

Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Presidente: Ch.mo Prof. Andrea Vianello

TESI DI LAUREA

I DROP OUT NEL TRATTAMENTO DI GRUPPO PER LOMBALGIA.
ANALISI DEL FENOMENO E STRATEGIE DI MIGLIORAMENTO

*Dropouts in Group Treatment for Low Back Pain. Analysis of the
Phenomenon and Improvement Strategies)*

Relatore: Luca Visentin

Laureando: Marco Ceccato

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

1. Riassunto	
2. Abstract	
3. Introduzione.....	1
3.1 Rilevanza del tema.....	1
3.2 Obiettivi della tesi.....	3
4. Contesto teorico.....	4
4.1 Fattori di Aderenza e Drop-out nei Percorsi Riabilitativi: analisi delle Barriere e delle Opportunità in letteratura.....	4
4.2 Strategie per Ridurre il Drop-out in Riabilitazione	5
5. Materiali e Metodi.....	7
5.1 Descrizione del progetto.....	7
5.2 Ricerca bibliografica.....	7
5.3 Materiali.....	8
5.4 Procedura di Reclutamento e Presa in Carico dei Pazienti.....	9
5.5 Partecipanti e stakeholder.....	11
5.6 Analisi Statistica dei dati.....	11
5.7 Autorizzazioni e Comitato etico.....	13
6. Risultati.....	14
6.1 Analisi statistica quantitativa.....	14
6.2 Analisi qualitativa secondo approccio Grounded Theory.....	28
7. Discussione.....	34
7.1 Interpretazione dei risultati ottenuti.....	34
7.2 Confronto con la letteratura.....	36
7.3 Limiti dell'analisi.....	38
7.4 Progetto di Miglioramento.....	39
7.5 Selezione delle cause principali.....	39
7.6 Definizione degli obiettivi SMART e indicatori di misurazione per la risoluzione del problema.....	40
7.7 Risoluzione del problema: identificazione e valutazione delle possibili soluzioni.....	40
7.8 Valutazione delle alternative e selezione della soluzione ottimale.....	42
7.9 Proposta di miglioramento.....	42
7.10 Limiti dello studio.....	43
7.11 Idee per il futuro: attuazione, follow-up e valutazione dell'efficacia del miglioramento.....	44
8. Conclusioni.....	45
9. Bibliografia	
10. Allegati	
10.1 Allegato I: Grafici	
10.2 Allegato II: Matrice I e II	
10.3 Allegato III: Foglio Illustrativo per pazienti	

RIASSUNTO

Introduzione: Il drop-out nei trattamenti di gruppo per la lombalgia rappresenta una problematica rilevante nei servizi riabilitativi. Questo studio analizza le cause principali del fenomeno e propone strategie di miglioramento organizzativo per ridurre il tasso di drop-out durante il primo contatto telefonico con il paziente. L'analisi si è concentrata su un campione di 156 pazienti trattati presso l'U.O. Riabilitazione 1 di Villa Igea tra il 20 marzo e il 20 settembre 2024.

Obiettivo: L'obiettivo della tesi è analizzare il fenomeno del drop-out nei trattamenti di gruppo per la lombalgia al primo contatto telefonico tra Servizio e paziente, identificando le principali cause e proponendo possibili strategie organizzative per migliorare l'aderenza ai percorsi riabilitativi.

Materiali e Metodi: Sono stati raccolti i dati, già rilevati nella medesima U.O., tramite interviste semi strutturate per via telefonica. Questo progetto è stato autorizzato dalla Direzione medica e delle professioni sanitarie. I dati quantitativi sono stati analizzati mediante il test di U di Mann-Whitney, chi-quadro e modelli di regressione logistica. L'analisi qualitativa, basata sulla Grounded Theory, ha identificato le motivazioni principali di drop-out. Le motivazioni sono state analizzate per individuare i fattori determinanti.

Risultati: I risultati evidenziano che i pazienti più giovani sono più difficili da contattare ($p = 0,034$) e che gli uomini mostrano una maggiore probabilità di rifiutare il trattamento rispetto alle donne ($p = 0,011$). Inoltre, tempi di attesa prolungati potrebbero essere correlati con un aumento del drop-out ($p = 0,060$), mentre i mesi estivi potrebbero influenzare negativamente l'adesione ($p < 0,05$). Le motivazioni di abbandono si suddividono in tre ambiti principali: quadro clinico, elementi personali e assetto organizzativo della struttura. Fattori come la scarsa comunicazione medico-paziente, i tempi di attesa prolungati, legati al fatto che i pazienti si rivolgano a fisioterapia privata, i vincoli lavorativi e familiari, sono emersi come determinanti.

Discussione: La comunicazione insufficiente e le difficoltà organizzative rappresentano il 27,5% delle cause di drop-out. In risposta, è stato sviluppato un intervento informativo sotto forma di brochure che illustra la proposta terapeutica, fornisce indicazioni ai pazienti e ricorda i tempi di attesa. Come alternativa, lo studio propone la riorganizzazione delle liste d'attesa con contatti intermedi per mantenere il coinvolgimento dei pazienti.

Conclusioni: L'obiettivo principale per il futuro progetto potrebbe essere ridurre il tasso di abbandono almeno del 25% entro un anno dall'implementazione, passando dal 22,5% al 16%. Lo studio rappresenta un punto di partenza per interventi futuri volti a migliorare l'aderenza al trattamento ottimizzando i percorsi riabilitativi, con un approccio centrato sul paziente e una gestione più efficiente delle risorse.

ABSTRACT

Introduction: Drop-out in group treatments for low back pain represents a significant issue in rehabilitation services. This study analyzes the main causes of the phenomenon and proposes organizational improvement strategies to reduce the drop-out rate during the first telephone contact with patients. The analysis focused on a sample of 156 patients treated at the Rehabilitation Unit 1 of Villa Igea between March 20 and September 20, 2024.

Objective: The thesis aims to analyze the drop-out phenomenon in group treatments for low back pain at the first telephone contact between the Service and the patient, identifying the main causes and proposing possible organizational strategies to improve adherence to rehabilitation programs.

Materials and Methods: Data, already collected in the same Unit, were gathered through semi-structured telephone interviews. This project was authorized by the Medical and Healthcare Professions Directorate. Quantitative data were analyzed using the Mann-Whitney U test, chi-square test, and logistic regression models. The qualitative analysis, based on Grounded Theory, identified the main reasons for drop-out. The motivations were analyzed to identify determining factors.

Results: The findings show that younger patients are more challenging to contact ($p = 0.034$) and that men are more likely to refuse treatment than women ($p = 0.011$). Moreover, prolonged waiting times may be associated with an increase in drop-out rates ($p = 0.060$), while the summer months may negatively affect adherence ($p < 0.05$). The reasons for drop-out are categorized into three main areas: clinical status, personal factors, and the organizational structure of the facility. Factors such as poor doctor-patient communication, prolonged waiting times leading patients to seek private physiotherapy, work and family constraints emerged as determinants.

Discussion: Inadequate communication and organizational difficulties account for 27.5% of drop-out causes. In response, an informational intervention in the form of a brochure was developed, explaining the therapeutic proposal, providing guidance to patients, and outlining waiting times. As an alternative, the study proposes reorganizing waiting lists with intermediate contacts to maintain patient engagement.

Conclusions: The main objective for a future project could be to reduce the drop-out rate by at least 25% within one year of implementation, decreasing from 22.5% to 16%. This study represents a starting point for future interventions aimed at improving treatment adherence by optimizing rehabilitation pathways with a patient-centered approach and more efficient resource management.

INTRODUZIONE

La tesi si propone di analizzare il fenomeno del drop out nei pazienti con prescrizione di trattamento di gruppo per la lombalgia e di individuare proposte di miglioramento organizzativo per ridurre questo fenomeno. Il centro di riferimento è l'Unità Operativa (U.O.) Riabilitazione 1 presso Villa Igea, parte del Dipartimento Transmurale di Riabilitazione dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) di Trento. Questa U.O. si occupa della gestione di pazienti adulti e pediatrici con patologie di tipo muscolo-scheletrico, ortopedico e neurologico, e offre prestazioni riabilitative che includono trattamenti individuali e di gruppo.

Per il trattamento della lombalgia, condizione molto diffusa che comporta pesanti ricadute in termini di costi sanitari e sociali (Corp et al., 2021), uno degli approcci utilizzati in Azienda è il trattamento di gruppo che permette di educare i pazienti e di aiutarli a gestire al meglio il loro dolore e le loro limitazioni funzionali, passando per un miglioramento dello stile di vita, gestione ottimale dei carichi, e una ripresa graduale delle attività quotidiane. Questo percorso educativo permette di comprendere meglio le cause del dolore, di superare paure e credenze errate legate al mal di schiena e di migliorare la qualità della vita tramite esercizi regolari, gestione dello stress, miglioramento dello stile di vita e attività fisica specifica. Gli obiettivi del programma includono la riduzione dell'intensità, durata e frequenza dei sintomi, nonché una stimolazione della guarigione dei tessuti attraverso un movimento adeguato e costante. Questa tipologia di intervento è stata sottoposta a revisione EBM (Evidence Based Medicine) nel 2023 da parte del dipartimento di Riabilitazione Aziendale. Tuttavia, nel corso dello stesso anno è stato osservato un fenomeno preoccupante: il 33% dei pazienti, a cui è stato prescritto un trattamento di gruppo per lombalgia, decide di non partecipare o di rinunciare al percorso prima di iniziarlo, durante il primo contatto telefonico con il fisioterapista.

Pertanto, si è ritenuto necessario condurre un'analisi approfondita delle cause di questo fenomeno, per identificare le problematiche maggiormente rilevanti e proporre interventi che possano migliorare l'efficacia del sistema e ridurre i drop out.

Rilevanza del tema

Il miglioramento organizzativo del processo di presa in carico dei pazienti è un tema di fondamentale importanza, non solo per garantire l'efficienza operativa del servizio sanitario ma anche per migliorare i risultati clinici e l'esperienza dei pazienti (Takahashi et al., 2022; Stollenga et al., 2020). La lombalgia è una delle condizioni più comuni trattate nei servizi di riabilitazione (Corp et al., 2021) e la gestione efficace di tale problematica è cruciale per ridurre il dolore cronico e migliorare la qualità della vita dei pazienti (Corp et al., 2021).

Il fenomeno del drop-out può influenzare l'efficacia complessiva dei programmi di gestione del dolore cronico, con ripercussioni significative sull'efficacia delle risorse, sui costi sanitari e sull'uso appropriato dei servizi. Ridurre i tassi di drop-out potrebbe contribuire a migliorare l'efficacia dei trattamenti e a limitare i costi associati a una gestione inefficace, inclusi i tempi di attesa e il sovraccarico del sistema sanitario (Oosterhaven et al. 2019).

L'analisi dei drop-out nei trattamenti di gruppo per pazienti con lombalgia è importante per diversi motivi strategici, delineati nel "Programma di Sviluppo Strategico 2023-2027" dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari trentina. Il documento enfatizza una sanità che sia "semplice, partecipata e vicina alla persona", con l'obiettivo di garantire una continuità assistenziale di alta qualità, riducendo le disuguaglianze e migliorando l'aderenza ai trattamenti (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, 2023). Nello specifico, l'importanza di monitorare i drop-out si inserisce in una visione che mira a ottimizzare i percorsi di cura, rafforzando l'engagement del paziente e la partecipazione attiva nella gestione della propria salute (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, 2023). Il programma strategico evidenzia inoltre la necessità di rendere i trattamenti accessibili e adattabili ai bisogni individuali, anche attraverso un'organizzazione dei servizi che facilita l'accesso e riduce le barriere che potrebbero portare all'abbandono (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, 2023).

Nel 2023, uno degli obiettivi di budget dipartimentale ha evidenziato la necessità di ridurre le migrazioni intraprovinciali dei pazienti tra le strutture APSS e private, puntando a ottimizzare l'accesso ai servizi riabilitativi sul territorio. Questa attività, che includeva un'analisi delle migrazioni dei pazienti tra ambiti territoriali per visite fisiatriche e trattamenti fisioterapici, mirava a proporre un modello di riordino che potenziasse la capacità di risposta locale, riducendo i tempi di attesa in conformità con i criteri di priorità stabilita.

L'obiettivo di ridurre le migrazioni intraprovinciali dei pazienti tra le strutture APSS e private, migliorando l'accesso ai servizi riabilitativi locali, potrebbe essere strettamente correlato alla necessità di analizzare e prevenire il drop-out nei trattamenti di gruppo per pazienti con lombalgia. Una rete di servizi più accessibile e prossima al domicilio del paziente può, infatti, aumentare l'aderenza ai programmi terapeutici, riducendo il drop-out e viceversa.

Come evidenziato da studi recenti, l'abbandono dei trattamenti è spesso influenzato da fattori logistici, tra cui la distanza dal centro di cura e i tempi di attesa, entrambi sono aspetti che una migliore distribuzione territoriale potrebbe mitigare (Takahashi et al., 2022). Ottimizzare l'accesso ai servizi riabilitativi nelle aree locali non solo migliora l'efficacia dei trattamenti, ma contribuisce a ridurre il sovraccarico delle strutture centrali, consentendo un uso più efficiente delle risorse e una gestione più equa del sistema sanitario (Shahidi et al., 2022).

Di fronte all'evidenza, secondo l'Azienda provinciale, che le migrazioni intraprovinciali influenzano negativamente la continuità e l'efficacia dei trattamenti, l'U.O. ha deciso di investire in questo progetto, riconoscendo che una gestione più efficiente e localizzata dei percorsi terapeutici può ridurre i drop-out e migliorare l'aderenza dei pazienti ai trattamenti di gruppo per la lombalgia e viceversa.

Il fatto che un terzo dei pazienti esprima la decisione di non aderire al trattamento già durante il primo contatto telefonico con il fisioterapista evidenzia l'importanza di concentrarsi sul fenomeno del drop-out.

La rilevanza del tema è dunque legata sia agli aspetti clinici che organizzativi. Ridurre il fenomeno del drop out può comportare un miglioramento sostanziale nella gestione delle liste d'attesa, nell'utilizzo delle risorse sanitarie e, soprattutto, nell'efficacia del trattamento per i pazienti che ne hanno bisogno (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, 2023). Un'organizzazione efficiente permette non solo di ottimizzare le risorse, ma anche di offrire un servizio più equo e accessibile a tutti i pazienti, migliorando la loro aderenza al trattamento e i risultati clinici a lungo termine (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, 2023).

Obiettivi della tesi

La presente tesi ha come obiettivo principale l'analisi del fenomeno del drop out nei pazienti con prescrizione di trattamento di gruppo per lombalgia, registrato al primo contatto telefonico del fisioterapista tra il 20 marzo 2024 e il 20 settembre 2024, presso l'U.O. di Riabilitazione 1 - Villa Igea di Trento. L'intento è quello di identificare le cause principali di tale fenomeno e proporre soluzioni organizzative migliorative, privilegiando un approccio ritenuto più efficace e conveniente.

CONTESTO TEORICO

Fattori di Aderenza e Drop-out nei Percorsi Riabilitativi: Analisi delle Barriere e delle Opportunità in letteratura

I modelli organizzativi più recenti adottano un approccio multidisciplinare che coinvolge figure professionali come ortopedici, neurochirurghi, fisioterapisti e terapisti occupazionali, per rispondere in modo integrato ai bisogni complessi dei pazienti e migliorare la loro qualità di vita, oltre che aumentare l'aderenza ai trattamenti (Shahidi et al., 2022). Tale approccio, basato sul modello biopsicosociale, interpreta il dolore non solo come una condizione fisica, ma come un'esperienza che coinvolge anche dimensioni psicologiche e sociali (Takahashi et al., 2021).

Tuttavia, il fenomeno del drop-out, ossia l'abbandono precoce del trattamento, è particolarmente rilevante in ambito riabilitativo (Shahidi et al., 2022). La riabilitazione basata sull'esercizio terapeutico e sull'educazione è un'opzione conservativa per la gestione del dolore lombare (Shahidi et al., 2022). Tuttavia, l'adesione a questi programmi è spesso bassa (Shahidi et al., 2022).

Secondo l'analisi di Shahidi et al. (2022), tra i fattori che incidono maggiormente sul tasso di drop-out vi sono le difficoltà logistiche, il mancato miglioramento clinico percepito e la mancanza di una diagnosi specifica. Lo conferma, ulteriormente, uno studio di Takahashi et al. (2021), il quale evidenzia come i pazienti che risiedono a notevole distanza dai centri di trattamento abbiano una probabilità significativamente maggiore di abbandonare il programma, in particolare se di età avanzata o con difficoltà di mobilità (Takahashi et al., 2021).

Questi pazienti, inoltre, tendono a percepire una qualità della vita inferiore associata al dolore cronico, che compromette la loro motivazione a mantenere una continuità terapeutica. La distanza dai centri, con la complessità degli spostamenti e i costi associati, porta spesso i pazienti a considerare il trattamento come un peso insostenibile (Takahashi et al., 2021).

Questo fenomeno è stato riscontrato anche in altre esperienze di miglioramento organizzativo nel settore sanitario internazionale, in USA in particolare, dove la mancata copertura assicurativa e le barriere geografiche hanno avuto un ruolo preponderante nell'abbandono precoce del trattamento (Shahidi et al., 2022). Adattare queste osservazioni al contesto italiano ci porta a riflettere su come, anche se non si riscontra la problematica assicurativa, possono comunque esistere ostacoli significativi come la distanza dai centri riabilitativi o altre difficoltà economiche che impediscono ai pazienti di completare il trattamento.

Un altro elemento critico è la gestione delle aspettative dei pazienti. Stollenga et al. (2020) e Sloots et al., (2010) hanno mostrato che una causa comune di drop-out risiede nella discrepanza tra le aspettative del paziente e il reale contenuto del programma terapeutico. Molti pazienti iniziano i programmi di riabilitazione con la speranza di ottenere sollievo immediato dal dolore o una diagnosi

specifica della loro condizione, ma i programmi interdisciplinari di gestione del dolore cronico sono orientati più a una strategia a lungo termine che a una risoluzione immediata dei sintomi. Tale discrepanza può portare i pazienti a interrompere il trattamento nelle fasi iniziali, spesso prima che possano vedere benefici tangibili (Stollenga et al. 2020 e Sloots et al., 2010).

La comunicazione è essenziale per allineare le aspettative dei pazienti con gli obiettivi terapeutici proposti dai medici; quando il paziente non comprende appieno il valore del trattamento a lungo termine, il rischio di abbandono aumenta in modo significativo (Sloots et al., 2010).

Studi condotti nei Paesi Bassi hanno dimostrato che le barriere linguistiche e culturali possono contribuire a tassi di abbandono più elevati tra i pazienti appartenenti a minoranze etniche (Sloots et al., 2010).

Infine, la “catastrofizzazione” del dolore è un aspetto psicologico rilevante che può interferire in modo significativo con la partecipazione al trattamento. Secondo Oosterhaven et al. (2019), i pazienti che mostrano una forte tendenza alla catastrofizzazione del dolore, quantificata con il questionario Pain Catastrophizing Scale (PCS), hanno livelli di drop-out significativamente più alti rispetto a quelli che non presentano questa tendenza. La catastrofizzazione si manifesta con una serie di pensieri negativi persistenti, come il senso di impotenza e la paura costante di un peggioramento, che portano i pazienti a percepire il dolore come insostenibile e impossibile da gestire. Questa percezione negativa indebolisce la loro fiducia nei benefici del programma di riabilitazione, aumentando la probabilità di abbandonare il trattamento (Oosterhaven et al. 2019).

Strategie per Ridurre il Drop-out in Riabilitazione

Nell’attenta ricerca bibliografica eseguita non sono stati rilevati articoli riguardanti esperienze di miglioramento organizzativo legate a questo caso specifico, sia in ambito nazionale che internazionale, ovvero quello legato al drop out al primo contatto, ma sono stati rilevati articoli che danno indicazione per ridurre il tasso di drop out nella riabilitazione in generale.

In risposta alle esigenze sopradescritte, Takahashi et al., (2021) si propone di adottare soluzioni organizzative che facilitano l'accesso ai servizi, come il supporto domiciliare, il telemonitoraggio o l'assistenza integrata territoriale, ove possibile (Takahashi et al., 2021).

Per ridurre il fenomeno dell'abbandono durante i programmi di fisioterapia, Stollenga et al. suggeriscono di adottare strategie informative esaustive, che chiariscano fin dall'inizio obiettivi e modalità del trattamento, al fine di allineare le aspettative dei pazienti alla natura del programma e favorire la probabilità di completamento. Tali interventi informativi possono includere sia colloqui individuali che materiali educativi scritti e visivi, per migliorare la comprensione e l'impegno dei pazienti (Stollenga et al., 2020).

Per affrontare la sfida sopra espressa, legata alla catastrofizzazione del dolore, Oosterhaven et al.

suggeriscono l'adozione di interventi mirati che includono l'educazione sul dolore e il supporto psicologico, tramite strategie di educazione terapeutica e tecniche cognitive. Questi interventi possono aiutare i pazienti a interpretare il dolore in modo più realistico e positivo, migliorando la consapevolezza e l'adesione al trattamento a lungo termine (Oosterhaven et al., 2019).

In conclusione, secondo la letteratura internazionale, adottare un approccio integrato, multidimensionale, che combina interventi organizzativi e educazione terapeutica, può rappresentare una soluzione efficace per ottimizzare i risultati clinici e ridurre i drop out. Migliorare la comunicazione sugli obiettivi e le modalità del trattamento e includere l'educazione al dolore per ridurre la catastrofizzazione può favorire l'adesione dei pazienti. È utile anche considerare le barriere logistiche e sensibilizzare i pazienti sui benefici del trattamento a lungo termine, adattando l'intervento alle loro esigenze specifiche. Questo approccio può aumentare l'efficacia della gestione del dolore cronico e la soddisfazione dei pazienti.

MATERIALI E METODI

Descrizione del progetto

I dati sono stati raccolti negli applicativi informatici UO riabilitazione 1-Villa Igea. La valutazione è limitata al contesto di questo UO per il volume di attività e l'integrazione con il territorio, è stata ritenuta un ambito di osservazione particolarmente significativo. I dati analizzati coprono il semestre vanno dal 20 marzo 2024 al 20 settembre 2024. I dati utilizzati per il progetto vengono già rilevati dall'U.O. durante l'attività quotidiana. Per tutelare la privacy degli assistiti, i dati personali, quali nome e cognome, non sono stati raccolti: ogni soggetto è stato identificato con un numero progressivo casuale al solo scopo di favorire le elaborazioni statistiche. I dati sono stati trattati in forma aggregata e anonimizzata. Da questi sono stati estrapolati esclusivamente le informazioni essenziali per l'analisi, come: età, sesso, diagnosi, data del primo contatto, data della prescrizione, nominativo dell'operatore prescrittore, riportato in forma numerica, nominativo dell'operatore del primo contatto, riportato sottoforma di sigla, esito del contatto (contattato con accettazione o rifiuto, oppure non contattabile) e, in caso di rifiuto, la motivazione fornita. Questo approccio garantisce il rispetto della normativa vigente sulla protezione dei dati personali e assicura la riservatezza delle informazioni trattate.

Ricerca bibliografica

Per raccogliere adeguate informazioni sull'argomento è stata eseguita una attenta ricerca bibliografica nelle principali banche dati: Medline, Cochrane Library, Web of Science, Google Scholar.

La stringa di ricerca inserita nelle banche dati è la seguente: *("dropout" OR "patient attrition") AND ("chronic pain management" OR "multidisciplinary treatment" OR "rehabilitation") AND ("patient characteristics") AND "low back pain"*. Sono stati inclusi articoli pubblicati tra il 2004 e il 2024.

I criteri di inclusione sono stati:

1. studi pubblicati in inglese o italiano;
2. articoli con un disegno metodologico chiaro, come studi prospettici, retrospettivi o qualitativi o Systematic Review (SR);
3. studi con dati sui motivi di abbandono, tassi di dropout o fattori predittivi di adesione.

I criteri di esclusione per la ricerca bibliografica sono stati:

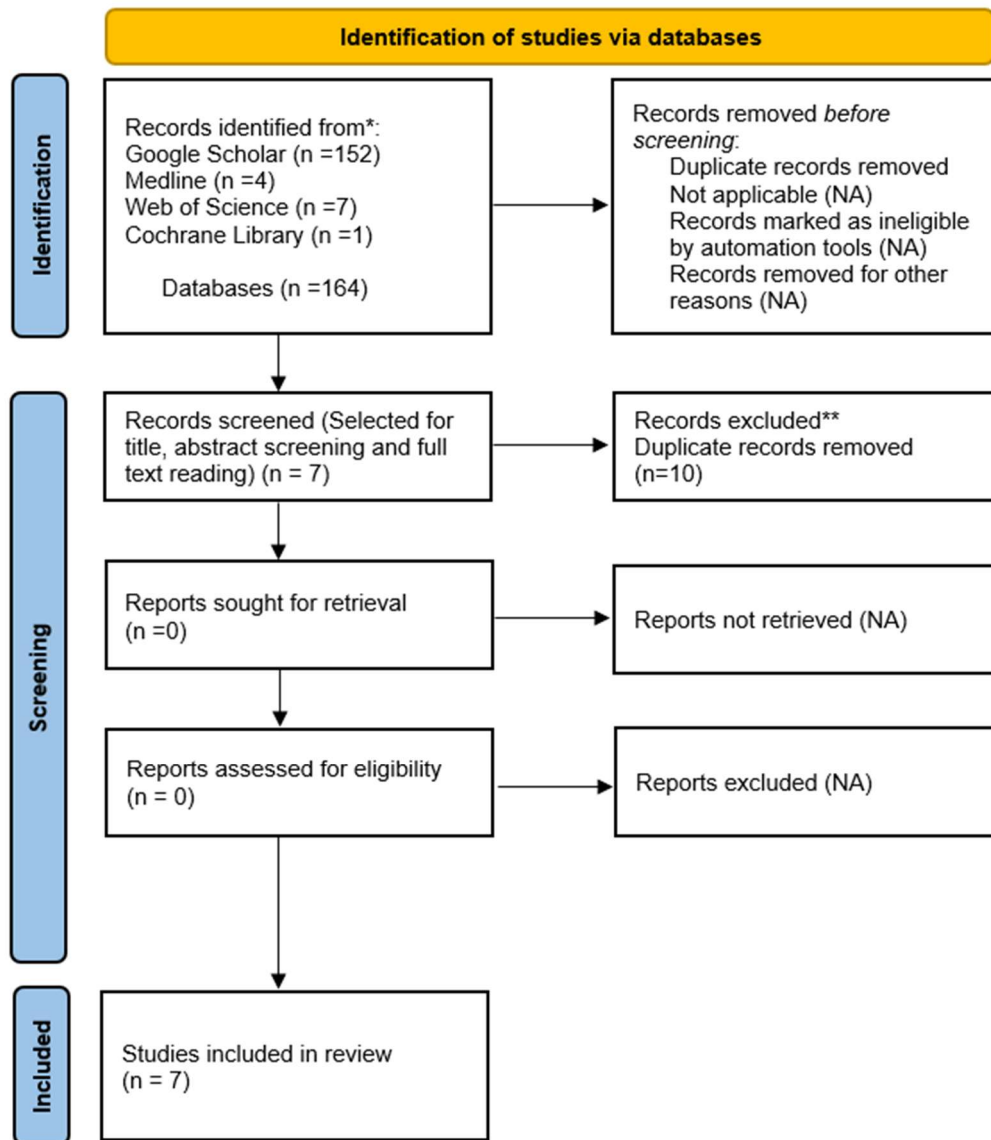
1. articoli non accessibili;
2. studi pubblicati in lingue diverse da inglese o italiano, studi senza componente riabilitativa.

Sono stati identificati 164 studi, a seguito di analisi per lettura titolo, abstract e lettura del testo completo gli studi selezionati sono risultati 17; da un successivo confronto degli studi è emerso che 10 di questi erano uguali.

Pertanto, gli studi inclusi nella revisione della letteratura sono stati 7.

La ricerca in letteratura è aggiornata al 21/11/2024.

Figura 1: PRISMA Flow Diagram. (2020): Identificazione-selezione-inclusione studi



Materiali

La fonte dei dati consiste in un file aziendale specifico sulla piattaforma di APSS doc. Inoltre, è stato possibile consultare, in caso di dati mancanti, sistemi informatizzati ospedalieri ed extraospedalieri come SIO e Arkimede. Il regolamento aziendale (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari 2022) ha permesso di utilizzare Google Drive aziendale per la condivisione dei dati, gli stessi sono stati precedentemente anonimizzati.

Procedura di Reclutamento e Presa in Carico dei Pazienti

Il processo di reclutamento e presa in carico dei pazienti presso il servizio segue un iter strutturato che inizia con la prenotazione della visita medica tramite il CUP (Centro Unico di Prenotazione). Il paziente, munito dell'impegnativa rilasciata dal Medico di Medicina Generale, contatta il CUP per essere inserito nei primi posti disponibili presso la sede desiderata, senza possibilità di scelta del fisiatra. Qualora il paziente desideri ridurre i tempi d'attesa rispetto a quelli pubblici, è possibile optare per la modalità "Libera professione intramoenia" (Legge 8 novembre 2012, n. 189), contattando direttamente la segreteria dell'Unità Operativa per fissare un appuntamento con il fisiatra desiderato.

Successivamente si procede con la visita fisiatrica, durante la quale il medico valuta la modalità di trattamento più appropriata per il problema del paziente. Tra le opzioni vi è il trattamento di gruppo, che si affianca al trattamento individuale. Se il trattamento di gruppo viene ritenuto indicato, il paziente viene inserito in lista d'attesa, tenendo conto della disponibilità dei gruppi.

In un secondo momento, il fisioterapista effettua un primo contatto telefonico con il paziente, cercando di raggiungerlo entro un massimo di tre tentativi. Durante questa fase, vengono somministrati questionari standardizzati, come l'RMDQ (Roland Morris Disability Questionnaire) e l'NRS (Numerical Rating Scale), necessari a stratificare i pazienti in gruppi omogenei in base alla loro condizione. Una volta completata questa fase, il fisioterapista procede con un secondo contatto telefonico per fornire al paziente tutte le informazioni necessarie sul percorso riabilitativo e per fissare le sedute.

Il trattamento consiste in un ciclo di cinque incontri, durante i quali i pazienti partecipanti a sessioni che combinano educazione sul dolore e attività pratiche volte a migliorare la gestione del dolore e la funzionalità motoria. A uno o due mesi dalla conclusione del ciclo, è prevista una seduta di follow-up per valutare i progressi raggiunti e consolidare i risultati.

Nel caso in cui il paziente rifiuta o interrompe il trattamento, viene effettuata un'intervista semistrutturata in modalità telefonica per comprendere le ragioni del rifiuto o del drop-out. L'intervista prevede una domanda iniziale dicotomica relativa alla disponibilità del paziente ad aderire al trattamento, in caso di rifiuto, si chiede una conferma e una motivazione dettagliata, riportata testualmente con le parole riferite dal paziente (Tab. 1).

Tabella 1: Schema di riferimento per l'intervista semistrutturata

Intervista semistrutturata
E' disponibile al trattamento di gruppo per lombalgia?
E' sicuro di voler rifiutare il trattamento proposto?
Qual' è la motivazione del suo rifiuto?

Questi dati vengono registrati in un file Excel tramite la piattaforma APSS doc, che permette la condivisione di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti. Questo processo garantisce una gestione organizzata e documentata del percorso dei pazienti (Diagramma di flusso 1-2).

Figura 2: Diagramma di flusso del processo aziendale per accedere ai gruppi lombari

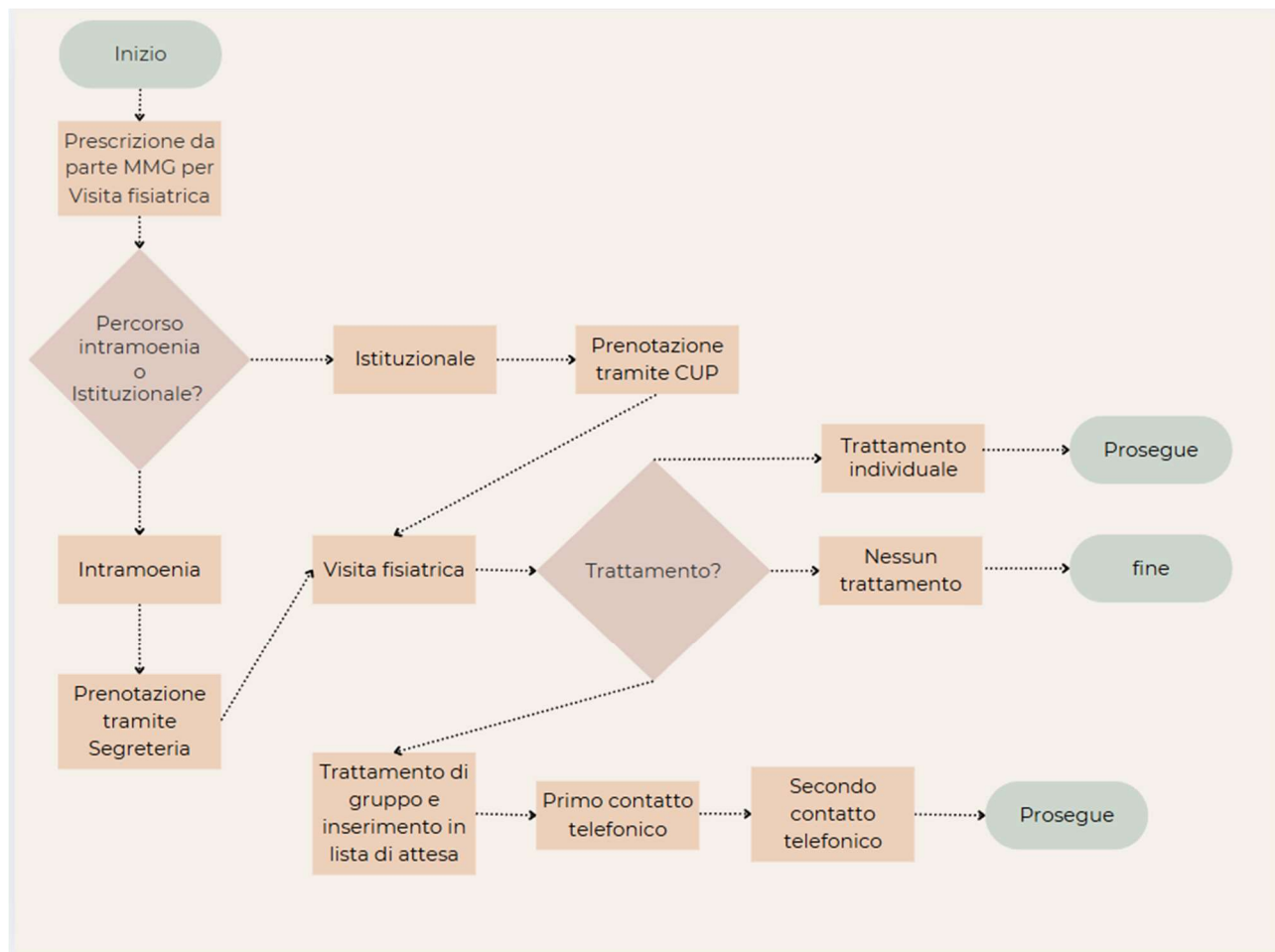
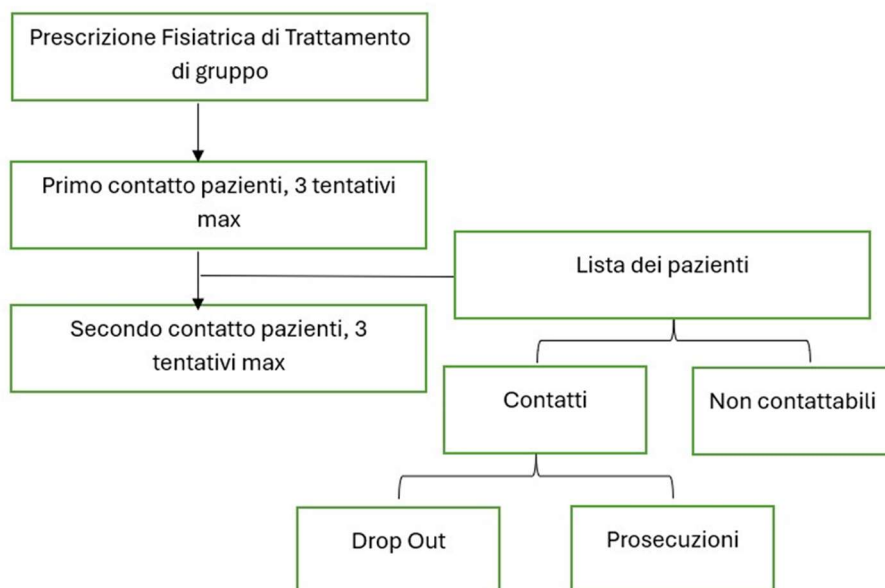


Figura 3: Diagramma di flusso dell'abbandono dei pazienti



Partecipanti e Stakeholder

Dal 20 marzo al 20 settembre 2024 sono stati contattati 156 pazienti presso l'U.O. di Villa Igea. Questi pazienti erano stati dichiarati idonei al trattamento di gruppo da una valutazione fisiatrica, a seguito della quale era stata diagnosticata una lombalgia aspecifica, persistente o ricorrente o specifica, come sindromi del canale stretto o lombosciatalgia o lombalgie secondarie a patologie reumatiche come la fibromialgia. Non vi sono al momento dei criteri d'inclusione ed esclusione dipartimentali al trattamento di gruppo ed è a discrezione del medico stesso. Le variabili elencate nella Tabella 2 sono state raccolte in base alla loro rilevanza sugli esiti clinici, come evidenziato da Shahidi et al. (2022). Lo studio ha incluso tutti i pazienti idonei maggiorenni e che hanno espresso il loro consenso informato (Tab. 3).

Tabella 2: Variabili raccolte

Diagnosi	Sesso	Data di prescrizione e fisiatrica	Nominativo Fisiatra prescrittore (n° progressivo)	Data primo contatto	Nome del primo operatore che lo ha contattato (Sigla)	Contatto ottenuto alla chiamata (n°)	Esito contattato/non contattato	Contattato Rinuncia/Contattato Prosegue	Età alla indicazione (AA)
----------	-------	-----------------------------------	---	---------------------	---	--------------------------------------	---------------------------------	---	---------------------------

Tabella 3: Requisiti e Diagnosi pazienti inclusi nello studio

Diagnosi pazienti inclusi nello studio	
	Lombalgia aspecifica
	Lombalgia cronica (ricorrente o persistente)
	Lombocruralgia
	Lombosciatalgia
	Sindrome del canale stretto
	Fibromialgia
	Lombalgia meccanica
	Discopatia degenerativa
Requisiti pazienti	Coccigodinia
Pazienti maggiorenni	Dorsolombalgia
concesso il consenso informato al trattamento proposto dal fisiatra	Lombosacralgia
	Instabilità lombare
	Sindrome delle faccette articolari

Analisi statistica dei dati

Sono stati considerati due outcome principali: la contattabilità dell'utente e, in caso di esito positivo del contatto, la disponibilità a proseguire il trattamento.

L'autorizzazione al trattamento dei dati anonimizzati da parte del Direttore del Distretto Riabilitativo Trento Nord e del coordinatore dell'U.O. Riabilitazione 1- Villa Igea ha permesso di analizzare i dati quantitativamente tramite un software di analisi statistica come Jamovi® (vers. 2.3.28), che permette l'esecuzione di analisi statistiche descrittive e inferenziali su dati quantitativi, gli stessi sono stati

riportati in forma aggregata e tutelati secondo regolamento aziendale (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, 2022) ed europeo vigente (Regolamento generale sulla protezione dei dati, 2016). In primis sono stati esaminati i dati in generale e successivamente tre variabili indipendenti come il sesso, i pazienti contattati-non contattati, i pazienti che proseguono il trattamento e in particolare i drop out effettivi, ovvero i pazienti contattati che rifiutano il trattamento.

Per valutare la significatività statistica dei dati analizzati sono stati usati: test U di Mann Whitney¹, test non parametrico per il confronto tra le medie tra campioni indipendenti; Chi quadrato² per variabili categoriali e qualitativa.

Le variabili continue sono state presentate con media e deviazione standard e con mediana e range interquartilico (IQR) ove appropriato. Le variabili categoriche, nominali o ordinali, sono state presentate con frequenze assolute e frequenze relative (%).

Nel confronto tra gruppi identificati dalla contattabilità o, in caso di contatto positivo, dalla disponibilità alla prosecuzione del trattamento, sono stati impiegati il test chi-quadro per le variabili categoriche e il test U-Mann Whitney per le variabili continue. Per tutti i test di confronto tra variabili continue, è stato comunque valutato anche lo Student t-test³.

Tutti i test sono a due vie, considerando come statisticamente significativo un valore di p pari o inferiore a 0,05.

Per valutare il ruolo relativo dei potenziali determinanti di outcome (utente non contattabile e/o utente che interrompe la presa in carico) è stata condotta un'analisi multivariata mediante un modello di regressione logistica⁴. Sono state selezionate variabili di interesse clinico e organizzativo, tra cui il sesso, l'età al momento del contatto, la stagione in cui è avvenuto il contatto con il paziente e il tempo intercorso tra indicazione clinica e tempo di contatto. Le variabili incluse nel modello sono state scelte in base alla loro significatività nei test univariati o alla loro rilevanza nel contesto clinico. Per ciascuna

¹ Il test di Wilcoxon-Mann-Whitney è un test statistico non parametrico per confrontare due gruppi indipendenti, utile quando non sono rispettate le assunzioni del test t. Basato sui ranghi, è robusto contro valori anomali e distribuzioni non normali. Richiede una variabile dipendente almeno ordinale e due gruppi indipendenti. È equivalente al test della somma dei ranghi di Wilcoxon e al test U di Mann-Whitney, differendo solo nella rappresentazione dei calcoli. È usato in vari contesti, come valutare differenze di reddito o livelli di soddisfazione (Pozzolo P. 2024)

² Il test chi-quadro è un metodo statistico che valuta la relazione tra due variabili categoriali o la bontà di adattamento di un modello ai dati osservati. Confrontare le frequenze osservate con quelle attese, calcolando una statistica che segue la distribuzione chi-quadro. Viene utilizzato soprattutto per analisi su tabelle di contingenza, verificando l'ipotesi di indipendenza tra variabili. La significatività del test indica se le differenze tra dati osservati e attesi non sono casuali. È ampiamente applicata in economia, scienze sociali e altri campi (Istituto dell'Enciclopedia Italiana 2024).

³ Il test t è uno strumento statistico per confrontare le medie di uno o più gruppi. Si divide in tre tipi principali: test t a un campione (confronta una media con un valore noto), test t a due campioni indipendenti (confronta le medie di due gruppi distinti), e test t appaiato (confronta misure accoppiate come pre e post trattamento). Richiede dati continui, una distribuzione normale e varianze simili. Esso può essere a una o due code, a seconda dell'ipotesi testata. È utile in vari campi, come la ricerca scientifica o il controllo qualità (JMP 2024).

⁴ La regressione logistica è un metodo statistico per modellare la probabilità di un evento binario, utilizzando una o più variabili indipendenti. In base al file allegato, si nota che i modelli di regressione logistica sono usati per stimare i Risk Relative (RR) associati a fattori come sesso, età, e stagione, con intervalli di confidenza (95% CI) e p-value per valutare la significatività. L'età è interpretata come variabile continua, mentre il sesso e la stagione come categorie. Le analisi valutano le relazioni tra variabili predittive e un risultato binario con interpretazioni espresse attraverso probabilità logit trasformate (IBM 2024).

variabile, il modello ha stimato il rischio relativo associato all'abbandono del trattamento, con intervalli di confidenza al 95% e test di significatività statistica espressi in termini di p-value. Questo approccio metodologico ha consentito di analizzare in modo approfondito l'effetto indipendente delle variabili considerate sull'esito del trattamento.

Le motivazioni al rifiuto sono state analizzate qualitativamente utilizzando l'approccio strutturato della Grounded Theory, un metodo di analisi qualitativa finalizzato a sviluppare teorie direttamente basate sui dati raccolti. Questo approccio prevede una codifica sistematica dei dati e l'identificazione di concetti chiave, senza partire da ipotesi predefinite. A partire dai dati emersi dalle interviste semi strutturate, il processo è stato articolato in tre fasi: codifica aperta, codifica assiale e codifica selettiva. L'analisi è proseguita fino al raggiungimento della saturazione teorica, momento in cui è stata formulata una teoria coerente e basata sui risultati emersi. Le parole chiave sono state rielaborate e presentate tramite Tag cloud. I dati sono stati rielaborati ulteriormente tramite il programma Excel, anche per quanto riguarda la produzione di grafici e tabelle riassuntive.

Autorizzazioni e Comitato etico

Il progetto è stato autorizzato in data 14/09/2024 dal Direttore del U.O. Riabilitazione 1 - Distretto nord e dal coordinatore U.O. Riabilitazione 1-Villa Igea-Trento, avvallato dal Direttore dell'area della Governance dei Processi delle Professioni Sanitarie.

In data 16/10/2024 il Comitato Etico Territoriale della Provincia Autonoma di Trento per le sperimentazioni cliniche (CET-PAT), istituito con deliberazione della Giunta provinciale n. 1998 del 20 ottobre 2023 (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, 2024), si pronuncia sulla non competenza da parte dello stesso, seguendo le indicazioni delle linee guida per la classificazione e conduzione degli studi osservazionali sui farmaci del 2024 (Agenzia Italiana del Farmaco, 2024).

La redazione della tesi è stata autorizzata in data 16/10/2024 dal Direttore dell'area della Governance dei Processi delle Professioni Sanitarie in delega alla Posizione Organizzativa del Dipartimento di Riabilitazione territoriale e dal Direttore del Distretto Nord del Dipartimento di Riabilitazione a condizione che i dati siano riportati solo in forma aggregata in rispetto al Regolamento UE 2016/679.

RISULTATI

Analisi statistica quantitativa

Il campione analizzato comprende 156 pazienti con lombalgia, ai quali era stato prescritto un trattamento di gruppo presso l'U.O. di Riabilitazione 1-Villa Igea di Trento, di cui 98 sono donne e 58 sono uomini.

Il campione è stato esaminato in termini di variabili demografiche e di contatto. L'**età** media al momento del contatto è di 55,3 anni, con una deviazione standard di 15,2 anni, e una mediana di 55,7 anni (range interquartile (IQR) 45,3-66,2) (Tab. 4). I maschi presentano una media di età leggermente più alta, pari a 57,1 anni (deviazione standard 16,0), con una mediana di 57,4 anni (IQR 45,4-70,5), mentre le femmine hanno una media di 54,2 anni (deviazione standard 14,7) e una mediana di 55,4 anni (IQR 45,7-63,5). Tuttavia, le differenze di età tra i sessi non risultano statisticamente significative, con un p-value di 0,22 ($p > 0.05$ come affermato nei materiali e metodi) nel test di U di Mann-Whitney. La maggior parte dei partecipanti si colloca nella **fascia di età** compresa tra i 45 e i 64 anni (50,6%); in particolare, il 44,8% dei maschi e il 54,1% delle femmine rientrano in questo gruppo, mentre le restanti classi di età mostrano una distribuzione simile tra i due sessi, senza differenze statisticamente rilevanti ($p = 0,26$) (Tab. 4).

Per quanto riguarda gli **operatori che pongono la prescrizione**, il 37,8% dei casi è stato gestito dal fisiatra 1, il 27,6% dal fisiatra 2, e il restante 34,6% da altri operatori. La distribuzione di questi operatori non presenta differenze significative tra uomini e donne ($p = 0,17$) secondo il chi quadro. Anche nell'analisi sui **fisioterapisti** che hanno tentato il contatto, la maggior parte dei partecipanti (94,9%) è stata contattata dal fisioterapista 1, mentre il fisioterapista 2 ha gestito una piccola parte dei casi (5,1%), senza variazioni rilevanti tra i due sessi ($p = 0,14$) (Tab. 4).

Esaminando il **tempo** trascorso dalla prescrizione al momento del contatto, emerge che la media è di 6,9 mesi con una deviazione standard di 3,3 mesi e una mediana di 7,0 mesi (IQR 4,4-9,7). Per i maschi, il tempo medio è di 7,2 mesi con deviazione standard di 3,3 (mediana 8,0 mesi, IQR 5,8-9,7), mentre per le femmine è di 6,8 mesi con deviazione standard di 3,5 (mediana 6,5 mesi, IQR 4,0-9,7). Anche in questo caso, le differenze tra i sessi non risultano statisticamente significative, come evidenziato dai p-value di 0,36 nel test di U di Mann-Whitney (Tab. 4).

Per quanto riguarda il periodo in cui è stato effettuato il tentativo di contatto, la distribuzione mensile mostra una certa variabilità, ma non si riscontrano differenze significative tra maschi e femmine ($p = 0,54$).

Tuttavia, quando si esaminano gli **esiti del tentativo di contatto**, si osserva una differenza interessante. È stato possibile contattare l'88,5% dei partecipanti, mentre l'11,5% è risultato non contattabile (Tab. 4). Tra coloro che sono stati raggiunti, il 77,5% ha scelto di proseguire nel percorso,

mentre i 22.5%, 31 persone su 156, sono il valore dei drop out dei pazienti contattati, di cui 58.1% per i maschi e 41.9% per le femmine. Si evidenzia una significativa differenza di genere.

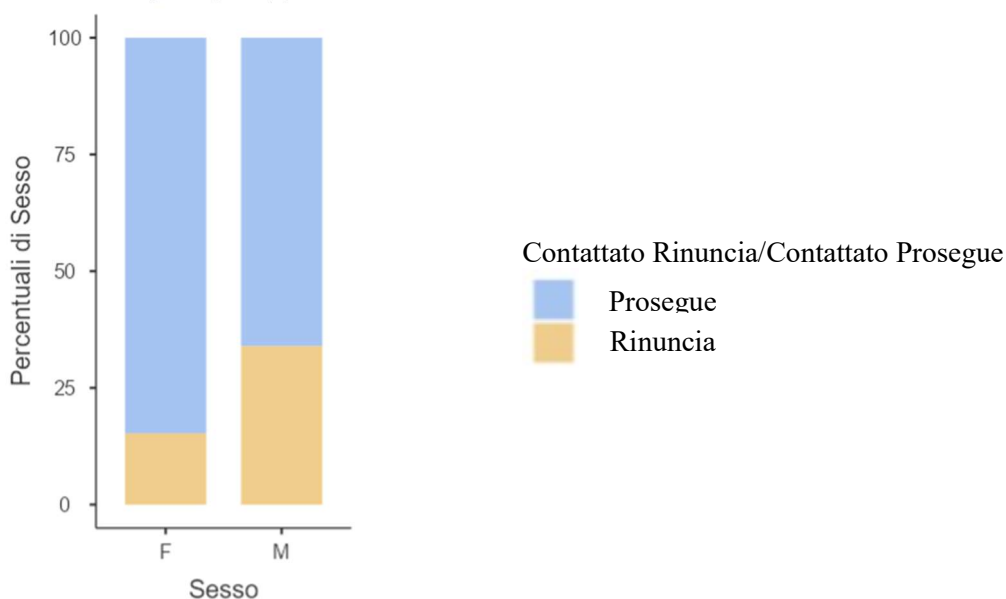
Alla luce del valore p (0.011 <0.05), si può affermare che i maschi hanno una probabilità significativamente maggiore di rifiutare rispetto alle femmine secondo il chi quadro, come evidenziato al Grafico 1 sottostante. Tale risultato suggerisce una maggiore propensione al proseguimento del percorso da parte delle donne rispetto agli uomini (Tab. 4).

Tabella 4: Popolazione in studio generale e suddivisione per genere

Variabile	Popolazione in studio (n° 156) Freq. assoluta(frequenze relativa)	Maschi (n° 58) Freq. assoluta(frequenze relativa)	Femmine (n° 98) Frequenza assoluta(frequenze relativa)	p-value
Età al contatto				
Media (dev.std.)	55,3 (15,2)	57,1 (16,0)	54,2 (14,7)	
Mediana (IQR)	55,7 (45,3-66,2)	57,4 (45,4-70,5)	55,4 (45,7-63,5)	0,22*
Età al contatto (per classi)				
0-44	35(22,4%)	12(7,7%)	23(14,7%)	
45-64	79(50,6%)	26(16,7%)	53(34,0%)	
≥65	42(26,9%)	20(12,8%)	22(14,1%)	0,26°
Operatore che pone indicazione				
1	59(37,8%)	20(12,8%)	39(25,0%)	
2	43(27,6%)	21(13,5%)	22(14,1%)	
altro	54(34,6%)	17(10,9%)	37(23,7%)	0,17°
Operatore che tenta il contatto				
1	148(94,9%)	57(36,5%)	91(58,3%)	
2	8(5,1%)	1(0,6%)	7(4,5%)	0,14°
Tempo dall'indicazione al contatto (mesi)				
Media (dev.std.)	6,9 (3,3)	7,2 (3,0)	6,8 (3,5)	
Mediana (IQR)	7,0 (4,4-9,7)	8,0 (5,8-9,7)	6,5 (4,0-9,7)	0,36*
Mese in cui viene tentato il contatto				
Marzo-aprile	4(2,6%)	2(1,3%)	2(1,3%)	
Maggio-Giugno	35(22,4%)	16(10,3%)	19(12,2%)	
Luglio-Agosto	57(36,5%)	21(13,5%)	36(23,1%)	
Settembre	60(38,5%)	19(12,2%)	41(26,3%)	0,54°
Tentativo di Contatto				
Non contattabile	18(11,5%)	5(3,2%)	13(8,3%)	
Contattato*	138(88,5%)	53(34,0%)	85(54,5%)	0,38°
*Se contattato, decide:				
Prosegue	107(77,5%)	35(66,0%)	72(84,7%)	
Rifiuta	31(22,5%)	18(34%)	13(15,3%)	0,011°

Legenda
*test U di Mann Whitney
°Chiquadrato
P<0,05
P =0,050+0,021

Grafico 1: Grafico a barre percentuali impilate che mostra la distribuzione dei pazienti per sesso (F: femmine, M: maschi) in base alla decisione di proseguire (P) o rinunciare (R) al trattamento.



Dall'analisi comparativa tra i pazienti contattati e quelli non contattabili emergono differenze significative, in particolare nell'età e nel tempo di attesa, evidenziate dal test di Mann-Whitney (Tab. 5).

Per quanto riguarda l'**età** al momento del contatto, come evidenzia il Grafico 2, i pazienti contattati hanno una media di 56,2 anni (deviazione standard di 15,0) e una mediana di 55,9 anni (IQR 47,2-68,1). I non contattabili, invece, mostrano un'età media inferiore, pari a 48,0 anni (deviazione standard di 15,0) e una mediana di 49,8 anni (IQR 37,1-58,3). Il test di Mann-Whitney rileva una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi ($p = 0,034$), indicando che i pazienti più giovani sono stati meno facilmente raggiungibili rispetto ai pazienti più anziani (Tab. 5) e come emerge dal Grafico 3, in maniera più evidente.

Inoltre, analizzando il **tempo** trascorso dalla prescrizione del trattamento al tentativo di contatto, si osserva che i pazienti non contattabili hanno un'attesa media di 8,1 mesi (deviazione standard di 2,9) e una mediana di 9,4 mesi (IQR 6,2-10,2), mentre i contattati presentano un tempo medio di 6,8 mesi (deviazione standard di 3,4) e una mediana di 6,6 mesi (IQR 4,0-9,5). Anche in questo caso, il test di Mann-Whitney suggerisce una differenza rilevante tra i due gruppi ($p = 0,071$), pur non risultando statisticamente significativo al livello convenzionale di 0,05. Il Grafico è possibile consultarlo in Allegato 1. Questa tendenza potrebbe comunque indicare che un tempo di attesa più lungo riduce le probabilità di contattare efficacemente i pazienti (Tab. 5).

Infine, l'analisi del **me**se in cui è stato effettuato il tentativo di contatto mostra una differenza significativa tra i due gruppi. Nei mesi di luglio e agosto, i non contattabili rappresentano il 27,8% rispetto al 37,7% dei contattati. A settembre, invece, il 39,9% dei contattati ha ricevuto un tentativo di contatto, a fronte del 27,8% dei non contattabili (Tab. 5). Il test del chi-quadrato per la distribuzione

mensile è significativo ($p = 0,001$), suggerendo che la stagionalità influenza il successo nel contattare i pazienti, come possiamo vedere chiaramente nel Grafico 4. Questi dati indicano che i contatti a settembre sono stati i più frequenti e probabilmente più efficaci, come suggerito dal valore p significativo (Tab. 5).

In sintesi, i risultati del test di U di Mann-Whitney mostrano che i pazienti contattati tendono ad essere più anziani e ad avere un intervallo di tempo più breve tra la prescrizione e il contatto rispetto ai non contattabili. Inoltre, il test del chi-quadrato evidenzia un'influenza significativa della stagionalità sul tasso di contatto (Tab. 5).

Questi dati suggeriscono che età, tempi di attesa e mese di contatto possono influire sull'efficacia della comunicazione, offrendo indicazioni utili per ottimizzare le procedure in base a queste variabili.

Tabella 5: Pazienti non contattabili-contattati

Variabile	Non Contattabili (n. 18)	Contattati (n. 138)	p value
	freq.assoluta(frequenza relativa)	freq.assoluta	
Sesso			
M	5(27,8%)	53(38,4%)	0,38°
F	13(72,2%)	85(61,6%)	
Età al contatto			
Media (dev.std.)	48,0 (15,0)	56,2(15,0)	0,034*
Mediana (IQR)	49,8 (37,1-58,3)	55,9 (47,2-68,1)	
Età al contatto (per classi)			
0-44	7(38,9%)	28(20,3%)	0,11°
45-64	9(50,0%)	70(50,7%)	
>=65	2(11,1%)	40(29,0%)	
Operatore che pone indicazione			
1	5(27,8%)	54(39,1%)	0,34°
2	4(22,2%)	39(28,3%)	
altro	9(50,0%)	45(32,6%)	
Operatore che tenta il contatto			
1	18(100,0%)	130(94,2%)	0,29°
2	0(0,0%)	8(5,8%)	
Tempo dall'indicazione al contatto (mesi)			
Media (dev.std.)	8,1 (2,9)	6,8 (3,4)	0,071*
Mediana (IQR)	9,4 (6,2-10,2)	6,6 (4,0-9,5)	
Mese in cui viene tentato il contatto			
Marzo-aprile	3(16,7%)	1(0,7%)	0,001°
Maggio-Giugno	5(27,8%)	30(21,7%)	
Luglio-Agosto	5(27,8%)	52(37,7%)	
Settembre	5(27,8%)	55(39,9%)	

Legenda

*test U di Mann Whitney

°Chiquadrato

P<0,05

P =0,050+0,021

Grafico 2: Box plot età alla prescrizione-contattati/non contattati

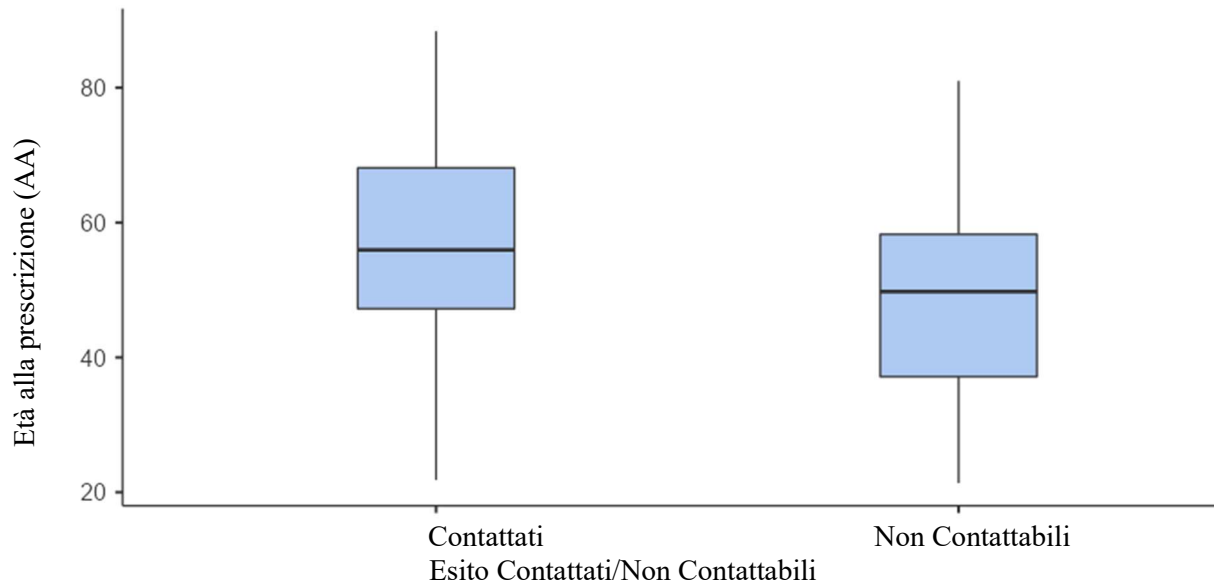


Grafico 3: Rapporto classi di età contatto in grafico a barre; Classe X (0-44 anni); Classe Y (45-64 anni); Classe Z (65-900 anni)

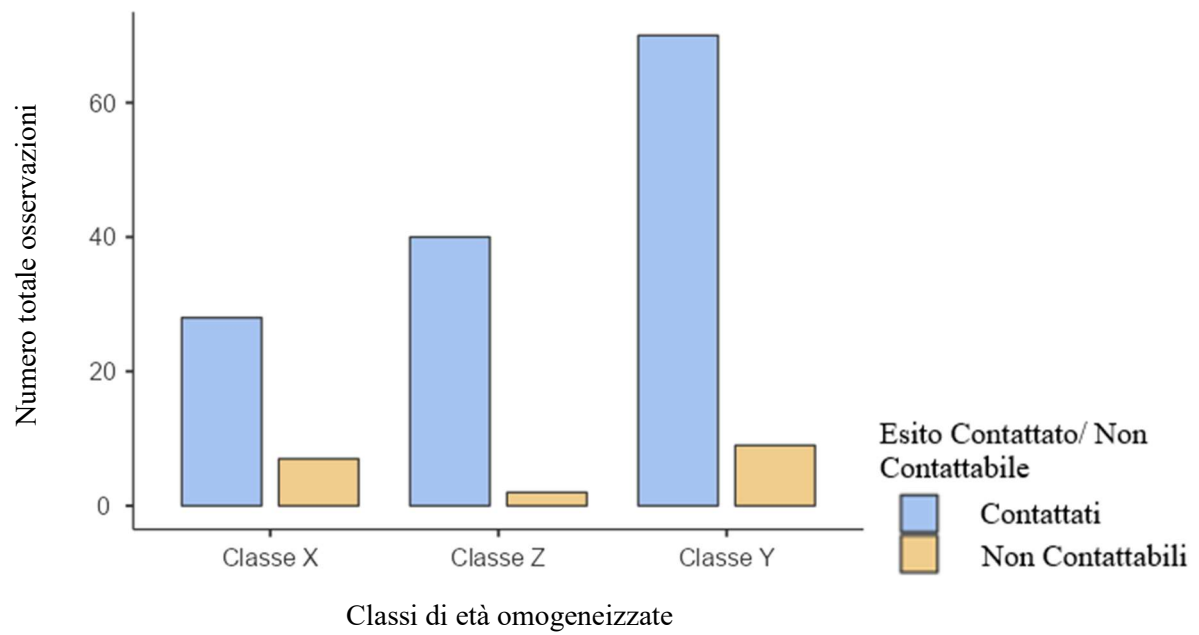
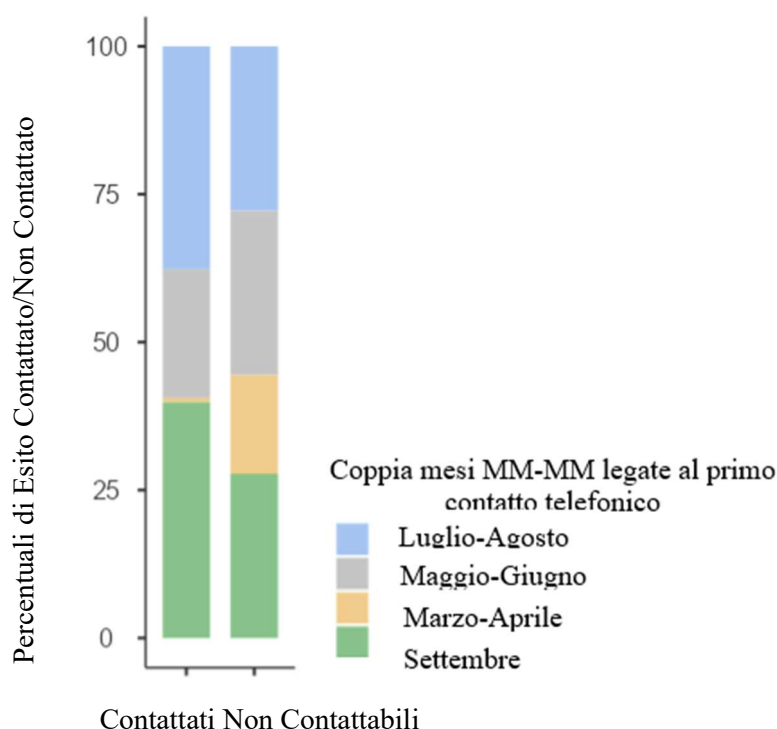


Grafico 4: A barre impilate esito contatto/non contatto- mesi



L'analisi dei pazienti contattati, suddivisi tra coloro che hanno deciso di proseguire il trattamento e quelli che hanno rifiutato, evidenzia differenze significative in alcune variabili chiave (Tab. 6).

Dal punto di vista del **genere**, i pazienti che rifiutano sono prevalentemente uomini, rappresentando il 58,1% di questo gruppo, mentre le donne costituiscono il 41,9% (Tab. 6). Al contrario, tra coloro che accettano il trattamento, le donne sono la maggioranza con il 67,3%, rispetto al 32,7% degli uomini. Questa differenza tra i sessi è statisticamente significativa, con un valore p di 0,011 nel test del chi-quadrato, suggerendo una maggiore propensione delle donne a proseguire il trattamento rispetto agli uomini (Tab. 6).

Anche l'**età** dei pazienti sembra aiutare, sebbene in misura meno rilevante. L'età media di chi rifiuta è di 57,2 anni con deviazione standard 17.0, con una mediana di 57,5 anni con range interquartilico 46.0-73.9, mentre tra coloro che accettano l'età media è di 55,9 anni con deviazione standard 14.5, con una mediana di 55,8 anni con range interquartilico pari a 46.8-66.2. Nonostante questa differenza, il test di Mann-Whitney non rileva una significatività statistica ($p = 0,52$), indicando che l'età potrebbe non essere un fattore determinante nella decisione di accettare o rifiutare il trattamento (Tab. 6).

Un altro aspetto rilevante riguarda il **tempo** trascorso dalla prescrizione al primo contatto telefonico con il Servizio da parte del paziente.

I pazienti che rifiutano hanno un'attesa media di 8,1 mesi (deviazione standard 2.5), con una mediana di 8,7 mesi (IQR 7.2-9.9), mentre quelli che accettano hanno un'attesa media di 6,4 mesi (deviazione

standard 3.5), con una mediana di 6,4 mesi (IQR 3.5-9.4). Il test di Mann-Whitney evidenzia una differenza quasi significativa ($p = 0,060$), suggerendo che un tempo di attesa più lungo potrebbe ridurre la probabilità di accettazione del trattamento, come emerge dal Grafico 5.

Sebbene il valore p di 0,06 non raggiunga il livello convenzionale di significatività statistica ($p < 0,05$), esso potrebbe riflettere la limitata potenza statistica dello studio, attribuibile al numero di pazienti analizzati, e suggerisce una tendenza che, pur non significativa, presenta una rilevanza clinica potenzialmente utile, soprattutto nel contesto esplorativo di questa ricerca; ulteriori indagini con campioni più ampi potrebbero confermare o escludere questa associazione, offrendo spunti per strategie specifiche di intervento. Questo dato potrebbe indicare l'importanza di ridurre i tempi di attesa per ridurre i drop out o favorire una maggiore adesione (Tab. 6).

Il **me**se in cui è stato effettuato il tentativo di contatto sembra influenzare l'esito. I pazienti che hanno rifiutato il trattamento sono stati contattati più frequentemente nei mesi di luglio e agosto, mentre quelli che hanno accettato sono stati contattati principalmente a settembre, come possiamo notare nel Grafico 6. La distribuzione dei contatti per mese differisce in modo significativo tra i due gruppi ($p = 0,047$), suggerendo che il periodo estivo possa influire negativamente sulla decisione di proseguire il percorso terapeutico (Tab. 6).

Tabella 6: Contattati che hanno rifiutato-accettato la prosecuzione del trattamento

Variable	Contattati, RIFIUTANO (n. 31) freq.assoluta(freq.relativa)	Contattati, ACCETTANO (n. 107) freq.assoluta(freq.relativa)	p value
Sesso			
M	18(58,1%)	35(32,7%)	0,011°
F	13(41,9%)	72(67,3%)	
Età al contatto			
Media (dev.std.)	57,2 (17,0)	55,9 (14,5)	0,52*
Mediana (IQR)	57,5 (46,0-73,9)	55,8 (47,8-66,2)	
Età al contatto (per classi)			
0-44	7(22,6%)	21(19,6%)	0,52°
45-64	11(35,5%)	29(27,1%)	
≥65	13(41,9%)	57(53,3%)	
Operatore che pone indicazione			
1	12(38,7%)	42(39,3%)	0,09°
2	13(41,9%)	26(24,3%)	
altro	6(19,4%)	39(36,4%)	
Operatore che tenta il contatto			
1	30(96,8%)	100(93,5%)	0,48°
2	1(3,2%)	7(6,5%)	
Tempo dall'indicazione al contatto (mesi)			
Media (dev.std.)	8,1 (2,5)	6,4 (3,5)	0,060*
Mediana (IQR)	8,7 (7,2-9,9)	6,4 (3,5-9,4)	
Mese in cui viene tentato il contatto			
Marzo-aprile	1(3,2%)	0(0,0%)	0,047°
Maggio-Giugno	8(25,8%)	22(20,6%)	
Luglio-Agosto	15(48,4%)	37(34,6%)	
Settembre	7(22,6%)	48(44,9%)	

Legenda
*test U di Mann Whitney
°Chiquadrato
P<0,05
P =0,050+0,021

Grafico 5: Box plot tempo indicazione-primo contatto e rinuncia/prosecuzione

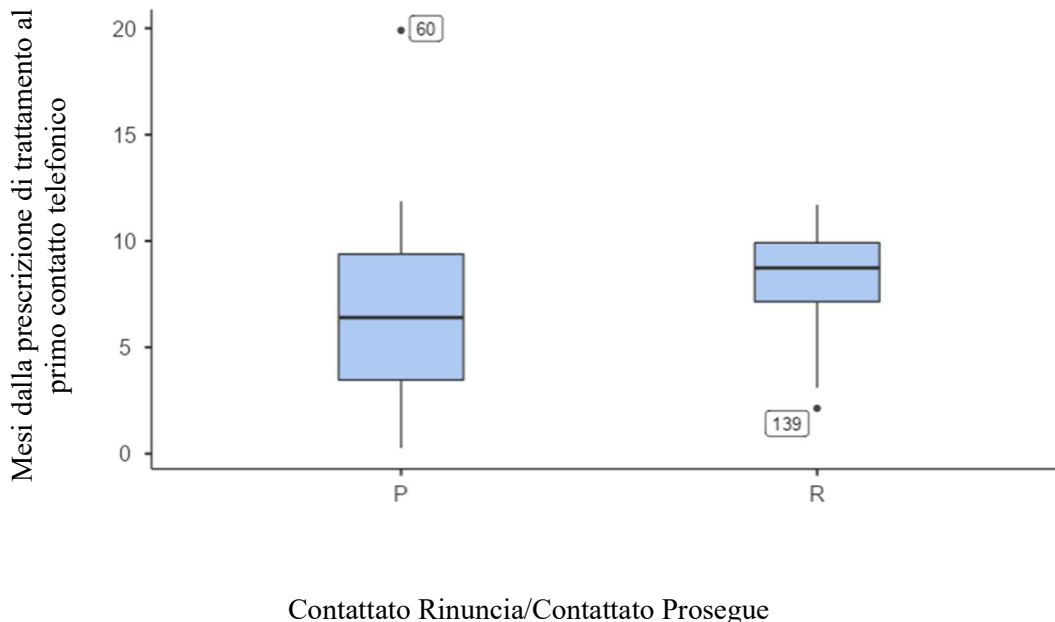
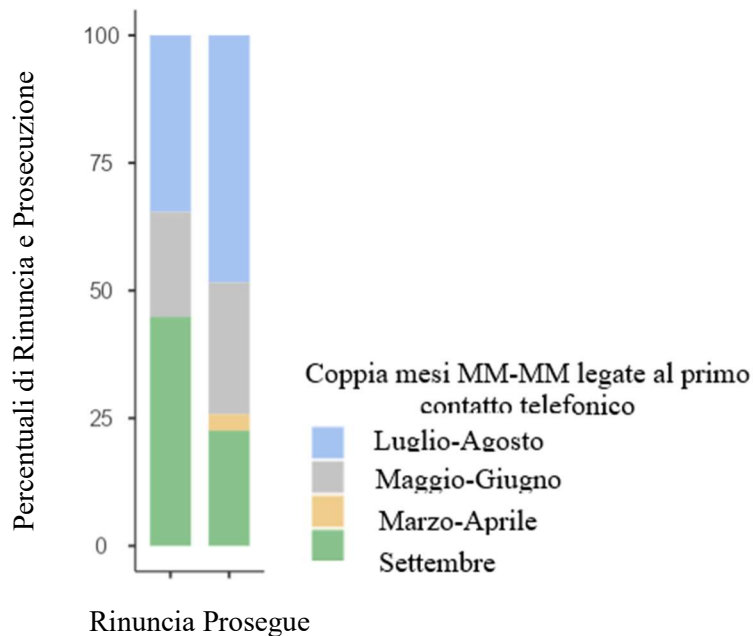


Grafico 6: A barre impilate confronto stagionalità rifiuto/prosecuzione



Contattato Rinuncia/Contattato Prosegue

In conclusione, i risultati indicano che il genere, il tempo di attesa e il periodo dell'anno influenzano in modo significativo la decisione dei pazienti di aderire al trattamento. I pazienti più giovani tendono a non rispondere, mentre gli uomini mostrano una maggiore propensione al rifiuto rispetto alle donne.

Un'attesa più lunga riduce la probabilità di accettazione e nei mesi estivi si osserva una maggiore frequenza di rifiuti.

Inoltre, i valori di *p* vicini alla significatività suggeriscono che un intervallo di tempo più lungo tra la prescrizione e il primo contatto potrebbe essere associato a una minore probabilità di risposta e accettazione. Tuttavia, il numero limitato di partecipanti non ha permesso di condurre un'analisi quantitativa significativa sulle motivazioni del rifiuto, rendendo difficile individuare correlazioni statisticamente solide tra i fattori emersi.

A seguito di ciò è stata eseguita un'analisi multivariata. Tre modelli di regressione logistica analizzano tre aspetti distinti, ma interconnessi, nella gestione dei pazienti.

Il primo modello (Tab. 7) si concentra sul mancato contatto telefonico come evento specifico, cercando di identificare i fattori che rendono un paziente irraggiungibile al telefono. Questo modello mira a comprendere le caratteristiche che influenzano direttamente la possibilità di stabilire un contatto con i pazienti.

Tabella 7: Modello regressione 1

		Risk Relative	95% CI	<i>p value</i>
Sesso	Male	1	---	---
	Female	1,80	(0,58-5,64)	0,311
Età al contatto	(+1 anno)	0,96	(0,93-0,99)	0,033
Stagione	Maggio-Giugno	1	---	---
	Luglio-Agosto	1,32	(0,29-5,82)	0,717
	Settembre	3,03	(0,85-10,78)	0,087
Mesi da indicazione	< 6mesi	1	---	---
	6-9 mesi	1,211	(0,28-5,27)	0,799
	>9 mesi	2,743	0,79-9,55)	0,113
Variabile dipendente: <u>Mancato contatto telefonico</u> (18/156 Utenti). Variabili Indipendenti: <u>Sesso</u> (Female vs. Male); <u>Età al contatto</u> (+1 anno); <u>Stagione</u> (Lug.Ago. Vs. Mag.Giu. E Set. Vs. Mag.Giu.); <u>Mesi da indicazione a contatto</u> (tra 6 e 9 mesi vs. <6 mesi e >9 mesi vs. <6 mesi)				

Il secondo modello (Tab. 8), invece, analizza il rifiuto del trattamento da parte dei pazienti contattati. Una volta stabilito il contatto telefonico, l'obiettivo è capire quali fattori portino alcuni pazienti a rifiutare di proseguire il percorso terapeutico proposto, concentrandosi sulle dinamiche che influenzano questa decisione.

Infine, il terzo modello (Tab. 9) esamina una combinazione più ampia di eventi, ovvero il mancato contatto telefonico o il rifiuto del trattamento. Questo modello consente di esplorare, in modo integrato, tutti i possibili ostacoli che possono emergere nel processo di coinvolgimento dei pazienti, dalla difficoltà nel contattarli fino al loro eventuale rifiuto.

Questa differenziazione tra i modelli permette di indagare ciascun passaggio del percorso

comunicativo e decisionale del paziente, fornendo una visione completa delle barriere e delle criticità nella gestione organizzativa e clinica.

L'analisi del primo modello 1 di regressione logistica si concentra sui fattori che influenzano la probabilità di mancato contatto telefonico, osservato in 18 su 156 pazienti. La variabile dipendente è il mancato contatto, mentre le variabili indipendenti includono sesso, età al momento del contatto, stagione del contatto e il tempo trascorso tra la prescrizione al trattamento e il tentativo di contatto.

Il sesso non risulta significativamente associato all'esito, con le donne che mostrano una maggiore probabilità di mancato contatto rispetto agli uomini (rischio relativo 1,80; IC 95%: 0,58-5,64, $p = 0,311$), ma senza raggiungere la significatività statistica. Emerge che l'età al momento del contatto rappresenta un predittore significativo per il drop-out. In particolare, l'aumento di un anno nell'età del paziente si associa a una riduzione del rischio di abbandono del trattamento pari al 4%, con un rischio relativo di 0,96 (95%CI 0,93-0,99) e un p-value pari a 0,033 (Tab. 7). Questa evidenza suggerisce che il drop-out è più probabile tra i pazienti giovani rispetto a quelli più anziani, indicando una maggiore rischio di non riuscire a contattare gli utenti più giovani.

La stagione del contatto non risulta determinante, con Luglio-Agosto (rischio relativo 1,32; IC 95%: 0,29-5,82, $p = 0,717$) e Settembre (rischio relativo 3,03; IC 95%: 0,85-10,78, $p = 0,087$) che non presentano differenze significative rispetto a Maggio-Giugno. Tuttavia, il valore di settembre si avvicina alla soglia del significato, suggerendo una potenziale tendenza verso una maggiore probabilità di mancato contatto in quel periodo.

Per quanto riguarda i mesi trascorsi tra la prescrizione al trattamento e il contatto, i pazienti contattati dopo più di 9 mesi mostrano un rischio più elevato di mancato contatto (rischio relativo 2,743; IC 95%: 0,79-9,55, $p = 0,113$) rispetto a quelli contattati entro i primi 6 mesi, anche se il risultato non è statisticamente significativo. Una tendenza simile è osservata per i pazienti contattati tra 6 e 9 mesi (rischio relativo 1,211; IC 95%: 0,28-5,27, $p = 0,799$).

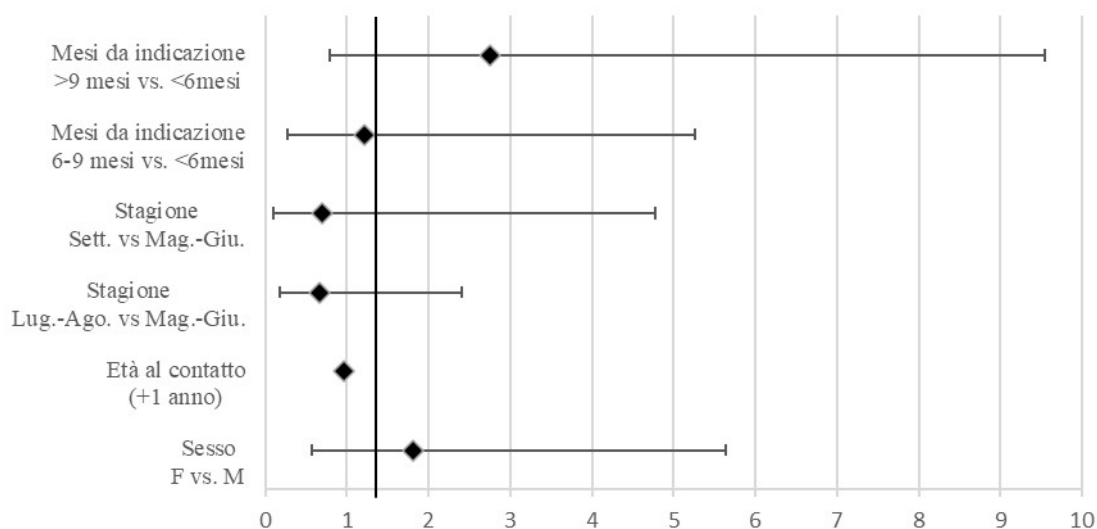
In sintesi, l'età del paziente è l'unico fattore significativamente associato al mancato contatto telefonico, con un rischio ridotto all'aumento dell'età.

Sebbene né la stagione né il tempo trascorso dalla prescrizione al contatto raggiungano la significatività statistica, alcune tendenze osservate meritano ulteriori approfondimenti, in particolare il maggiore rischio associato ai contatti effettuati dopo lunghi intervalli o in determinati periodi dell'anno come settembre (Tab. 7).

Il grafico del modello 1 offre un'indicazione immediata della precisione delle stime e delle variabili con potenziali tendenze, pur evidenziando l'incertezza dei dati per alcune categorie, come i mesi da indicazione al contatto (Grafico 7) e questo vale anche per tutti gli altri grafici.

Grafico 7: Rappresentazione regressione logica 1

	Risk Relative	95% CI Lower	graph lower 95%CI	95% CI Upper	graph upper 95%CI	Position
Sesso F vs. M	1,803	0,576	1,227	5,644	3,841	0,5
Età al contatto (+1 anno)	0,965	0,933	0,032	0,997	0,032	1,5
Stagione Lug.-Ago. vs Mag.-Giu.	0,66	0,18	0,48	2,41	1,744	2,5
Stagione Sett. vs Mag.-Giu.	0,70	0,10	0,596	4,78	4,08	3,5
Mesi da indicazione 6-9 mesi vs. <6mesi	1,211	0,278	0,933	5,265	4,054	4,5
Mesi da indicazione >9 mesi vs. <6mesi	2,743	0,788	1,955	9,552	6,809	5,5



L'analisi dei dati del modello 2 di regressione logistica rivela alcune informazioni importanti riguardo ai fattori che influenzano la probabilità di rifiuto da parte dei pazienti contattati per proseguire il trattamento. La variabile dipendente considerata è il rifiuto del trattamento, con 31 rifiuti su 138 pazienti contattati. Tra le variabili indipendenti analizzate, il sesso del paziente risulta significativo: le donne, rispetto agli uomini, presentano una probabilità inferiore di rifiutare il trattamento, con un rischio relativo di 0,38 (IC 95%: 0,17-0,88, $p = 0,024$). L'età del paziente al momento del contatto non sembra avere un impatto significativo, con un rischio relativo associato a un incremento di un anno pari a 0,99 (IC 95%: 0,99-1,03, $p = 0,6$).

Anche la stagione del contatto non emerge come fattore determinante. Confrontando Luglio-Agosto e Settembre rispetto al periodo di riferimento Maggio-Giugno, le differenze non risultano statisticamente significative ($p = 0,705$ e $p = 0,848$, rispettivamente). Tuttavia, i mesi trascorsi dalla prescrizione al momento del contatto mostrano un'associazione importante. I pazienti contattati dopo più di 9 mesi hanno una probabilità significativamente più alta di rifiutare il trattamento rispetto a quelli contattati entro i primi 6 mesi, con un rischio relativo di 3,59 (IC 95%: 1,14-11,24, $p = 0,028$). Per il gruppo contattato tra 6 e 9 mesi, il risultato non è significativo, ma suggerisce una tendenza

simile, con un rischio relativo di 2,61 (IC 95%: 0,82-8,29, $p = 0,103$).

In sintesi, il sesso e il tempo trascorso dalla prescrizione sono i principali fattori che influenzano il rifiuto del trattamento. Le donne tendono a rifiutare meno rispetto agli uomini, mentre i ritardi superiori ai 9 mesi aumentano significativamente la probabilità di un rifiuto. Questi risultati possono essere utili per orientare gli interventi mirati a ridurre i tassi di abbandono (Tab. 8).

Tabella 8: Modello regressione 2

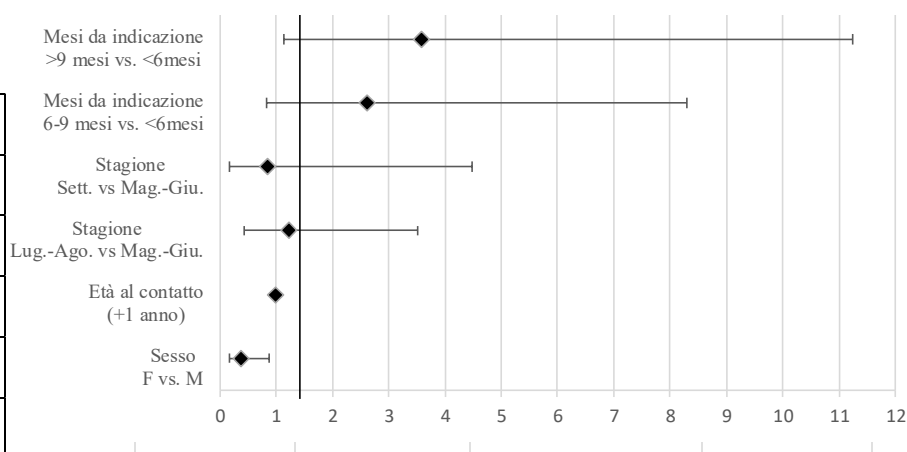
		Risk Relative	95% CI	p value
Sesso	Male	1	---	---
	Female	0,38	(0,17-0,88)	0,024
Età al contatto	(+1 anno)	0,99	(0,99-1,03)	0,6
Stagione	Maggio-Giugno	1	---	---
	Luglio-Agosto	1,23	(0,43-3,52)	0,705
	Settembre	0,85	(1,61-4,49)	0,848
Mesi da indicazione	< 6mesi	1	---	---
	6-9 mesi	2,61	(0,82-8,29)	0,103
	>9 mesi	3,59	(1,14-11,24)	0,028
Variabile dipendente: <u>Se contattato, rifiuta di proseguire il trattamento (31/138 Utenti).</u> Variabili Indipendenti: <u>Sesso (Female vs. Male); Età al contatto (+1 anno); Stagione (Lug.Ago. Vs. Mag.Giu. E Set. Vs. Mag.Giu.); Mesi da indicazione a contatto (tra 6 e 9 mesi vs. <6 mesi e >9 mesi vs. <6 mesi)</u>				

Un aspetto rilevante, come la maggiore incertezza associata ai contatti avvenuti tra 6 e 9 mesi dalla prescrizione, può essere osservato con maggiore chiarezza nel Grafico 8.

Grafico 8: Rappresentazione regressione 2

	Risk Relative	95% CI Lower	graph lower 95%CI	95% CI Upper	graph upper 95%CI	Position
Sesso F vs. M	0,375	0,161	0,214	0,874	0,499	0,5
Età al contatto (+1 anno)	0,999	0,971	0,028	1,03	0,029	1,5
Stagione Lug.-Ago. vs Mag.-Giu.	1,23	0,43	0,799	3,52	2,293	2,5
Stagione Sett. vs Mag.-Giu.	0,85	0,16	0,688	4,49	3,638	3,5
Mesi da indicazione 6-9 mesi vs. <6mesi	2,613	0,824	1,789	8,288	5,675	4,5
Mesi da indicazione >9 mesi vs. <6mesi	3,587	1,145	2,442	11,24	7,653	5,5

Female	0,38	(0,17-0,88)
(+1 anno)	0,99	(0,49-3,35)
Luglio-Agosto	1,23	(0,43-3,52)
Settembre	0,85	(1,61-4,49)
6-9 mesi	2,61	(0,82-8,29)
>9 mesi	3,59	(1,14-11,24)



L'analisi del terzo modello di regressione logistica offre ulteriori dettagli sui fattori che influenzano la probabilità che un paziente sia non contattabile o rifiuti di proseguire il trattamento, evento osservato in 49 su 156 pazienti. Le variabili indipendenti analizzate includono sesso, età al momento del contatto, stagione del contatto e il tempo trascorso tra la prescrizione al trattamento e il contatto stesso.

Il sesso non risulta significativamente associato all'esito, sebbene le donne presentino una probabilità inferiore rispetto agli uomini, con un rischio relativo di 0,59 (IC 95%: 0,29-1,20, $p = 0,145$). Anche l'età al contatto non sembra avere un impatto rilevante, con un rischio relativo per un incremento di un anno pari a 0,99 (IC 95%: 0,97-1,01, $p = 0,341$).

Per quanto riguarda la stagione del contatto, non emergono differenze significative. I contatti effettuati nei mesi di Luglio-Agosto e Settembre, rispetto a Maggio-Giugno, non mostrano associazioni significative con l'esito ($p = 0,211$ e $p = 0,088$, rispettivamente).

Il fattore più rilevante è il tempo trascorso tra la prescrizione al trattamento e il momento del contatto. I pazienti contattati dopo più di 9 mesi hanno una probabilità significativamente più alta di non essere contattabili o di rifiutare il trattamento, con un rischio relativo di 3,73 (IC 95%: 1,52-9,16, $p < 0,0001$) rispetto a quelli contattati entro i primi 6 mesi. Sebbene il risultato per il gruppo contattato tra 6 e 9 mesi non sia statisticamente significativo, emerge una tendenza verso un rischio maggiore, con un rischio relativo di 2,13 (IC 95%: 0,84-5,42, $p = 0,111$).

In conclusione, mentre il sesso, l'età e la stagione del contatto non sembrano variare in modo significativo l'esito, il tempo trascorso dalla prescrizione gioca un ruolo determinante. I ritardi superiori ai 9 mesi aumentano in modo significativo la probabilità di non essere contattabili o di rifiutare il trattamento (Tab. 9).

Tabella 9: Modello regressione 3

		Risk Relative	95% CI	p value
Sesso	Male	1	---	---
	Female	0,59	(0,29-1,20)	0,145
Età al contatto	(+1 anno)	0,99	(0,97-1,01)	0,341
Stagione	Maggio-Giugno	1	---	---
	Luglio-Agosto	1,02	(0,41-2,56)	0,211
	Settembre	0,81	(0,20-3,25)	0,088
Mesi da indicazione	< 6mesi	1	---	---
	6-9 mesi	2,13	(0,84-5,42)	0,111
	>9 mesi	3,73	(1,52-9,16)	<0,0001

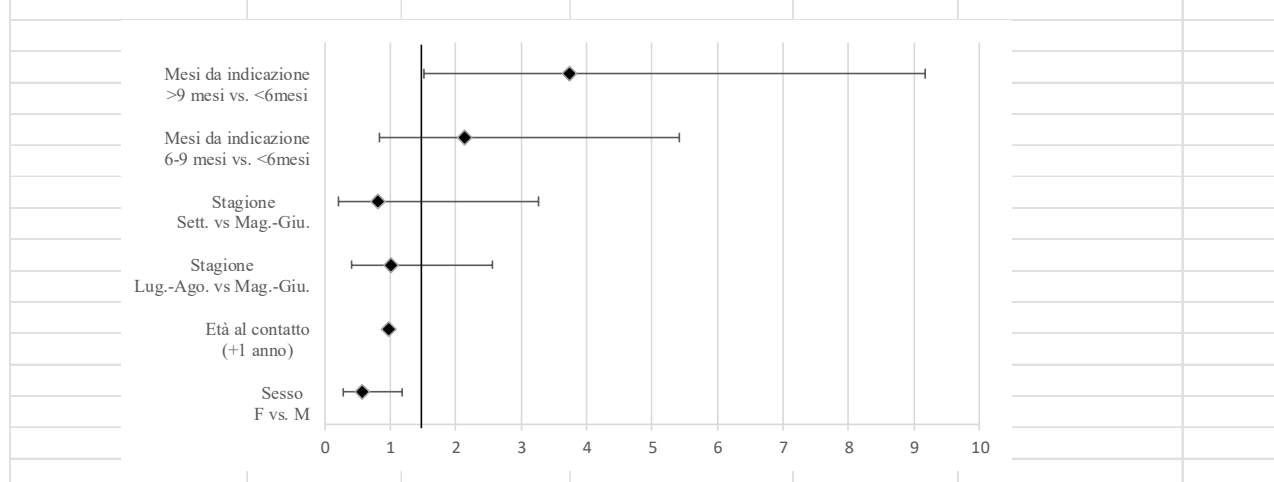
Variabile dipendente: Non contattabile o Rifiuta di proseguire il trattamento (49/156 Utenti).

Variabili Indipendenti: Sesso (Female vs. Male); Età al contatto (+1 anno); Stagione (Lug.Ago. Vs. Mag.Giu. E Set. Vs. Mag.Giu.); Mesi da indicazione a contatto (tra 6 e 9 mesi vs. <6 mesi e >9 mesi vs. <6 mesi)

Il Grafico 9 permette di cogliere con maggiore immediatezza dettagli sulla precisione delle stime e sull'incertezza legata a specifiche variabili, non sempre evidenti nel testo numerico.

Grafico 9: Rappresentazione grafico 3

	Risk Relative	95% CI Lower	graph lower 95%CI	95% CI Upper	graph upper 95%CI	Position
Sesso F vs. M	0,574	0,279	0,295	1,184	0,61	0,5
Età al contatto (+1 anno)	0,988	0,965	0,023	1,012	0,024	1,5
Stagione Lug.-Ago. vs Mag.-Giu.	1,018	0,405	0,613	2,563	1,545	2,5
Stagione Sett. vs Mag.-Giu.	0,81	0,201	0,609	3,254	2,444	3,5
Mesi da indicazione 6-9 mesi vs. <6mesi	2,133	0,84	1,293	5,416	3,283	4,5
Mesi da indicazione >9 mesi vs. <6mesi	3,733	1,521	2,212	9,164	5,431	5,5



Per comprendere in modo più approfondito i motivi che spingono i pazienti a rifiutare il trattamento, è stata condotta un'analisi qualitativa delle motivazioni riportate, utilizzando il metodo della Grounded Theory.

Analisi qualitativa secondo approccio Grounded Theory

Sono state riportate, da parte dei pazienti, 40 motivazioni di rifiuto al trattamento. Queste sono state sottoposte al processo di Grounded Theory, che si articola in diverse fasi che spiegano il metodo e le categorie emerse, con l'obiettivo di identificare temi e concetti ricorrenti (Tarozzi, M. 2008).

Sono state prese in considerazione sia le motivazioni primarie che secondarie. Inizialmente, nella fase di codifica aperta, sono state esaminate le motivazioni di rifiuto riportate dai pazienti, attribuendo etichette ai concetti emersi senza preconcetti.

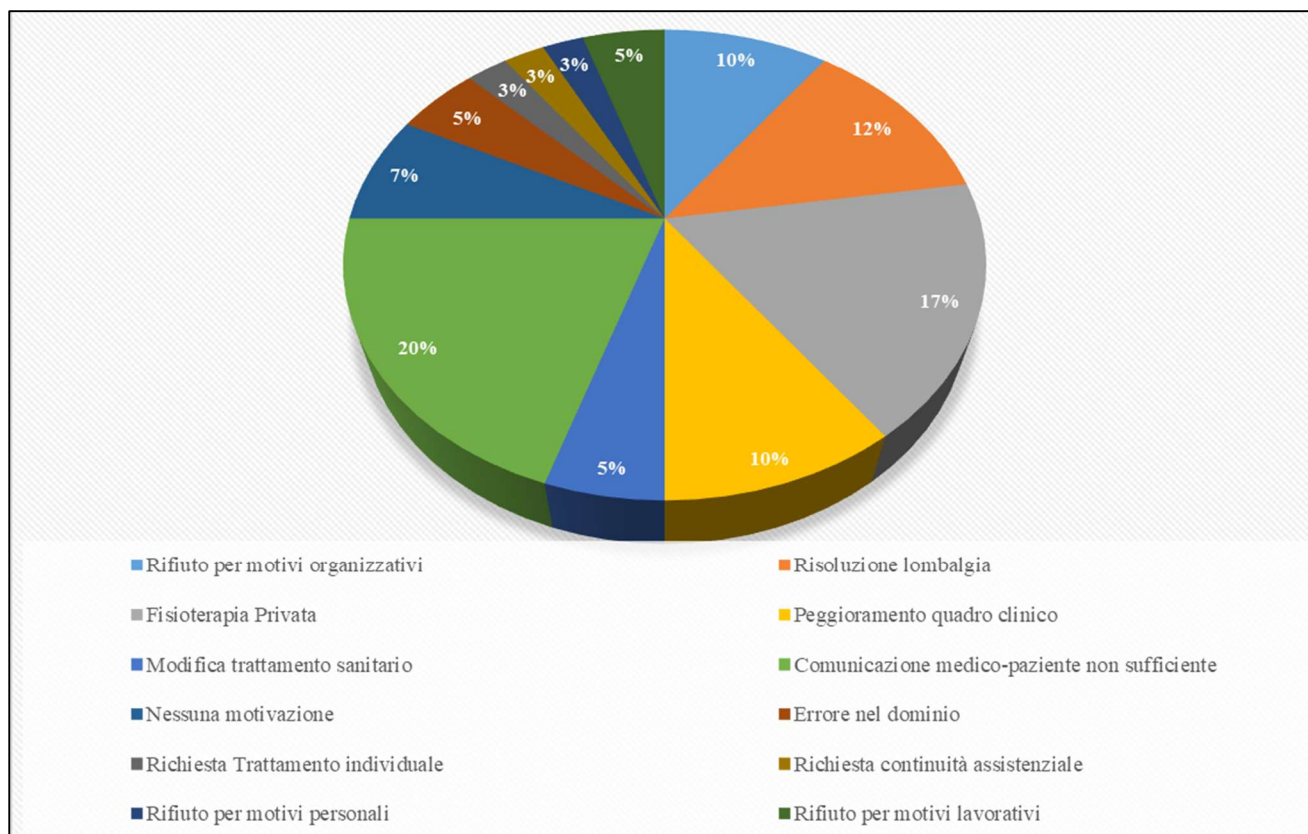
Questa lettura dettagliata ha permesso di distinguere le ragioni principali del rifiuto in categorie specifiche (Grafico 10).

I motivi organizzativi, per esempio familiari, i motivi personali e lavorativi sono legati al paziente stesso. I risultati clinici positivi rappresentano quei casi in cui i pazienti hanno percepito un miglioramento tale da non ritenere più necessario il trattamento, mentre quelli negativi sono legati a un peggioramento del quadro sintomatologico. Altri pazienti hanno scelto di rivolgersi a servizi di fisioterapia privata, spinti dai tempi di attesa del servizio pubblico e dalla percezione di una comunicazione inadeguata.

In alcuni casi, il cambio del piano di trattamento è stato determinato da decisioni mediche che hanno portato i pazienti ad abbandonare il percorso di gruppo.

Inoltre, sono emersi problemi di comunicazione insufficiente, come la mancanza di informazioni precise sul trattamento di gruppo ai pazienti reclutati, che hanno creato incertezze sui benefici del trattamento, nonché casi di rifiuto senza motivazioni specifiche. Infine, alcuni pazienti hanno riportato errori nel dominio, ovvero situazioni in cui i pazienti erano di un altro distretto sanitario e sono stati erroneamente inseriti dai fisiatristi nel dominio di Villa Igea.

Grafico 10: Frequenze motivazioni prima categorizzazione



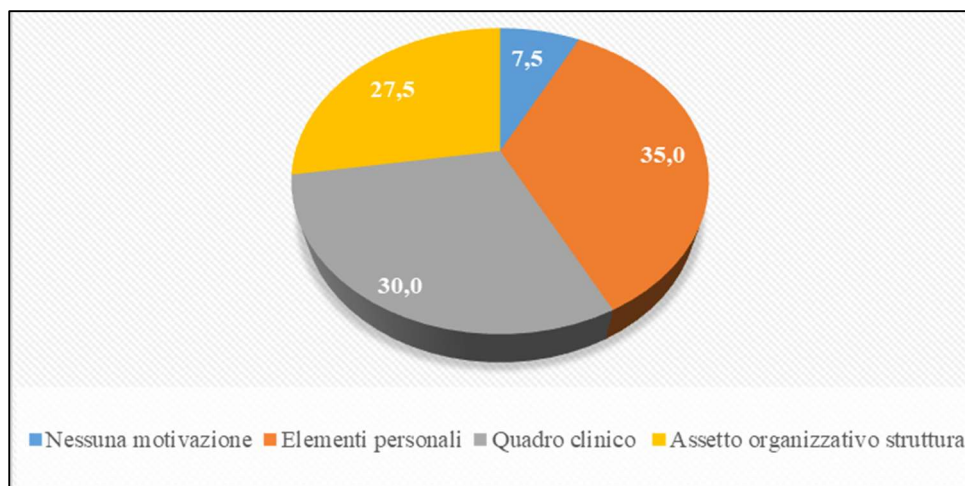
Successivamente, nella fase di codifica assiale, abbiamo raggruppato queste motivazioni in quattro categorie principali, tenendo conto delle relazioni tra esse. La prima categoria, elementi personali, raccoglie motivazioni legate ad impegni familiari e lavorativi, all'attrazione per trattamenti privati e ad altre ragioni personali.

La seconda, quadro clinico, include sia casi di miglioramento spontaneo dei sintomi, sia situazioni in cui le condizioni cliniche sono peggiorate, richiedendo un diverso approccio terapeutico.

La terza categoria, assetto organizzativo strutturale, si riferisce a problemi organizzativi, come la comunicazione inefficace medico-paziente e gli errori di gestione che hanno causato insoddisfazione o incomprensioni.

L'ultima categoria, nessuna motivazione, riguarda quei pazienti che non hanno fornito spiegazioni per il loro rifiuto. Per rendere visibili le relazioni tra queste categorie e la loro distribuzione, è stato prodotto un grafico a torta (Grafico 11) che mostra la percentuale di rifiuti per ciascuna delle quattro categorie principali.

Grafico 11: Frequenze motivazioni seconda categorizzazione



Durante la fase di codifica selettiva, abbiamo individuato un concetto centrale che riassume tutte queste categorie: "Fattori che influenzano il rifiuto del trattamento di gruppo per lombalgia". Questo concetto include fattori di tipo personale, clinico e organizzativo che portano i pazienti a declinare il trattamento.

I fattori personali, come le esigenze familiari e lavorative, insieme al rivolgersi a trattamenti privati, costituiscono una parte significativa delle ragioni di abbandono.

I fattori clinici, legati sia al miglioramento dei sintomi sia all'aggravarsi delle condizioni, influenzano ugualmente la decisione dei pazienti. Infine, i problemi organizzativi e strutturali, come la comunicazione inefficace e gli errori amministrativi, contribuiscono all'insoddisfazione dei pazienti e alla loro scelta di abbandonare il percorso. Questa analisi ha permesso di sviluppare una teoria che descrive in modo sistematico i motivi di rifiuto.

In sintesi, il rifiuto del trattamento di gruppo per lombalgia è il risultato di una combinazione di fattori personali, clinici e organizzativi. I pazienti tendono a declinare il trattamento quando percepiscono un miglioramento clinico autonomo, preferiscono il trattamento privato per ragioni di accesso, ridotto tempo d'attesa e buona comunicazione, o affrontano vincoli personali e lavorativi che limitano la loro disponibilità.

In parallelo all'analisi secondo Grounded Theory è stata eseguita una Tag cloud dei testi uniti assieme delle interviste semi strutturate per far emergere le parole chiave più rappresentate. Essa riporta le parole chiave utilizzate dai pazienti, alla dimensione dell'aumento del carattere, aumenta la frequenza della parola utilizzata.

La Tag cloud si rivela uno strumento utile per la sintesi visiva delle informazioni (Byron YL Kuo et al. 2007). Queste rappresentazioni visive sono create a partire dalle parole principali estratte dall'intervista fatta, offrendo un'immediata sintesi delle tematiche trattate. I risultati di uno studio

(Byron YL Kuo et al. 2007) mostrano che l'interfaccia Tag cloud facilita la presentazione di informazioni descrittive. Tuttavia, l'uso del Tag cloud risulta meno efficace nel permettere all'utente di esplorare relazioni complesse tra i concetti rappresentati. Questo strumento, dunque, si presta meglio a una prima esplorazione visiva piuttosto che a un'analisi approfondita delle interconnessioni tematiche (Byron YL Kuo et al. 2007). Complessivamente, la Tag cloud (Figura 2) fornisce un quadro delle principali ragioni di abbandono o difficoltà, mettendo in luce la necessità di un miglioramento organizzativo e comunicativo per favorire la continuità del trattamento, sovrapponibile a quelli emersi nel Grafico 10.

Figura 2: Tag cloud



Dall'analisi delle tabelle (Tab. 10; Tab. 11) emergono alcune evidenze riguardanti le principali cause di abbandono del trattamento (drop-out) da parte dei pazienti. Le motivazioni sono state suddivise alla prima categorizzazione in 14 categorie specifiche, identificate con lettere dalla "A" alla "N". Tra queste, le ragioni più frequenti sono risultate la comunicazione medico-paziente non sufficiente (categoria F), la scelta della fisioterapia privata (categoria C) e la risoluzione della sintomatologia dolorosa con limitazione funzionale (categoria B).

La **comunicazione medico-paziente** è particolarmente significativa, rappresentando il 20% delle motivazioni di abbandono, seguita dalla fisioterapia privata al 17,5% e dalla risoluzione spontanea dei sintomi al 12,5%.

Altri motivi, come il rifiuto per motivi organizzativi e il peggioramento del quadro clinico, coprono ciascuno il 10% dei casi (Tab.11). In una seconda categorizzazione sono state raggruppate in quattro gruppi principali per meglio comprendere le macroaree di criticità. Da questa suddivisione emerge che i fattori personali (categoria 1) sono la causa più frequente di drop-out, rappresentando il 35% delle motivazioni complessive. Subito dopo, troviamo il quadro clinico (categoria 2), che influisce per il 30% dei casi, e i fattori organizzativi legati alla struttura (categoria 3), che contano per il 27,5%. Infine, il 7,5% delle motivazioni è attribuito alla mancanza di una causa esplicita (Tab.12).

Tabella 10: Frequenze Motivazioni prima categorizzazione, con distribuzione percentuale delle cause, sottolinea sia quale è stata la frequenza assoluta della categoria come Motivazione principale o secondaria.

Categorie	Frequenze Motivazione 1	Frequenze Motivazione 2	Somma Motivazioni	% del totale
Rifiuto per motivi organizzativi	4	0	4	10,0
Risoluzione lombalgia	4	1	5	12,5
Fisioterapia Privata	7	0	7	17,5
Peggioramento quadro clinico	4	0	4	10,0
Modifica trattamento sanitario	2	0	2	5,0
Comunicazione medico-paziente non sufficiente	0	8	8	20,0
Nessuna motivazione	3	0	3	7,5
Errore nel dominio	2	0	2	5,0
Richiesta Trattamento individuale	1	0	1	2,5
Richiesta continuità assistenziale	1	0	1	2,5
Rifiuto per motivi personali	1	0	1	2,5
Rifiuto per motivi lavorativi	2	0	2	5,0
Somma	31	9	40	100,0

Tabella 11: Frequenze Motivazioni seconda categorizzazione

Categorie	Frequenze Motivazioni 1	Frequenze Motivazioni 2	Somma Motivazioni	% del totale
Nessuna motivazione	3	0	3	7,5
Elementi personali	14	0	14	35,0
Quadro clinico	11	1	12	30,0
Assetto organizzativo struttura	3	8	11	27,5
Tot	31	9	40	100,0

Questi dati indicano che le ragioni principali dell'abbandono dei trattamenti sono da ricondurre a fattori personali e clinici, come scelte individuali dei pazienti o l'evoluzione delle loro condizioni di salute. Tuttavia, anche gli aspetti organizzativi e la qualità della comunicazione tra medico e paziente giocano un ruolo significativo.

A seguito della Grounded Theory è stata eseguita un'analisi quantitativa sulle quattro categorie finali trovate (Tab.12).

Le categorie riflettono esclusivamente la motivazione principale, "motivazione 1", senza considerare eventuali motivazioni secondarie (Tab. 12). Non è consigliato trovare il p value, causa il basso numero delle frequenze.

Tabella 12: Motivazioni primarie divise per categorie, Categoria 0=nessuna motivazione, Categoria 1=elementi personali, Categoria 2=Modifica del quadro clinico (in positivo o in negativo), Categoria 3=Assetto organizzativo della struttura.

Variabile ^o	Categoria 0 (n. 3)	Categoria 1 (n.14)	Categoria 2 (n.11)	Categoria 3 (n.3)
Sesso				
M	3(100,0%)	7(50,0%)	9(75,0%)	4(36,4%)
F	0(0,0%)	7(50,0%)	3(25,0%)	7(63,6%)
Età al contatto				
Media (dev.std.)	33,1(10,3)	55,1(14,5)	66,6(15,5)	56,6(17,03)
Mediana (IQR)	26,0; 28,4;44,9*	56,7(47,6-59,9)	72,0(57,5-77,0)	40,0;55,7;74,0*
Età al contatto (per classi)				
0-44	2(66,7%)	3(21,4%)	1(8,3%)	2(18,2%)
45-64	1(33,3%)	8(57,1%)	3(25,0%)	6(54,5%)
≥65	0(0,0%)	3(21,4%)	8(76,7%)	3(27,3%)
Operatore che pone indicazione				
1	1(33,3%)	8(57,1%)	2(16,7%)	6(54,5%)
2	1(33,3%)	5(35,7%)	7(58,3%)	4(36,4%)
altro	1(33,3%)	1(7,1%)	3(25,0%)	1(9,1%)
Operatore che tenta il contatto				
1	3(100,0%)	14(100,0%)	11(91,7%)	11(100,0%)
2	0(0,0%)	0(0,0%)	1(8,3%)	0(0,0%)
Tempo dall'indicazione al contatto (mesi)				
Media (dev.std.)	9,5(0,8)	8,0(2,3)	8,1(2,9)	7,2(3,2)
Mediana (IQR)	4,6;6,3;10,8*	8,8(7,1-9,4)	8,4(7,7-10,2)	8,6;9,8;10,2*
Mese in cui viene tentato il contatto				
Marzo-aprile	0(0,0%)	1(7,1%)	1(8,3%)	0(0,0%)
Maggio-Giugno	2(66,7%)	5(35,7%)	1(8,3%)	2(18,2%)
Luglio-Agosto	1(33,3%)	6(62,9%)	7(58,3%)	6(54,5%)
Settembre	0(0,0%)	2(14,3%)	3(25,0%)	3(27,3%)

*visto i soli 3 valori presenti si riportano gli stessi in ordine crescente

^o questi valori sono eseguiti solo sulla motivazione 1, non tiene in considerazione motivazioni secondarie

L'analisi, basata esclusivamente sulla motivazione principale ("motivazione 1"), mostra che la categoria 1 è la più numerosa (14 pazienti), con un'età media di 55,1 anni (deviazione standard 14,5) e una mediana di 56,7 anni (IQR 47,5-59,9). La categoria 2 segue con 11 pazienti, che presentano un'età media di 66,6 anni (deviazione standard 15,5) e una mediana di 72,0 anni (IQR 57,5-77,0). Per le categorie 0 e 3, composte ciascuna da soli 3 pazienti, si riportano direttamente i valori, riconoscendo la limitata significatività statistica.

Il tempo medio dall'indicazione al contatto risulta simile tra le categorie, mentre il mese in cui viene tentato il contatto si concentra prevalentemente nei periodi estivi (maggio-agosto), con una distribuzione maggiore nelle categorie 1 e 2.

DISCUSSIONE

Interpretazione dei risultati ottenuti

Un dato rilevante emerso dai risultati è la frequenza percentuale dei drop-out, pari al 22,5%, inferiore al 30% registrato durante l'anno 2023 presso la stessa U.O.

È importante sottolineare che il valore del 22,5% è riferito ad un periodo semestrale, mentre il 30% del 2023 è stato valutato su base annuale. Inoltre, il tasso del 22,5% rientra nel range riportato in programmi simili (tra il 10% e il 51%) per trattamenti multidisciplinari del dolore lombare (Takahashi et al., 2021; Stollenga et al., 2020; Oosterhaven et al., 2019).

Questi dati offrono indicazioni preziose per ottimizzare la gestione dei contatti e ridurre i drop out al trattamento, attraverso procedure mirate che tengano conto del genere, dell'età, dei tempi di attesa e della stagionalità.

Dai risultati ottenuti della prima analisi univariata emergono fattori chiave che influenzano l'adesione al trattamento di gruppo. In primo luogo, i dati mostrano una tendenza degli uomini a rifiutare il trattamento più frequentemente rispetto alle donne. Questo potrebbe indicare una diversa percezione del trattamento o una differente disponibilità tra i due generi, suggerendo la necessità di ulteriori indagini per comprendere meglio le ragioni di questa disparità.

Inoltre, i pazienti più giovani sembrano essere meno facilmente contattabili rispetto ad altre fasce di età. Tra le possibili spiegazioni vi è il fatto che i canali di comunicazione utilizzati, come le chiamate telefoniche, potrebbero non essere preferenziali per questa fascia. I giovani potrebbero infatti preferire il contatto tramite messaggistica e tendono a utilizzare filtri chiamata per numeri sconosciuti. Un'altra semplice spiegazione potrebbe essere data dal fatto che i giovani da noi intesi, ovvero pazienti di età compresa tra 0 a 44 anni, sono i pazienti, maggiormente impegnati nel lavoro, alle ore in cui è possibile per il Servizio contattarli. Sarebbe necessario approfondire ulteriormente questo aspetto, che potrebbe essere tenuto in considerazione già in fase di prescrizione del trattamento e potrebbe portare a una soluzione organizzativa alternativa, ovvero quella di modificare la modalità di comunicazione del Servizio.

Un ulteriore elemento emerso dall'analisi univariata è l'importanza del tempo di attesa. I pazienti che hanno atteso più tempo dal momento della prescrizione al tentativo di contatto mostrano una maggiore propensione a rifiutare il trattamento rispetto a chi ha atteso meno a lungo. Sebbene questa differenza non raggiunga la significatività statistica convenzionale, emerge in modo rilevante nell'analisi multivariata, suggerendo che una riduzione dei tempi di attesa potrebbe comunque favorire una maggiore adesione e, di conseguenza, una diminuzione dei drop-out.

La stagionalità ha, inoltre, un impatto rilevante sul tasso di adesione, con un maggior numero di rifiuti registrati nei mesi estivi. Ciò potrebbe essere attribuito agli impegni stagionali che riducono la

disponibilità dei pazienti a intraprendere un percorso di riabilitazione. Questo dato invita a considerare un'organizzazione che tenga conto delle fluttuazioni stagionali per ottimizzare la partecipazione.

Questi risultati forniscono indicazioni utili per migliorare l'adesione ai trattamenti, suggerendo interventi organizzativi volti a ridurre i tempi di attesa, a considerare le fluttuazioni stagionali e a migliorare la comunicazione con i pazienti, in particolare con gli uomini, per affrontare le differenze di genere nell'adesione.

A differenza dell'analisi univariata eseguita, che si limita a considerare una variabile alla volta o il rapporto tra due, l'analisi multivariata ha permesso di isolare e quantificare l'effetto specifico di ciascun fattore tra molteplici variabili (IBM 2024). Tra i principali risultati emerge che “i pazienti contattati dopo più di 9 mesi dalla prescrizione hanno una probabilità significativamente più alta di rifiutare il trattamento rispetto a quelli contattati entro i primi 6 mesi, con un rischio relativo di 3,59”. Questo dato suggerisce che dal punto di vista organizzativo sarebbe opportuno effettuare un contatto intermedio intorno al 6° mese, sia per aggiornare il quadro clinico del paziente sia per rassicurarlo sul percorso previsto. Tale intervento potrebbe contribuire a mantenere alta la motivazione del paziente, riducendo il rischio di frustrazione o scetticismo legati a un'attesa prolungata.

Oltre all'aspetto organizzativo, il tempo trascorso dalla prescrizione al contatto influisce anche sulla percezione del paziente riguardo alla priorità assegnata al suo caso. Un'attesa superiore ai 9 mesi potrebbe indurre il paziente a sentirsi trascurato, con un conseguente calo di fiducia e una ridotta disponibilità a proseguire il trattamento. Questo sottolinea l'importanza di una pianificazione non solo più efficiente, ma anche più trasparente e centrata sul paziente, in linea con la Vision aziendale, attraverso una comunicazione continua e personalizzata durante il periodo di attesa. L'introduzione di contatti intermedi, oltre a prevenire il rischio di abbandono, potrebbe avere un ulteriore beneficio organizzativo, permettendo di aggiornare il quadro clinico del paziente e adattare il percorso terapeutico alle sue condizioni attuali. In questo modo, si eviterebbero situazioni in cui il paziente diventa irraggiungibile, favorendo un percorso terapeutico più personalizzato e proattivo.

L'analisi qualitativa delle motivazioni di rifiuto evidenzia che i fattori personali e clinici rappresentano le principali cause di abbandono del trattamento, seguiti da aspetti organizzativi, legati alla struttura. Tra questi, l'inadeguata comunicazione medico-paziente emerge come uno dei fattori più significativi di drop-out, sottolineando un'area in cui interventi mirati potrebbero significativamente ridurre il tasso di abbandono.

In sintesi, l'analisi di questi dati invita non solo a rivedere i tempi operativi, ma anche a potenziare gli aspetti relazionali e comunicativi del processo, al fine di rafforzare il legame di fiducia e di ridurre gli abbandoni o i mancati contatti.

Confronto con la Letteratura

Confrontando i risultati emersi dall'analisi con le informazioni tratte dagli articoli sui tassi di abbandono nei programmi di riabilitazione, emergono somiglianze e differenze significative.

Un aspetto condiviso, sebbene non statisticamente significativo, è l'influenza delle aspettative di trattamento, come evidenziato nello studio sui pazienti di origine turca e marocchina nei Paesi Bassi (Sloots et al., 2010). In entrambi i contesti, alcuni pazienti abbandonano a causa di una discrepanza tra le loro aspettative e la reale proposta terapeutica. Ciò suggerisce che, per alcuni, il trattamento non soddisfa le loro esigenze o percezioni, contribuendo ai tassi di abbandono.

Un'altra similarità riguarda i fattori logistici, documentati nello studio statunitense sull'aderenza a un programma di esercizio riabilitativo (Shahidi et al., 2022). Nei dati analizzati, il 10% dei pazienti ha interrotto il trattamento per motivi logistici, una causa comune anche a livello internazionale (Shahidi et al., 2022). Le differenze emergono invece nei fattori psicosociali. Lo studio olandese evidenzia come la "catastrofizzazione del dolore" sia un forte predittore di abbandono (Oosterhaven et al., 2019), mentre nei dati attuali questi fattori non sono stati approfonditi, lasciando spazio per ulteriori ricerche. Lo studio giapponese sui pazienti con dolore muscoloscheletrico cronico (Kobayashi et al., 2021) sottolinea il ruolo dell'età avanzata e della disabilità funzionale nell'abbandono, mentre nei dati attuali i pazienti più giovani mostrano una minore probabilità di essere contattati, suggerendo una dinamica opposta.

In sintesi, l'analisi evidenzia somiglianze con la letteratura, come l'impatto delle aspettative di trattamento e dei fattori logistici, e differenze nei fattori psicosociali, non approfonditi in questa sede. Anche il ruolo dell'età e del genere varia: i giovani risultano meno contattabili, informazione che emerge anche nella revisione sistematica di Oosterhaven et al. del 2020. Le donne sono più aderenti, in contrasto con altri studi internazionali (Stollenga et al., 2020). Ciò suggerisce l'influenza di variabili culturali e contestuali sull'aderenza, evidenziando la necessità di ulteriori approfondimenti. L'analisi condotta tramite la Grounded Theory conferma che i fattori organizzativi e logistici sono determinanti nell'abbandono, come riscontrato in altre ricerche (Shahidi et al., 2022; Sloots et al., 2010).

Anche la comunicazione medico-paziente emerge come fattore critico: una comunicazione inefficace può generare incertezze e insoddisfazione, aumentando il rischio di drop-out (Stollenga et al., 2020; Oosterhaven et al., 2019). Entrambe le analisi concordano sull'importanza di allineare le aspettative dei pazienti con gli obiettivi del trattamento per migliorare l'aderenza. Tuttavia, differenze significative si riscontrano nei fattori culturali e linguistici. Mentre uno studio nei Paesi Bassi evidenzia il ruolo cruciale delle barriere culturali per i pazienti di minoranze etniche (Sloots et al., 2010), nei dati italiani queste problematiche non emergono, probabilmente a causa di differenze contestuali.

Inoltre, lo studio giapponese sottolinea l'impatto delle barriere geografiche e assicurative (Takahashi et al., 2021), aspetti non rilevanti nel contesto italiano, dove il sistema sanitario pubblico garantisce l'accesso ai servizi e le distanze geografiche sono relativamente limitate.

Alla luce della revisione sistematica di Oosterhaven et al. (2020), emergono elementi che potrebbero arricchire l'interpretazione dei risultati ottenuti nello studio. La revisione sottolinea come i predittori di abbandono nei programmi interdisciplinari per la gestione del dolore cronico possano essere suddivisi in quattro domini principali: sociodemografico, paziente, malattia e trattamento. Questo approccio multidimensionale offre una prospettiva utile per interpretare i risultati, fornendo una struttura teorica che potrebbe integrare i fattori emersi nella tua analisi, come il genere, l'età, i tempi di attesa e la stagionalità. (Oosterhaven et al. 2020). Ad esempio, i dati mostrano che i pazienti più giovani sono meno contattabili rispetto ad altre fasce di età. Questo risultato può essere interpretato alla luce del dominio sociodemografico evidenziato da Oosterhaven et al., dove l'età più giovane è stata identificata come un predittore significativo di drop-out.

Analogamente, il maggior tasso di rifiuto tra gli uomini rispetto alle donne trova riscontro nel dominio sociodemografico, suggerendo che le differenze di genere potrebbero influire non solo sulla percezione del trattamento, ma anche sull'adesione complessiva. Tali elementi richiedono ulteriori approfondimenti per identificare le ragioni di queste disparità e sviluppare interventi mirati.

Un altro aspetto rilevante è rappresentato dai tempi di attesa, che sembrano influenzare la propensione dei pazienti ad accettare il trattamento. Sebbene questa relazione non abbia raggiunto la significatività statistica convenzionale, Oosterhaven et al. evidenziano che i fattori legati al trattamento, come la durata e le modalità organizzative, sono rilevanti nel determinare l'aderenza dei pazienti. Questo suggerisce che ridurre i tempi di attesa e ottimizzare la comunicazione con i pazienti potrebbe contribuire a migliorare l'adesione.

Anche la stagionalità appare un fattore significativo, con un maggior numero di rifiuti registrati nei mesi estivi. Questo elemento, non approfondito nella revisione di Oosterhaven et al. del 2020, potrebbe tuttavia essere inquadrato nel contesto delle influenze organizzative e logistiche che spesso emergono nel dominio del trattamento.

La revisione suggerisce inoltre di prestare attenzione al rapporto tra terapeuta e paziente, un aspetto che potrebbe essere ulteriormente investigato nel contesto italiano, specialmente per affrontare il problema della mancata comunicazione medico-paziente, già emerso come uno dei principali fattori di abbandono.

Infine, la revisione sistematica sottolinea che la catastrofizzazione del dolore è un predittore significativo di drop-out nei programmi interdisciplinari. Sebbene questo fattore non sia stato esplorato nei dati attuali, potrebbe rappresentare un'importante area di approfondimento per futuri studi, in particolare per identificare le variabili psicosociali che influenzano l'aderenza al trattamento.

L'integrazione dei risultati della revisione di Oosterhaven et al. con i dati ottenuti consentono di delineare un quadro più completo delle dinamiche di drop-out, evidenziando la necessità di interventi organizzativi e clinici mirati a migliorare l'aderenza. Entrambe le analisi convergono sull'importanza di adottare un approccio personalizzato e multidimensionale, che include miglioramenti organizzativi già nelle fasi iniziali, una comunicazione più chiara e una gestione efficace delle aspettative (Corp et al., 2021).

Limiti dell'analisi

L'analisi condotta presenta alcuni limiti che è utile considerare per comprendere l'affidabilità dei risultati e per definire le linee di miglioramento futuro.

Uno dei limiti principali è la durata della raccolta dati, che copre un periodo di sei mesi anziché un anno intero. Questo periodo ridotto può introdurre una variabilità stagionale nei dati raccolti, influenzando il tasso di contatto e la partecipazione dei pazienti, dato che, come evidenziato dai risultati, la stagionalità sembra avere un impatto significativo sull'aderenza al trattamento durante i mesi estivi.

Inoltre, un altro limite è che lo studio sia monocentrico. Questo restringe il campione allo specifico contesto di Villa Igea, limitando così la generalizzabilità dei risultati a un contesto più ampio. Il campione è di conseguenza ridotto e non consente di esplorare appieno le differenze potenziali tra le UUOO, il che potrebbe influire sull'identificazione delle cause del drop-out legate a fattori organizzativi e logistici distintivi di ogni UUOO. È possibile che all'aumentare del campione vari la significatività statistica dei valori trovati. Oltre ad essere un limite questo può in realtà essere considerato anche un vantaggio poiché può garantire maggior specificità, maggior omogeneizzazione del campione e controllo sulla qualità dei dati e sul gruppo di lavoro.

Durante l'analisi quantitativa delle motivazioni di rifiuto sono state considerate esclusivamente le cause principali ("motivazione 1"), escludendo quelle secondarie. Questo ha comportato una riduzione delle frequenze, rendendo impossibile l'esecuzione di test statistici per valutare la significatività. Di conseguenza, i dati analizzati non rappresentano completamente tutte le motivazioni effettivamente fornite dai pazienti. Per tale ragione, si è reso necessario adottare un diverso approccio per l'analisi dei dati.

Inoltre, la mancanza di dati sull'impatto dei fattori psicosociali e delle credenze sul dolore limita la comprensione di aspetti psicologici, come la catastrofizzazione del dolore, che si sono dimostrati predittori di abbandono in altri contesti (Oosterhaven et al., 2019).

Infine, è importante evidenziare che i dati ottenuti sono stati elaborati in forma aggregata, senza un'analisi longitudinale che avrebbe permesso di monitorare i pazienti nel tempo, comprendendo meglio i cambiamenti nelle motivazioni e le potenziali variazioni nell'aderenza al trattamento.

Questi limiti suggeriscono che per una valutazione più completa del fenomeno del drop-out, potrebbe essere utile pianificare uno studio di durata annuale, che coinvolga tutte le UUOO del distretto e che includa un approccio di monitoraggio a lungo termine, integrando aspetti psicosociali e strategie di contatto più flessibile.

Progetto di Miglioramento

A seguito della formulazione della teoria e dell'analisi delle probabili cause, queste vengono valutate utilizzando una matrice che considera rilevanza, impatto, gravità, misurabilità e rapidità di intervento (Matrice 1). Le cause più influenti e facilmente modificabili sono state selezionate per la pianificazione dell'intervento (Calamandrei, 2015). Successivamente, è stato definito un obiettivo SMART per il progetto e individuati indicatori di miglioramento. Le possibili soluzioni sono state generate tramite brainstorming del gruppo di lavoro. Infine, attraverso una matrice impatto-sforzo, è stato selezionato l'intervento più idoneo (Calamandrei, 2015).

Selezione delle cause principali

Dall'analisi combinata dei dati qualitativi e quantitativi emergono tre macroaree principali che influenzano il drop-out nei trattamenti di gruppo per la lombalgia: l'assetto organizzativo della struttura, il quadro clinico e gli elementi personali.

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo della struttura, dall'analisi qualitativa sono emerse problematiche legate alla modifica dei trattamenti sanitari, errori di dominio e insufficienze nella comunicazione tra medico e paziente. Questi aspetti trovano conferma nei dati quantitativi, che evidenziano come tempi di attesa prolungati siano elementi che contribuiscono in modo significativo all'abbandono del trattamento.

In relazione al quadro clinico, le ragioni qualitative si concentrano sulla risoluzione spontanea della sintomatologia dolorosa, modifiche del trattamento sanitario, richiesta di continuità assistenziale e sul peggioramento clinico.

Infine, gli elementi personali rappresentano una delle principali cause di drop-out, come indicato dall'analisi qualitativa che include motivazioni organizzative, problemi lavorativi, scelte personali come il ricorso a terapie private. I dati quantitativi supportano questa evidenza, mostrando che l'abbandono del trattamento è più frequente nel genere maschile e durante i mesi estivi.

Dall'analisi risulta che la categoria con il massimo grado di modificabilità e priorità di intervento, con un punteggio complessivo nella Matrice 1, vedi Allegato 2, pari a 23, è l'assetto organizzativo, nonostante sia quella con la frequenza relativa più bassa (27,5%).

Le altre cause riportano rispettivamente un punteggio di 17 per il quadro clinico, che presenta un impatto e una gravità elevata, con una frequenza del 30%, e un punteggio di 14 matrice per gli

elementi personali, che rappresentano la motivazione più frequente (circa il 35 %), ma sono difficilmente modificabili. Nella matrice, più alto è il valore assegnato, maggiore è la necessità di un intervento di modifica tempestivo.

È importante evidenziare che una delle motivazioni principali nella categoria dell'assetto organizzativo, ovvero la comunicazione insufficiente tra medico e paziente, rappresenta da sola il 20% delle ragioni emerse, risultando la motivazione più significativa, anche se perlopiù secondaria. Rispetto agli elementi personali e al quadro clinico, la categoria dell'assetto organizzativo comprende solo tre motivazioni, mentre le altre due categorie ne contano quattro ciascuna. Dall'analisi tramite Grounded Theory è emersa inoltre una motivazione di rifiuto altrettanto frequente: l'orientamento dei pazienti verso un fisioterapista privato a causa della lunga lista d'attesa. Questa, con una frequenza relativa del 17,5%, è la seconda motivazione più comune e rientra nella categoria degli elementi personali, sebbene potrebbe essere influenzata dalle modifiche all'assetto organizzativo strutturale, che porterebbe a una riduzione dei tempi di attesa dalla prescrizione al primo contatto.

Definizione degli obiettivi SMART e indicatori di misurazione per la risoluzione del problema

Alla luce di quanto detto, l'obiettivo del progetto è ridurre il tasso di rifiuto del trattamento di gruppo per lombalgia del 25% entro dodici mesi dall'implementazione degli interventi migliorativi sulla comunicazione medico-paziente e sull'organizzazione del servizio.

Gli indicatori di misurazione includono il tasso di drop-out, monitorato prima e dopo l'intervento, e il feedback dei pazienti raccolto tramite un questionario cartaceo anonimo. Il questionario utilizza una scala Likert a 5 punti (1 = molto insoddisfatto; 5 = molto soddisfatto) per valutare aspetti specifici dell'esperienza del paziente, come ad esempio: "Quanto sei soddisfatto delle spiegazioni fornite dal medico?". Questo approccio è stato scelto per garantire una raccolta dei dati più veloce, oggettiva e accessibile.

L'obiettivo è specifico nella riduzione del 25% dei rifiuti per il trattamento di gruppo per lombalgia; è misurabile attraverso il tasso di drop-out e i dati raccolti tramite questionari; è attuabile grazie agli interventi mirati su comunicazione e organizzazione; ed è rilevante poiché migliorare l'adesione al trattamento è cruciale per l'efficacia del servizio. Inoltre, è delimitato temporalmente, con un target da raggiungere entro 12 mesi. In pratica, l'obiettivo è ridurre il tasso di drop-out dal 22,5% al 16,0% nei mesi che vanno dal 20 marzo al 20 settembre, attraverso l'implementazione dei miglioramenti proposti.

Risoluzione del problema: Identificazione e valutazione delle possibili soluzioni

È stato eseguito un brainstorming per generare delle idee/soluzioni al problema identificato.

Al fine di raggiungere tale obiettivo potrebbe essere possibile attuare:

1. **Un percorso informativo per i pazienti:** Creazione di materiale informativo (brochure), dove al suo interno si risponda a tutti i quesiti possibili posti solitamente dal paziente, dal numero di sedute, alla descrizione dell'intervento, alla durata dell'attesa media. La creazione di brochure e materiali informativi risponde all'obiettivo strategico di migliorare la comprensione e l'accesso dei pazienti ai percorsi di cura, riducendo incertezze e migliorando l'aderenza (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, 2023).
2. **Modifica del processo di presa in carico** con obiettivo di ottimizzare tempi di accesso: Riorganizzazione delle liste d'attesa con codici di priorità in base all'omogeneizzazione dei gruppi per età, diagnosi, valori RMDQ (Roland Morris Disability Questionnaire) e NRS (Numerical Rating Scale) e creazione di criteri dipartimentali di inclusione ed esclusione per i gruppi lombari, programmazione dei gruppi semestrale anticipatorio, monitoraggio telefonico dei pazienti in attesa, riduzione al minimo dei contatti poco prima e durante le stagioni estive. L'ottimizzazione delle liste d'attesa attraverso codici di priorità e programmazione anticipatoria riflette l'impegno verso una sanità più semplice e vicina alla persona, come richiesto dal programma (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, 2023).
3. **Incremento del personale dedicato** a questo servizio e della formazione dello stesso. Incrementare il personale dedicato e migliorarne la formazione è coerente con l'obiettivo strategico di assicurare le migliori cure possibili attraverso un'adeguata disponibilità e competenza del personale (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, 2023).
4. Implementazione di una **piattaforma digitale** per la gestione del trattamento: Creare una piattaforma digitale o una app dedicata dove i pazienti possano: accedere a informazioni dettagliate sul trattamento; visualizzare il calendario delle sedute e i tempi di attesa stimati; ricevere promemoria e notifiche per appuntamenti o attività pre/post-trattamento; comunicare con il personale sanitario per dubbi o aggiornamenti. Essa incentiverebbe l'engagement dei pazienti più giovani, abituati a interfacce digitali. Consente di avere accesso alle informazioni in tempo reale. Riduce la necessità di contatti diretti per informazioni di routine. La piattaforma digitale risponde all'obiettivo di una sanità innovativa e accessibile, sfruttando la tecnologia per migliorare la gestione e la partecipazione ai trattamenti (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, 2023).

Le proposte organizzative si integrano perfettamente con i principi e gli obiettivi delineati nel Programma di Sviluppo Strategico 2023-2027, ponendo le basi per una sanità più accessibile, partecipativa e innovativa. Ogni soluzione mira a migliorare l'esperienza del paziente e l'efficienza

organizzativa, contribuendo al raggiungimento degli standard di qualità richiesti dall'APSS (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, 2023).

Valutazione delle alternative e selezione della soluzione ottimale

Come anticipato vengono sottoposte alla matrice impatto sforzo le possibili soluzioni (Matrice 2-vedi Allegato 2). Viene utilizzata questo tipo di matrice poiché essa aiuta a trovare un equilibrio tra l'efficacia delle soluzioni e le risorse necessarie, orientando gli sforzi verso le iniziative con il miglior ritorno (Calamandrei, 2015).

I risultati ottenuti in ordine decrescente sono:

1. Un percorso informativo per i pazienti: Ha un impatto medio e richiede un basso sforzo per essere implementato, ottenendo un punteggio totale di 2. È una soluzione efficace con un buon equilibrio tra impatto e sforzo.
2. Modifica processo di presa in carico: Questa soluzione ha un impatto alto e uno sforzo alto, con un punteggio totale di 3. Anche se richiede un notevole impegno, il suo impatto potenziale è elevato, facendone una scelta strategica a medio-lungo termine.
3. Incremento personale e formazione: Con un impatto medio e uno sforzo alto, ha un punteggio totale di 4. Questa soluzione è considerata meno prioritaria rispetto alle altre, poiché ha un impatto moderato e richiede sforzi notevoli rispetto ai benefici potenziali.
4. Implementazione di una piattaforma digitale per la gestione del trattamento: Ha un impatto medio e richiede un alto sforzo per essere implementato, ottenendo un punteggio pari a 4. Questa soluzione è strategica per un miglioramento a lungo termine e può essere affiancata da interventi meno impegnativi per ottenere risultati immediati.

Proposta di miglioramento

L'analisi suggerisce di partire dal percorso informativo, che parte dal medico che consegnerà in sede di visita un foglio illustrativo (Allegato 3), che diventerebbe anche un documento a tutela del consenso informato secondo la Legge n. 219 del 2017, che andrà firmato sia dal medico che dal paziente. Fornisce un buon equilibrio tra impatto e sforzo; successivamente, le altre alternative potrebbero risultare utili, ma sarebbe opportuno attuarle solo in presenza di risorse sufficienti.

Un foglio illustrativo efficace per migliorare la comunicazione medico-paziente sul trattamento di gruppo per la lombalgia dovrebbe essere semplice, chiaro e di facile comprensione. È importante utilizzare un linguaggio accessibile, evitando termini tecnici eccessivi che potrebbero creare confusione, specialmente per pazienti con barriere linguistiche o culturali (Sloots et al. 2010; Shahidi et al. 2022). Il testo deve spiegare in modo chiaro quali sono gli obiettivi del trattamento, come la riduzione del dolore, il miglioramento della mobilità e un miglioramento generale della qualità della

vita. Deve inoltre chiarire che il trattamento segue un approccio a lungo termine, volto a ottenere risultati duraturi piuttosto che un sollievo immediato, in modo da allineare le aspettative del paziente al percorso terapeutico proposto (Stollenga et al. 2020; Corp et al. 2021).

Nel descrivere il trattamento, è utile fornire una panoramica dettagliata delle fasi previste: il tipo di attività, la durata delle sedute e il numero complessivo di incontri. Includere informazioni sugli esercizi terapeutici, sull'educazione al dolore e sul supporto psicologico può aiutare il paziente a comprendere meglio il percorso, aumentando la motivazione e favorendo una maggiore aderenza (Takahashi et al. 2022; Corp et al. 2021). Per molti pazienti, è utile sapere che il trattamento di gruppo offre un ambiente di supporto, in cui poter condividere l'esperienza con altri che affrontano problematiche simili, ricevendo sostegno reciproco e beneficiando dell'apprendimento condiviso (Oosterhaven et al. 2019).

È altrettanto importante affrontare nel foglio illustrativo alcuni aspetti psicologici rilevanti. Un riferimento alla gestione del dolore e delle emozioni può aiutare i pazienti a sentirsi compresi e supportati in una prospettiva più ampia, che va oltre il trattamento fisico e tiene conto dell'impatto emotivo. Molti pazienti, infatti, tendono a “catastrofizzare” il dolore, aumentando il rischio di abbandonare il percorso. Per questo motivo, è utile evidenziare che il programma fornirà anche strategie per affrontare e ridurre lo stress, migliorando il benessere complessivo (Oosterhaven et al. 2019).

Poiché la costanza e l'impegno sono essenziali per ottenere risultati significativi, il foglio illustrativo dovrebbe spiegare chiaramente che la partecipazione attiva e regolare al trattamento è un fattore chiave per il successo (Stollenga et al. 2020).

Inoltre, anticipare eventuali ostacoli, come difficoltà logistiche o economiche, e fornire indicazioni su possibili soluzioni, può contribuire a ridurre il tasso di abbandono (Shahidi et al. 2022; Sloots et al. 2010). Infine, è utile includere contatti di riferimento, come numeri di telefono o e-mail, e invitare i pazienti a chiedere chiarimenti in caso di dubbi o perplessità, rendendo così il foglio un vero strumento di orientamento e supporto.

Un foglio illustrativo strutturato in questo modo non solo informerà il paziente sulle caratteristiche del percorso terapeutico, ma rafforzerà anche il suo coinvolgimento, aiutandolo a sentirsi compreso e sostenuto durante tutto il trattamento.

Limiti del progetto di miglioramento

Oltre ai limiti già menzionati, che incidono anche sul progetto di miglioramento, è importante sottolineare che la proposta presentata rappresenta solo una possibile soluzione e non un progetto completo. Mancano infatti fasi essenziali del ciclo di sviluppo, come la pianificazione, l'attuazione e la verifica, necessaria per trasformarla in un vero e proprio progetto di miglioramento.

Al momento, dunque, si tratta di una proposta preliminare che dovrà essere rivista e perfezionata alla luce di nuovi dati raccolti.

Idee per il futuro: pianificazione ed attuazione, follow-up e valutazione dell'efficacia del miglioramento

La pianificazione di questa soluzione potrà essere eseguita tramite un diagramma di Gantt, associato a una matrice delle responsabilità; tuttavia, questa parte del progetto non rientra negli obiettivi della tesi. Il progetto non è sospeso e prosegue anche in questo momento. Si prevede di continuare la raccolta dati per un periodo di 12 mesi, aggiornando le analisi con i nuovi dati ottenuti, con l'obiettivo di superare uno dei limiti principali dello studio retrospettivo e ottenere risultati sempre più significativi e rilevanti, dati che verranno raccolti anche da altre UUOO dell'APSS trentina. Successivamente, l'analisi sarà aggiornata e il progetto proseguirà.

In futuro, il progetto potrebbe essere considerato un modello efficace per il miglioramento organizzativo in diverse UUOO.

Data la carenza di studi simili in Italia, potrebbe anche costituire uno studio pilota sull'argomento, un modello di riferimento per altri studi e progetti futuri.

CONCLUSIONI

La conclusione di questo studio retrospettivo e del progetto di miglioramento evidenzia un fenomeno complesso di abbandono nei programmi di trattamento di gruppo per pazienti con lombalgia, identificando le principali cause alla base del drop-out nel gruppo di studio e proponendo soluzioni concrete per affrontarle.

Lo studio ha permesso di riconoscere l'importanza di fattori clinici, logistici, comunicativi e sociopsicologici nel determinare la scelta dei pazienti di interrompere il percorso terapeutico già all'inizio dello stesso. I risultati emersi indicano che ci sono principalmente tre fattori che possono influenzare i drop out al primo contatto, l'assetto organizzativo della struttura, come l'insufficiente livello di comunicazione che determina aspettative non allineate tra medico paziente, elementi personali come problemi logistici e fattori clinici positivi e negativi.

Dall'analisi quantitativa è emerso come il tempo di attesa rivesta un ruolo fondamentale nel determinare l'adesione o l'abbandono del trattamento, che porta il paziente a rivolgersi verso servizi di fisioterapia privati.

L'intervento di miglioramento proposto si concentra sull'implementazione di una strategia informativa chiara e accessibile, capace di rispondere ai dubbi più comuni dei pazienti, allineando le loro aspettative agli obiettivi del trattamento. Inoltre, in futuro, se ci saranno le risorse adeguate, è prevista una riorganizzazione del processo di accesso e priorità, con un'attenzione particolare alla riduzione dei tempi di attesa e alla facilitazione logistica.

L'obiettivo finale del progetto sarà quello di ridurre il tasso di abbandono di almeno il 25% entro dodici mesi dall'adozione di queste strategie.

I limiti di questo studio risiedono principalmente nella breve durata del periodo di osservazione e nella mancanza di una partecipazione completa da parte di tutte le unità operative del dipartimento. Tuttavia, il progetto rappresenta un modello pilota, con l'intento di ampliare la ricerca futura a un contesto più esteso, coinvolgendo altre strutture.

In conclusione, questo progetto di miglioramento, con la sua enfasi su una comunicazione efficace e su una gestione più flessibile del percorso terapeutico, offre una risposta concreta per ottimizzare l'aderenza al trattamento del gruppo per lombalgia, cercando di migliorare l'efficienza dei servizi riabilitativi e l'esperienza complessiva del paziente.

BIBLIOGRAFIA

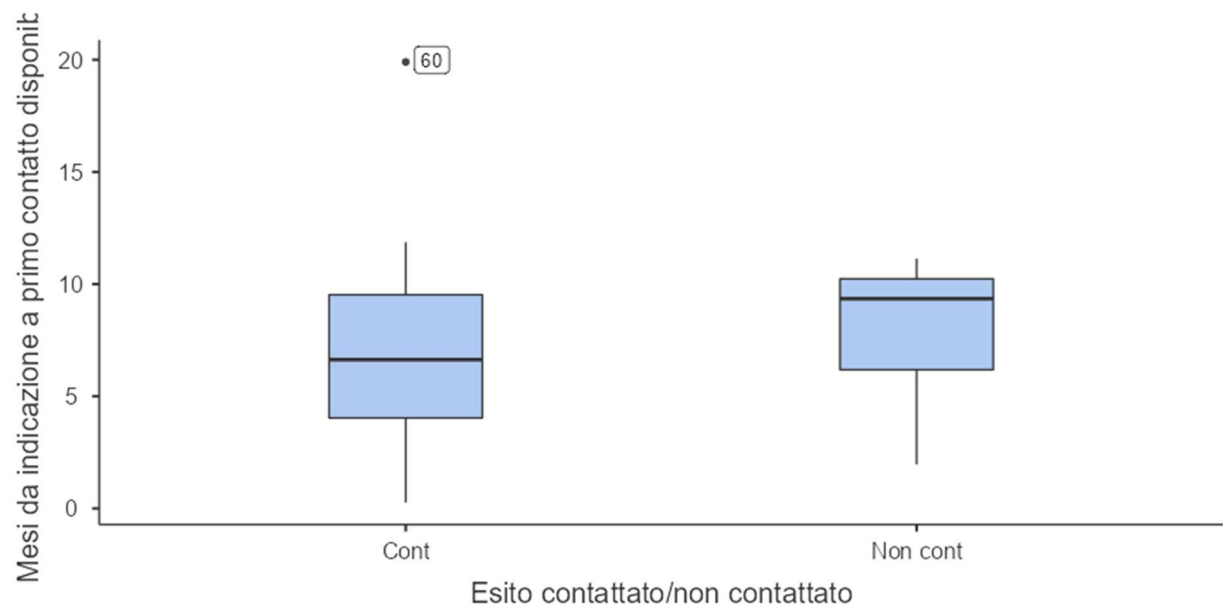
1. Agenzia Italiana del Farmaco (2024), Linea Guida per la classificazione e conduzione degli studi osservazionali sui farmaci.
2. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (2022), Istruzioni per l'uso degli strumenti informatici, internet e posta elettronica.
3. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (2023), Programma di Sviluppo Strategico 2023-2027. APSS, Trento.
4. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (2024), Sito aziendale Apss trentina, pagina legata alla presentazione del Comitato Etico Territoriale della Provincia Autonoma di Trento. Disponibile online all'indirizzo: <http://www.apss.tn.it>. Consultato in data 22/11/2024.
5. Byron YL Kuo, Thomas Hentrich, Benjamin M. Good e Mark D. Wilkinson (2007), Tag cloud per riassumere i risultati delle ricerche web. *In Proceedings of the 16th international conference on World Wide Web (WWW '07)*, Association for Computing Machinery, New York, NY, USA, 1203–1204.
6. Calamandrei C. (2015), Manuale di management per le professioni sanitarie, McGraw-Hill Education, Milano.
7. Corp N., Mansell G., Stynes S., Wynne-Jones G., Morsø L., Hill JC, van der Windt DA (2021), Raccomandazioni terapeutiche basate sull'evidenza per il dolore al collo e alla parte bassa della schiena in Europa: una revisione sistematica delle linee guida, *European Journal of Pain*, Vol. 25, n°2, pp. 275-295.
8. IBM (2024), Regressione logistica. Disponibile on-line all'indirizzo: <https://www.ibm.com/docs/it/spss-statistics/saas?topic=regression-logistic>. Consultato in data 22/11/2024.
9. Il progetto Jamovi® (2022), Jamovi® (Versione 2.3).
10. Istituto dell'Enciclopedia Italiana (2024), Test chi-quadro. Disponibile on-line all'indirizzo: <https://www.tre.it/enciclopedia/test-chi-quadro>.
11. JMP (2024), ANOVA a una via. Disponibile on-line all'indirizzo: https://www.jmp.com/it_it/statistics-knowledge-portal/one-way-anova.html. Consultato in data 22/11/2024.
12. JMP (2024), Il test t. Disponibile on-line all'indirizzo: https://www.jmp.com/it_it/statistics-knowledge-portal/t-test.html. Consultato in data 22/11/2024.
13. Legge n. 219 (22 dicembre 2017), Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento, *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 12, 16 gennaio 2018.

14. Lombardo C. (2024), "I giovani non rispondono più al telefono. Ammaniti: 'Evitano il dialogo, è una forma di fobia'. La influencer: 'Siamo nati con i social'". Disponibile on-line all'indirizzo: <https://www.corriere.it/cronache>.
15. Oosterhaven J., Wittink H., Dekker J., Kruitwagen C., Devillé W. (2019), La catastrofizzazione del dolore predice l'abbandono dei pazienti da un programma interdisciplinare di gestione del dolore cronico: uno studio prospettico di coorte, *Journal of Rehabilitation Medicine*, Vol. 51, n°10, pp. 761-769.
16. Oosterhaven J., Wittink H., Mollema J., Kruitwagen C., Devillé W. (2020), Predictors of dropout in interdisciplinary chronic pain management programmes: A systematic review, *Journal of Rehabilitation Medicine*, Vol. 51, n°1, pp. 2-10.
17. PRISMA Flow Diagram (2020), Disponibile online all'indirizzo: <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>. Consultato in data 22/11/2024.
18. R Core Team (2021), R: un linguaggio e un ambiente per il calcolo statistico (versione 4.1).
19. Shahidi B., Padwal J., Lee E., Xu R., Northway S., Taitano L., et al. (2022), Fattori che influenzano l'aderenza a un programma di terapia fisica basato sull'esercizio per individui con lombalgia, *PLoS ONE*, Vol. 17, n°10, e0276326.
20. Sloots M., Dekker JHM, Bartels EAC, Pont M., Geertzen JHB, Dekker J. (2010), Motivi dell'abbandono della riabilitazione nei pazienti di origine turca e marocchina con lombalgia cronica nei Paesi Bassi: uno studio qualitativo, *Journal of Rehabilitation Medicine*, Vol. 42, n°6, pp. 566-573.
21. Sloots M., Scheppers EF, van de Weg FB, Dekker JH, Bartels EA, Geertzen JH, Dekker J. (2009), Tasso di abbandono più elevato nei pazienti non nativi rispetto ai pazienti nativi in riabilitazione nei Paesi Bassi, *International Journal of Rehabilitation Research*, Vol. 32, n°3, pp. 232-237.
22. Stollenga D., Schiphorst Preuper HR, Dijkstra PU, Boonstra AM, Reneman MF (2022), Interruzione precoce nella riabilitazione interdisciplinare del dolore: numeri, tempistiche e motivi. Uno studio con metodo misto, *Disability and Rehabilitation*, Vol. 44, n°8, pp. 1321-1327.
23. Takahashi N., Takatsuki K., Kasahara S., Yabuki S. (2022), Caratteristiche dei pazienti che hanno abbandonato dopo la gestione multidisciplinare del dolore in Giappone: uno studio prospettico di coorte, *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, Vol. 35, n°4, pp. 793-802.
24. Tarozzi M. (2008), Cos'è la Grounded Theory, Carocci, Roma.
25. Unione Europea (2016), Regolamento generale sulla protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679).

ALLEGATI

Allegato I: Grafici

Grafico: Box plot mesi indicazione contatto/non contatto



Allegato II: Matrice 1 e Matrice 2

Matrice 1: Rilevanza-Impatto-Gravità-Misurabilità-Rapidità

Descrizione del problema:		Elevato tasso di abbandono e conseguente bassa adesione al trattamento di gruppo per lombalgia dell'unità operativa Riabilitazione 1 di Villa Igea-Trento				
Valutare le singole cause (da 1 a 5):						
Molto poco		1				
		2				
Moderato		3				
		4				
Elevato		5				
</						

Matrice 2: Impatto-Sforzo

IMPATTO	Alto	1	2	3
	Medio	2	3	4
	Basso	3	4	5
		Basso	Medio	Alto
SFORZO / ENERGIE				

Matrice 2	efficacia-costi		impatto-sforzo
Soluzione	Impatto	Sforzo	Totale
Un percorso informativo per i pazienti	medio	basso	2
Modifica processo sanitario	alto	alto	3
Incremento personale e formazione	medio	alto	4
Piattaforma digitale	medio	alto	4



TRATTAMENTO DI GRUPPO PER LA LOMBALGIA

Informazioni generali

Premessa: Essendo un trattamento di gruppo, sarete invitati a condividere le informazioni sulla vostra condizione con altre persone. Vi invitiamo a non avere timore e a confrontarvi liberamente.

Firmando questo documento, prendete atto di tale condizione e acconsentite al trattamento dei dati, ai sensi del regolamento (UE) 2016/679.

Farete parte di un gruppo composto da **3-4 persone** con una condizione simile alla vostra, garantendo l'omogeneità del gruppo.

Verrete chiamati nella sede/dominio da voi indicato al medico in sede di valutazione.

Durata del percorso

5 sedute più una di follow-up, circa un mese dopo l'ultima seduta.

Tempi di attesa

Attualmente la lista d'attesa è di circa **8 mesi** (+/- 3 mesi). Non sono previsti codici di priorità. Dovrete attendere l'omologazione del vostro gruppo, ossia che vengano trovate altre 3 persone con una condizione simile alla vostra.

Contenuto del percorso riabilitativo

Il programma si concentra su esercizi terapeutici, comprensione dei meccanismi alla base del dolore e miglioramento dello stile di vita.

Il programma si concentra su esercizi

A seguito della visita fisiatrica e dell'inserimento nella lista d'attesa per il trattamento di gruppo, il Servizio proverà a contattarvi massimo tre volte al numero da voi indicato e una volta al numero d'emergenza. Se non sarà possibile raggiungervi, verrà lasciato un messaggio in segreteria. A questo punto, sarà vostra premura richiamare il Servizio entro tre giorni lavorativi. In caso di mancata risposta, verrete rimossi dalla lista d'attesa. Sarete chiamati in tre giorni diversi della settimana a tre orari diversi: prima mattina, fine mattina e pomeriggio.



Obiettivo del percorso

Educare i pazienti alla corretta gestione della lombalgia attraverso un programma educativo basato sulle più recenti evidenze scientifiche, aggiornate al 2023.

APSS Trentina

CI TIENE A TE E ALLA TUA
SALUTE!



Via Malta, - Trento
+0461904307 (dalle 8.10
alle 15.30)
www.apss.tn.it
marco.ceccato@apss.tn.it





Informazioni pratiche sul trattamento

In caso di assenza, la seduta non potrà essere recuperata.

1° seduta (10 min prima dell'orario prefissato):

- presso Segreteria muniti di:
impegnativa rossa e tessera sanitaria (obbligatorie),
- presso Cassa per pagamento ticket, rilascio ricevuta **pagamento**. Il foglio va conservato per tutto il percorso. È possibile che la segreteria o la cassa faccia un'annotazione a penna riguardante un eventuale controllo del fisiatra a fine cura. Sarà vostra cura ricordarlo al fisioterapista durante l'ultima seduta, ovvero il follow-up.
- presso Palestra indicata dalla Segreteria.

Vi suggeriamo di conservare una copia di questo e di consultarlo in caso di necessità o dubbi. Fa fede quanto scritto e firmato dalla vostra persona.

Le sedute di fisioterapia si svolgeranno nella stessa palestra e con lo stesso fisioterapista. Ogni variazione sarà tempestivamente comunicata.

Vi verrà consegnato un **libretto** con gli esercizi proposti dal fisioterapista, completi di dosi efficaci. Sarà vostra premura conservarlo e consultarlo, oltre a firmarlo nella prima pagina.

Abbigliamento

Indossare abiti comodi per svolgere gli esercizi.

Durata delle sedute

Ogni seduta dura circa 60 minuti.

Cosa avverrà?

1°

3°

5°

2°

4°

6°

Indice delle sedute

1. **Prima Seduta:** Introduzione e Inquadramento del Problema

a. Presentazione del percorso e aspetti organizzativi

b. Cos'è il mal di schiena?

c. Valutazione del medico e del fisiatra: escludere patologie gravi

d. Condivisione della storia personale dei pazienti

e. Definizione degli obiettivi personali

2. **Seconda Seduta:** Comprendere il Dolore e i Suoi Fattori

a. Meccanismi del dolore e interpretazione da parte del cervello

b. Fattori che influenzano il dolore: tessuti, sistema nervoso, emozioni, stile di vita

c. Strategie per gestire il dolore a lungo termine

d. Quali movimenti provocano dolore? Strategie per evitare il peggioramento

3. **Terza Seduta:** Terapie e Gestione del Dolore

a. Farmaci, terapie fisiche e manuali

b. Approcci efficaci: educazione, esercizio fisico e modifiche dello stile di vita

c. Tecniche per gestire il dolore durante gli esercizi

d. Come dosare e adattare gli esercizi in base alla propria condizione

4. **Quarta Seduta:** Modifica dello Stile di Vita

a. Importanza dello stile di vita nel mal di schiena: alimentazione, attività fisica, gestione dello stress

b. Benefici dell'attività fisica regolare

c. Attività fisiche consigliate: yoga, tai-chi, palestra, corsa etc.

d. Gestione di posture e meccanici

5. **Quinta Seduta:** Recupero Funzionale e Prevenzione

a. Ripresa graduale delle attività quotidiane

b. Uso di supporti esterni e tecniche di movimento alternativa

c. Strategie per evitare recidive

d. Raggiungere l'autonomia nella gestione del dolore

6. **Seduta di Follow-up:** Revisione e Consolidamento

a. Revisione degli obiettivi raggiunti

b. Monitoraggio dei progressi

c. Piano di gestione a lungo termine per mantenere la salute della schiena

d. Domande e chiarimenti finali

La Scelta è tua!



Qual è il successo del trattamento?



Qual è il tasso di soddisfazione del trattamento?

Data	
Firma Utente	
Firma Medico	

CONSERVAMI!
Sono Utile per ricordarti!

