
- **Colloquio motivazionale per affrontare l’evitamento.** Quando Sofia evita le attività a causa della frustrazione o della tristezza, esplorate l’ambivalenza utilizzando il colloquio motivazionale. Ad esempio, chiedete: *“Cosa pensi di poter guadagnare se facessi una breve passeggiata, anche in una giornata difficile?”* e poi riflettete sulla sua risposta. Evidenzi i suoi valori, come mantenere l’indipendenza e insegnare in modo efficace, e colleghi piccoli obiettivi di attività a questi valori. Ad esempio: *“Ha detto che per lei è importante stare al passo con i suoi studenti. In che modo ritiene che un’attività fisica regolare possa aiutarla in questo?”* Questo approccio allinea la regolazione emotiva al significato della vita e favorisce l’aderenza.
- **Alfabetizzazione sanitaria: applicare e valutare le strategie di coping.** Fornisci piani d’azione scritti o “schede di coping” che riassumono i passi da compiere quando le emozioni diventano travolgenti. Esempio: fermarsi, respirare, identificare il pensiero, riformularlo e impegnarsi in un’attività apprezzata. Incoraggia Sofia a tenere un breve diario in cui annotare quali strategie ha provato e quanto le sono sembrate efficaci. Rivedilo durante i follow-up, rafforzando ciò che ha funzionato e apportando le modifiche necessarie.
- **Principi di accettazione e impegno.** Incoraggiare un cambiamento di prospettiva dall’eliminazione di tutto il dolore o l’angoscia al vivere bene nonostante essi. Esplorare obiettivi basati sui valori: ad esempio, partecipare all’evento scolastico di sua figlia perché riflette il suo valore del legame familiare, anche se è presente un disagio. Questo alimenta la resilienza e la aiuta a recuperare parti importanti della vita.

- **Facilitare il sostegno sociale.** Incoraggiare Sofia a condividere le sue difficoltà emotive con un amico fidato o un familiare e a entrare in contatto con gruppi di coetanei o comunità di sostegno. La comprensione sociale aiuta a ridurre il peso emotivo del dolore cronico e rafforza le strategie che sta mettendo in pratica.
- **Follow-up e rinforzo.** Programmare follow-up regolari per rafforzare l’uso di queste strategie, celebrare i progressi e risolvere i problemi. Evidenziare i successi, come il riformulare un pensiero negativo o l’uso della respirazione per calmarsi prima di una situazione stressante. Se il disagio emotivo aumenta in modo significativo, organizzare un consulto con uno psicologo o un operatore della salute mentale, continuando a utilizzare la chiropratica come supporto.

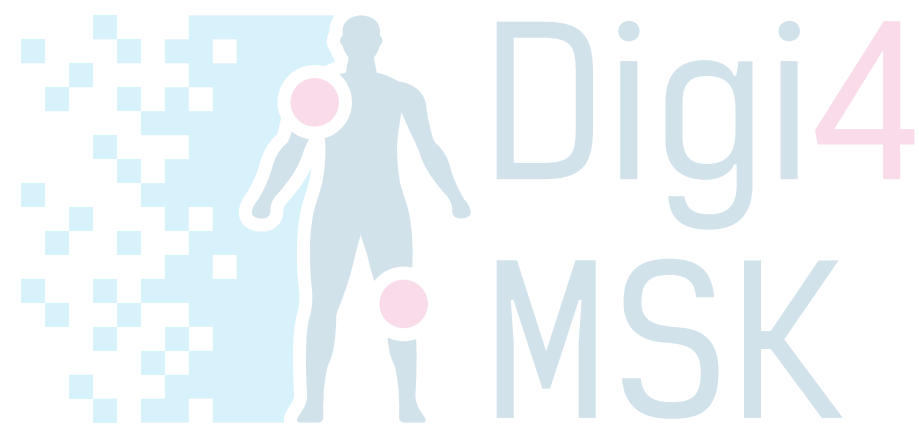
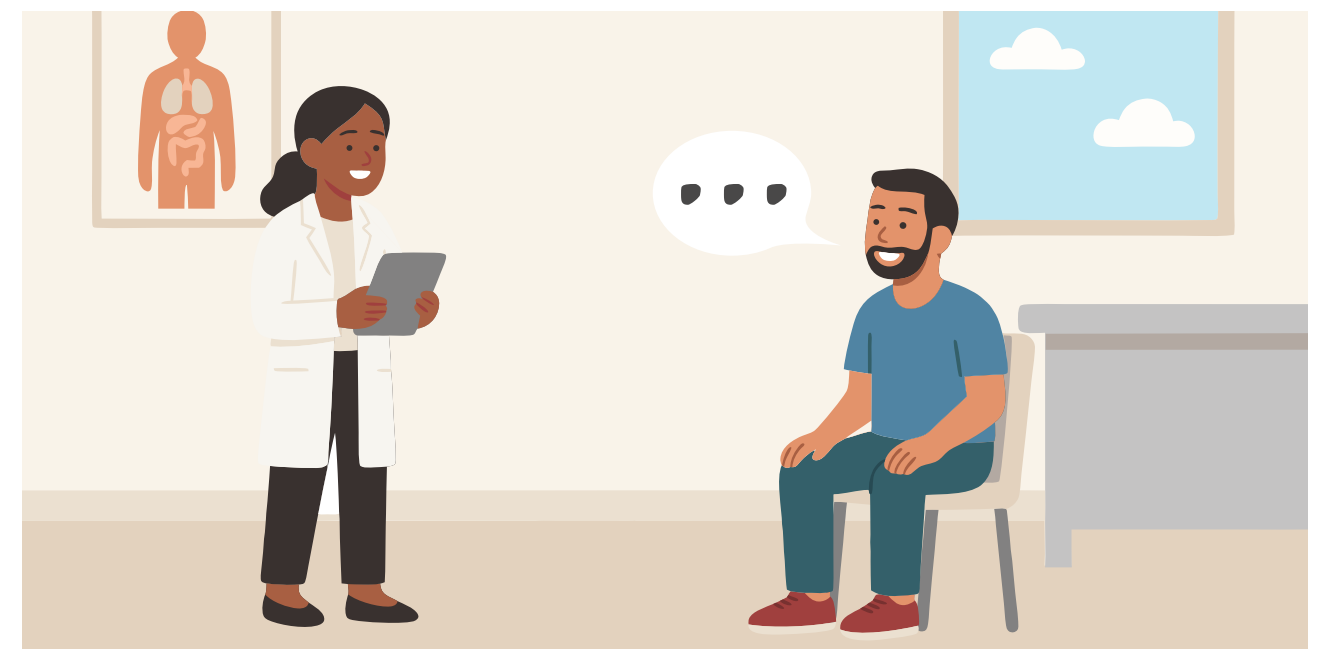
Modellando una presenza terapeutica concreta e introducendo strumenti psicologici basati su prove scientifiche, come le strategie CBT, il rilassamento, i colloqui motivazionali e i principi di accettazione, i medici possono affrontare il disagio emotivo senza uscire dal loro ambito di competenza. Questo consente a pazienti come Sofia di regolare la loro frustrazione, ansia e tristezza, sostenendo un’attività sostenuta e il benessere generale.

## 4.4. Lavoro e dolore

In quest'ultimo gruppo di vignette troverete esempi su come affrontare il processo decisionale relativo al ritorno al lavoro, la comunicazione sul posto di lavoro e le strategie per gestire il dolore persistente in ambito lavorativo.

### 4.4.1 Ritorno al lavoro in sicurezza

Giorgio è un operaio tessile di 45 anni con una storia di sei mesi di dolore alla spalla destra, diagnosticato come tendinopatia della cuffia dei rotatori. Il suo lavoro richiede movimenti ripetitivi sopra la testa, come appendere capi di abbigliamento su scaffali alti, insieme ad altre attività fisicamente impegnative. Dopo un periodo di fisioterapia, ha recuperato gran parte della sua forza e mobilità, ma continua a provare un dolore da lieve a moderato durante le attività sopra la testa. Giorgio ha ricevuto il nulla osta medico per un parziale ritorno al lavoro, ma è preoccupato. Teme che usare il braccio prima che il dolore sia completamente scomparso possa causare una nuova lesione e danni permanenti. Questa paura lo ha portato a evitare molte attività quotidiane ed è preoccupato di non riuscire a stare al passo con il carico di lavoro o di deludere i colleghi. Chiede al suo fisioterapista se è sicuro tornare al lavoro con un po' di dolore ancora presente e come gestire i rischi.



### Piano di gestione integrato

- **Convalidare le preoccupazioni e rassicurare.** Riconoscere che le paure di Giorgio sono comuni e comprensibili per i lavoratori con lesioni muscoloscheletriche. Rassicurarlo sul fatto che i suoi progressi dimostrano che la sua spalla è strutturalmente sana e che un certo disagio durante il recupero è normale. Sottolineare la distinzione tra “dolore” e “danno”, spiegando che il dolore non indica necessariamente un danno ai tessuti.
- **Prove dalla scienza del lavoro: importanza della partecipazione al lavoro.** Riassumere i risultati della scienza del lavoro e della riabilitazione professionale secondo cui il ritorno al lavoro precoce o parziale è generalmente vantaggioso, anche in presenza di dolore o di un recupero incompleto. Rimanere in contatto con il lavoro aiuta a mantenere la funzionalità, previene il decondizionamento e riduce il rischio di disabilità a lungo termine. La ricerca indica che attendere la completa risoluzione del dolore prima di tornare al lavoro non è necessario e può persino essere controproducente.
- **Pianificare il ritorno parziale e l'adattamento al posto di lavoro.** Collaborare con Giorgio e il suo datore di lavoro per attuare un programma di ritorno al lavoro graduale. Iniziare con orari ridotti o mansioni più leggere che limitino i compiti che richiedono uno sforzo prolungato, come lavorare all'altezza della vita o utilizzare attrezzature di supporto. Gli adeguamenti dovrebbero essere temporanei e rivalutati regolarmente. Questo approccio bilancia l'attività con la protezione e rafforza la sua capacità di svolgere un lavoro significativo in sicurezza mentre continua il recupero.
- **Esposizione graduale e riabilitazione specifica per mansione.** In fisioterapia, progettare esercizi che riproducano gradualmente le esigenze lavorative. Iniziare con carichi più leggeri e movimenti meno ampi, quindi aumentare progressivamente il peso, le ripetizioni e l'altezza delle mansioni. Ogni passo compiuto con successo dimostra che la spalla è in grado di sopportare un carico maggiore. Questa esposizione graduale riduce la paura, migliora la fiducia e prepara la spalla alle reali esigenze della fabbrica tessile.
- **Pratica informata dal punto di vista psicologico.** Utilizzare colloqui motivazionali per esplorare l'ambivalenza (“Quali vantaggi vede nel tornare a lavorare part-time, anche se la spalla non è ancora perfetta?”). Identifichi e riformuli i pensieri inutili come “Il dolore significa danno” in prospettive più adattive come “Il dolore lieve fa parte del recupero della forza”. Rafforzi i successi con feedback positivi, sottolineando i progressi sia nella forza che nella funzionalità. Introduca semplici tecniche di gestione dello stress, come la respirazione ritmica, per aiutarlo a gestire l'ansia prima di compiti fisicamente impegnativi.

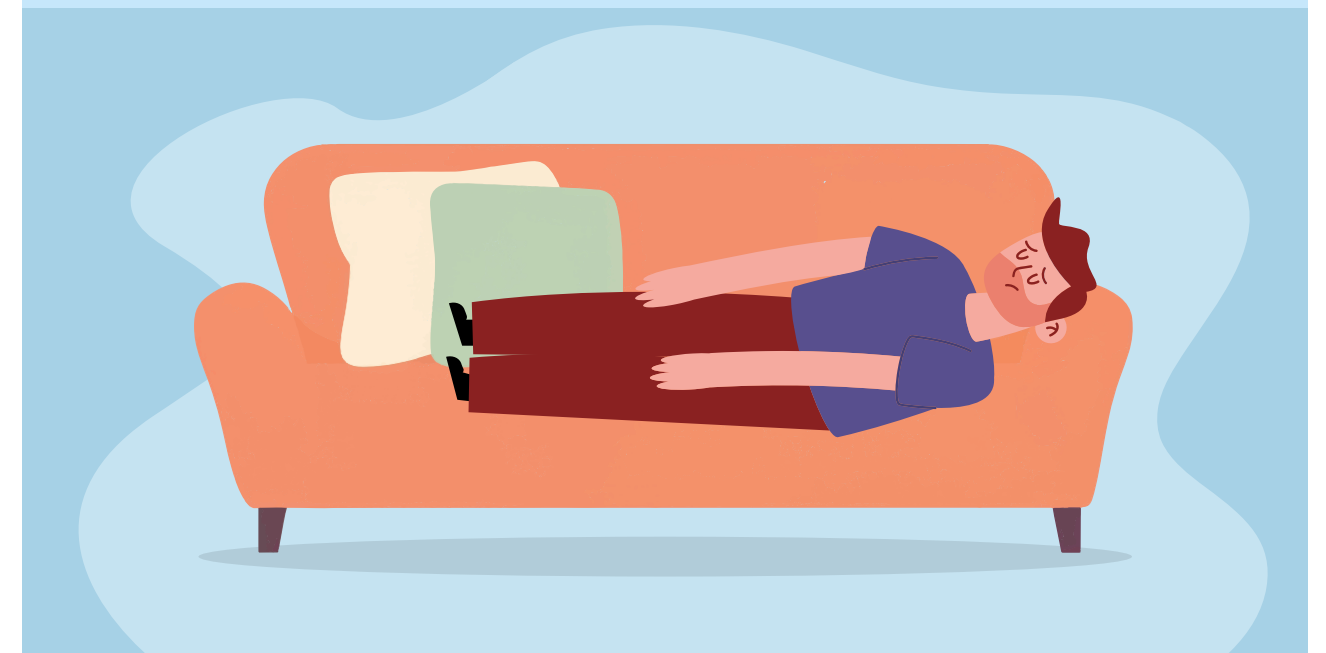
- **Alfabetizzazione sanitaria: comprendere e valutare la partecipazione al lavoro.** Fornire spiegazioni chiare e in linguaggio semplice sul perché il ritorno parziale al lavoro sia sicuro ed efficace. Utilizzare analogie come “Il tuo tendine è come un muscolo che diventa più forte quando viene sollecitato gradualmente, non quando è completamente a riposo”. Utilizzare il teach-back per confermare che Giorgio sia in grado di spiegare il piano e le motivazioni con parole sue. Incoraggiarlo a valutare criticamente i nuovi consigli che potrebbe ricevere dai colleghi o online chiedendo: La fonte è affidabile? Corrisponde a ciò che sappiamo dalle prove?
- **Collaborazione e follow-up.** Coordinarsi con il supervisore sul posto di lavoro o il rappresentante della salute sul lavoro per monitorare il carico di lavoro e i progressi di Giorgio. Organizzare appuntamenti di follow-up regolari per esaminare i sinTommasoi, adeguare gli esercizi di riabilitazione e mettere a punto gli adattamenti lavorativi. In caso di battute d'arresto, rassicurare Giorgio che fanno parte del processo e adeguare il piano piuttosto che interrompere la partecipazione al lavoro.

Convalidando le preoccupazioni, basando le raccomandazioni sulla scienza del lavoro e integrando la riabilitazione graduale con la collaborazione sul posto di lavoro, i medici possono aiutare lavoratori come Giorgio a tornare in modo sicuro e fiducioso a un'occupazione significativa. Sostenere il ritorno parziale al lavoro, anche con qualche disagio, non solo riduce la paura di una nuova lesione, ma rafforza anche l'identità, la funzionalità e il recupero a lungo termine.



#### 4.4.2 Confondere l'attività lavorativa con l'esercizio fisico: un lavoratore di un macello in difficoltà

Giovanni è un lavoratore di un macello di 44 anni che lavora nella lavorazione della carne da 20 anni. Il suo lavoro comporta movimenti ripetitivi degli arti superiori, taglio, sollevamento e lavoro in ambienti freddi, con periodi di riposo minimi. Si presenta con un dolore persistente al collo e alle spalle che peggiora alla fine dei suoi turni. Giovanni ha una buona forma fisica generale e una buona forza muscolare, ma si sente frustrato perché, nonostante sia "attivo tutto il giorno", continua a provare dolore. Quando il fisioterapista gli suggerisce un programma di esercizi personalizzato, lui risponde con scetticismo: "Perché dovrei fare più esercizio? Sollevo carcasse pesanti tutto il giorno, non è sufficiente?" Associa l'esercizio fisico solo allo sforzo fisico e non riesce a capire come possa ridurre il dolore. La sua preoccupazione è anche di natura pratica: si sente affaticato dopo il lavoro e teme che un allenamento aggiuntivo possa peggiorare il suo dolore o sottrarre tempo alla sua famiglia.



##### Piano di gestione integrato

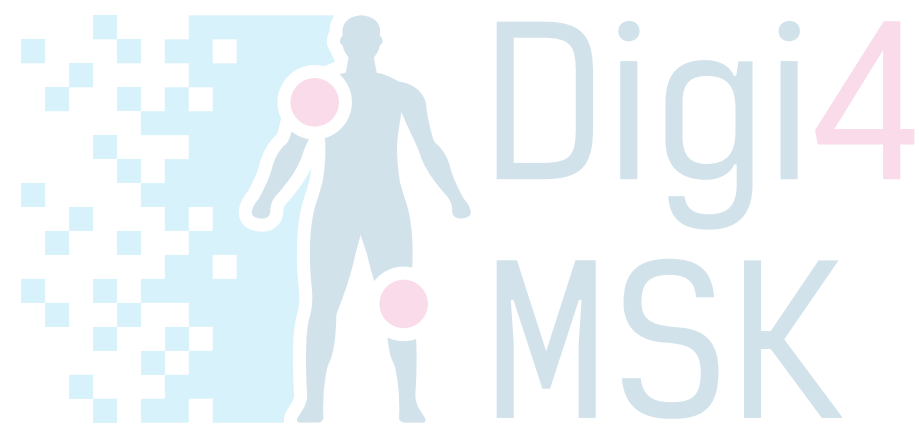
- **Riconoscere l'esperienza e convalidare il punto di vista.** Il medico inizia riconoscendo il duro lavoro fisico e la fatica di Giovanni. La convalida ("Lei svolge già un lavoro molto impegnativo; è normale che si senta stanco e insicuro all'idea di fare di più") aiuta a ridurre la difensività. Questo approccio crea fiducia e posiziona il medico come un alleato piuttosto che come un istruttore.

- **Chiarire la distinzione tra carico lavorativo e movimento terapeutico.** Spiegare che, sebbene il suo lavoro sia fisicamente impegnativo, comporta *compiti ripetitivi, molto faticosi e unilaterali* che sovraccaricano alcuni tessuti e ne lasciano altri sottoutilizzati. Il carico fisico lavorativo è spesso monotono e privo della variabilità, del controllo e del recupero di cui il corpo ha bisogno per adattarsi e guarire. Utilizzare analogie accessibili: "Il suo lavoro mantiene forti alcuni muscoli ma ne sovraccarica altri, come guidare un'auto che gira solo in una direzione". Questo riformula l'esercizio terapeutico non come "più lavoro", ma come *un riequilibrio* del corpo per migliorare la resistenza e il recupero.
- **Supporto all'alfabetizzazione sanitaria: ridefinire le convinzioni sull'esercizio fisico e il dolore.** Fornire un'educazione chiara e in linguaggio semplice su come l'esercizio fisico possa ridurre il dolore attraverso meccanismi diversi dalla sola forza, come il miglioramento della circolazione, della coordinazione e della modulazione del dolore nel sistema nervoso. Sottolineare che "l'esercizio fisico per alleviare il dolore" è diverso dall'"esercizio fisico per migliorare le prestazioni". Invitare Giovanni a riflettere: "Lei sa già che il suo corpo può lavorare sodo; questi esercizi servono ad aiutarlo a recuperare meglio, in modo che il lavoro del giorno successivo risulti più facile". Utilizzare il teach-back per assicurarsi che sia in grado di spiegare la differenza con parole sue.
- **Progettare esercizi rigeneranti a basso dosaggio.** Introdurre un programma efficiente in termini di tempo che integri, anziché competere con, le sue esigenze lavorative. Concentrarsi sulla mobilità, sul controllo motorio e su un delicato equilibrio di forza, ad esempio: esercizi di mobilità scapolare e toracica, lavoro a basso carico sulla cuffia dei rotatori e sulla catena posteriore e brevi sessioni di stretching o respirazione durante le pause. Presentare questo programma come *un recupero attivo* piuttosto che come un allenamento aggiuntivo. Iniziare con dosi molto brevi e gestibili (5-10 minuti al giorno), dimostrando che anche piccoli sforzi possono avere effetti tangibili sul comfort e sulla resistenza.
- **Utilizza un colloquio motivazionale per affrontare l'ambivalenza.** Esplora l'esitazione di Giovanni con domande aperte: "Cosa pensi che potrebbe succedere se il tuo dolore alla spalla rimanesse lo stesso per altri sei mesi?" o "Cosa ti renderebbe più facile provare questo programma per una settimana?". Rifletti sulle sue risposte e rafforza i suoi valori: rimanere forte per il lavoro, mantenere il reddito e godersi il tempo con la famiglia. Inquadra gli esercizi come strumenti che servono a queste priorità piuttosto che come extra opzionali. Questo inquadramento basato sui valori aiuta a interiorizzare la motivazione.
- **Applicare i principi dell'esposizione graduale e del ritmo.** Se Giovanni evita determinati movimenti a causa del dolore o della fatica, integri l'esposizione graduale nelle sedute di fisioterapia. Ad esempio, si possono introdurre gradualmente movimenti controllati sopra la testa o abduzioni con resistenza per dimostrare la sicurezza. Incoraggi le strategie di

ritmo sul lavoro: alternare le mani quando possibile, fare micro-pause ed eseguire brevi ripristini di mobilità tra compiti ripetitivi. Spieghi che la variazione e il recupero, non solo la forza, determinano la resilienza a lungo termine.

- **Sfruttare la collaborazione professionale e le strategie ergonomiche.** Ove possibile, coinvolgete il rappresentante della salute sul posto di lavoro per esaminare l'ergonomia della postazione di lavoro o la variabilità del flusso di lavoro. Piccoli cambiamenti, come l'altezza di taglio regolabile, la programmazione delle pause o la rotazione delle attività ripetitive, possono ridurre lo sforzo dei tessuti e rendere il messaggio terapeutico coerente in tutti i contesti. Questi aggiustamenti dimostrano che l'obiettivo è la partecipazione sostenibile al lavoro, non la soppressione temporanea del dolore.
- **Seguire e rafforzare i progressi.** Programmate follow-up ogni due o quattro settimane per esaminare i sinTommasoi, l'aderenza e gli ostacoli. Utilizzate metriche tangibili - meno picchi di dolore alla fine del turno, sonno migliore o riduzione dell'uso di farmaci - per evidenziare i progressi. Rafforzate i successi con feedback positivi ("Sei riuscito a inserire gli esercizi anche dopo lunghi turni - questo dimostra impegno"). Modificate il programma secondo necessità, aggiungendo varietà o brevi esercizi di resistenza per mantenerlo coinvolgente.

Distinguendo lo sforzo professionale dal movimento terapeutico, riconoscendo la fatica e riformulando l'esercizio fisico come recupero piuttosto che come lavoro extra, i medici possono aiutare i lavoratori fisicamente attivi come Giovanni a vedere il valore di un'autogestione strutturata. La combinazione di colloqui motivazionali, esposizione graduale e collaborazione ergonomica consente loro di superare lo scetticismo, sviluppare la resilienza e mantenere la loro capacità di svolgere lavori fisici impegnativi.



#### 4.4.3 Incomprensione dell'ergonomia: cosa offre e cosa non offre per l' e del dolore

Manuel, un rappresentante del servizio clienti di 40 anni, ha sviluppato un diffuso disagio al collo e alla parte bassa della schiena nell'ultimo anno. Sta seduto quasi continuamente alla sua scrivania, convinto che sedersi "correttamente" sia fondamentale per proteggere la colonna vertebrale. Dopo aver visto alcune pubblicità sui social media, ha acquistato una costosa sedia "ergonomica", una maglietta rigida per correggere la postura e un sensore indossabile che vibra quando sta seduto in modo scorretto. Indossa anche una cintura di sostegno lombare ogni volta che solleva la spesa, convinto che piegare la schiena sia pericoloso. Nonostante questi dispositivi, si sente rigido e preoccupato; evita di chinarsi per prendere in braccio suo figlio e trascorre lunghi periodi nella stessa posizione, temendo che il movimento possa aggravare il suo dolore. La sua ansia lo ha portato a cercare altri dispositivi piuttosto che dedicarsi a un'attività fisica generale.



##### Ragionamento basato su prove scientifiche

- **Non esiste una postura o una forma di sollevamento "corretta" che prevenga il dolore.** È diffusa la convinzione che il dolore alla colonna vertebrale sia causato da una postura "sbagliata", ma la ricerca non mostra prove concrete che evitare una postura "sbagliata" quando si è seduti prevenga il dolore lombare o che una specifica curvatura della colonna vertebrale sia associata al dolore. Le persone con mal di schiena in realtà si piegano meno e attivano maggiormente i muscoli del tronco durante il movimento, e una maggiore paura e una bassa autoefficacia sono collegate a movimenti cauti<sup>1</sup>.

- **Una posizione seduta statica prolungata sovraccarica i tessuti; il dinamismo è fondamentale.** Rimanere seduti continuamente può causare affaticamento muscolare e sovraccaricare il sistema muscolo-scheletrico. L'ergonomia si concentra sull'adattamento dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro per consentire cambiamenti di posizione, riducendo così il disagio e migliorando il benessere.
- **Gli interventi ergonomici multicomponenti sono utili, mentre i dispositivi ergonomici da soli non lo sono.** Alternare la posizione seduta a quella in piedi ogni 30 minuti può ridurre l'affaticamento e il disagio alla schiena, mantenendo la produttività. Anche brevi esercizi supervisionati e una guida ergonomica hanno ridotto il dolore e il disagio. Al contrario, i monitor indossabili per la postura e le magliette correttive non hanno prove scientifiche a sostegno della loro efficacia<sup>2</sup>.

### Piano di gestione integrato

#### ■ Attuazione dell'autogestione

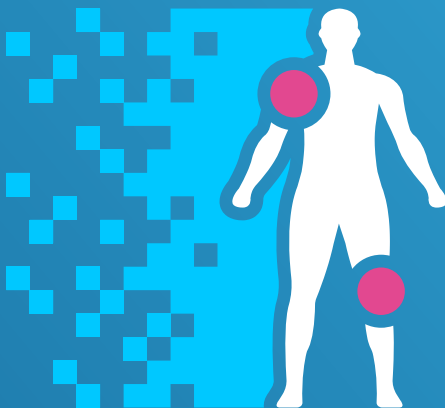
- **Valutazione e obiettivi.** Esplorare le convinzioni di Manuel riguardo alla postura e al sollevamento di pesi e valutare la sua postazione di lavoro, le sue abitudini di seduta, i suoi livelli di attività fisica e i fattori psicosociali. Identificare obiettivi significativi (ad esempio, giocare comodamente con suo figlio, acquisire sicurezza nel sollevare pesi).
- **Sfatare i miti e rafforzare la fiducia.** Spiegare che la colonna vertebrale è robusta e che non esiste un'unica postura "corretta". Sottolineare che esiste una variabilità naturale e che il comfort è più importante della rigidità. Chiarire che piegarsi o chinarsi non è intrinsecamente dannoso; muovere la colonna vertebrale nella sua gamma di movimento nutre i tessuti e rafforza la resilienza.
- **Incoraggiare la varietà dei movimenti.** Regolare la postazione di lavoro per consentire il passaggio dalla posizione seduta a quella in piedi. Suggestire micro-pause (alzarsi, camminare o fare stretching ogni 30-45 minuti) e modificare l'inclinazione della sedia per evitare un carico statico prolungato.
- **Promuovere l'attività fisica.** Sviluppare un piano di attività graduale che includa esercizi aerobici (camminare, andare in bicicletta, nuotare) ed esercizi di mobilità della colonna vertebrale. Sottolineare che l'esercizio fisico combinato con una guida ergonomica riduce il dolore. Introdurre attività di piegamento e sollevamento in posture diverse per ridurre la paura.
- **Strategie di sollevamento pragmatiche.** Insegnare a pianificare i sollevamenti (liberare lo spazio, tenere il carico vicino), utilizzando fianchi e gambe, e sperimentando tecniche di piegamento, squat e semi-squat. Sottolineare che non vi sono prove che mantenere la schiena dritta prevenga il dolore. Per carichi pesanti, suggerire ausili meccanici o il sollevamento in squadra e scoraggiare l'uso di cinture.

- **Ridurre la dipendenza dai dispositivi.** Discutere le prove limitate relative alle magliette e ai sensori per la correzione della postura e incoraggiare Manuel a concentrarsi sulla consapevolezza interna e sulla varietà dei movimenti.
- **Strategie di educazione sanitaria per ambito di alfabetizzazione sanitaria**
  - **Comprendere.** Utilizzare un linguaggio semplice per spiegare che i miti sulla postura persistono nonostante la mancanza di prove. Chiarire che il comfort, la varietà e la sicurezza nei movimenti sono più importanti che mantenere una posizione "perfetta".
  - **Accesso.** Fornire risorse affidabili, come le linee guida delle agenzie di medicina del lavoro sulla configurazione delle postazioni di lavoro e sulle pause di attività, e scoraggiare l'affidamento alle affermazioni di marketing.
  - **Valutare.** Insegnare a Manuel a valutare criticamente le affermazioni relative ai dispositivi per la postura. Sottolineare che la maggior parte dei dispositivi indossabili e delle magliette correttive sono prototipi e mancano di prove a lungo termine.
  - **Applicare.** Dimostrare come regolare l'altezza della sedia, la distanza dal monitor e il supporto dello schienale; praticare micro pause e posizioni di seduta variate. Utilizzare il metodo "teach back" ("Mostrami come sistemaresti la tua scrivania") per assicurarsi che abbia compreso. Incoraggiare l'applicazione di tecniche di sollevamento confortevoli piuttosto che regole rigide.
- **Pratica informata dal punto di vista psicologico**
  - **Sviluppare l'autoefficacia e la resilienza.** Aiutare Manuel a fissare aspettative realistiche e a riconoscere i miglioramenti (aumento del tempo di gioco con suo figlio, riduzione dell'affidamento ai dispositivi). Insegnare strategie per gestire le riacutizzazioni (l'aumento temporaneo del dolore non significa danno) e per regolare le attività piuttosto che ricorrere al riposo.
  - **Coinvolgere il supporto sul posto di lavoro.** Collaborare con il suo datore di lavoro per implementare modifiche ergonomiche (scrivania sit-stand, attrezzature regolabili) e pause di movimento programmate. Il supporto organizzativo per tali interventi ha dimostrato di ridurre i sinTommasoi e migliorare le condizioni psicosociali.

Questo esempio sottolinea che l'ergonomia consiste nell'adattare gli ambienti alle persone e promuovere la varietà dei movimenti, non nell'imporre rigide regole di postura. Educare i pazienti sulla robustezza della colonna vertebrale, incoraggiare frequenti cambi di posizione e attività fisica e affrontare la paura del movimento sono fondamentali per ridurre il dolore e migliorare la funzionalità.

1 Slater D, et al. J Orthop Sports Phys Ther. 2019. <https://doi.org/10.2519/jospt.2019.0610>

2 Soares C, et al. Rev Bras Med Trab. 2023. <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2023-770>



# Digi4 MSK



[digi4msk.eu/](https://digi4msk.eu/)



[info@digi4msk.eu](mailto:info@digi4msk.eu)



Cofinanziato  
dall'Unione europea

Finanziato dall'Unione europea. Le opinioni espresse appartengono, tuttavia, al solo o ai soli autori e non riflettono necessariamente le opinioni dell'Unione europea o dell'Agenzia esecutiva europea per l'istruzione e la cultura (EACEA). Né l'Unione europea né l'EACEA possono esserne ritenute responsabili. ERASMUS-EDU-2022-PI-ALL-INNO: Progetto n.101111708