



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE BIOMEDICHE E NEUROMOTORIE – DIBINEM

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

**ASPETTATIVE E PERCEZIONE DI EFFICACIA
DEGLI APPROCCI FISIOTERAPICI ATTIVI E
PASSIVI NEI DISTURBI MUSCOLOSCHELETRICI:
UNO STUDIO OSSERVAZIONALE**

Tesi di laurea in Terapia Manuale

Relatore

Prof.ssa Alessia Fabbri

Presentata da

Alice Guolo

Correlatore

Dott. Nicholas Manuzzi

Sessione Novembre 2025

Anno Accademico 2024/2025

Abstract

Obiettivo	Lo studio analizza come i pazienti con disturbi muscoloscheletrici percepiscono l'efficacia dei diversi approcci fisioterapici, attivi e passivi, e in che modo le loro aspettative possano influenzare l'aderenza e la risposta al trattamento. Tale indagine nasce dall'esigenza di comprendere il divario tra le evidenze scientifiche, che supportano anche gli approcci attivi, e le preferenze ancora diffuse verso interventi di tipo passivo.
Materiali e Metodi	È stato condotto uno studio osservazionale trasversale su un campione di 71 pazienti adulti affetti da disturbi muscoloscheletrici, reclutati presso l'ambulatorio privato di fisioterapia Moove. Prima dell'inizio del trattamento è stato somministrato un questionario strutturato volto a raccogliere dati sociodemografici, dati clinici e aspettative terapeutiche. Le analisi statistiche sono state effettuate con test esatto di Fisher ($\alpha = 0,05$).
Risultati	La maggioranza dei pazienti ha attribuito un'elevata efficacia sia ai trattamenti passivi (93%) sia agli attivi (98%), con una prevalente aspettativa verso la terapia manuale (82%), seguita da esercizio terapeutico (58%) ed educazione (49%). L'obiettivo più comune era la riduzione del dolore (61%), seguita dal miglioramento funzionale (45%). Differenze significative sono emerse in relazione a sesso, esperienze fisioterapiche pregresse, tipo di sintomo e durata del disturbo, che influenzano le tempistiche di miglioramento attese e la percezione di efficacia.
Conclusioni	I pazienti mostrano una marcata fiducia nei trattamenti manuali, ma anche una crescente apertura verso gli approcci attivi, soprattutto se supportati da adeguata comunicazione ed educazione. La comprensione e la gestione delle aspettative rappresentano elementi chiave per costruire un'alleanza terapeutica efficace e promuovere un modello riabilitativo integrato e centrato sulla persona.

Parole chiave: disturbi muscoloscheletrici, aspettative del paziente, aspettative di trattamento, percezione di efficacia, approcci passivi, approcci attivi, terapia manuale, esercizio.

Abstract (English version)

- Objective** This study analyses how patients with musculoskeletal disorders perceive the effectiveness of different physiotherapeutic approaches, both active and passive, and how their expectations may influence adherence and treatment outcomes. The investigation arises from the need to understand the gap between scientific evidence, which supports active approaches as well, and the still widespread preference for passive interventions.
- Methods** A cross-sectional observational study was conducted on a sample of 71 adult patients with musculoskeletal disorders, recruited from the private physiotherapy clinic Moove. Before the start of treatment, a structured questionnaire was administered to collect sociodemographic and clinical data, as well as therapeutic expectations. Statistical analyses were performed using Fisher's exact test ($\alpha = 0.05$).
- Results** Most patients attributed high effectiveness to both passive (93%) and active (98%) treatments, with a predominant expectation toward manual therapy (82%), followed by therapeutic exercise (58%) and education (49%). The most common goal was pain reduction (61%), followed by functional improvement (45%). Significant differences emerged in relation to sex, previous physiotherapy experience, type of symptom, and duration of the disorder, which influenced both the expected timeframe for improvement and the perceived effectiveness.
- Conclusions** Patients show strong confidence in manual treatments but also a growing openness toward active approaches, particularly when supported by effective communication and education. Understanding and managing patient expectations are key elements in building an effective therapeutic alliance and promoting an integrated, person-centered rehabilitation model.

Keywords: musculoskeletal disorders, patient expectations, treatment expectations, perceived effectiveness, passive approaches, active approaches, manual therapy, exercise therapy.

Indice

1. INTRODUZIONE	5
2. MATERIALI E METODI	8
2.1. Disegno dello studio	8
2.2. Setting e periodo di studio	8
2.3. Partecipanti	8
2.4. Strumenti di raccolta dati e variabili raccolte	8
2.5. Bias	9
2.6. Dimensione campionaria	10
2.7. Analisi dei dati	10
2.7.1 <i>Caratteristiche del campione</i>	10
2.7.2 <i>Aspettative ed efficacia degli approcci terapeutici</i>	10
2.8. Considerazioni etiche	10
3. RISULTATI	11
3.1. Caratteristiche del campione	11
3.2. Aspettative ed efficacia degli approcci terapeutici	12
3.3. Differenze nelle aspettative ed efficacia degli approcci terapeutici	13
3.3.1 <i>Sesso</i>	13
3.3.2 <i>Età</i>	14
3.3.3 <i>Sport</i>	15
3.3.4 <i>Esperienza fisioterapica pregressa</i>	16
3.3.5 <i>Sintomo</i>	18
3.3.6 <i>Distretto corporeo/Problematica</i>	19
3.3.7 <i>Cronicità</i>	20
3.3.8 <i>Approcci terapeutici ed efficacia</i>	21
4. DISCUSSIONE	23
5. CONCLUSIONI	27
BIBLIOGRAFIA	28
ALLEGATI	31

1. Introduzione

I disturbi muscoloscheletrici rappresentano una delle principali cause di dolore cronico, disabilità e riduzione della qualità della vita nella popolazione adulta. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, condizioni come lombalgia, cervicalgia, tendinopatie, sindromi miofasciali e artrosi colpiscono centinaia di milioni di persone nel mondo, generando un impatto rilevante sia in termini sanitari che socio-economici⁽¹⁾. Oltre a determinare un'elevata richiesta di prestazioni sanitarie, tali patologie comportano assenze lavorative, limitazioni funzionali e un progressivo isolamento sociale nei casi più gravi. In Europa, e in particolare nei Paesi ad alto reddito, i disturbi muscoloscheletrici costituiscono una delle principali cause di disabilità secondo gli indicatori del Global Burden of Disease⁽¹⁾.

In questo contesto, la fisioterapia si configura come un pilastro fondamentale nella presa in carico del paziente, fornendo strategie terapeutiche finalizzate al recupero della funzionalità, riduzione della disabilità, riduzione del dolore, prevenzione delle recidive e miglioramento della qualità di vita. Le opzioni terapeutiche a disposizione del fisioterapista sono molteplici e possono essere grossolanamente distinte in due grandi categorie: gli approcci passivi, come terapia manuale, massaggi, mobilizzazioni e terapie fisiche strumentali, e gli approcci attivi, come esercizio terapeutico ed educazione (per agire sui fattori psicologico-comportamentali). Negli ultimi anni, la letteratura scientifica ha evidenziato in modo sempre più chiaro come le strategie più efficaci nella gestione dei disturbi muscoloscheletrici siano quelle che integrano approcci passivi (“hands on”) e attivi (“hands off”), promuovendo un modello biopsicosociale e centrato sulla persona⁽²⁾. È inoltre stato dimostrato che integrare un approccio passivo con interventi basati sull'esercizio terapeutico, sull'educazione al dolore e sull'empowerment del paziente producono, nel medio-lungo termine, benefici più duraturi in termini di funzionalità, autonomia e riduzione delle recidive⁽³⁾. In questa direzione, si invitano i professionisti della salute a considerare non solo i fattori biomeccanici, ma anche gli aspetti psicologici (come motivazione, aspettative, ansia, depressione) e sociali (supporto familiare, contesto lavorativo) che influenzano la percezione del dolore e la risposta al trattamento⁽⁴⁾.

Il crescente interesse per gli approcci attivi non significa però che il fisioterapista debba abbandonare le tecniche passive⁽⁵⁾, queste sono parte integrante della gestione del paziente con problematiche muscoloscheletriche: il tocco è importante per la neuromodulazione del dolore⁽⁶⁾, produce una risposta affettiva con attivazione di oppioidi, ossitocina e vie dopaminergiche⁽⁷⁾,

riduce i biomarkers legati allo stress⁽⁸⁾ e può aiutare il paziente a riconoscere come non dannosi degli stimoli fino a quel momento considerati tali⁽⁹⁾.

Nella pratica quotidiana, numerosi fisioterapisti segnalano come molti pazienti continuino a manifestare una preferenza per trattamenti di tipo passivo, percepiti come più immediatamente efficaci, meno impegnativi e più coerenti con l'idea tradizionale di "cura ricevuta". È importante sottolineare, tuttavia, che queste osservazioni si basano sull'esperienza soggettiva dei fisioterapisti e non sono supportate da evidenze sistematiche; si tratta dunque di percezioni non ancora validate da dati empirici.

Tali preferenze da parte dei pazienti sembrano riflettere un insieme eterogeneo di fattori, tra cui credenze personali⁽¹⁰⁾, influenze culturali e mediatiche⁽¹¹⁾, esperienze pregresse⁽¹⁰⁾, timori legati al movimento (kinesiophobia)⁽¹²⁾ e aspettative di risultato. Le aspettative, in particolare, giocano un ruolo cruciale nella scelta del trattamento: diversi studi hanno evidenziato che i pazienti tendono ad associare gli interventi passivi a un'azione più "tangibile" e diretta sul dolore, mentre gli approcci attivi possono essere percepiti come meno efficaci o troppo impegnativi, soprattutto in fase iniziale⁽¹³⁾. Questa visione è spesso rinforzata da esperienze pregresse in cui il sollievo è stato associato a interventi manuali o strumentali, o da rappresentazioni sociali della fisioterapia ancora legate a un modello biomedicale tradizionale⁽¹³⁾.

Al contrario, gli approcci attivi, che richiedono una partecipazione attiva e consapevole del paziente, possono incontrare resistenze legate alla fatica, al tempo richiesto o alla percezione di un'efficacia meno osservabile nell'immediato⁽¹⁴⁾. In molti casi, i pazienti che non comprendono appieno il razionale alla base dell'esercizio terapeutico^(15,16) o dell'educazione tendono a sottovalutarne l'importanza, specialmente se non ricevono un'adeguata spiegazione da parte del clinico⁽¹⁷⁾. Inoltre, è stato dimostrato che le aspettative possono influenzare in modo significativo non solo l'aderenza al trattamento, ma anche gli esiti clinici attraverso meccanismi di tipo placebo/nocebo⁽¹⁸⁻²¹⁾. Quando le aspettative del paziente sono disattese, aumenta il rischio di insoddisfazione, abbandono del percorso riabilitativo o richiesta di approcci alternativi, anche in assenza di evidenze a supporto della loro efficacia⁽²²⁾. A conferma di ciò, numerosi studi evidenziano come le aspettative del paziente siano uno dei principali determinanti degli esiti clinici, influenzando non solo l'efficacia percepita, ma anche la soddisfazione, la motivazione al trattamento e la continuità terapeutica^(23,24).

In quest'ottica, comprendere le aspettative iniziali dei pazienti verso i diversi approcci terapeutici rappresenta un elemento cruciale per costruire un'alleanza terapeutica solida,

personalizzare gli interventi e promuovere una maggiore adesione al piano riabilitativo. Tuttavia, nonostante la rilevanza del tema, la letteratura presenta ancora lacune rispetto alla conoscenza sistematica delle preferenze iniziali dei pazienti con disturbi muscoloscheletrici in ambito fisioterapico. Le informazioni disponibili derivano spesso da osservazioni cliniche aneddotiche o da studi quantitativi con strumenti standardizzati, che faticano a cogliere la complessità delle motivazioni soggettive.

Alla luce di quanto esposto, emerge la necessità di approfondire come i pazienti adulti con patologie muscoloscheletriche si approcciano alla fisioterapia, quale significato attribuiscono ai trattamenti passivi e attivi, e in che modo le loro aspettative si articolano ancor prima dell'inizio del percorso riabilitativo. L'indagine delle aspettative non solo consente di promuovere una maggiore consapevolezza e collaborazione terapeutica, ma rappresenta anche uno strumento essenziale per orientare le scelte cliniche in modo più condiviso ed efficace. In questo contesto, la presente tesi si propone di esplorare, attraverso uno studio osservazionale trasversale, le aspettative dei pazienti con disturbi muscoloscheletrici in relazione ai diversi approcci fisioterapici disponibili. In particolare, si intende confrontare la percezione di efficacia delle tecniche passive (come il massaggio, la terapia manuale e le terapie fisiche) con quella delle tecniche attive (esercizio terapeutico ed educazione), con l'obiettivo di individuare eventuali differenze legate a fattori come età, livello di istruzione, attività fisica abituale, tipo di disturbo o esperienze pregresse con la fisioterapia. Attraverso la somministrazione di un questionario e un'analisi statistica dei contenuti, si cercherà di dare voce ai pazienti e di offrire una rappresentazione più fedele e articolata delle loro aspettative, andando oltre le semplici supposizioni dei professionisti.

2. Materiali e Metodi

2.1. Disegno dello studio

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale (cross-sectional), di tipo descrittivo, con l'obiettivo di indagare le aspettative iniziali dei pazienti adulti con disturbi muscoloscheletrici nei confronti di differenti approcci fisioterapici (attivi, passivi e combinati). I dati sono stati raccolti prima dell'avvio del percorso riabilitativo tramite la somministrazione di un questionario.

La stesura e la descrizione del disegno di ricerca hanno seguito le raccomandazioni della checklist STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology)⁽²⁵⁾, al fine di garantire la qualità e la trasparenza del reporting.

2.2. Setting e periodo di studio

La somministrazione del questionario si è svolta presso il servizio ambulatoriale di fisioterapia Moove di Cesenatico, nel periodo compreso tra aprile e agosto 2025. I pazienti sono stati reclutati consecutivamente al momento della loro prima seduta fisioterapica.

2.3. Partecipanti

Sono stati considerati eleggibili i pazienti di età pari o superiore a 18 anni con diagnosi di disturbi muscoloscheletrici di natura acuta, subacuta, cronica, ricorrente o degenerativa. Sono stati esclusi i soggetti minorenni, con patologie neurologiche che determinassero il quadro doloroso principale (es. ictus, sclerosi multipla, mielolazione, neuropatie severe), con comorbidità sistemiche non controllate (ad es. malattie reumatologiche in fase di riacutizzazione), con segni o sospetto di “red flags” (es. infezione, neoplasia, sindrome della cauda equina, frattura), non alla prima valutazione fisioterapica per il sintomo attuale presso la struttura, con barriere linguistiche o deficit cognitivi tali da compromettere la compilazione del questionario e impedire la partecipazione.

La partecipazione è avvenuta su base volontaria, in forma anonima e previo consenso informato.

2.4. Strumenti di raccolta dati e variabili raccolte

La raccolta dati è stata effettuata tramite un questionario strutturato e anonimo, elaborato appositamente per il presente studio e somministrato ai pazienti al momento della prima seduta

fisioterapica. Lo strumento, denominato Questionario di Aspettativa del Trattamento [Allegato 1], è stato progettato con l'obiettivo di indagare in maniera sistematica le caratteristiche sociodemografiche e cliniche dei partecipanti, nonché le loro aspettative nei confronti della presa in carico fisioterapica.

Il questionario comprendeva 15 domande, prevalentemente a risposta chiusa, organizzate in tre sezioni principali:

- Dati anagrafici e sociodemografici, comprendenti genere, età, grado di istruzione, occupazione e pratica sportiva.
- Dati clinici e anamnestici, relativi a precedenti esperienze fisioterapiche, tipologia di trattamento ricevuto in passato, problematica attuale e durata dei sintomi.
- Aspettative terapeutiche, in cui i pazienti indicavano i) l'approccio che si attendevano dal fisioterapista (manuale, strumentale, educativo/informativo, esercizi), ii) i risultati desiderati (riduzione del dolore, recupero funzionale, ritorno ad attività quotidiane o sportive, prevenzione delle ricadute), iii) le tempistiche attese di miglioramento e iv) il livello di efficacia percepita dei trattamenti passivi e attivi.

Le percezioni di efficacia sono state rilevate mediante scale Likert a 5 punti, dove 1 indicava “per niente efficace” e 5 “moltissimo efficace”. Tale formato ha consentito di quantificare in modo standardizzato il grado di fiducia attribuito dai partecipanti agli approcci fisioterapici attivi e passivi.

2.5. Bias

I partecipanti sono stati reclutati consecutivamente presso un'unica struttura ambulatoriale (ambulatorio Moove, Cesenatico), il che limita la rappresentatività del campione e riduce la generalizzabilità dei risultati. Inoltre, in questa sede non vengono erogate terapie strumentali: di conseguenza, le aspettative relative a questo tipo di trattamento potrebbero risultare sottostimate. Va inoltre considerato che alcuni pazienti avevano già frequentato in passato la stessa struttura e potevano quindi essere stati esposti a un certo modello terapeutico o a interventi educativi da parte dei fisioterapisti, influenzando le risposte al questionario. Infine, va tenuto conto che la somministrazione del questionario in sede ambulatoriale, immediatamente prima dell'inizio del percorso fisioterapico, può aver spinto alcuni partecipanti a fornire risposte percepite come più appropriate o gradite al fisioterapista.

2.6. Dimensione campionaria

Lo studio ha avuto carattere esplorativo. Non è stato pertanto effettuato un calcolo formale della numerosità campionaria. L'arruolamento è avvenuto in base alla disponibilità dei pazienti che accedevano al servizio nel periodo di osservazione, con l'intento di raggiungere una numerosità idonea a garantire un'adeguata analisi descrittiva e comparativa.

2.7. Analisi dei dati

2.7.1 Caratteristiche del campione

In primo luogo, sono state calcolate le principali statistiche di sintesi relative alle caratteristiche dei pazienti ambulatoriali inclusi nello studio. Nello specifico, le risposte al questionario somministrato sono state riassunte utilizzando statistiche descrittive quali frequenze assolute (n) e percentuali (%).

2.7.2 Aspettative ed efficacia degli approcci terapeutici

Con l'obiettivo di valutare se le aspettative iniziali dei pazienti con problemi muscoloscheletrici riguardo all'efficacia delle tecniche di fisioterapia passive (es. terapia manuale, terapie fisiche) e delle tecniche attive (es. esercizi terapeutici, educazione) fossero diverse in base a determinate caratteristiche dei pazienti (i.e. Sesso, Età, Attività sportiva, Esperienze fisioterapiche pregresse, Tipologia di sintomo, Distretto corporeo), le risposte al questionario sono state stratificate in base a tali caratteristiche e sono stati eseguiti dei test esatti di Fisher per confrontare la frequenza delle risposte.

Il livello di significatività statistica è stato fissato pari ad alpha = 0.05. Tutte le analisi statistiche sono state eseguite utilizzando il software R Studio v. 4.5.1⁽²⁶⁾.

2.8. Considerazioni etiche

Lo studio è stato realizzato nel rispetto dei principi etici della Dichiarazione di Helsinki. La tesi rientra nella fattispecie delle tesi applicative con preminente finalità didattica, pertanto non necessita dell'approvazione da parte del Comitato Etico competente. È stata richiesta e ottenuta l'autorizzazione da parte del Consiglio di Corso di Laurea in Fisioterapia. Tutti i partecipanti hanno ricevuto informazioni dettagliate sugli scopi dello studio e hanno fornito consenso informato prima della compilazione del questionario.

3. Risultati

3.1. Caratteristiche del campione

Le principali caratteristiche sociodemografiche dei pazienti che hanno compilato il questionario sono sintetizzate in Tabella 1. Lo studio ha coinvolto n=71 pazienti, reclutati presso l'ambulatorio privato Moove di Cesenatico.

I pazienti sono equamente distribuiti tra sesso femminile (n=35; 49%) e maschile (n=36; 51%). La fascia d'età prevalente risulta compresa tra i 18 e i 50 anni (74% del totale), con una presenza minore di soggetti tra i 51 e i 70 anni (23%) e solo due pazienti con più di 70 anni (2,8%). Per quanto riguarda il livello di istruzione, la maggioranza dei partecipanti possiede un diploma di scuola secondaria (n=42; 59%), e dal punto di vista occupazionale, la categoria più rappresentata è quella dei lavoratori dipendenti (n=46; 65%).

Per quanto concerne lo stile di vita, il 68% (n=48) dei pazienti pratica attività sportiva, con frequenze che variano principalmente tra 1–2 volte (n=20; 28%) e 3–4 volte a settimana (n=23; 32%). La grande maggioranza dei soggetti (n=58; 82%) aveva inoltre già svolto cicli di fisioterapia in passato.

Il motivo principale di accesso alla terapia è rappresentato dal dolore (n=56; 79%), localizzato soprattutto al rachide (n=33; 46%) e, in misura minore, agli arti inferiori (n=25; 35%) e superiori (n=11; 15%). La durata del disturbo si distribuisce in modo piuttosto omogeneo: il 36% (n=25) riferisce un problema insorto da meno di un mese, il 34% (n=24) da uno a sei mesi e il 31% (n=22) da più di sei mesi, evidenziando quindi la presenza di pazienti sia con sintomi acuti che cronici.

Tabella 1. Risposte del questionario dei pazienti partecipanti all'intervista.

Pazienti intervistati (N= 71)

Sesso , femmina / maschio, n (%)	35 (49%) / 36 (51%)
Età , n(%)	
NA	1 (1.4%)
18 - 30 anni	26 (37%)
31 - 50 anni	26 (37%)
51 - 70 anni	16 (23%)
71 o Più anni	2 (2.8%)
Scolarità , n(%)	
NA	1 (1.4%)
Diploma di scuola elementare o di scuola media	8 (11%)
Diploma di scuola secondaria	42 (59%)
Laurea di I livello (Triennale o a Ciclo Unico)	10 (14%)
Laurea di II livello (Magistrale, Master, etc.)	10 (14%)
Professione , n(%)	
NA	3 (4.2%)
Autonomo	12 (17%)
Casalinga	1 (1.4%)

Dipendente	46 (65%)
Pensionato	5 (7.0%)
Studente	4 (5.6%)
Sport, No/Sì, n(%)	23 (32%) / 48 (68%)
Frequenza sport, n(%)	
NA	23 (32%)
1 - 2 volte a settimana	20 (28%)
3 - 4 volte a settimana	23 (32%)
5 o Più volte a settimana	5 (7.0%)
Effettuato fisioterapia precedentemente, n(%)	
No	13 (18%)
Si	58 (82%)
Sintomo per cui oggi si presenta in terapia, n(%)	
Dolore	56 (79%)
Post-frattura	5 (7.0%)
Post-operatorio	8 (11%)
Non specificato	3 (4.2%)
Distretto corporeo colpito, n(%)	
Arto Inferiore	25 (35%)
Rachide	33 (46%)
Arto Superiore	11 (15%)
Non Specificato	7 (9.9%)
Da quanto tempo presenta il problema, n(%)	
Meno di una settimana	9 (13%)
Meno di un mese	16 (23%)
Tra un mese e 6 mesi	24 (34%)
Più di 6 mesi	22 (31%)

I valori sono espressi come frequenze assolute (n) e percentuali (%).

Abbreviazioni: N = numero di partecipanti allo studio; NA = not answered

3.2. Aspettative ed efficacia degli approcci terapeutici

Per quanto riguarda l'analisi relativa alle aspettative generali degli utenti circa l'efficacia dei trattamenti (Tabella 2), si osserva che la maggior parte dei pazienti intervistata attribuisce un'elevata efficacia ai trattamenti passivi, considerandoli "molto efficaci" (n=31; 44%) o "moltissimo efficaci" (n=35; 49%). Per quanto riguarda i trattamenti attivi, il giudizio dei pazienti risulta più omogeneo, con il 73% del campione (n=52) che li considera "moltissimo efficaci".

Inoltre, la maggior parte dei pazienti si aspetta che l'intervento del fisioterapista si concentri principalmente sulla terapia manuale (n=58; 82%), seguita dall'esecuzione di esercizi terapeutici (n=41; 58%) e, in misura minore, da un approccio educativo o informativo (n=35; 49%). Per quanto riguarda i risultati attesi, i pazienti auspicano principalmente una riduzione del dolore (n=43; 61%) e, in secondo luogo, un miglioramento della forza o della mobilità (n=32; 45%). Relativamente alle tempistiche attese per il miglioramento, le risposte si sono distribuite in modo piuttosto eterogeneo tra le varie opzioni proposte: il 17% (n=12) si aspetta un miglioramento già dopo la prima seduta, il 30% (n=21) entro due settimane, il 21% (n=15) entro un mese, mentre l'11% (n=8) ritiene più plausibile un miglioramento dopo un mese.

Infine, il 20% (n=14) dichiara di non avere aspettative precise riguardo alle tempistiche di recupero.

Tabella 2. Punteggi assegnati alla percezione dell'efficacia del trattamento.

Domanda	
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista, n(%)	
Terapia manuale	58 (82%)
Esercizi	41 (58%)
Terapia strumentale	11 (15%)
Educazione/informazioni	35 (49%)
Quale risultato si aspetta di ottenere, n(%)	
Migliorare forza o mobilità	32 (45%)
Ridurre il dolore	43 (61%)
Tornare a svolgere le attività quotidiane	18 (25%)
Tornare a svolgere le attività sportive	27 (38%)
Prevenire ricadute o infortuni	15 (21%)
In quanto tempo si aspetta miglioramento, n(%)	
Dopo la prima seduta	12 (17%)
Entro 2 settimane	21 (30%)
Entro 1 mese	15 (21%)
Dopo Più di 1 mese	8 (11%)
Non saprei/Non ho aspettative sulle tempistiche di miglioramento	14 (20%)
Efficacia trattamenti passivi, n(%)	
Poco	1 (1.4%)
Abbastanza	4 (5.6%)
Molto	31 (44%)
Moltissimo	35 (49%)
Efficaci trattamenti attivi, n(%)	
Abbastanza	1 (1.4%)
Molto	18 (25%)
Moltissimo	52 (73%)

I valori sono espressi come frequenze assolute (n) e percentuali (%).

3.3. Differenze nelle aspettative ed efficacia degli approcci terapeutici

3.3.1 Sesso

I risultati delle analisi (Tabella 3) non evidenziano differenze significative tra femmine e maschi riguardo al tipo di approccio terapeutico che ci si aspetta dal fisioterapista ($p=0.205$), né per quanto riguarda l'efficacia percepita dei trattamenti passivi ($p=0.474$) o attivi (0.100). Sia le partecipanti che i partecipanti indicano come preferenze principali la terapia manuale e l'esercizio terapeutico, con un numero leggermente maggiore di utenti femminili che si aspetta anche educazione e informazioni.

Differenze significative emergono invece riguardo agli obiettivi attesi dal trattamento ($\chi^2=22.017$; $p<0.001$) e ai tempi di miglioramento ($\chi^2=10.93$; $p=0.026$). Le femmine indicano come principali obiettivi il miglioramento della forza o mobilità (49%) e il ritorno alle attività quotidiane (29%), mentre i maschi si concentrano sulla riduzione del dolore (64%) e sul ritorno

alle attività sportive (56%). Per quanto riguarda le tempistiche, il 28% dei maschi si aspetta un miglioramento già dopo la prima seduta, rispetto al 5.7% delle femmine; entro due settimane si attendono un miglioramento il 33% dei maschi e il 26% delle femmine, mentre un numero maggiore di femmine (31%) non ha aspettative precise sui tempi di recupero rispetto agli 8.3% dei maschi.

Tabella 3. Aspettativa e efficacia dei trattamenti in base al sesso.

Domanda	Femmina (N = 35)	Maschio (N = 36)	P-value
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista I			0.205
Terapia manuale	28 (80%)	30 (83%)	
Terapia strumentale	9 (26%)	2 (6%)	
Esercizio terapeutico	21 (60%)	20 (56%)	
Educazione/informazioni	22 (63%)	13 (36%)	
Non lo so	1 (3%)	2 (6%)	
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista II			0.721
Terapie passive	37	32	
Terapie attive	43	33	
Quale risultato si aspetta di ottenere			0.000*
Migliorare forza o mobilità	17 (49%)	15 (42%)	
Ridurre il dolore	0 (0%)	23 (64%)	
Tornare a svolgere le attività quotidiane	10 (29%)	8 (22%)	
Tornare a svolgere le attività sportive	7 (20%)	20 (56%)	
Prevenire ricadute o infortuni	7 (20%)	8 (22%)	
In quanto tempo si aspetta miglioramento			0.026*
Dopo la prima seduta	2 (5.7%)	10 (28%)	
Entro 2 settimane	9 (26%)	12 (33%)	
Entro 1 mese	9 (26%)	6 (17%)	
Dopo più di 1 mese	4 (11%)	4 (11%)	
Non saprei/Non ho aspettative sulle tempistiche di miglioramento	11 (31%)	3 (8.3%)	
Efficacia trattamenti passivi			0.474
Poco	0 (0%)	1 (2.8%)	
Abbastanza	2 (5.7%)	2 (5.6%)	
Molto	13 (37%)	18 (50%)	
Moltissimo	20 (57%)	15 (42%)	
Efficacia trattamenti attivi			0.100
Abbastanza	1 (2.9%)	0 (0%)	
Molto	5 (14%)	13 (36%)	
Moltissimo	29 (83%)	23 (64%)	

I valori sono espressi come frequenze assolute (n) e percentuali (%). *P < 0.05; Test esatto di Fisher.

Abbreviazioni: N = numero di partecipanti allo studio

3.3.2 Età

Le analisi svolte suddividendo il campione in base alla classe di età di appartenenza (Tabella 4), evidenziano che non sono presenti differenze statisticamente significative per nessuna delle variabili considerate (tutti i p-value > 0.05). In generale, la terapia manuale è l'approccio più atteso in ogni gruppo, seguita dall'esercizio terapeutico, mentre l'educazione/informazioni viene indicata soprattutto dai più giovani e quasi mai dai più anziani. Gli under 30 tendono a privilegiare la riduzione del dolore (73%), mentre tra i 51-70enni cresce l'importanza attribuita

al miglioramento della forza e della mobilità (69%). Le aspettative sulle tempistiche risultano variabili, con i giovani più spesso incerti (31% senza aspettative) e gli over 71 divisi tra attesa di miglioramento entro due settimane e assenza di aspettative. La percezione dell'efficacia dei trattamenti, sia passivi che attivi, è elevata in tutte le fasce di età, con valori particolarmente positivi negli over 71.

Tabella 4. Aspettativa e efficacia dei trattamenti in base all'età.

Domanda	18 - 30 anni (N = 26)	31 - 50 anni (N = 26)	51 - 70 anni (N = 16)	71 o più anni (N = 2)	P-value
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista I					0.818
Terapia manuale	22 (85%)	21 (81%)	13 (81%)	1 (50%)	
Terapia strumentale	3 (12%)	4 (15%)	4 (25%)	0 (0%)	
Esercizio terapeutico	13 (50%)	15 (58%)	12 (75%)	1 (50%)	
Educazione/informazioni	15 (58%)	15 (58%)	4 (25%)	0 (0%)	
Non lo so	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista II					0.958
Terapie passive	25	25	17	1	
Terapie attive	28	30	16	1	
Quale risultato si aspetta di ottenere					0.623
Migliorare forza o mobilità	7 (27%)	12 (46%)	11 (69%)	1 (50%)	
Ridurre il dolore	19 (73%)	15 (58%)	6 (38%)	2 (100%)	
Tornare a svolgere le attività quotidiane	4 (15%)	9 (35%)	4 (25%)	1 (50%)	
Tornare a svolgere le attività sportive	9 (35%)	12 (46%)	6 (38%)	0 (0%)	
Prevenire ricadute o infortuni	5 (19%)	6 (23%)	3 (19%)	0 (0%)	
In quanto tempo di aspetta miglioramento					0.537
Dopo la prima seduta	5 (19%)	4 (15%)	3 (19%)	0 (0%)	
Entro 2 settimane	8 (31%)	7 (27%)	4 (25%)	1 (50%)	
Entro 1 mese	3 (12%)	6 (23%)	6 (38%)	0 (0%)	
Dopo più di 1 mese	2 (7.7%)	5 (19%)	1 (6.3%)	0 (0%)	
Non saprei/Non ho aspettative	8 (31%)	4 (15%)	1 (6.3%)	1 (50%)	
Efficacia trattamenti passivi					0.578
Poco	0 (0%)	1 (3.8%)	0 (0%)	0 (0%)	
Abbastanza	2 (7.7%)	2 (7.7%)	0 (0%)	0 (0%)	
Molto	11 (42%)	14 (54%)	6 (38%)	0 (0%)	
Moltissimo	13 (50%)	9 (35%)	10 (63%)	2 (100%)	
Efficacia trattamenti attivi					0.603
Abbastanza	0 (0%)	1 (3.8%)	0 (0%)	0 (0%)	
Molto	9 (35%)	7 (27%)	2 (13%)	0 (0%)	
Moltissimo	17 (65%)	18 (69%)	14 (88%)	2 (100%)	

I valori sono espressi come frequenze assolute (n) e percentuali (%). *P < 0.05; Test esatto di Fisher.

Abbreviazioni: N = numero di partecipanti allo studio

3.3.3 *Sport*

Considerando le risposte del questionario stratificate per coloro che praticano o meno uno sport (Tabella 5) possiamo vedere che non emergono differenze statisticamente significative tra chi pratica sport e chi non lo pratica né riguardo all'approccio atteso dal fisioterapista, né riguardo alle tempistiche di miglioramento o alla percezione dell'efficacia dei trattamenti, sia passivi che

attivi (tutti i p-value > 0.05). In entrambi i gruppi la terapia manuale rappresenta l'approccio più atteso (74% tra i non sportivi e 81% tra gli sportivi), seguita dall'esercizio terapeutico (57% e 58%); la terapia strumentale è più frequentemente menzionata dai non sportivi (26%) rispetto agli sportivi (10%), sebbene senza significatività statistica.

L'unica differenza significativa riguarda i risultati attesi ($\chi^2=10.58$; p=0.032): i non sportivi tendono a privilegiare la riduzione del dolore (74%) e il miglioramento della forza o mobilità (61%), mentre gli sportivi si concentrano maggiormente sul ritorno alle attività sportive (46%) e, in misura minore, sulla prevenzione delle ricadute (25%).

Tabella 5. Aspettativa e efficacia dei trattamenti in base all'attività sportiva.

Domanda	Sport No N = 23	Sport Si N = 48	P-value
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista I			0.556
Terapia manuale	17 (74%)	39 (81%)	
Terapia strumentale	6 (26%)	5 (10%)	
Esercizio terapeutico	13 (57%)	28 (58%)	
Educazione/informazioni	12 (52%)	23 (48%)	
Non lo so	0 (0%)	1 (2%)	
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista II			0.856
Terapie passive	23	44	
Terapie attive	25	51	
Quale risultato si aspetta di ottenere			0.032*
Migliorare forza o mobilità	14 (61%)	18 (38%)	
Ridurre il dolore	17 (74%)	26 (54%)	
Tornare a svolgere le attività quotidiane	5 (22%)	13 (27%)	
Tornare a svolgere le attività sportive	2 (9%)	22 (46%)	
Prevenire ricadute o infortuni	3 (13%)	12 (25%)	
In quanto tempo si aspetta miglioramento			0.803
Dopo la prima seduta	4 (17%)	8 (17%)	
Entro 2 settimane	8 (35%)	13 (27%)	
Entro 1 mese	6 (26%)	9 (19%)	
Dopo più di 1 mese	1 (4.3%)	7 (15%)	
Non saprei/Non ho aspettative	4 (17%)	10 (21%)	
Efficacia trattamenti passivi			0.888
Poco	0 (0%)	1 (2.1%)	
Abbastanza	1 (4.3%)	3 (6.3%)	
Molto	10 (43%)	21 (44%)	
Moltissimo	12 (52%)	23 (48%)	
Efficacia trattamenti attivi			0.708
Abbastanza	0 (0%)	1 (2.1%)	
Molto	7 (30%)	11 (23%)	
Moltissimo	16 (70%)	36 (75%)	

I valori sono espressi come frequenze assolute (n) e percentuali (%). *P < 0.05; Test esatto di Fisher.

Abbreviazioni: N = numero di partecipanti allo studio

3.3.4 Esperienza fisioterapica pregressa

I risultati delle analisi eseguite considerando la suddivisione del campione in base ad esperienze pregresse con il fisioterapista (Tabella 6), evidenziano la presenza di una differenza significativa nelle tempistiche con cui ci si aspetta di risolvere il problema ($\chi^2=10.86$;

p=0.028): coloro che non hanno mai fatto fisioterapia si aspettano tempi più lunghi o non hanno aspettative precise (31% “dopo più di un mese” e 31% “non saprei”), mentre coloro che hanno esperienza pregressa prevedono più spesso miglioramenti entro due settimane (21%) o entro un mese (33%).

Non vi sono invece differenze statisticamente significative per nessuna delle altre variabili considerate (tutti i p-value > 0.05). Negli approcci attesi e nella loro efficacia le opinioni risultano simili: la terapia manuale è la più indicata in entrambi i gruppi (85% e 81%), seguita dall’esercizio terapeutico (69% e 55%), e sia terapie passive che terapie attive hanno ottenuto giudizi di efficacia molto positivi. Tuttavia, possiamo notare come i non utenti si orientano più verso il miglioramento della forza/mobilità (69%), mentre gli utenti puntano maggiormente alla riduzione del dolore (67%).

Tabella 6. *Aspettativa e efficacia dei trattamenti in base all’esperienza di fisioterapia pregressa.*

Domanda	Fisio No N = 13	Fisio Si N = 58	P-value
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista I			0.362
Terapia manuale	11 (85%)	47 (81%)	
Terapia strumentale	3 (23%)	10 (17%)	
Esercizio terapeutico	9 (69%)	32 (55%)	
Educazione/informazioni	6 (46%)	29 (50%)	
Non lo so	1 (8%)	0 (0%)	
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista II			0.998
Terapie passive	14	57	
Terapie attive	15	61	
Quale risultato si aspetta di ottenere			0.160
Migliorare forza o mobilità	9 (69%)	23 (40%)	
Ridurre il dolore	3 (23%)	39 (67%)	
Tornare a svolgere le attività quotidiane	2 (15%)	16 (28%)	
Tornare a svolgere le attività sportive	5 (39%)	22 (38%)	
Prevenire ricadute o infortuni	2 (15%)	13 (22%)	
In quanto tempo di aspetta miglioramento			0.028*
Dopo la prima seduta	1 (7.7%)	0 (0%)	
Entro 2 settimane	0 (0%)	12 (21%)	
Entro 1 mese	2 (15%)	19 (33%)	
Dopo più di 1 mese	4 (31%)	4 (6.9%)	
Non saprei/Non ho aspettative	4 (31%)	10 (17%)	
Efficacia trattamenti passivi			0.754
Poco	0 (0%)	1 (1.7%)	
Abbastanza	0 (0%)	4 (6.9%)	
Molto	7 (54%)	24 (41%)	
Moltissimo	6 (46%)	29 (50%)	
Efficacia trattamenti attivi			0.425
Abbastanza	0 (0%)	1 (1.7%)	
Molto	5 (38%)	13 (22%)	
Moltissimo	8 (62%)	44 (76%)	

I valori sono espressi come frequenze assolute (n) e percentuali (%). *P < 0.05; Test esatto di Fisher.

Abbreviazioni: N = numero di partecipanti allo studio

3.3.5 *Sintomo*

Per quanto riguarda la stratificazione dei pazienti per tipologia di sintomo (Tabella 7), i risultati delle analisi evidenziano una differenza per quanto riguarda l'efficacia dei trattamenti attivi ($\chi^2=17.18$; $p=0.009$): i pazienti post-operatori e post-frattura li giudicano più efficaci, con l'87% e l'80% che li giudicano “moltissimo” efficaci, rispetto al solo 70% dei pazienti con dolore. Non vi sono invece differenze per i trattamenti passivi ($p=0.429$), valutati molto positivamente, negli obiettivi attesi ($p=0.944$) e nelle tempistiche di miglioramento ($p=0.496$), molto simili tra i gruppi. Anche l'approccio atteso ($p=0.261$) risulta essere paragonabile in tutti i gruppi: terapia manuale predominante, seguita da esercizio terapeutico e educazione/informazioni, mentre la terapia strumentale è indicata solo in minoranza. Unicamente nel gruppo post-operatorio l'esercizio risulta essere più atteso della terapia manuale: 75% contro 63%.

Tabella 7. Aspettativa e efficacia dei trattamenti in base al sintomo.

Domanda	Dolore (N = 56)	Non specificato (N = 3)	Post- frattura (N = 5)	Post- operatorio (N = 8)	P-value
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista I					0.261
Terapia manuale	56 (100%)	2 (67%)	5 (100%)	5 (63%)	
Terapia strumentale	6 (11%)	1 (33%)	2 (40%)	2 (25%)	
Esercizio terapeutico	41 (73%)	2 (67%)	3 (60%)	6 (75%)	
Educazione/informazioni	38 (68%)	1 (33%)	2 (40%)	5 (63%)	
Non lo so	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (13%)	
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista II					0.742
Terapie passive	62	3	5	11	
Terapie attive	79	3	7	7	
Quale risultato si aspetta di ottenere					0.944
Migliorare forza o mobilità	23 (41%)	1 (33%)	4 (80%)	4 (50%)	
Ridurre il dolore	36 (64%)	2 (67%)	2 (40%)	4 (50%)	
Tornare a svolgere le attività quotidiane	15 (27%)	0 (0%)	1 (20%)	2 (25%)	
Tornare a svolgere le attività sportive	23 (41%)	0 (0%)	1 (20%)	3 (38%)	
Prevenire ricadute o infortuni	12 (21%)	1 (33%)	1 (20%)	2 (25%)	
In quanto tempo di aspetta miglioramento					0.496
Dopo la prima seduta	12 (21%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Entro 2 settimane	17 (30%)	1 (33%)	2 (40%)	2 (25%)	
Entro 1 mese	11 (20%)	0 (0%)	1 (20%)	3 (38%)	
Dopo più di 1 mese	6 (11%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (25%)	
Non saprei/Non ho aspettative	10 (18%)	2 (67%)	1 (20%)	1 (13%)	
Efficacia trattamenti passivi					0.429
Poco	1 (1.8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Abbastanza	3 (5.4%)	0 (0%)	1 (20%)	0 (0%)	
Molto	28 (50%)	0 (0%)	1 (20%)	2 (25%)	
Moltissimo	24 (43%)	3 (100%)	3 (60%)	6 (75%)	
Efficacia trattamenti attivi					0.009*
Abbastanza	0 (0%)	0 (0%)	1 (20%)	0 (0%)	
Molto	17 (30%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (13%)	
Moltissimo	39 (70%)	3 (100%)	4 (80%)	7 (87%)	

I valori sono espressi come frequenze assolute (n) e percentuali (%). * $P < 0.05$; Test esatto di Fisher.

Abbreviazioni: N = numero di partecipanti allo studio

3.3.6 Distretto corporeo/Problematica

In relazione alla suddivisione dei pazienti in base alla problematica per la quale si sono rivolti al fisioterapista (Tabella 8), le analisi non hanno rilevato differenze statisticamente significative nelle risposte fornite rispetto a tutte le variabili considerate (tutti i valori di $p > 0.05$).

La terapia manuale rimane l'approccio atteso più indicato da tutti i gruppi, seguita da esercizio terapeutico, educazione/informazioni e infine (riportata solo marginalmente) terapia strumentale. Da notare però una piccola eccezione per l'arto inferiore, in cui l'esercizio terapeutico risulta essere più atteso rispetto alla terapia manuale (76% vs 72%). Anche la distinzione tra terapie passive e attive non mostra differenze, così come le tempistiche di miglioramento e l'efficacia percepita dei trattamenti. Seppur senza significatività statistica, negli obiettivi attesi del trattamento risultano invece delle leggere differenze: la riduzione del dolore è maggiormente indicata dai pazienti con disturbi del rachide (76%), mentre il miglioramento di forza o mobilità è riportato in misura più elevata negli arti superiori (55%) e negli arti inferiori (40%); il ritorno alle attività quotidiane o sportive e la prevenzione delle ricadute sono riportati in misura variabile.

Tabella 8. Aspettativa e efficacia dei trattamenti in base al distretto corporeo.

Domanda	Arto inferiore (N = 25)	Arto superiore (N = 11)	Non specificato (N = 7)	Rachide (N = 33)	P-value
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista I					0.780
Terapia manuale	18 (72%)	10 (91%)	6 (86%)	28 (85%)	
Terapia strumentale	5 (20%)	2 (18%)	0 (0%)	3 (9%)	
Esercizio terapeutico	19 (76%)	3 (27%)	4 (57%)	15 (46%)	
Educazione/informazioni	14 (56%)	5 (46%)	2 (29%)	14 (42%)	
Non lo so	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista II					0.462
Terapie passive	23	12	6	31	
Terapie attive	33	8	6	29	
Quale risultato si aspetta di ottenere					0.576
Migliorare forza o mobilità	10 (40%)	6 (55%)	2 (29%)	13 (39%)	
Ridurre il dolore	14 (56%)	7 (64%)	1 (14%)	25 (76%)	
Tornare a svolgere le attività quotidiane	6 (24%)	4 (36%)	0 (0%)	9 (27%)	
Tornare a svolgere le attività sportive	9 (36%)	4 (36%)	5 (71%)	10 (30%)	
Prevenire ricadute o infortuni	5 (20%)	2 (18%)	2 (29%)	6 (18%)	
In quanto tempo si aspetta miglioramento					0.465
Dopo la prima seduta	5 (20%)	2 (18%)	1 (14%)	7 (21%)	
Entro 2 settimane	2 (8.0%)	2 (18%)	1 (14%)	2 (6.1%)	
Entro 1 mese	9 (36%)	2 (18%)	1 (14%)	2 (6.1%)	
Dopo più di 1 mese	4 (16%)	4 (36%)	2 (29%)	12 (36%)	
Non saprei/Non ho aspettative	5 (20%)	1 (9.1%)	1 (14%)	8 (24%)	
Efficacia trattamenti passivi					0.589
Poco	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.0%)	
Abbastanza	0 (0%)	2 (18%)	0 (0%)	2 (6.1%)	
Molto	11 (44%)	5 (46%)	4 (57%)	14 (42%)	
Moltissimo	14 (56%)	4 (36%)	3 (43%)	16 (49%)	

Efficacia trattamenti attivi					0.094
Abbastanza	0 (0%)	1 (9.1%)	0 (0%)	0 (0%)	
Molto	4 (16%)	5 (46%)	1 (14%)	10 (30%)	
Moltissimo	21 (84%)	5 (46%)	6 (86%)	23 (70%)	

I valori sono espressi come frequenze assolute (n) e percentuali (%). *P < 0.05; Test esatto di Fisher.

Abbreviazioni: N = numero di partecipanti allo studio

3.3.7 Cronicità

Considerando la cronicità del disturbo, ovvero da quanto tempo i pazienti presentano il problema, possiamo notare dai risultati delle analisi (Tabella 9) che è presente una differenza significativa nell'aspettativa del tempo di miglioramento ($\chi^2=25.95$; $p=0.011$): i pazienti con disturbi di breve durata (meno di una settimana o meno di un mese) si aspettano un recupero più rapido, già dopo la prima seduta o entro due settimane, mentre chi presenta disturbi più duraturi (maggiore di un mese) mostra maggiore incertezza, con una quota rilevante che non ha aspettative precise (41% nei >6 mesi). Le altre variabili considerate non hanno riportato differenze statisticamente significative (tutti i p-value > 0.05).

Tabella 9. Aspettativa e efficacia dei trattamenti in base alla cronicità del disturbo.

Domanda	Meno di una settimana (N = 9)	Meno di un mese (N = 16)	Tra un mese e sei mesi (N = 24)	Più di 6 mesi (N = 22)	P-value
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista I					0.966
Terapia manuale	7 (78%)	14 (88%)	21 (88%)	16 (72%)	
Terapia strumentale	1 (11%)	1 (6%)	6 (25%)	3 (14%)	
Esercizio terapeutico	5 (56%)	7 (44%)	17 (71%)	12 (54%)	
Educazione/informazioni	4 (44%)	7 (44%)	14 (58%)	10 (46%)	
Non lo so	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista II					0.969
Terapie passive	8	15	27	19	
Terapie attive	9	14	31	22	
Quale risultato si aspetta di ottenere					0.255
Migliorare forza o mobilità	2 (22%)	3 (19%)	14 (58%)	13 (59%)	
Ridurre il dolore	6 (68%)	8 (50%)	11 (46%)	18 (82%)	
Tornare a svolgere le attività quotidiane	4 (44%)	2 (13%)	8 (33%)	4 (18%)	
Tornare a svolgere le attività sportive	4 (44%)	8 (50%)	11 (46%)	4 (18%)	
Prevenire ricadute o infortuni	1 (11%)	2 (25%)	5 (21%)	4 (18%)	
In quanto tempo di aspetta miglioramento					0.011*
Dopo la prima seduta	3 (33%)	6 (38%)	0 (0%)	3 (14%)	
Entro 2 settimane	4 (44%)	6 (38%)	7 (29%)	4 (18%)	
Entro 1 mese	1 (11%)	3 (19%)	9 (38%)	2 (9.1%)	
Dopo più di 1 mese	0 (0%)	0 (0%)	4 (17%)	4 (18%)	
Non saprei/Non ho aspettative	1 (11%)	1 (6.3%)	4 (17%)	9 (41%)	
Efficacia trattamenti passivi					0.486
Poco	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.5%)	
Abbastanza	0 (0%)	2 (13%)	0 (0%)	2 (9.1%)	
Molto	6 (67%)	5 (31%)	11 (46%)	9 (41%)	
Moltissimo	3 (33%)	9 (56%)	13 (54%)	10 (45%)	

Efficacia trattamenti attivi				0.765
Abbastanza	0 (0%)	1 (6.3%)	0 (0%)	0 (0%)
Molto	2 (22%)	4 (25%)	5 (21%)	7 (33%)
Moltissimo	7 (78%)	11 (69%)	19 (79%)	15 (68%)

I valori sono espressi come frequenze assolute (n) e percentuali (%). *P < 0.05; Test esatto di Fisher.

Abbreviazioni: N = numero di partecipanti allo studio

3.3.8 Approcci terapeutici ed efficacia

L’analisi degli approcci terapeutici in base alla valutazione dell’efficacia della terapia passiva (Tabella 10) non evidenzia differenze statisticamente significative tra i gruppi (p=0.967 e p=0.579). Tuttavia, si può notare come la terapia manuale sia maggiormente attesa soprattutto tra chi attribuisce un’efficacia “molto” o “moltissimo” elevata ai trattamenti passivi (81% e 86%), mentre esercizio terapeutico e educazione/informazioni sono attesi anche in categorie di efficacia più basse.

Tabella 10. Approccio terapeutico in base alla valutazione dell’efficacia della terapia passiva.

Domanda	Poco (N = 1)	Abbastanza (N = 4)	Molto (N = 31)	Moltissimo (N = 35)	P-value
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista I					0.967
Terapia manuale	0 (0%)	3 (75%)	25 (81%)	30 (86%)	
Terapia strumentale	0 (0%)	0 (0%)	4 (13%)	7 (20%)	
Esercizio terapeutico	1 (100%)	2 (50%)	16 (52%)	22 (63%)	
Educazione/informazioni	1 (100%)	2 (50%)	16 (52%)	16 (46%)	
Non lo so	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista II					0.579
Terapie passive	0	3	29	37	
Terapie attive	2	4	32	38	

I valori sono espressi come frequenze assolute (n) e percentuali (%). *P < 0.05; Test esatto di Fisher.

Abbreviazioni: N = numero di partecipanti allo studio

L’analisi degli approcci terapeutici in base alla valutazione dell’efficacia della terapia attiva (Tabella 11) rileva una differenza significativa (p-value < 0.001). Questo risultato però sembra essere fuorviante, perché osservando le frequenze percentuali non si riescono ad evidenziare valori che giustifichino un p-value così basso. Si pensa quindi che questo risultato sia in gran parte influenzato dal solo soggetto del gruppo “Abbastanza” (N=1): le percentuali riportate in tabella sono calcolate all’interno di ciascun gruppo, per cui la scelta di quell’unico individuo incide per il 100% delle risposte nella sua categoria, generando uno sbilanciamento che condiziona il test statistico complessivo. Analisi aggiuntive, condotte escludendo questo soggetto e confrontando solo i gruppi numericamente consistenti (“Molto” e “Moltissimo”), hanno mostrato l’assenza di differenze significative (p=0.341), a conferma che l’associazione iniziale era dovuta al peso sproporzionato di quel singolo caso. Si dichiara quindi che non vi

siano differenze statisticamente significative negli approcci terapeutici attesi in base alla valutazione dell'efficacia della terapia attiva.

Tabella 11. Approccio terapeutico in base alla valutazione dell'efficacia della terapia attiva.

Domanda	Abbastanza (N = 1)	Molto (N = 18)	Moltissimo (N = 52)	P-value
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista I				0.000*
Terapia manuale	1 (100%)	13 (73%)	44 (85%)	
Terapia strumentale	0 (0%)	4 (22%)	7 (14%)	
Esercizio terapeutico	1 (100%)	8 (44%)	32 (62%)	
Educazione/informazioni	1 (100%)	8 (44%)	26 (50%)	
Non lo so	0 (0%)	1 (6%)	0 (0%)	
Quale approccio si aspetta dal fisioterapista II				0.788
Terapie passive	1	17	51	
Terapie attive	2	16	58	

I valori sono espressi come frequenze assolute (n) e percentuali (%). *P < 0.05; Test esatto di Fisher.

Abbreviazioni: N = numero di partecipanti allo studio

4. Discussione

Nonostante le evidenze scientifiche sottolineino come gli interventi attivi garantiscano benefici duraturi⁽³⁾, molti fisioterapisti segnalano la tendenza dei pazienti a preferire approcci terapeutici passivi, percepiti come più immediatamente efficaci⁽¹³⁾. In questo contesto, il presente studio ha esplorato le aspettative dei pazienti con disturbi muscoloscheletrici nei confronti della fisioterapia, con l'obiettivo di comprendere come vengano percepiti i diversi approcci terapeutici – passivi e attivi – e quali fattori individuali possano influenzare tali percezioni. I risultati ottenuti consentono di delineare un quadro articolato delle aspettative dei pazienti e permettono di verificare se le osservazioni dei fisioterapisti abbiano un riscontro concreto. Comprendere le aspettative iniziali dei pazienti permetterà di costruire un'alleanza terapeutica efficace, personalizzare gli interventi e favorire l'aderenza ai percorsi riabilitativi^(23,24).

I dati raccolti hanno rivelato una percezione dell'efficacia dei diversi approcci terapeutici complessivamente elevata, ma con sfumature differenti tra trattamenti passivi e attivi.

La maggioranza dei partecipanti mostra una forte aspettativa nei confronti dei trattamenti passivi, confermando la persistenza di un modello di cura tradizionale in cui la terapia manuale viene percepita come il principale strumento d'intervento. Allo stesso tempo, una quota rilevante di pazienti attribuisce un'elevata efficacia agli approcci attivi, a dimostrazione del fatto che, almeno in questo campione, si sta progressivamente affermando una maggiore consapevolezza del valore dell'esercizio terapeutico e dell'educazione nel processo riabilitativo. Questo dato appare in linea con quanto riportato da Bernhardsson et al.⁽¹¹⁾ e da Plank et al.⁽¹⁰⁾, che descrivono come la fiducia nei trattamenti manuali e la percezione del tocco come elemento terapeutico siano fortemente radicate nella concezione sociale della fisioterapia. La preferenza per interventi passivi, più tangibili e immediati, può riflettere un bisogno di rassicurazione e di “cura ricevuta” da parte del professionista, specialmente nelle fasi iniziali del percorso. Parallelamente, la valutazione positiva anche degli approcci attivi suggerisce che molti pazienti siano disposti ad assumere un ruolo più partecipe e responsabilizzato nel processo di guarigione, soprattutto se adeguatamente informati e motivati dal fisioterapista. Questo risultato sembra confermare quanto evidenziato da Testa e Rossettini⁽¹⁹⁾ e da Malfliet et al.⁽²¹⁾, secondo cui la comunicazione terapeutica e la costruzione di aspettative positive possono modulare significativamente l'esperienza del dolore e gli esiti clinici attraverso meccanismi di tipo placebo/nocebo.

I risultati tendono quindi a confermare – almeno in parte – la percezione dei fisioterapisti riguardo le preferenze dei pazienti: la grande maggioranza dei partecipanti (82%) si aspettava un trattamento di tipo manuale, e quasi la metà (61%) identificava nella riduzione del dolore l’obiettivo principale della terapia [Tabella 2]. Ciò suggerisce che il contatto fisico e la ricerca di sollievo immediato rappresentano ancora, per molti pazienti, la forma più tangibile e rassicurante di cura. Tuttavia, non si può parlare di un rifiuto generalizzato dell’approccio attivo: oltre la metà dei partecipanti (58%) si aspettava anche esercizi terapeutici e quasi la metà (49%) desiderava ricevere informazioni o educazione sul proprio problema [Tabella 2]. Questo evidenzia la coesistenza di due modelli di aspettativa: uno più tradizionale e passivo, centrato sul trattamento ricevuto, e uno più moderno, orientato alla partecipazione e alla comprensione del percorso riabilitativo.

Tale equilibrio riflette la fase di transizione che la fisioterapia sta attraversando: le evidenze degli ultimi anni sottolineano l’efficacia degli approcci integrati che combinano tecniche manuali, esercizio terapeutico ed educazione^(3,2). I risultati del presente studio sembrano allinearsi a questa prospettiva: i pazienti mantengono aspettative elevate verso il “hands-on”, ma mostrano al contempo una crescente fiducia verso il “hands-off”, a condizione che venga spiegato il rationale del trattamento. Ciò conferma l’importanza, per il fisioterapista, di saper contestualizzare la terapia manuale all’interno di un piano multimodale, in cui il tocco diventa un mezzo per instaurare fiducia e modulare il dolore, ma non l’unico elemento di efficacia^(5,7).

Dal punto di vista delle variabili sociodemografiche, non sono emerse differenze significative nelle aspettative in base all’età, suggerendo che la percezione del valore delle diverse modalità terapeutiche sia omogenea tra le generazioni [Tabella 4]. Anche il sesso non influisce sulle preferenze rispetto al tipo di approccio, pur evidenziando differenze negli obiettivi e nei tempi di miglioramento: le donne tendono a privilegiare il recupero funzionale e la ripresa delle attività quotidiane, mentre gli uomini appaiono più orientati alla riduzione del dolore e al ritorno allo sport [Tabella 3]. Queste differenze potrebbero riflettere modelli motivazionali diversi, legati sia alle attività abituali sia al significato attribuito alla performance fisica, come suggerito anche da Calner et al.⁽¹⁴⁾. Analogamente, la pratica sportiva non modifica la percezione generale di efficacia, ma condiziona gli obiettivi: gli sportivi puntano a tornare rapidamente all’attività e a prevenire recidive, mentre i non sportivi mirano più spesso alla riduzione del dolore [Tabella 5]. Tale differenziazione appare coerente con quanto osservato da Zhou et al.⁽¹²⁾, che descrivono come la consapevolezza corporea e la fiducia nelle proprie capacità condizionino la

disponibilità del paziente ad impegnarsi in programmi riabilitativi attivi. L'esperienza fisioterapica pregressa sembra invece incidere sulle aspettative temporali: chi ha già ricevuto fisioterapia si aspetta miglioramenti più rapidi, forse per una migliore conoscenza dei tempi e dei meccanismi del processo riabilitativo; al contrario, chi affronta la fisioterapia per la prima volta mostra una maggiore incertezza e tende a immaginare miglioramenti più lenti o indefiniti [Tabella 6], sottolineando l'importanza del ruolo educativo del fisioterapista nel fornire spiegazioni chiare e nel gestire le aspettative sin dall'inizio. Particolarmente rilevante è anche il dato relativo al tipo di sintomo: i pazienti post-operatori e post-frattura attribuiscono maggiore efficacia ai trattamenti attivi rispetto a coloro che si presentano per dolore non specifico, probabilmente perché percepiscono la riabilitazione come parte integrante di un percorso di recupero strutturato e orientato alla funzionalità [Tabella 7]. Al contrario, nei disturbi dolorosi aspecifici o ricorrenti prevale ancora l'aspettativa di un sollievo immediato [Tabella 7], coerente con la letteratura che evidenzia come la cronicità e la natura del dolore influenzino la preferenza per interventi di tipo passivo^(10,13). Anche la durata dei sintomi condiziona in modo significativo le tempistiche di miglioramento attese: chi presenta disturbi acuti si aspetta benefici rapidi, mentre i pazienti con problematiche croniche o persistenti mostrano maggiore incertezza e prudenza, probabilmente in virtù di precedenti esperienze di insuccesso o ricaduta [Tabella 9].

Nel complesso, questi risultati delineano un profilo di paziente ancora fortemente ancorato all'idea del trattamento manuale, ma non impermeabile all'innovazione. L'immagine che emerge non è quella di un paziente passivo o resistente al movimento, quanto piuttosto di un individuo che si affida a ciò che percepisce come più efficace sulla base della propria esperienza e delle narrazioni sociali dominanti. Il fisioterapista, in questo contesto, ha il compito di riformulare le aspettative, valorizzando il ruolo attivo del paziente e spiegando in modo chiaro il razionale degli esercizi e dell'educazione, così da integrare gli interventi passivi e attivi in un unico percorso coerente.

L'interpretazione dei risultati deve comunque considerare alcuni limiti metodologici. Lo studio è stato condotto in un'unica struttura privata con un'utenza mediamente giovane e attiva: il 68% dei partecipanti praticava sport e l'82% aveva già avuto esperienze fisioterapiche [Tabella 1]. Questi elementi riducono la rappresentatività del campione rispetto alla popolazione generale, che include anche soggetti sedentari, anziani o alla prima esperienza riabilitativa. Inoltre, il campione risulta numericamente limitato, fattore che ne riduce ulteriormente la generalizzabilità. Poiché lo studio ha un disegno osservazionale descrittivo, non è stato

effettuato un calcolo preventivo della numerosità campionaria: tale scelta è coerente con la natura esplorativa dell'indagine, ma comporta una minore potenza statistica e limita la possibilità di generalizzare i risultati a popolazioni più ampie. La somministrazione del questionario prima dell'inizio della terapia potrebbe aver influenzato le risposte, inducendo alcuni pazienti a fornire risposte percepite come “socialmente desiderabili”. L'assenza di trattamenti strumentali nel centro di riferimento può aver ridotto la variabilità delle aspettative verso tali interventi. Infine, la natura trasversale e descrittiva dello studio non consente di stabilire relazioni causali, ma solo associazioni tra variabili.

Nonostante questi limiti, i risultati forniscono indicazioni rilevanti per la pratica clinica. Essi sottolineano la necessità di un approccio comunicativo che parta dall'ascolto delle aspettative del paziente, per poi orientarle progressivamente verso un modello più attivo e partecipativo. La costruzione di un'alleanza terapeutica basata sulla fiducia e sulla spiegazione condivisa del percorso riabilitativo può rappresentare la chiave per superare la dicotomia tra “massaggio” e “esercizi”, favorendo una fisioterapia realmente centrata sulla persona.

5. Conclusioni

Il presente studio ha esplorato le aspettative dei pazienti con disturbi muscoloscheletrici verso i diversi approcci fisioterapici, evidenziando come la maggioranza continui ad associare la fisioterapia alla terapia manuale e alla riduzione del dolore, ma al tempo stesso riconosca l'importanza e l'elevata efficacia dell'esercizio terapeutico e dell'educazione. Questi risultati confermano in parte le osservazioni dei fisioterapisti, secondo cui molti pazienti si aspettano interventi passivi, ma indicano anche che esiste un terreno favorevole per promuovere approcci più attivi, se adeguatamente spiegati e contestualizzati.

Il quadro che emerge è quello di un paziente che cerca una risposta immediata al dolore ma che, se coinvolto e informato, è disposto ad assumere un ruolo più partecipativo nel proprio percorso di cura, suggerendo quindi una progressiva interiorizzazione dei principi del modello biopsicosociale. Ciò evidenzia la necessità, per il fisioterapista, di saper gestire le aspettative attraverso una comunicazione efficace, capace di valorizzare il contributo dei trattamenti attivi senza negare il valore relazionale e neurofisiologico delle tecniche manuali.

In prospettiva, favorire la consapevolezza e la partecipazione del paziente rappresenta una strategia chiave per consolidare il passaggio da un modello di cura centrato sul trattamento a uno realmente centrato sulla persona, in cui la combinazione di approcci passivi e attivi non sia percepita come alternativa, ma come parte integrante di un unico processo terapeutico.

Infine, lo studio può rappresentare un punto di partenza e un monito per future ricerche, rivolte a campioni più ampi e differenziati o a disegni sperimentali diversi, con l'obiettivo di approfondire ulteriormente le dinamiche che influenzano le aspettative e la partecipazione attiva del paziente nel percorso riabilitativo.

Bibliografia

1. Musculoskeletal health [Internet]. [citato 31 luglio 2025]. Disponibile su: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
2. Kerry R, Young KJ, Evans DW, Lee E, Georgopoulos V, Meakins A, et al. A modern way to teach and practice manual therapy. *Chiropr Man Therap*. 21 maggio 2024;32(1):17.
3. Hayden JA, Ellis J, Ogilvie R, Malmivaara A, van Tulder MW. Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 28 settembre 2021;9(9):CD009790.
4. Almeida VC, Pereira LCD, Machado S da C, Maciel LYDS, de Farias Neto JP, de Santana Filho VJ. The use of a biopsychosocial model in the treatment of patients with chronic. *Patient Educ Couns*. aprile 2024;121:108117.
5. Geri T, Viceconti A, Minacci M, Testa M, Rossetti G. Manual therapy: Exploiting the role of human touch. *Musculoskelet Sci Pract*. dicembre 2019;44:102044.
6. Mancini F, Beaumont AL, Hu L, Haggard P, Iannetti GDD. Touch inhibits subcortical and cortical nociceptive responses. *Pain*. ottobre 2015;156(10):1936–44.
7. Ellingsen DM, Leknes S, Løseth G, Wessberg J, Olausson H. The Neurobiology Shaping Affective Touch: Expectation, Motivation, and Meaning in the Multisensory Context. *Front Psychol*. 2015;6:1986.
8. Maratos FA, Duarte J, Barnes C, McEwan K, Sheffield D, Gilbert P. The physiological and emotional effects of touch: Assessing a hand-massage intervention with high self-critics. *Psychiatry Res*. aprile 2017;250:221–7.
9. Wand BM, Catley MJ, Rabey MI, O’Sullivan PB, O’Connell NE, Smith AJ. Disrupted Self-Perception in People With Chronic Low Back Pain. Further Evaluation of the Fremantle Back Awareness Questionnaire. *J Pain*. settembre 2016;17(9):1001–12.
10. Plank A, Rushton A, Ping Y, Mei R, Falla D, Heneghan NR. Exploring expectations and perceptions of different manual therapy techniques in chronic low back pain: a qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord*. 14 maggio 2021;22:444.

11. Bernhardsson S, Larsson MEH, Johansson K, Öberg B. «In the physio we trust»: A qualitative study on patients' preferences for physiotherapy. *Physiother Theory Pract.* luglio 2017;33(7):535–49.
12. Zhou Y, Gao W, Gao S, Guo X, Liu M, Cao C. Pain Catastrophizing, Kinesiophobia and Exercise Adherence in Patients After Total Knee Arthroplasty: The Mediating Role of Exercise Self-Efficacy. *J Pain Res.* 2023;16:3993–4004.
13. Barker KL, Barker K, Newman M, Stallard N, Leal J, Lowe CM, et al. Exercise or manual physiotherapy compared with a single session of physiotherapy for osteoporotic vertebral fracture: three-arm PROVE RCT. *Health Technology Assessment.* 28 agosto 2019;23(44):1–318.
14. Calner T, Isaksson G, Michaelson P. Physiotherapy treatment experiences of persons with persistent musculoskeletal pain: A qualitative study. *Physiother Theory Pract.* gennaio 2021;37(1):28–37.
15. Dickson C, de Zoete RMJ, Berryman C, Weinstein P, Chen KK, Rothmore P. Patient-related barriers and enablers to the implementation of high-value physiotherapy for chronic pain: a systematic review. *Pain Med.* 28 settembre 2023;25(2):104–15.
16. Essery R, Geraghty AWA, Kirby S, Yardley L. Predictors of adherence to home-based physical therapies: a systematic review. *Disabil Rehabil.* marzo 2017;39(6):519–34.
17. Saner J, Bergman EM, de Bie RA, Sieben JM. Low back pain patients' perspectives on long-term adherence to home-based exercise programmes in physiotherapy. *Musculoskelet Sci Pract.* dicembre 2018;38:77–82.
18. Caliskan EB, Bingel U, Kunkel A. Translating knowledge on placebo and nocebo effects into clinical practice. *Pain Rep.* 25 marzo 2024;9(2):e1142.
19. Testa M, Rossetti G. Enhance placebo, avoid nocebo: How contextual factors affect physiotherapy outcomes. *Man Ther.* agosto 2016;24:65–74.
20. Cormack B, Rossetti G. Are patients picking up what we are putting down? Considering nocebo effects in exercise for musculoskeletal pain. *Front Psychol.* 23 novembre 2023;14:1291770.

21. Malfliet A, Lluch Girbés E, Pecos-Martin D, Gallego-Izquierdo T, Valera-Calero A. The Influence of Treatment Expectations on Clinical Outcomes and Cortisol Levels in Patients With Chronic Neck Pain: An Experimental Study. *Pain Pract.* aprile 2019;19(4):370–81.
22. Jack K, McLean SM, Moffett JK, Gardiner E. Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review. *Man Ther.* giugno 2010;15(3):220–8.
23. Main CJ, Foster N, Buchbinder R. How important are back pain beliefs and expectations for satisfactory recovery from back pain? *Best Pract Res Clin Rheumatol.* aprile 2010;24(2):205–17.
24. Haanstra TM, Kamper SJ, Williams CM, Spriensma AS, Lin CWC, Maher CG, et al. Does adherence to treatment mediate the relationship between patients' treatment outcome expectancies and the outcomes of pain intensity and recovery from acute low back pain? *Pain.* agosto 2015;156(8):1530–6.
25. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandebroucke JP, et al. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Ann Intern Med.* 16 ottobre 2007;147(8):573–7.
26. R: The R Project for Statistical Computing [Internet]. [citato 29 settembre 2025]. Disponibile su: <https://www.r-project.org/>

Allegati

Allegato 1. Questionario di aspettativa del trattamento.

Questionario di Aspettativa del Trattamento

I dati raccolti verranno utilizzati esclusivamente in forma aggregata per scopi di ricerca nell'ambito di una tesi di laurea e trattati nel rispetto delle normative vigenti di privacy. Tutte le risposte saranno anonime e non vi sono risposte giuste o sbagliate, lo scopo del questionario è quello di indagare le Sue aspettative riguardo al trattamento fisioterapico che sta per iniziare.

Grazie per aver dedicato del tempo per rispondere a queste domande.

1. Qual è il suo genere?

- Maschio
 - Femmina
 - Altro _____
 - Preferisco non rispondere

2. Quanti anni ha?

- 18 – 30 anni
 - 31 – 50 anni
 - 51 – 70 anni
 - 71 o più anni

3. Qual è il suo grado di scolarità?

- Diploma di scuola elementare o di scuola media
 - Diploma di scuola secondaria di secondo grado (Liceo, Istituto tecnico o professionale)
 - Laurea di I livello (Triennale o a Ciclo Unico)
 - Laurea di II livello (Magistrale, Master, etc.)
 - Altro _____

4. Qual è la sua professione?

- Autonomo Pensionato
 Dipendente Altro _____

5. Fa sport?

- Sì
 - No

6. Se sì, quale sport e con quale frequenza?

- 1 - 2 volte a settimana
 - 3 - 4 volte a settimana
 - 5 o più volte a settimana

7. È mai stato dal fisioterapista prima d'ora?

- Sì
 No

8. Se sì, quale tipo di fisioterapia le è stata somministrata?

9. Per quale problematica si è rivolto al fisioterapista in data odierna?

10. Da quanto tempo presenta il problema?

- Meno di una settimana
- Meno di un mese
- Tra un mese e sei mesi
- Più di sei mesi

11. Quale approccio si aspetta dal fisioterapista durante le sedute che sta per iniziare?

(È possibile selezionare più di un'opzione)

- Terapia manuale
- Terapia strumentale
- Educazione/informazioni
- Esercizi
- Altro (specificare): _____

12. Quale risultato si aspetta di ottenere dal trattamento fisioterapico?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Ridurre il dolore | <input type="radio"/> Tornare a svolgere attività sportive |
| <input type="radio"/> Migliorare la forza o la mobilità | <input type="radio"/> Prevenire ricadute o infortuni |
| <input type="radio"/> Tornare a svolgere attività quotidiane | <input type="radio"/> Altro: _____ |

13. In quanto tempo si aspetta di notare un miglioramento?

- Dopo la prima seduta
- Entro 2 settimane
- Entro un mese
- Dopo più di un mese
- Non saprei / Non ho aspettative sulle tempistiche di miglioramento

14. In una scala da 1 a 5 (1 = per niente, 5 = moltissimo), quanto considera efficaci trattamenti passivi (come terapia manuale, terapia fisica e massoterapia)?

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				

15. In una scala da 1 a 5 (1 = per niente, 5 = moltissimo), quanto considera efficaci trattamenti attivi (come esercizi, stretching e rinforzo muscolare)?

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>				