



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Fisioterapia

LA RELAZIONE TERAPEUTICA IN FISIOTERAPIA

Relatore: Dott.ssa

EMILIA CALDERISI

Tesi di Laurea di:

MATTEO CASTELLI

A.A. 2020/2021

INDICE

Abstract.....	1
Introduzione.....	3
Capitolo 1: Centralità del paziente nel percorso di cura.....	4
1.1 Modello biopsicosociale.....	4
1.2 La relazione terapeutica	7
1.2.1 La relazione tra aiutante e aiutato: una prospettiva storica.....	11
1.3 La comunicazione	14
1.4 Medical Humanities.....	16
1.4.1 Narrative Based Medicine.....	16
Capitolo 2: Materiali e metodi.....	20
2.1 Obiettivo.....	20
2.2. Strategie di ricerca.....	20
2.3 Criteri di inclusione.....	21
2.4 Criteri di esclusione.....	21
Capitolo 3: Risultati.....	22
3.1 Risultati della ricerca in letteratura.....	22
3.2 Descrizione degli studi.....	23
Capitolo 4: Il questionario.....	29
4.1 Scelta del questionario.....	29
4.2 Obiettivo.....	30
4.3 Campione.....	30
4.4 Strumenti.....	31

4.5 Elaborazione dei dati.....	36
4.6 Analisi del questionario.....	36
Capitolo 5: Discussione.....	49
Capitolo 6: Conclusioni.....	54
Bibliografia.....	56

ABSTRACT

Background: Negli anni, in ambito medico, si è passati da un modello di cura basato sulla malattia e la patologia da curare ad un modello incentrato sul paziente e sui suoi bisogni. È inoltre cresciuto l'interesse per il ruolo della relazione terapeutica tra fisioterapista e paziente, ai fini di un buon esito di trattamento, sia per l'outcome sia per la soddisfazione personale del soggetto interessato.

Obiettivo: L'obiettivo è quello di approfondire i fattori principali per instaurare una relazione terapeutica tra fisioterapista e paziente, ponendo l'attenzione sul ruolo della medicina narrativa al fine di comprendere il vissuto del paziente.

Materiali e metodi: La ricerca è stata effettuata tramite il database PubMed. Tramite l'utilizzo di una stringa di ricerca e alcuni criteri di inclusione ed esclusione sono stati selezionati 5 articoli. In seguito, sulla base degli articoli trovati, è stato somministrato un questionario a risposta multipla a 62 fisioterapisti operanti in strutture private accreditate.

Risultati: L'elaborazione dei dati del questionario ha confermato l'importanza di una relazione positiva tra fisioterapista e paziente secondo i codici dell'approccio narrativo, come pure evidenziato dagli articoli citati nell'elaborato.

Conclusioni: I fisioterapisti del campione hanno evidenziato il ruolo fondamentale delle non-technical skills nel trattamento, suggerendo la necessità di una formazione permanente relativa a tali competenze.

ABSTRACT

Background: Over the years, in the medical field, we have moved from a model of treatment based on disease and pathology from to cure to a model centered on the patient and his needs. It has also grown due to the role of therapeutic relationship between physiotherapist and patient, for the purpose of a successful treatment outcome, and for the outcome for the personal satisfaction of the person concerned.

Objective: The goal is to investigate for establishing a therapeutic relationship between physiotherapist and patient, focusinf on the role of narrative medicine in order to understand the patient's experience.

Materials and Methods: The research was done through the PubMed database. Through the use of a search string and some inclusion and exclusion criteria, 5 articles were selected. Subsequently, on the basis of the articles found, a multiple choice questionnaire was administered to 62 physiotherapists operating in accredited private structures.

Results: The processing of the questionnaire data confirmed the importance of a positive relationship between physiotherapist and patient according to the codes of the narrative approach, as also highlighted by the articles cited in the paper.

Conclusion: Physiotherapists in the sample highlighted the fundamental role of non-technical skills in treatment, suggesting the need for ongoing training in these skills.

INTRODUZIONE

Prendersi cura di una persona malata non significa solamente diagnosticarne il problema ed in seguito effettuare il trattamento, ma anche, e soprattutto, cercare di immedesimarsi nei suoi bisogni e di comprenderne l'unicità. L'umanizzazione della medicina, infatti, ha portato ad un cambiamento nella relazione medico-paziente; si è infatti passati da un metodo basato sulla diagnosi di cura (approccio biomedico) ad un metodo incentrato sul paziente, caratterizzato da una dimensione sociale, psicologica e comportamentale (approccio biopsicosociale).

La relazione terapeutica è un particolare tipo di approccio tra il soggetto che cura e colui che necessita di cure. Nello specifico, l'elaborato mostra la relazione terapeutica tra fisioterapista e paziente nel concetto più ampio ed evoluto di reciprocità, in cui la crescita è anche quella personale ed interiore del professionista. L'efficacia dell'intervento non può prescindere dall'utilizzo di una corretta comunicazione da parte del professionista sanitario, chiamato a coinvolgere attivamente il paziente nel percorso di cura. Il modello e lo stile comunicativo stabiliscono le basi della relazione, dalla quale dipendono la motivazione e l'outcome del paziente durante il trattamento, un percorso incentrato quindi sul rispetto della persona come soggetto consapevole e in grado di esprimere i propri bisogni. La relazione terapeutica tra le due parti necessita, quindi, oltre che di una riconosciuta competenza professionale, della completa e reciproca disposizione ad instaurare un rapporto di fiducia e di collaborazione, mantenuto da un atteggiamento empatico e dal rispetto della dignità del paziente.

L'obiettivo di questo elaborato è, quindi, l'approfondimento del ruolo centrale del paziente nel percorso terapeutico, focalizzando lo sguardo sul concetto di "umanizzazione" delle cure e degli spazi ad esse dedicati, capace di incidere positivamente sia sul processo di guarigione fisica e psicologica del paziente sia sulla qualità operativa del personale sanitario. Vengono inoltre descritte le caratteristiche dell'approccio con il paziente, secondo i codici della Medicina Narrativa (Narrative Based Medicine, NBM), che integra le evidenze scientifiche sostenute dalla Medicina Tradizionale (Evidence Based Medicine, EBM) con elementi che riguardano la percezione della malattia da parte del paziente, valorizzandone la storia, essenziale per costruire una corretta relazione terapeutica.

1 CENTRALITA' DEL PAZIENTE NEL PERCORSO DI CURA

1.1 Il modello biopsicosociale

Prendersi cura di una persona malata non significa solamente diagnosticarne il problema ed in seguito effettuare il trattamento, ma anche, e soprattutto, cercare di immedesimarsi nei suoi bisogni e di comprenderne l'unicità. L'umanizzazione della medicina, infatti, ha portato ad un cambiamento nella relazione medico-paziente; si è infatti passati da un metodo basato sulla diagnosi di cura (approccio biomedico) ad un metodo incentrato sul paziente, caratterizzato da una dimensione sociale, psicologica e comportamentale (approccio biopsicosociale).

Nel 1977 George Engel pubblica su Science un articolo che mette in luce la necessità di un nuovo modello di cura che metta al centro la persona: il modello biopsicosociale. Mentre il modello biomedico si concentra sulla fisiopatologia, l'approccio biopsicosociale sottolinea l'importanza di comprendere la salute e la malattia umana nei loro contesti più completi [1]. L'approccio biopsicosociale è una strategia di approccio al paziente che attribuisce il risultato della malattia e della salute alla continua interazione tra fattori biologici (genetici, biochimici, ecc.), psicologici (umore, comportamento, personalità, ecc.) e sociali (culturali, familiari, socioeconomici, ecc.). È necessario, quindi, prendere in considerazione anche il contesto in cui si trova il paziente, le sue credenze, le sue aspettative e l'influenza della società che lo circonda; per poter comprendere la persona bisogna dunque avere una visione globale [2]. Al modello biomedico bisogna aggiungere la necessità di un cambio di atteggiamento da parte del clinico nei confronti del paziente, passando dal distacco oggettivo alla partecipazione, infondendo alla cura maggiore calore ed empatia [3].

Il modello biopsicosociale permette di avere una visione del mondo che includa l'esperienza soggettiva del paziente accanto a dati biomedici oggettivi; il paziente, da "oggetto passivo", diventa "soggetto" e protagonista dell'atto clinico, passando dal distacco oggettivo alla partecipazione. Inoltre, questo approccio sposta l'attenzione dal sintomo alla persona. Il paziente viene quindi messo al centro del trattamento, personalizzando ogni trattamento, basandosi sulle indicazioni presenti in letteratura, adattandole al paziente [4].

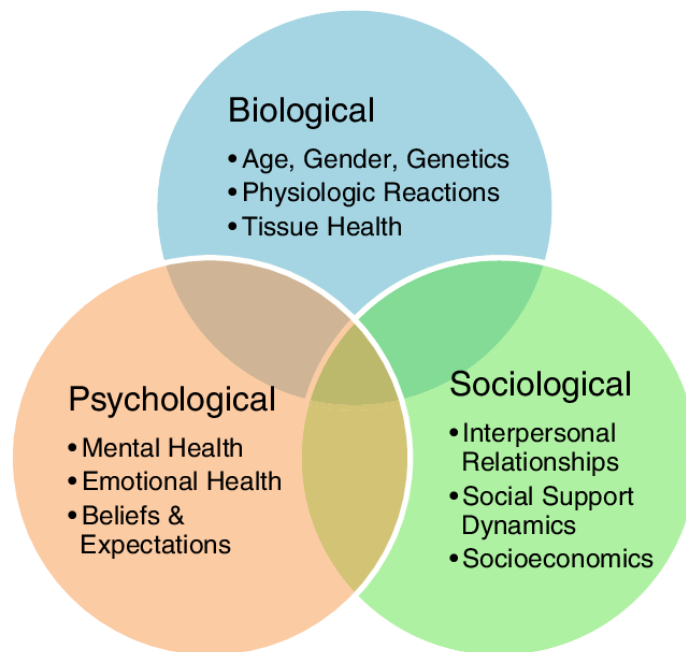
Tale modello si contrappone a quello biomedico, che attribuisce la malattia principalmente a fattori biologici, come virus o geni, che il medico deve identificare ed in seguito correggere. Il modello biomedico non lascia quindi spazio all'interno di questa struttura per le dimensioni sociali, psicologiche e comportamentali della malattia. Contrariamente all'approccio biomedico, Engel ha cercato un approccio più olistico, riconoscendo che ogni paziente ha i propri pensieri, sentimenti e storia; la salute non viene più intesa come assenza di malattia ma come un equilibrio biopsicosociale [2], come è mostrato nella Figura 1.

Il contributo più grande di George Engel alla medicina è stato il cambiamento del modo in cui vengono viste la malattia, la sofferenza e la guarigione del paziente. L'approccio biopsicosociale, infatti, aiuta i professionisti sanitari a comprendere meglio il paziente nel suo complesso, considerando la dimensione sociale, psicologica e comportamentale [3].

Tra i documenti chiave che fanno riferimento all'approccio biosicosociale vi è la definizione di Salute da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella sua Costituzione del 1948, di cui troviamo la definizione più estesa e aggiornata nel Glossario OMS della Promozione della Salute, secondo la quale, infatti, "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità" [4].

Il modello biomedico si basa sul concetto di "riduzionismo", secondo il quale la malattia è una qualsiasi deviazione dalla normalità, in cui i sintomi informano della presenza di qualcosa che non funziona bene all'interno del corpo e l'eliminazione della causa comporta sempre la guarigione del soggetto dalla patologia. Si può notare, quindi, che il soggetto perde importanza mentre il problema e la sua causa anatomica divengono i principali protagonisti del trattamento. Questo modo di procedere ha portato ad una visione semplicistica dell'essere umano e della sua salute; l'obiettivo per la risoluzione del problema diviene standardizzato rispetto alla patologia. Persone con "problemi" simili ricevono trattamenti simili indipendentemente dai fattori contestuali già indicati [5].

Figura : L'approccio biopsicociale



In ambito sanitario è avvenuto un cambio di paradigma nella presa in carico della persona assistita, che non deve essere curata solo nella dimensione fisica ma anche in quella mentale, sociale ed emotiva. Anche nel trattamento fisioterapico il paziente deve essere preso in considerazione nella sua complessità, quindi in tutti gli aspetti che riguardano il contesto sociale, culturale e ambientale. Tali fattori influenzano la percezione soggettiva della malattia modificandone gli outcome di trattamento. Ciò accade anche in relazione alle risposte non specifiche, o placebo, provocate dal contesto riabilitativo. Negli anni sta infatti prendendo forma l'idea di umanizzare gli spazi di cura [7].

1.2 La relazione terapeutica

La capacità di stabilire una relazione positiva con il paziente è una determinante considerata centrale in ogni branca della medicina, in quanto da essa dipende la motivazione e la collaborazione del paziente durante il trattamento. La relazione fa parte della cura, tanto che la letteratura scientifica promuove un nuovo approccio terapeutico, caratterizzato dal passaggio “from cure to care”, ossia “dalla cura al prendersi cura”; curare non consiste solamente nel mettere in pratica le migliori competenze tecniche (“to cure”) ma anche nel preoccuparsi e prendersi cura della persona che vive una condizione di sofferenza (“to care”). È quindi necessario che il personale sanitario renda partecipe il paziente nel trattamento e risponda adeguatamente ai suoi bisogni e alle sue paure, considerando la persona nella sua unicità e migliorandone la qualità di vita.

La relazione terapeutica è un concetto complesso composto da varie parti, tra cui l'alleanza terapeutica. Quest'ultima rappresenta solamente una delle variabili che possono portare all'instaurazione della relazione terapeutica, anche se molto spesso viene considerata la parte più importante per valutare l'efficacia del trattamento. Recentemente, il concetto di “relazione terapeutica” è stato oggetto di vari studi, in cui viene indicato con il nome di “alleanza di lavoro” o “alleanza terapeutica” [9]. Nonostante l'alleanza terapeutica sia un concetto molto sviluppato nella psicologia, recentemente ha guadagnato interesse nel campo delle professioni sanitarie. Nella letteratura purtroppo è presente una lacuna riguardo gli elementi che costituiscono questo tipo di relazione in fisioterapia; per questo motivo i ricercatori hanno utilizzato la teoria di Bordin [10] sull'alleanza terapeutica, sviluppata per la psicoterapia [11].

Bordin, noto professore di Psicologia del Michigan, in un suo articolo [10] afferma che l'alleanza terapeutica è costituita da tre componenti:

- L'esplicita condivisione di obiettivi da parte di paziente e terapeuta prima di iniziare il trattamento.
- La chiara definizione di compiti reciproci all'inizio del trattamento.
- Il tipo di legame affettivo che si costituisce tra i due, caratterizzato da fiducia e rispetto.

Da questa definizione si evince che l'alleanza terapeutica si delinea come un lavoro collaborativo tra due soggetti attivi, ricoprendo ciascuno il proprio ruolo; infatti il trattamento fisioterapico non si riceve passivamente da parte del paziente ma è un percorso in cui la partecipazione attiva di quest'ultimo è fondamentale, sviluppando in seguito un senso di appartenenza al trattamento. Inoltre, questa definizione di alleanza terapeutica proposta da Bordin, è applicabile a qualsiasi approccio terapeutico e per questo motivo è stata definita da Horvath e Luborsky come "il concetto panteorico" [12].

Bordin, inoltre, afferma che ci sono diverse prove che sostengono che l'esito e l'efficacia della terapia dipenda più dalla forza della collaborazione tra paziente e terapeuta piuttosto che dai metodi di terapia scelti [10].

Fino a qualche decennio fa, il fisioterapista eseguiva una prescrizione specialistica e non aveva la possibilità di scegliere il trattamento da eseguire. Nel tempo le cose sono cambiate e oggi il fisioterapista ha sviluppato la possibilità di svolgere una valutazione funzionale e in seguito proporre al paziente alcune proposte terapeutiche per risolvere il problema, stabilendo il percorso fisioterapico da eseguire.

In uno studio presente in letteratura sono stati intervistati 129 terapisti occupazionali per sapere in che modo utilizzassero la relazione con i pazienti in ambito sanitario. In questo articolo l'alleanza terapeutica viene definita come un rapporto di fiducia tra terapeuta e paziente, fondato su collaborazione, comunicazione, rispetto reciproco ed empatia. Dunque, è di notevole importanza il fatto che il fisioterapista sia consapevole di come la relazione terapeutica possa influenzare l'esperienza di dolore del paziente; il modo in cui il paziente percepisce il fisioterapista, infatti, potrebbe influenzare il trattamento, avendo in seguito un impatto positivo sui risultati del trattamento [13].

Inoltre, alcuni studi sulla riabilitazione neurologica e cardiaca hanno dimostrato che alleanze terapeutiche positive vengono associate a risultati migliori del trattamento, come un miglioramento del funzionamento fisico [14].

Gli studi sull'alleanza terapeutica fanno riferimento agli articoli di Bordin ma, in pratica, i ricercatori necessitano di un metodo per valutare l'alleanza, per poterla definire operativamente. Ogni tentativo di misurare qualcosa di così complesso come l'alleanza terapeutica comporta alcune complicazioni concettuali, che probabilmente hanno

ostacolato gli studi in questo campo [12]. Nonostante queste difficoltà, sono stati sviluppati alcuni strumenti di misura per analizzare l'alleanza terapeutica; sono state identificate alcune misure utilizzate in vari studi che coinvolgono la fisioterapia e la terapia occupazionale [15], come si evince dalla Tabella 1.

Articoli	Misura di outcome
Adamson et al., 1994 (1 s) Stenmar e Nordholm, 1994 (101 s)	Scala di atteggiamento (19-item)
Baker et al., 2001 (4 s)	Strumento di valutazione del metodo di partecipazione (21 elementi)
nmBeattie et al., 2005 (6 secondi)	Strumento MedRisk per misurare la soddisfazione del paziente con la terapia fisica (MR-12) (12 elementi)
Besley et al., 2010 (7 s)	Questionario dell'Alleanza per la Salute (HAQ) (19-item)
Beatitudine, 2010 (8 s)	Inventario dell'alleanza di lavoro (WAI-12) (12 elementi)
Besley et al., 2010 (7 s)	
Burns et al., 1999 (9 s)	
Morrison, 2013 (98 secondi)	
Chan e Can, 2010 (10 s)	
Cole e McLean, 2003 (14 s)	Questionario auto-sviluppato (10 elementi)
Eklund et al., 2015 (17 s)	Questionario sulle relazioni di lavoro (HAQII) (19 voci)
Farin et al., 2011 (57 s)	Questionario KOPRA (32-item)
Ferreira et al., 2013 (18 s)	Inventario della teoria del cambiamento dell'alleanza di lavoro (WATOCI) (16 elementi)
Hall et al., 2012 (23 s)	
Cheing et al., 2010 (12 s)	Scala di riabilitazione del dolore (PRES) (54-item)
Fuentes et al., 2014 (20 s)	

Articoli	Misura di outcome
Vong et al., 2011 (42 secondi)	
Gorenberg e Taylor, 2013 (109 s)	Valutazione clinica della scala a 5 modalità (23-item)
Taylor et al., 2011 (39 s)	
Grannis et al., 1981 (22 s)	Questionario di ordinamento Q (28 elementi)
Colline e cucina, 2007 (24 s)	Questionario sulla soddisfazione del paziente ambulatoriale di fisioterapia (38-item)
Jackson et al., 2012 (25 secondi)	Scala di valutazione della relazione (RAS) (16-item)
Kersten et al., 2012 (27 secondi)	Consulenza ed Empatia Relazionale (CARE) (10-item)
Kerssens et al., 1999 (28 secondi)	Questionario auto-sviluppato (11-item)
Knight et al., 2010 (29 s)	Questionario sulla dimensione del servizio (12 elementi)
Lysack et al., 2005 (31 s)	Questionario auto-sviluppato (3 elementi)
Medina-Mirapeix et al., 2015 (32 s)	Esperienza del paziente in terapia fisica ambulatoriale post-acuta (PEPAP-Q)
Murray et al., 2015 (33 secondi)	Questionario sul clima per l'assistenza sanitaria (HCCQ) (6 elementi)
Chan et al., 2009 (10 s)	
Levy et al., 2008 (30 s)	
Roberts e Bucksey, 2007 (36 s)	Sistema di comportamento di comunicazione medica (23 elementi)
Roberts et al., 2013	
Thomson et al., 1997 (40 s)	Inventario delle relazioni Barrett-Lennard (BLRI) (64 elementi)
Thomson et al., 1997 (40 s)	Truax Accurate Empathy Scale (TAES) (8-item)

Articoli	Misura di outcome
Tousignant, 2011 (41 s)	Questionario sulla soddisfazione dell'assistenza sanitaria (26-item)
Sluijs et al., 1991 (37 s), 1993 (38 s)	Lista di controllo per l'educazione del paziente (5 voci)
Wright et al., 2013 (43 secondi)	Scala di soddisfazione del colloquio medico (26-item)

Tabella 1: Nella colonna a sinistra sono citati gli articoli; nella colonna a destra vengono invece descritte le misure di outcome, ossia il risultato. Sono state identificate 27 misure in 37 articoli che coinvolgono la fisioterapia e la terapia occupazionale.

1.2.1 La relazione tra aiutante e aiutato: una prospettiva storica

L'importanza della relazione tra il paziente e il terapeuta è stata riconosciuta fin dall'antichità. Nella società occidentale, il riconoscimento dell'importanza del rispetto per il paziente e di un atteggiamento comprensivo verso la sua condizione è documentato dagli scritti di Ippocrate (460 – 377 a.C.) in poi. Il merito di un' esplorazione approfondita della relazione paziente-terapeuta e di una considerazione del ruolo di questa relazione nella terapia appartiene però a Freud, agli inizi del '900. Egli ha riconosciuto l'importanza degli aspetti dell'incontro tra il terapeuta e il paziente; l'attitudine del primo di essere gentile e compassionevole e la coscienza del secondo di allearsi per poter poi lavorare al meglio. In seguito, tra gli anni '40 e '50, i seguaci di Freud hanno approfondito il concetto di "relazione terapeutica", riconoscendo il rapporto positivo tra terapeuta e paziente [16].

A partire dalla fine degli anni '50 i terapeuti comportamentali hanno offerto una prospettiva diversa e strumentalistica in merito al processo terapeutico, cominciando a considerare che il potere di migliorare i sintomi del paziente risieda nelle strategie, nei metodi e negli esercizi prescritti, in cui il lavoro del terapeuta risiede nel fornire esperienza nella selezione della strategia appropriata, impostando efficacemente l'intervento [16].

La generazione successiva, costituita dai seguaci della terapia cognitiva-comportamentale (i fondatori sono Aaron Beck, sostenitore della terapia cognitiva, e Albert Ellis, sostenitore della terapia comportamentale), sostiene che le qualità positive della relazione forniscano un contesto utile per aiutare il paziente e che l'impegno attivo e propositivo di quest'ultimo, unito a strategie e compiti somministrati, portino alla fine effetti benefici della psicoterapia [16].

Alla fine degli anni '70 sono state pubblicate numerose ricerche per verificare l'efficacia della psicoterapia secondo approcci teorici diversi. Il risultato emerso è che, in generale, la psicoterapia porta dei benefici significativi per il paziente, anche se non sono emerse differenze significative tra i trattamenti delle diverse teorie. La conclusione di queste ricerche è stata che ci deve essere un elemento in comune nelle terapie che fosse responsabile dell'efficacia della psicoterapia per tutte le teorie citate in precedenza. È stato quindi ricercato "l'elemento comune" ai diversi tipi di trattamento, identificato poi nella relazione tra terapeuta e paziente. Da questo momento in poi il numero di pubblicazioni di ricerca incentrate sugli aspetti relazionali è aumentato notevolmente, arrivando ad oltre 31600 pubblicazioni elencate nel 2010 nel database PsycInfo [16].

Gli eventi descritti in precedenza sono specifici del campo della psicoterapia, ma l'aumentato interesse per la ricerca della relazione terapeutica fa parte di un cambiamento che coinvolge anche altre "professioni di aiuto". Horvath ha infatti identificato la letteratura in sei professioni affini: medicina, infermieristica, assistenza sociale, terapia fisica, educazione e, appunto, fisioterapia [16].

Per quanto riguarda la fisioterapia, Babatunde et al. hanno cercato di definire le caratteristiche principali di una buona relazione terapeutica nel campo della riabilitazione muscolo-scheletrica. Nel loro articolo hanno individuato 44 codici, che sono stati in seguito ridotti e organizzati in 8 temi: congruenza (accordo sugli obiettivi da raggiungere, accordo sui compiti, identificazione del problema), connessione (cordialità, empatia, interesse genuino, fiducia nel paziente, cortesia), comunicazione (ascolto attivo, chiarezza delle informazioni, abilità non verbali), aspettativa (in merito alla terapia, in merito ai risultati), fattori influenti (abilità e competenze del terapeuta, fattori esterni come strutture e ambienti), terapia individualizzata (capacità di rispondere ai bisogni del

paziente e una pratica olistica), collaborazione (coinvolgimento attivo del paziente, comprensione reciproca , fiducia e rispetto), ruoli e responsabilità del terapeuta (capacità di motivare il paziente e di attivare le risorse del paziente) [15].

1.3 La comunicazione

Il rapporto umano è un aspetto fondamentale in ambito sanitario, ma lo è particolarmente nella fisioterapia, in cui assumono importanza le componenti comunicativo-relazionali. Infatti, il contatto corporeo, la comunicazione verbale, la quantità di tempo dedicata ad ogni singolo paziente e la variabilità di età di quest'ultimo sono solo alcune caratteristiche esclusive della professione fisioterapica.

La comunicazione è uno strumento essenziale della cura; il modello comunicativo adottato dal fisioterapista stabilisce infatti le basi della relazione stessa.

Sono stati proposti tre modelli comunicativi [17]:

- Il dialogo dialettico: il fisioterapista ascolta il paziente ma utilizza il contenuto del suo discorso per far risaltare le sue ipotesi. La comunicazione è centrata sull'operatore e il paziente potrebbe accettare le proposte del fisioterapista perché quest'ultimo detiene il potere dell'intervento.
- Il monologo: il fisioterapista parla senza preoccuparsi del paziente, dimostrandosi direttivo e non disponibile a chiarimenti e stabilendo soggettivamente i problemi e i bisogni del malato.
- Il dialogo dialogale: il fisioterapista si mette al servizio del paziente, consapevole di possedere competenze tecniche ma di poterle utilizzare al meglio solamente conoscendo l'altro; egli crede di dover comprendere i reali bisogni del paziente prima di iniziare il trattamento. Tutto ciò implica una disponibilità all'apertura ed una forte capacità empatica.

La comunicazione, dunque, è uno degli elementi che costituisce la relazione. Si è visto come non sia possibile non comunicare; il fatto stesso di non informare il paziente o di non condividere con lui l'aspetto verbale in merito ad alcune questioni, soprattutto quando sia lui a portarle alla nostra attenzione attraverso delle domande, comunica che non si vuole parlare di tali argomenti. I risultati che questi atteggiamenti hanno sul vissuto del paziente non sono di certo positivi e possono creare sentimenti di disagio, di sfiducia e di chiusura, i quali non giovano certamente al costituirsi della relazione terapeutica corretta [18].

La comunicazione rappresenta un valido supporto per il miglioramento della qualità dell'attività prestata. La comunicazione è infatti un elemento centrale nell'erogazione del servizio sanitario. Considerando che per “comunicazione” si intende tutto ciò che, implicitamente o esplicitamente, incida su comportamenti e atteggiamenti, modificandoli e rafforzandoli, tra gli strumenti di comunicazione di una struttura sanitaria si riconoscono i comportamenti degli operatori, gli spazi architettonici, le scelte di gestione e l'ambiente; tutte queste caratteristiche comunicano e trasmettono un messaggio al paziente. In alcuni articoli viene evidenziato il ruolo della comunicazione come possibile determinante per l'esperienza di dolore dei pazienti [7].

Si possono distinguere due tipi di comunicazione: la comunicazione verbale (parole) e la comunicazione non verbale (posizione del corpo, gesti, espressione del viso). La prima trasmette informazioni, la seconda trasmette invece emozioni; quest'ultima, inoltre, prevale su quella verbale, dato che l'emotività che accompagna la comunicazione passa prima del contenuto della comunicazione stessa. Inoltre, il silenzio rappresenta uno scambio di comunicazione, utilizzato dal fisioterapista affinché il paziente possa interiorizzare e riflettere su ciò che gli è stato comunicato.

La capacità di comunicare con il paziente è quindi un elemento fondamentale per il personale sanitario e può essere considerata come il primo passo verso la relazione terapeutica ottimale [19].

1.4 Medical Humanities

Le Medical Humanities rappresentano un approccio nato negli Stati Uniti intorno agli anni '70 dall'esigenza di unire gli studi sulla pratica medica con discipline umanistiche, che hanno rappresentato un percorso di riscoperta delle dimensioni narrative e relazionali all'interno della medicina privilegiando, nel rapporto tra professionista sanitario e paziente, gli aspetti specificamente riferiti alla dimensione umana e personale. Le Medical Humanities, infatti, cercano di recuperare una dimensione attenta alla persona, alla narrazione e alla dimensione emotiva, con l'obiettivo di comprendere il paziente e la sua storia di malattia. Come osservato da Lucia Zannini, "le Medical Humanities consentono di sviluppare una riflessione approfondita sui grandi temi ricorrenti in ambito socio-sanitario, quali ad esempio il rapporto con il paziente e il significato della malattia. (...) Le Medical Humanities possono rappresentare un modo per insegnare e conoscere davvero l'esperienza di malattia nella sua complessità e quindi nella sua ineludibile dimensione di vissuto. Poiché un vissuto di malattia non può essere spiegato scientificamente ma solo compreso nella sua singolarità, le Medical Humanities hanno la finalità di sviluppare capacità osservative, interpretative e di costruzione del significato di malattia". Le Medical Humanities, in particolare la Narrative Based Medicine, permettono un più facile inquadramento diagnostico [7].

4.1.1 Narrative Based Medicine

La Narrative Based Medicine (NBM), la Medicina Narrativa, costituisce un tipo di intervento che si basa sulla storia e sul racconto dell'esperienza di malattia da parte del paziente. Rita Charon, medico internista e docente di Clinica Medica presso la Columbia University di New York, afferma che la medicina narrativa sia "la medicina praticata con competenza narrativa, che consiste nella capacità di riconoscere, assorbire, interpretare ed essere coinvolti dalle storie di malattia" [20].

La Narrative Based Medicine sorge negli USA grazie al contributo di Good e Kleiman, entrambi docenti alla "Harvard Medical School", ma la sua ufficializzazione definitiva risale al 1999 quando, nel British Medical Journal, viene pubblicata una serie di articoli nei quali si parla esplicitamente di Narrative Based Medicine [21]. Entrambi i docenti

hanno effettuato studi importanti in merito all'antropologia medica, che sostengono che il modello biomedico verso la malattia non sia sufficiente per comprenderne la complessità, quindi è necessario conoscere il paziente superando quel tipo di approccio. Kleiman ha effettuato una importante distinzione in relazione a ciò che viene definito come "malattia" tra *disease* e *illness*: con la prima parola viene intesa la malattia in senso biologico, con la seconda si intende invece l'esperienza soggettiva dello stare male vissuta dal malato e dalla sua famiglia, valutando il modo con cui definiscono, spiegano e valutano la propria patologia. In seguito Kleiman ha introdotto l'utilizzo del termine *sickness*, definito come la comprensione di un disturbo all'interno della società. La NBM, quindi, con l'idea della malattia intesa in senso tridimensionale (*disease, illness, sickness*), ha aperto quel filone metodologico basato sulla narrazione anche in medicina [22].

Ciò che è importante non sono solamente i disturbi anatomici e fisiologici, ma anche e soprattutto il modo in cui il paziente si pone in relazione alla sua malattia; oltre ai dati oggettivi clinico-sanitari si dà quindi spazio alla soggettività della persona. Sempre più operatori sanitari stanno riconoscendo l'importanza della narrazione. Infatti, quando si fa un buon utilizzo delle competenze narrative, si riesce ad ascoltare ed interpretare al meglio ciò che un paziente cerca di dire ed esprimere. Attraverso la valorizzazione della storia del paziente, la NBM, che rappresenta un approccio olistico verso i problemi del paziente, cerca di identificare le problematiche e le sofferenze fisiche e psicologiche del malato per cercare di stabilire le priorità del trattamento. L'obiettivo della NBM, è quello di migliorare il punto di vista del professionista in modo che sia capace di ascoltare e interpretare al meglio i bisogni del paziente, infatti il racconto della malattia e della sofferenza del paziente rende possibile la comprensione della persona che sta soffrendo e delle sue emozioni [25].

L'applicazione delle abilità narrative da parte degli operatori sanitari è considerata uno strumento di confronto professionale che permette di migliorare la capacità di ragionamento clinico, uno strumento per comprendere il vissuto dei pazienti nel contesto della loro sofferenza causata dalla malattia o uno strumento capace di raccogliere alcuni dati qualitativi relativi al trattamento, che diano la possibilità agli operatori sanitari di migliorare gli interventi, adattandoli ai bisogni del paziente [26].

Le competenze narrative possono quindi aiutare gli operatori sanitari ad adottare il punto di vista del paziente, immaginando le emozioni e la sofferenza che quest'ultimo sta provando e assistendolo sulla base dei suoi racconti. Inoltre, permettono ai professionisti di utilizzare alcuni mezzi per riflettere sulla propria pratica clinica; alcuni di loro infatti scrivono documentazioni narrative sul significato delle interazioni umane con l'obiettivo di aiutarli a comprendere l'esperienza di malattia dei pazienti, sostenendo che scrivere su di loro permetta di avere una conoscenza non ottenibile in altro modo. Rita Charon afferma che "più scrivo sui miei pazienti, più mi rendo conto che la narrativa mi permette di avere accesso ad una conoscenza, sia su di me che sul mio paziente, che non avrei potuto raggiungere in altro modo". La narrazione si basa dunque sulla comprensione del significato dei fattori individuali del paziente, evidenziabili dai suoi racconti [20].

È probabile che le abilità in grado di ascoltare, interrogare, spiegare e interpretare i bisogni del paziente, se utilizzate bene o male, possano influire sull'esito della malattia dal punto di vista del paziente quanto ai più tecnici aspetti del trattamento.

Recentemente, il rapporto tra medico e paziente ha posto sempre più evidenza il fatto che gli aspetti relazionali e comunicativi siano importanti nella percezione della propria malattia e del processo di cura. Nella medicina narrativa, il paziente non rappresenta solamente una persona da curare, ma soprattutto un individuo la cui esperienza, analizzata attraverso la narrazione della propria malattia, viene indagata per favorire il processo di cura. In questo senso, la medicina narrativa rappresenta uno strumento efficace per affiancare la medicina tradizionale basata sull'evidenza [28].

Tra le buone prassi più rilevanti dell'approccio narrativo, Rita Charon ha coniato il termine di "cartelle cliniche parallele" per identificare cartelle cliniche "parallele" a quelle ufficiali, organizzate con una raccolta di narrazioni e racconti nei confronti del vissuto di malattia del paziente. In queste cartelle viene utilizzato uno stile narrativo e non tecnico, emergono riflessioni del professionista in merito alla situazione, trapelano emozioni e paure, con l'obiettivo di rendere più efficace l'assistenza e di riflettere sulla possibile cura. Infatti, uno studio del 2018 ha utilizzato questi tipi di cartelle per incoraggiare i professionisti sanitari ad elaborare pensieri riflessivi in merito alla cura.

Tutti i medici hanno ritenuto utile questo strumento di medicina narrativa per migliorare l'assistenza clinica e le conclusioni dello studio hanno suggerito di inserire questo strumento nei protocolli ufficiali di cura della BPCO [27].

La storia di malattia del paziente, attraverso il ruolo della Medicina Narrativa, dovrebbe lasciare spazio ai suoi sentimenti, alla sua visione della malattia e al suo modo di comunicare la sofferenza; il paziente si sente quindi ascoltato e riconosciuto come una persona e non come una "diagnosi" [26].

2 Materiali e metodi

2.1 Obiettivo

L'obiettivo di questa revisione è stato quello di ricercare in letteratura degli studi per definire al meglio il concetto della relazione terapeutica tra fisioterapista e paziente. La ricerca si è concentrata esclusivamente su studi inerenti la professione fisioterapica.

2.2 Strategie di ricerca

La ricerca è stata effettuata tramite il database PubMed tra Agosto 2021 e Settembre 2021. Le parole chiave utilizzate, combinate tra di loro in vari modi mediante l'utilizzo degli operatori booleani "OR" e "AND" sono state: "therapeutic relationship", "therapeutic alliance", "physical therapy" e "physiotherapy".

La stringa di ricerca sulla banca dati PubMed ha prodotto risultati dai quali è stato possibile selezionare alcuni articoli pertinenti all'argomento della ricerca.

La stringa di ricerca "therapeutic relationship" OR "therapeutic alliance" AND "physical" ha prodotto 85 risultati. A questo punto, inserendo dei filtri, si è resa più specifica la ricerca. Con il filtro "data di pubblicazione" sono stati selezionati gli articoli pubblicati negli ultimi 10 anni, risultati 81 in tutto. Successivamente sono stati eliminati 2 articoli poiché sprovvisti di abstract e full text. A questo punto si è proceduto con la revisione degli articoli rimasti tramite la lettura del titolo e dell'abstract e 11 articoli sono stati considerati idonei. Infine, con la lettura del full text, sono stati scartati altri 6 articoli, portando il numero finale a 5 articoli totali.

Nella selezione degli articoli da includere nello studio sono stati applicati dei criteri di inclusione ed esclusione, elencati di seguito.

2.3 Criteri di inclusione

- Lingua: italiano, inglese
- Pubblicazione: articoli pubblicati negli ultimi 10 anni (2011-2021)
- Articoli provvisto di abstract e full text
- Articoli pertinenti all'argomento della ricerca

2.4 Criteri di esclusione

- Articoli di qualsiasi altra lingua che non sia presente in quelle elencate nei criteri di inclusione
- Pubblicazione: articoli pubblicati prima del 2011
- Articoli mancanti di full text
- Articoli che includono trattamenti non fisioterapici

3 Risultati

3.1 Risultati della ricerca in letteratura

I 5 articoli selezionati dalla ricerca nella banca dati PubMed sono:

- Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Latimer, J., Adams, R. D. 2013 *The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain*. Physical Therapy. 2013 [14]
- Morera-Balaguer J, Botella-Rico JM, Catalán-Matamoros D, Martínez-Segura OR, Leal-Clavel M, Rodríguez-Nogueira Ó. *Patients' experience regarding therapeutic person-centered relationships in physiotherapy services: A qualitative study*. Physiother Theory Pract. 2021 Jan [29]
- Morera-Balaguer J, Botella-Rico JM, Martínez-González MC, Medina-Mirapeix F, Rodríguez-Nogueira Ó. *Physical therapists' perceptions and experiences about barriers and facilitators of therapeutic patient-centred relationships during outpatient rehabilitation: a qualitative study*. Braz J Phys Ther. 2018 [30]
- Fuentes J, Armijo-Olivo S, Funabashi M, Miciak M, Dick B, Warren S, Rashid S, Magee DJ, Gross DP. *Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study*. Phys Ther. 2014 Apr [31]
- Crom A, Paap D, Wijma A, Dijkstra PU, Pool G. *Between the Lines: A Qualitative Phenomenological Analysis of the Therapeutic Alliance in Pediatric Physical Therapy*. Phys Occup Ther Pediatr. 2020 [32]

3.2 Descrizione degli studi

- Ferreira, P. H., Ferreira, M. L., Maher, C. G., Refshauge, K. M., Latimer, J., Adams, R. D. 2013 *The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain*. Physical Therapy. 2013 [14]

Obiettivo: l'obiettivo dello studio è quello di analizzare se il ruolo dell'alleanza terapeutica tra fisioterapista e paziente con lombalgia cronica possa avere effetto sulle misure di outcome relative a dolore, disabilità, funzione e percezione degli effetti globali del trattamento.

Partecipanti: sono stati selezionati 182 pazienti con lombalgia cronica (> 3 mesi) e un'età compresa tra 18 e 80 anni, che sono stati trattati da 7 fisioterapisti per 12 sedute distribuite in 8 settimane.

Intervento: i pazienti sono stati divisi in tre gruppi: il primo gruppo ha ricevuto esercizi di rinforzo; il secondo gruppo ha effettuato esercizi di controllo motorio per la coordinazione dei movimenti del tronco; il terzo gruppo, invece, è stato trattato con mobilizzazioni delle articolazioni e tecniche manipolative per la colonna vertebrale. Tutti i partecipanti sono stati incoraggiati ad eseguire gli esercizi a casa almeno una volta al giorno.

Risultati: l'alleanza terapeutica tra fisioterapista e paziente è stata costantemente un predittore di esito per tutte le misure di outcome elencate in precedenza. Livelli più elevati di alleanza terapeutica (interazioni più positive) sono stati associati a maggiori miglioramenti nella riduzione del dolore e della disabilità, nella percezione degli effetti globali del trattamento e della funzione. Le misure dell'alleanza terapeutica, incluso il questionario WATOCI utilizzato nel presente studio, hanno il compito di valutare i fattori di interazione qualitativa tra fisioterapista e paziente. In questo studio, l'alleanza terapeutica è stata più fortemente associata agli esiti finali di disabilità e funzione piuttosto che alla percezione degli effetti del trattamento e al dolore.

Conclusioni: l'alleanza terapeutica tra fisioterapisti e paziente è associata a miglioramenti dei risultati in pazienti con lombalgia cronica.

- Morera-Balaguer J, Botella-Rico JM, Catalán-Matamoros D, Martínez-Segura OR, Leal-Clavel M, Rodríguez-Nogueira Ó. *Patients' experience regarding therapeutic person-centered relationships in physiotherapy services: A qualitative study.* Physiother Theory Pract. 2021 Jan [29]

Obiettivo: l'obiettivo dello studio è quello di illustrare quali fattori possano essere considerati barriere o facilitatori per instaurare una relazione centrata sulla persona, basata sulle esperienze dei pazienti sottoposti a fisioterapia.

Intervento: è stato condotto uno studio qualitativo in cui 31 pazienti sono stati divisi in 4 focus group e hanno partecipato ad una discussione rispondendo ad alcune domande già prestabilite dopo una review della letteratura. Le interviste sono state eseguite in una stanza lontana dal centro di cura con l'obiettivo di creare un'atmosfera adeguata per la discussione e sono state registrate e trascritte parola per parola.

Risultati: I pazienti hanno descritto caratteristiche e comportamenti attribuibili al fisioterapista, al paziente stesso o all'ambiente. Le barriere individuate si riferiscono alle caratteristiche personali del fisioterapista (atteggiamento negativo nei confronti del processo di recupero; mostrare insicurezza o mancanza di fiducia verso sé stessi; espressioni non verbali inappropriate; mancanza di sensibilità nei confronti dei cambiamenti del paziente; mancanza delle tecniche di comunicazione per annunciare cattive notizie), alle caratteristiche del paziente (aspettative inappropriate nei confronti del trattamento; mancanza di affinità con il fisioterapista) e all'ambiente (sovraffollamento della stanza in cui viene effettuato il trattamento; mancanza di privacy). I facilitatori, come per le barriere, si riferiscono alle caratteristiche personali del fisioterapista (percezione che il fisioterapista sappia cosa deve fare; professionalità; empatia; condivisione del processo decisionale; sensibilità verso il problema del paziente; dimostrare fiducia; ascolto attivo; autenticità), alle caratteristiche del paziente (affinità con il fisioterapista; fiducia nei confronti del fisioterapista) e all'ambiente (coordinazione tra i membri dell'equipe professionale; privacy).

Conclusioni: la cura centrata sul paziente e la relazione terapeutica sono aspetti importanti nel campo della riabilitazione, che richiede ulteriori approfondimenti.

- Morera-Balaguer J, Botella-Rico JM, Martínez-González MC, Medina-Mirapeix F, Rodríguez-Nogueira Ó. *Physical therapists' perceptions and experiences about barriers and facilitators of therapeutic patient-centred relationships during outpatient rehabilitation: a qualitative study*. Braz J Phys Ther. 2018 [30]

Obiettivo: l'obiettivo dello studio è quello di esplorare le percezioni e le esperienze dei fisioterapisti in contesti riabilitativi ambulatoriali riguardo alle barriere e ai facilitatori delle relazioni terapeutiche centrate sulla persona che influenzano gli outcome clinici.

Partecipanti: sono stati inclusi 21 fisioterapisti con almeno un anno di lavoro nello stesso posto, lavorando almeno 30 ore/settimana

Intervento: è stato condotto uno studio qualitativo in cui 21 fisioterapisti sono stati divisi in 4 focus group e hanno partecipato ad una discussione rispondendo ad alcune domande già prestabilite dopo una review della letteratura. Le interviste sono state registrate.

Risultati: dallo studio emergono le barriere relative al fisioterapista (atteggiamento negativo nel rapporto con il paziente, mancanza di formazione sulle abilità comunicative), al paziente (comportamento inappropriato, pregiudizi nei confronti del fisioterapista, aspettative inadeguate riguardo al trattamento) e all'ambiente (mancanza di coordinamento d'équipe, mancanza di continuità nei trattamenti, mancanza di privacy). I facilitatori, come per le barriere, si riferiscono al fisioterapista (gentilezza, pazienza, approccio caloroso, coinvolgimento, empatia, ascolto attivo, fiducia, trattamento del paziente come parte del team, capacità di comunicazione per fornire informazioni e consigli, risultati positivi del trattamento), al paziente (aspettative appropriate riguardo al trattamento) e all'ambiente (intimità, continuità del trattamento, durata del trattamento).

Conclusioni: i fisioterapisti, dunque, hanno messo in evidenza che la qualità della relazione terapeutica non dipende solo da loro stessi, ma dipende anche dalle caratteristiche del paziente e dell'ambiente, oltre agli aspetti che riguardano il coordinamento dell'équipe professionale.

- Fuentes J, Armijo-Olivo S, Funabashi M, Miciak M, Dick B, Warren S, Rashid S, Magee DJ, Gross DP. *Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study.* Phys Ther. 2014 Apr [31]

Obiettivo: Lo scopo dello studio è quello di confrontare l'effetto dell'alleanza terapeutica potenziata rispetto a quella limitata sull'intensità del dolore e sulla sensibilità al dolore muscolare in pazienti con lombalgia cronica sottoposti a trattamento con corrente interferenziale (IFC) attiva o fittizia.

Partecipanti: Sono stati selezionati 117 pazienti con lombalgia cronica (> 3 mesi), di età compresa tra i 18 e i 65 anni e con un punteggio di intensità del dolore compreso tra 3 e 8 su una scala di valutazione numerica NRS (va da 0 a 10, con 0 "nessun dolore" e 10 "peggior dolore possibile"). L'età media dei partecipanti è di 30 anni.

Intervento: I partecipanti sono stati divisi casualmente in 4 gruppi: 30 di loro hanno ricevuto IFC attiva combinata con un'alleanza terapeutica limitata, 29 hanno ricevuto IFC fittizia combinata con un'alleanza terapeutica limitata, 29 hanno ricevuto un IFC attiva combinata con un'alleanza terapeutica potenziata e gli altri 29 hanno ricevuto IFC fittizia combinata con un'alleanza terapeutica potenziata. I partecipanti sono stati informati che lo studio mirava a determinare la differenza di efficacia tra il trattamento di elettroterapia standard per la lombalgia (IFC attiva) e un nuovo trattamento basato su un livello di stimolazione elettrica sottosoglia (IFC fittizia). Per creare lo stesso tipo di aspettative di trattamento positivo, tutti i partecipanti hanno ricevuto istruzioni simili sull'efficacia dell'intervento; le aspettative non sono state quindi manipolate nel tentativo di controllarne l'effetto tra i gruppi. Il trattamento per ogni gruppo è composto da una seduta di 30 minuti.

Misure di Outcome: Gli strumenti utilizzati sono stati la scala NRS (Numerical Rating Scale) per valutare l'intensità del dolore, il Wagner Instrument per valutare la sensibilità dolorosa attraverso la misurazione della pressione minima che provoca dolore (PTT), il PRES (Working Alliance Subscale Of Pain Rehabilitation Expectations Scale) per valutare l'alleanza terapeutica tra fisioterapista e paziente, il CEQ (Credibility and Expectancy Questionnaire) per misurare le aspettative dei pazienti nei confronti della

diminuizione del dolore e il GRS (Global Rating Scale) per valutare qualsiasi cambiamento significativo da parte del paziente.

Risultati: il risultato più significativo sulla modulazione del dolore è stato l'effetto dell'alleanza terapeutica potenziata con IFC attiva, quindi i fattori dell'alleanza terapeutica sembrano essere importanti quanto la terapia (IFC attiva) nella modulazione del dolore e la loro interazione può produrre benefici clinici sostanziali. La PPT è aumentata per tutti i gruppi. Il gruppo che ha ricevuto IFC attiva combinata con un'alleanza terapeutica potenziata ha dimostrato risultati migliori rispetto al gruppo che ha ricevuto IFC attiva combinata con alleanza terapeutica limitata.

Conclusioni: il contesto in cui viene svolto il trattamento ha il potenziale per migliorare notevolmente gli effetti terapeutici. L'alleanza terapeutica potenziata combinata con IFC attiva sembra portare a miglioramenti clinicamente significativi nei risultati dei pazienti con lombalgia cronica.

- Crom A, Paap D, Wijma A, Dijkstra PU, Pool G. *Between the Lines: A Qualitative Phenomenological Analysis of the Therapeutic Alliance in Pediatric Physical Therapy*. Phys Occup Ther Pediatr. 2020 [32]

Obiettivo: l'obiettivo dello studio è quello di esplorare le opinioni e le preferenze di bambini, genitori e fisioterapisti riguardo all'alleanza terapeutica nella riabilitazione pediatrica.

Intervento: è stato condotto uno studio qualitativo effettuando interviste a 10 bambini, 10 genitori e 10 fisioterapisti, che sono state audioregistrate e trascritte parola per parola.

Risultati: dalle interviste sono stati identificati tre temi principali: l'importanza della fiducia nel fisioterapista, la trasparenza nella condivisione delle informazioni e la negoziazione degli obiettivi del trattamento. Sebbene tutti i partecipanti abbiano sottolineato l'importanza della qualità dell'alleanza terapeutica nella fisioterapia pediatrica, si sono avvicinati a questo concetto da diversi punti di vista. Sia i bambini che i genitori hanno posto l'attenzione sul loro bisogno di fiducia nel fisioterapista (fiducia nelle capacità tecniche e fiducia nelle capacità relazionali) come prerequisito fondamentale per rafforzare la collaborazione tra di loro. I genitori si aspettano che il fisioterapista pianifichi il trattamento e determini gli obiettivi ma vogliono anche discutere la progressione del trattamento e prendere parte al processo decisionale. I fisioterapisti hanno espresso la necessità di fiducia e comunicazione aperta tenendo in considerazione le volontà dei bambini e dei genitori, arrivando alla negoziazione degli obiettivi del trattamento; tuttavia non hanno posto questi problemi al centro delle loro preoccupazioni. I bambini hanno invece espresso il bisogno di fiducia e di comunicazione aperta sottolineando l'importanza della negoziazione. Inoltre, i genitori e i bambini hanno ritenuto le capacità comunicative dei fisioterapisti più importanti delle capacità tecniche; ciò implica il fatto che i fisioterapisti dovrebbero fare attenzione alle informazioni verbali e non verbali trasmesse. I fisioterapisti, a differenza dei genitori e dei bambini, hanno considerato le capacità tecniche più importanti di quelle relazionali.

Conclusioni: i fisioterapisti sono incoraggiati a trovare il giusto equilibrio tra la loro posizione professionale e le esigenze emotive del bambino e dei genitori, che si trovano in una relazione di dipendenza con il fisioterapista.

4 Il questionario

Nelle organizzazioni sono disponibili alcune modalità di rilevazione della qualità percepita dai fruitori dei servizi; alcune sono di tipo quantitativo, volte a raccogliere le percezioni del servizio in generale e nei suoi elementi analitici (survey, indagine), altre raccolgono le valutazioni e i suggerimenti in modo qualitativo (focus group, intervista).

Il questionario è uno “strumento di raccolta delle informazioni, definito come un insieme strutturato di domande e relative categorie di risposta definite a priori da chi lo costruisce, ovvero di domande cosiddette “chiuse” dove all’intervistato (inteso come colui che risponde alle domande scritte del questionario) viene richiesto di individuare tra le risposte presentate quella che più si avvicina alla propria posizione, e/o di domande “aperte”, che non prevedono cioè delle risposte predeterminate” (Zammuner, 1996), alle quali si può rispondere riportando la propria esperienza.

Il questionario è lo strumento di misura per eccellenza poiché consente la misurazione di un fenomeno in modo quantitativo. Tra le caratteristiche si osservano:

- Standardizzazione degli stimoli: le domande di un questionario sono poste nello stesso ordine e con gli stessi termini a tutti i soggetti. Tale scelta permette di raccogliere in maniera uniforme le informazioni sui temi oggetto di indagine e di confrontarne le risposte.
- Strutturazione delle risposte: i questionari strutturati sono costituiti da domande a risposta chiusa.

4.1 Scelta adottata

Pur trattandosi di uno studio narrativo in cui è centrale la relazione, la scelta del questionario strutturato a risposta chiusa evidenzia alcune facilitazioni procedurali:

- Semplicità: le domande sono semplici da somministrare e le risposte sono facili da registrare (il concetto della rigidità nella tipologia di studio non è un rischio proprio per la tipologia di domande).

- Economicità: può essere somministrato ad un alto numero di persone, diversamente dall'intervista semistrutturata.
- Velocità di elaborazione dei dati: le informazioni raccolte possono essere elaborate velocemente

La poca sensibilità dello strumento e gli effetti della strutturazione delle domande sono elementi che nella nostra fattispecie non si evidenziano per la tipologia del progetto. Infatti, la possibile irritazione di alcuni professionisti per non poter esprimere liberamente il proprio pensiero è stata affrontata presentando il questionario con una introduzione e una spiegazione dell'obiettivo; inoltre, entrando nel dettaglio delle domande, si è lasciato uno spazio aperto ad eventuali considerazioni. Lo studente ha distribuito personalmente il questionario, dando indicazioni di massima per la compilazione (senza suggerire le possibili risposte), favorendo un approccio interattivo e proattivo. I fisioterapisti hanno compilato in modo completamente anonimo il questionario e lo hanno riconsegnato il giorno dopo insieme agli altri soggetti che hanno voluto collaborare volontariamente allo studio.

4.2 Obiettivo

Il questionario ha lo scopo di analizzare quali potrebbero essere le modalità di ragionamento clinico (obiettivi scelti, presa di decisioni, ecc.) nel lavoro del fisioterapista, cercando di definire i requisiti necessari per stabilire una buona relazione con il paziente. In aggiunta, viene chiesto di esprimersi sulle competenze narrative, intese come strumenti necessari per comprendere il vissuto del paziente.

4.3 Descrizione del campione di indagine

Lo studio ha coinvolto fisioterapisti operanti in strutture private accreditate del territorio marchigiano. Non sono stati esclusi fisioterapisti ma sono stati inclusi tutti coloro che hanno voluto aderire volontariamente allo studio. Sono stati raccolti in totale 62 questionari. L'età dei fisioterapisti che hanno aderito al questionario varia da 23 a 63 anni, con un'età media di 42 anni; l'esperienza lavorativa, invece, varia da 6 mesi a 35 anni,

con una media di 18 anni lavorativi. Le principali tipologie di pazienti trattati dall'intero campione sono pazienti neurologici e ortopedici.

4.4 Strumenti

Il questionario strutturato (composto da domande quantitative con una domanda qualitativa posta alla fine del questionario) è stato realizzato dopo una ricerca bibliografica sul tema della relazione terapeutica tra fisioterapista e paziente, sul ruolo della Narrative Based Medicine e sui modelli del ragionamento clinico in fisioterapia (Capitolo 3.2). Dalla letteratura disponibile sono emersi alcuni argomenti maggiormente ricorrenti tra i fisioterapisti e sulla base di questi sono state ricavate le domande presenti nel questionario. La sequenza delle domande è la seguente: una prima parte (domande 1-5) riguardo le conoscenze e le competenze ritenute importanti per svolgere il fisioterapista, una seconda parte (domande 6-12) centrata sulle modalità di ragionamento clinico, e una terza parte (domande 13-17) con lo scopo di ottenere il punto di vista dei fisioterapisti sul ruolo della relazione terapeutica e sulla possibilità di inserire le competenze narrative e relazionali nel percorso formativo di base. Infine, l'ultima domanda (domanda 18) offre la possibilità di poter aggiungere liberamente ulteriori riflessioni personali sui temi oggetto dello studio.

Di seguito viene riportato integralmente il questionario.

Introduzione al questionario

Il questionario ha lo scopo di analizzare quali potrebbero essere le modalità di ragionamento clinico (obiettivi scelti, presa di decisioni, ecc.) nel lavoro del fisioterapista, cercando di definire i requisiti necessari per stabilire una buona relazione con il paziente. In aggiunta, viene chiesto di esprimersi sulle competenze narrative, intese come strumenti necessari per comprendere il vissuto del paziente.

Data _____

Età _____

Unità operativa (ortopedico, neurologica, ecc.) _____

Da quanto tempo lavori come fisioterapista? _____

Prima parte

1) Quali ritieni debbano essere le tue competenze per svolgere la pratica professionale fisioterapica?

- a) Competenze tecniche
- b) Competenze relazionali
- c) Tecniche di problem solving
- d) Tutte le precedenti

2) Pensi che le competenze elencate in precedenza siano tutte di uguale importanza o che ci sia un ordine gerarchico?

- a) Uguale importanza
- b) Competenze relazionali più importanti
- c) Competenze tecniche più importanti
- d) Tecniche di problem solving più importanti

3) Quali abilità pensi di aver sviluppato come fisioterapista ?

- a) Non-technical skills
- b) Gestione del rischio in riabilitazione
- c) Competenze tecniche professionalizzanti
- d) Tutte le precedenti

4) Quale pensi sia la tua fondamentale impostazione metodologica di pratica clinica?

- a) EBP e buone prassi
- b) EBM
- c) Approccio narrativo
- d) Tutte le precedenti

5) Ritieni che sia sufficiente applicare le pratiche suggerite dai protocolli o dalle evidenze scientifiche disponibili in letteratura?

- a) Sì, sempre
- b) Sì, a patto che si adatti l'evidenza scientifica al contesto del paziente
- c) Non sempre
- d) No, vanno considerati i fattori individuali e soggettivi della persona e del caregiver

Seconda parte

6) Quali sono, secondo te, i fattori esterni al contesto di trattamento che influenzano la tua pratica clinica?

- a) Ambiente terapeutico
- b) Comportamenti individuali del personale
- c) Comportamenti sociali (amici, parenti, lavoro)
- d) Tutte le precedenti

7) Quali fattori possono influenzare l'esito del trattamento?

- a) Non considerare l'individuo come dotato di un valore intrinseco
- b) Approccio culturale: l'assistenza al paziente non è più "disease-focused" bensì orientata ai bisogni del paziente
- c) Comparsa e/o esacerbazione da parte del paziente di alterazioni del tono dell'umore che compromettono le possibilità potenziali di recupero con diminuzione della resilienza del paziente
- d) L'orientamento motivazionale della persona

8) Quali sono le informazioni e i dati del tuo paziente che ritieni importanti ed utili per impostare e gestire il programma di trattamento?

- a) Clinico sanitari
- b) Caratteristiche individuali premorbose - Stile di vita e contesto sociale
- c) Motivazioni biologiche e psicologico-cognitive, sia intrinseche che estrinseche
- d) Nessuna delle precedenti

9) Pensi che conoscere in maniera più approfondita il paziente possa indurti a modificare il tuo piano di trattamento?

- a) Sì, sempre
- b) Sì, è fondamentale per l'apprendimento andragogico
- c) Dipende dalle caratteristiche individuali della persona
- d) No, mai

10) Rispetto al programma di trattamento, generale e quotidiano, che peso pensi possa avere il modo in cui il paziente considera la sua situazione?

- a) Fondamentale
- b) Marginale
- c) Dipende dall'orientamento motivazionale e dall'interazione con la persona
- d) Utile, in quanto il programma riabilitativo e la situazione del paziente sono integrati

11) Ti accade di parlare dei tuoi pazienti o della tua relazione con loro, in termini di aneddoti o di racconti?

- a) Sempre, mi piace scherzare
- b) Occasionalmente, senza mancare di rispetto alla persona e alla situazione che vive
- c) Qualche volta, dipende dal paziente che ho davanti
- d) Mai, la serietà implica impegno rispetto per la persona

12) Pensi che la condivisione di tali racconti con altri colleghi ti aiuti ad analizzare la situazione? Perché?

- a) Sì, migliora la performance motoria e motivazionale del soggetto
- b) Sì, è uno strumento di confronto professionale che permette di aumentare la capacità di ragionamento clinico, che è responsabilità del fisioterapista
- c) Sì, aumenta la performance del professionista sanitario, che essendo determinata anche dalla salute psicofisica del paziente, incide sull'outcome riabilitativo
- d) Nessuna delle precedenti

Terza parte

13) Ritieni che la formazione di base ti abbia fornito gli strumenti (conoscenze teorico/pratiche) necessari per ascoltare la storia del paziente?

- a) Sì
- b) Sì, ma incompleta
- c) Sì, ma solo in specifici insegnamenti (quali?.....)
- d) No, mi sono formato in autonomia dopo la formazione di base

14) Ritieni che l'acquisizione di tali competenze debba far parte del tuo bagaglio professionale? Per quale motivo?

- a) Sì, è essenziale se il modello è quello di porre al centro il paziente e l'aspetto etico-deontologico
- b) Sì, per aumentare la compliance del paziente
- c) Sì, perché oltre al processo motivazionale del paziente, attivo il percorso di apprendimento androgogico relativo alle "non-technical skills"
- d) Tutte le precedenti

15) Quale fattore reputi importante per favorire l'instaurarsi di una relazione terapeutica?

- a) Professionalità del fisioterapista
- b) Compliance del paziente
- c) Comprensione dei bisogni del paziente (modello integrato)
- d) Comunicazione adatta al contesto del paziente

16) Quali fattori, invece, possono ostacolare l'instaurarsi di una relazione terapeutica?

- a) Mancanza di condivisione di obiettivi con la persona
- b) Mancata compliance della persona
- c) Gravità delle condizioni cliniche
- d) Mancato approccio motivazionale

17) Quale fattore credi che contribuisca alla tua soddisfazione come fisioterapista?

- a) Raggiungimento dell'outcome
- b) Riconoscimento della professionalità da parte del paziente e dei familiari
- c) Approccio multidisciplinare
- d) Compliance del paziente

Ultima domanda

18) Dopo questa breve indagine, puoi farmi un commento sui contenuti espressi da queste domande?

Grazie per il tuo contributo!

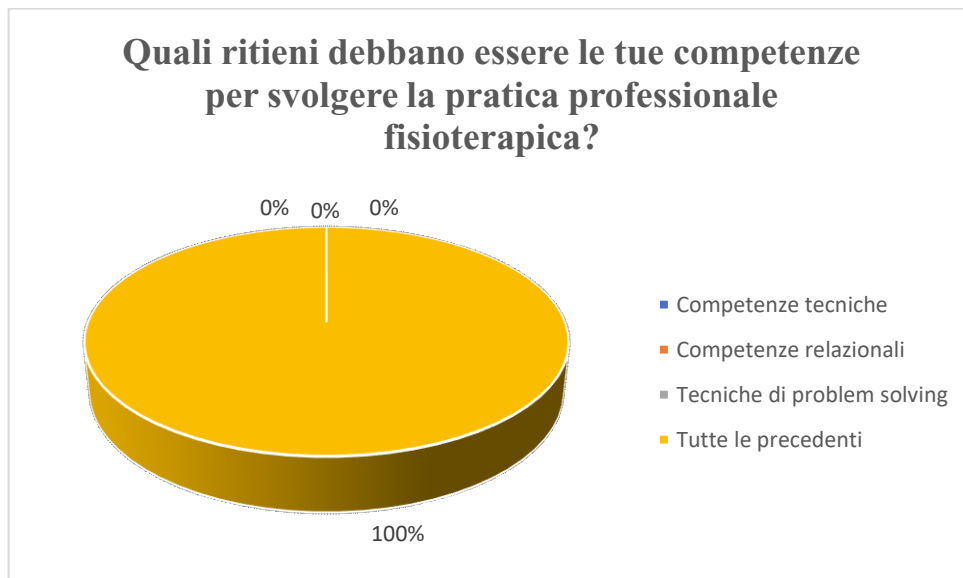
4.5 Elaborazione dei dati

L'elaborazione dei dati del questionario è stata fatta inserendo i risultati in un foglio di calcolo Excel; in seguito sono state calcolate le percentuali totali per ogni singola risposta.

4.6 Analisi del questionario

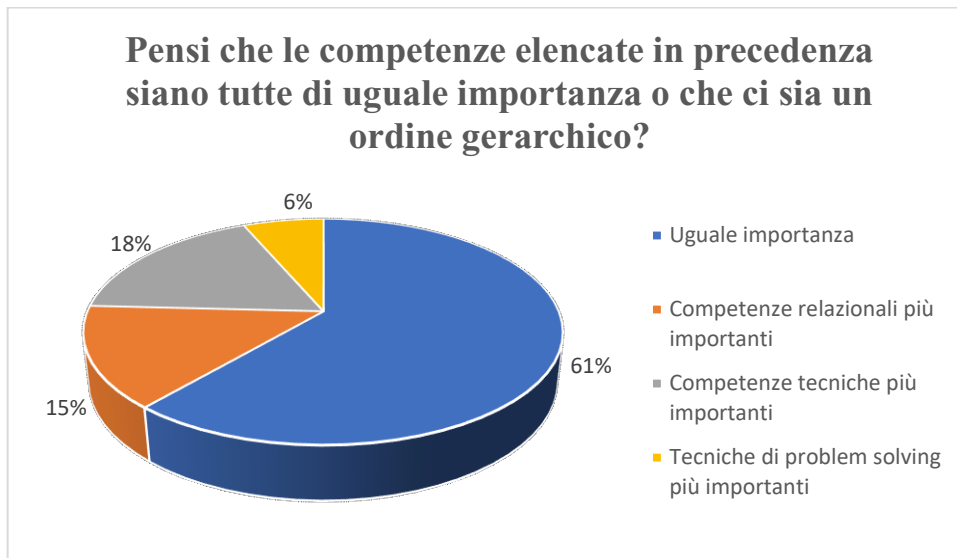
Di seguito sono analizzati i risultati dello studio, suddivisi secondo le domande strutturate.

Domanda 1



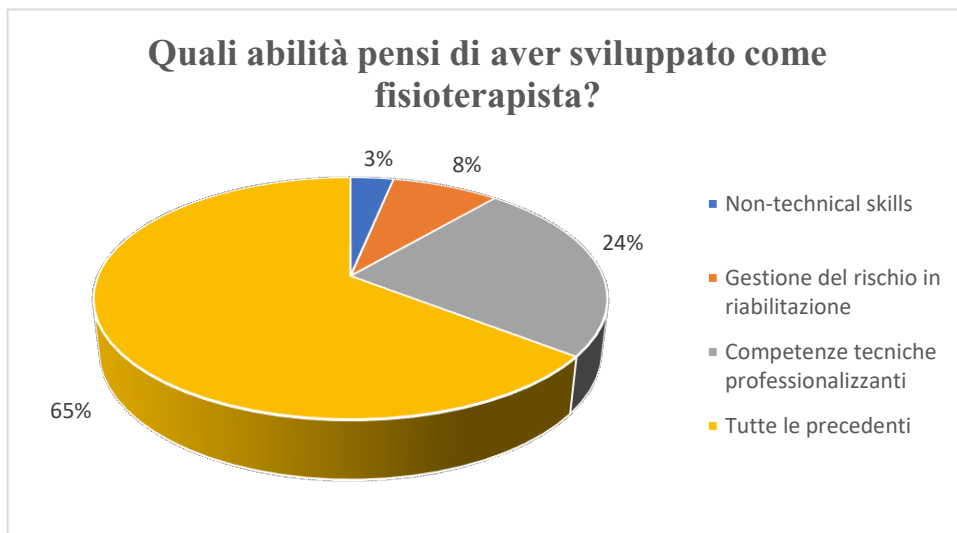
L'intero campione ritiene che sia le competenze tecniche, sia le competenze relazionali, sia le tecniche di problem solving siano necessarie per svolgere la pratica professionale fisioterapica.

Domanda 2



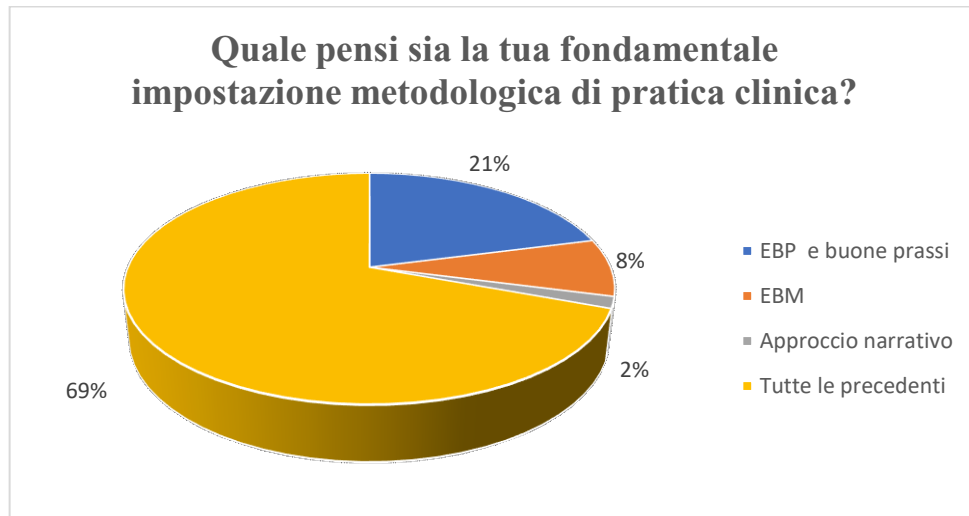
Più della metà dei fisioterapisti (61%) ha considerato di uguale importanza le competenze elencate nella domanda 1, mentre il 15% considera le competenze relazionali di un'importanza maggiore rispetto alle competenze tecniche e alle tecniche di problem solving.

Domanda 3



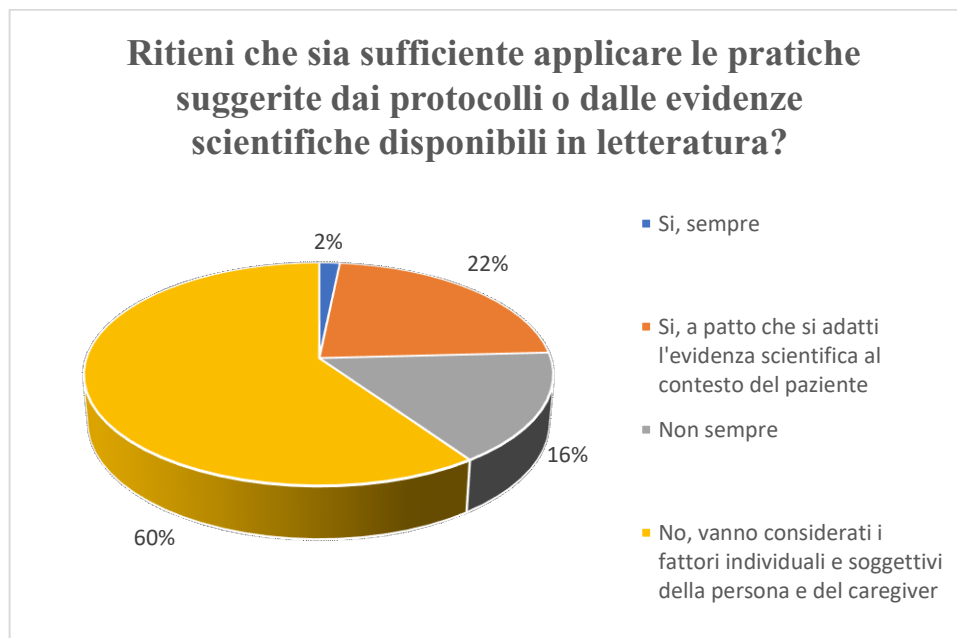
Il 65% dei fisioterapisti afferma di aver sviluppato competenze tecniche, tecniche per la gestione del rischio e non-technical skills. Il 24% dichiara di aver sviluppato esclusivamente competenze tecniche mentre solo il 3% dichiara di aver sviluppato solamente le non-technical skills.

Domanda 4



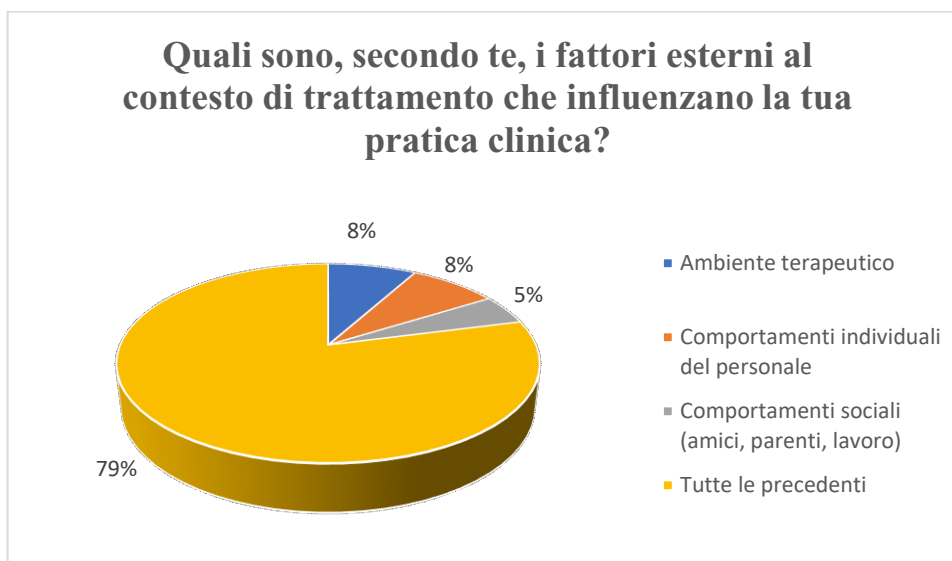
Il 69% dei fisioterapisti dichiara di impostare il trattamento seguendo l'EBM (Evidence Based Medicine), le EBP (Evidence Based Practice) e di approcciare in modo narrativo il paziente (per approfondimenti si rimanda al paragrafo 1.4). Solamente il 2%, invece, imposta il trattamento basandosi su un approccio narrativo.

Domanda 5



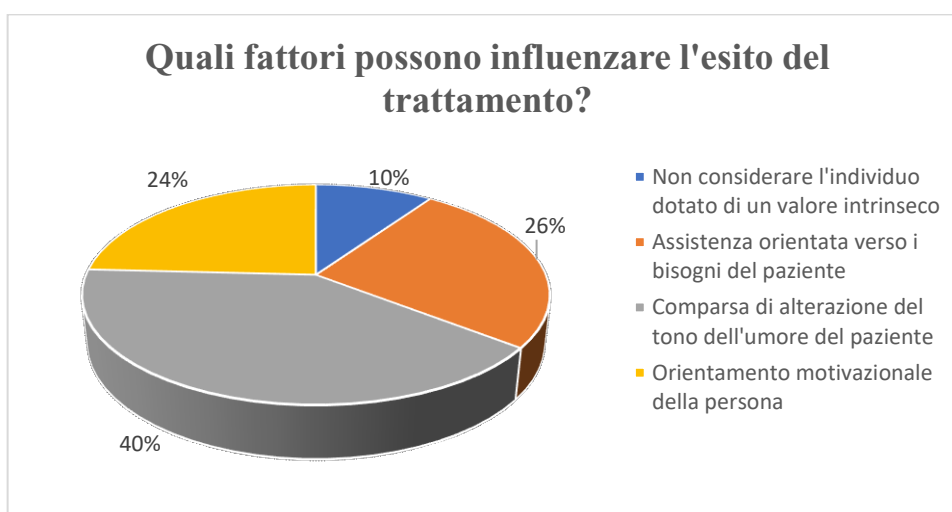
Il 60% dei fisioterapisti non ritiene sufficienti le pratiche suggerite dalle evidenze per trattare la persona, ma devono essere considerati i fattori individuali (problema, carattere, atteggiamenti e ambiente) sia del paziente sia del caregiver. Solamente il 2% dei fisioterapisti ritiene che si debbano applicare le pratiche suggerite dalle evidenze scientifiche senza considerare la persona che si ha di fronte.

Domanda 6



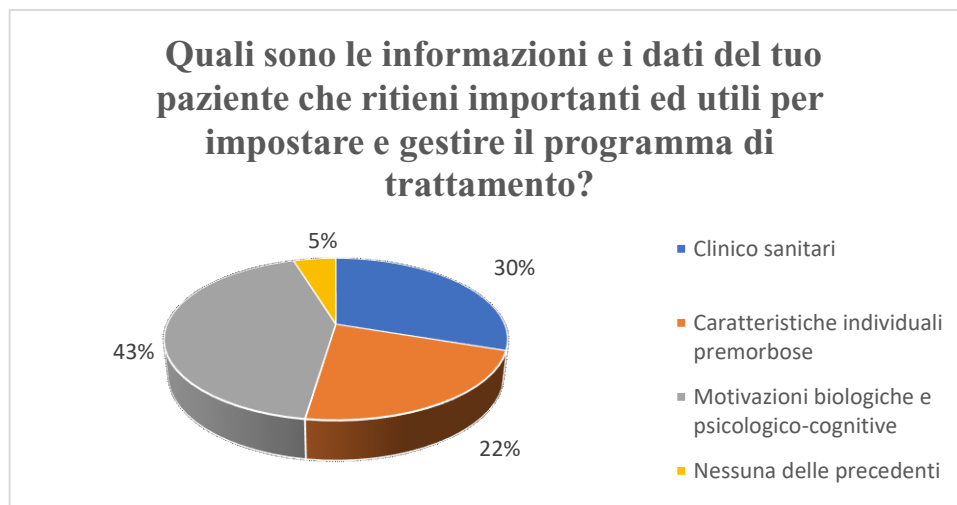
L'ambiente terapeutico, i comportamenti individuali del personale e i comportamenti sociali (amici, parenti, lavoro) influenzano la pratica clinica del 79% dei fisioterapisti.

Domanda 7



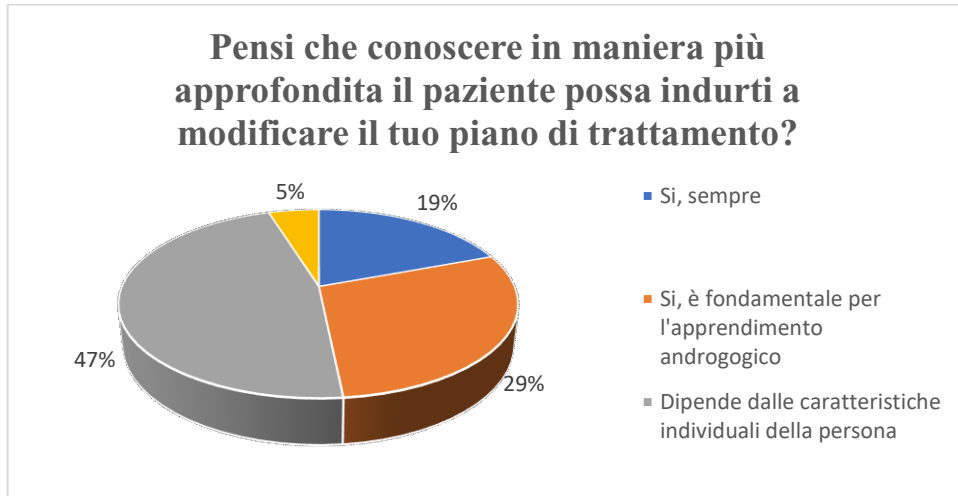
L'ordine di importanza attribuito dai fisioterapisti verso i fattori che possono influenzare il trattamento è il seguente: comparsa di alterazione del tono dell'umore del paziente (40%), assistenza orientata verso i bisogni del paziente (26%), orientamento motivazionale della persona (24%), non considerare l'individuo dotato di un valore intrinseco (10%).

Domanda 8



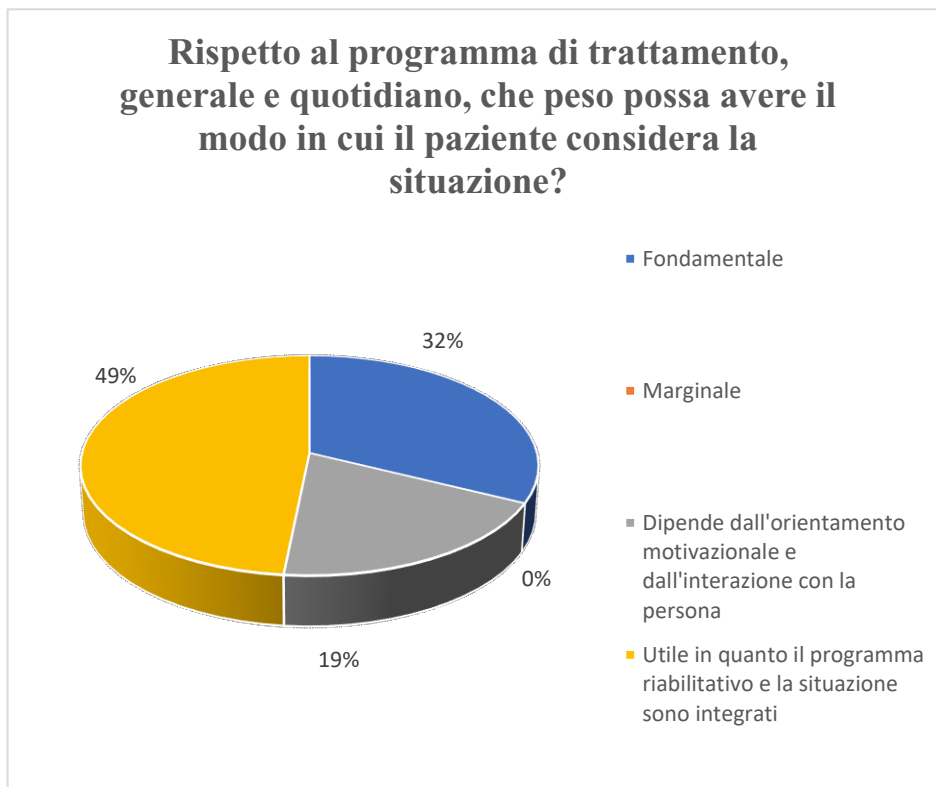
Tutte le possibili risposte (ad eccezione dell'ultima "Nessuna delle precedenti") considerano aspetti del paziente che potrebbero risultare utili. Solamente il 5% ha ritenuto che nessuna delle opzioni proposte potesse essere utile per impostare il programma di trattamento; tutti gli altri hanno indicato un'opzione tra quelle proposte, in cui la maggior parte (40%) ha ritenuto importante le motivazioni biologiche e psicologico-cognitive del soggetto (ossia tutto ciò che fa riferimento alla sfera fisiologica e che risente dell'esperienza individuale).

Domanda 9



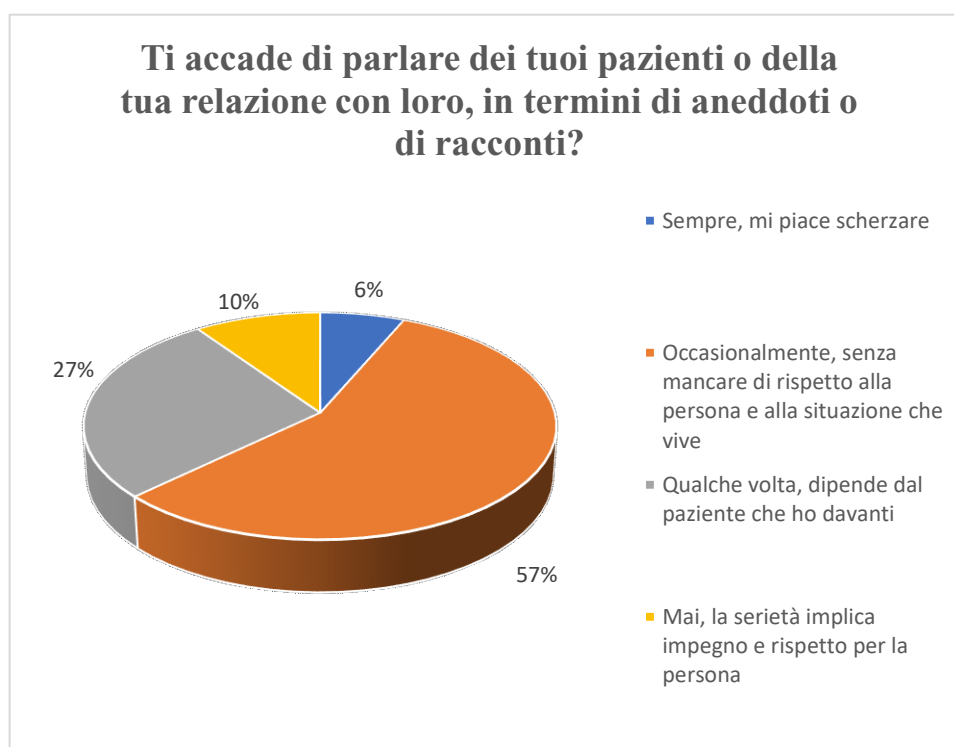
Conoscere in modo più approfondito il paziente viene considerato dal 95% dei fisioterapisti come un fattore capace di modificare il trattamento inizialmente impostato. Solamente il 5% non modifica mai il trattamento nonostante la conoscenza più approfondita del paziente.

Domanda 10



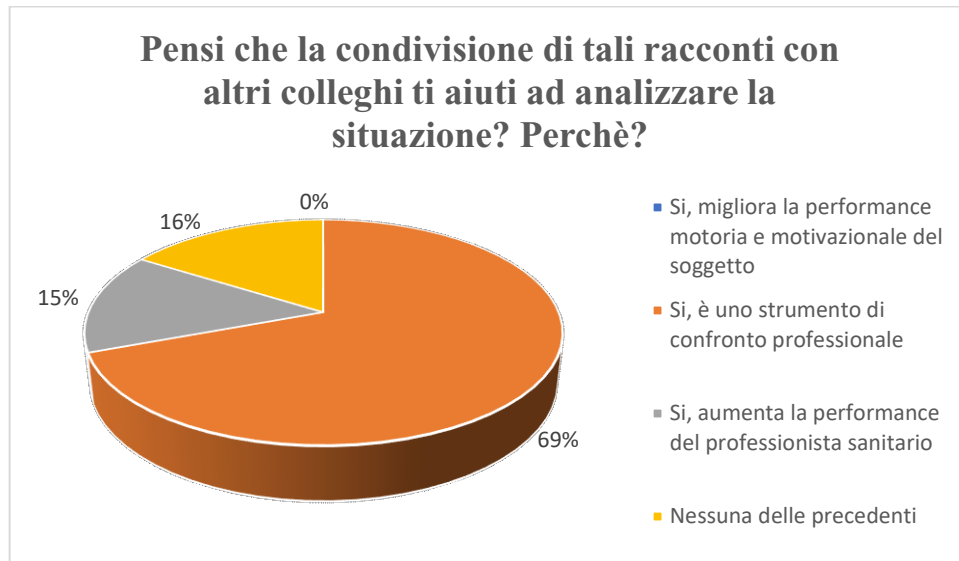
Nessun fisioterapista (0%) considera marginale il modo in cui il paziente considera la sua situazione. Il 19% crede che il modo in cui il paziente considera la situazione dipenda dall'orientamento motivazionale (costruzione del percorso grazie alla rappresentazione di obiettivi che si vogliono raggiungere) e dall'interazione con la persona, il 32 % che sia fondamentale e il restante 49% che sia utile in quanto il programma riabilitativo e la situazione sono integrati.

Domanda 11



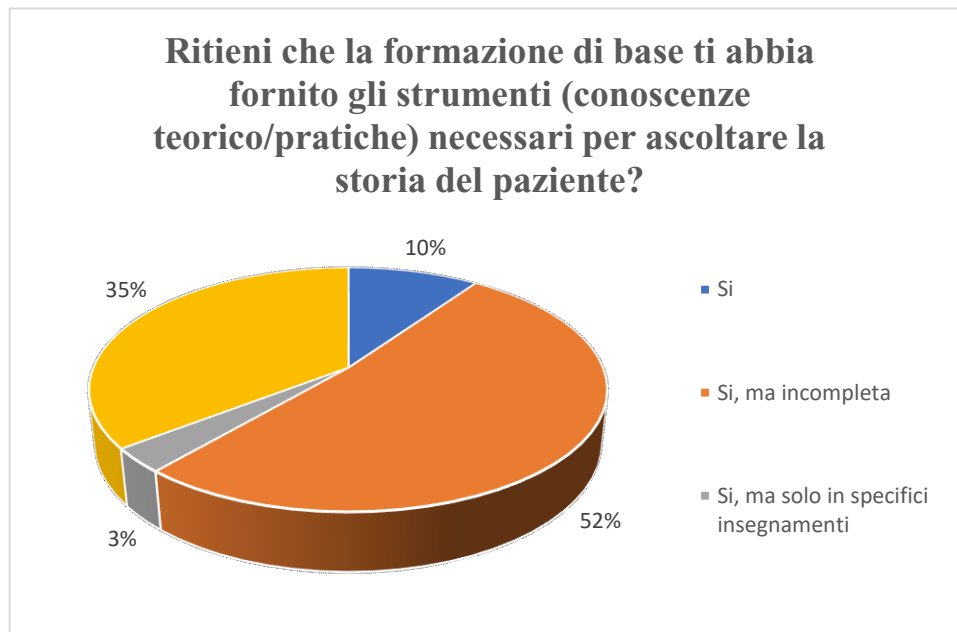
Al 90% dei fisioterapisti accade di parlare dei pazienti in termini di racconti; inoltre, la quasi totalità del campione ritiene che non si debba mancare mai di rispetto alla persona e alla situazione che vive. Solamente al 10% non accade mai di parlare con loro poiché la serietà implica impegno e rispetto per la persona.

Domanda 12



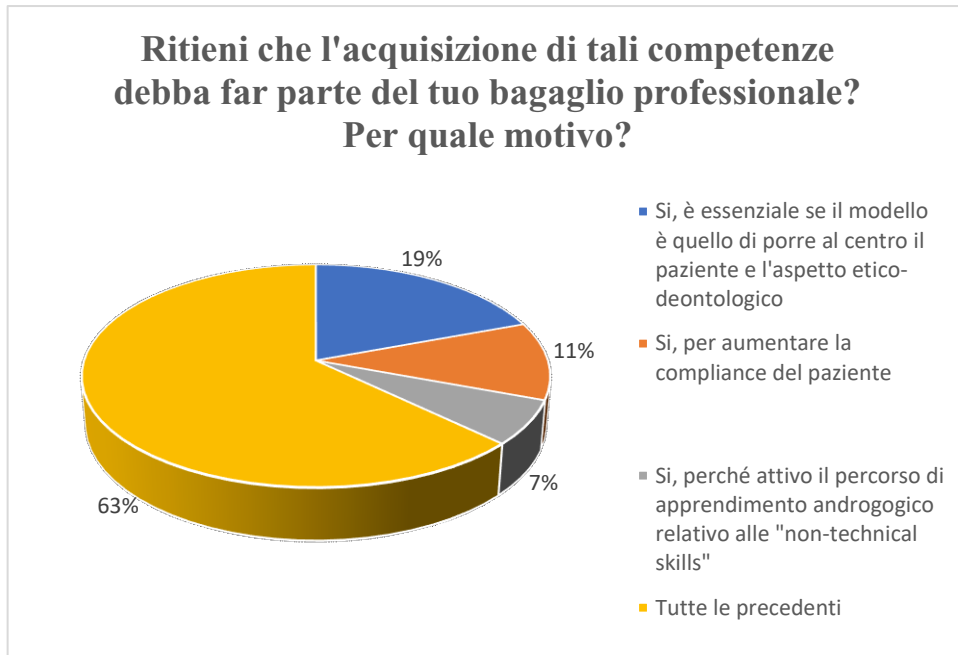
Tutte le possibili risposte (ad eccezione dell'ultima "Nessuna delle precedenti") considerano aspetti positivi della condivisione dei racconti con i colleghi. Solamente il 16% ha ritenuto che nessuna delle opzioni proposte potesse essere d'aiuto per analizzare la situazione. Il 69% afferma che condividere racconti con i colleghi possa essere uno strumento di confronto professionale, permettendo di aumentare la capacità di ragionamento clinico.

Domanda 13



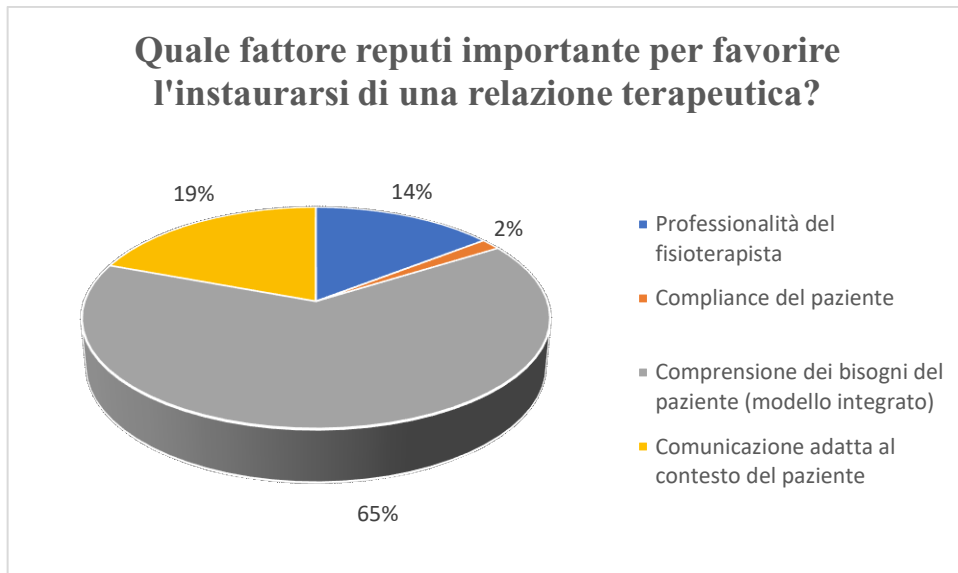
Attraverso questa domanda si indaga il grado di preparazione fornito dal percorso di studi seguito in merito agli strumenti teorici e pratici per ascoltare e comprendere la storia del paziente. Emerge che il 52% dei fisioterapisti ha dichiarato di non aver ricevuto gli strumenti necessari; al 10% sono stati forniti strumenti adatti per utilizzare le competenze narrative e al restante 38% è stata invece fornita una formazione incompleta.

Domanda 14



Tutti i fisioterapisti ritengono che l'acquisizione delle competenze narrative debba far parte del proprio bagaglio personale.

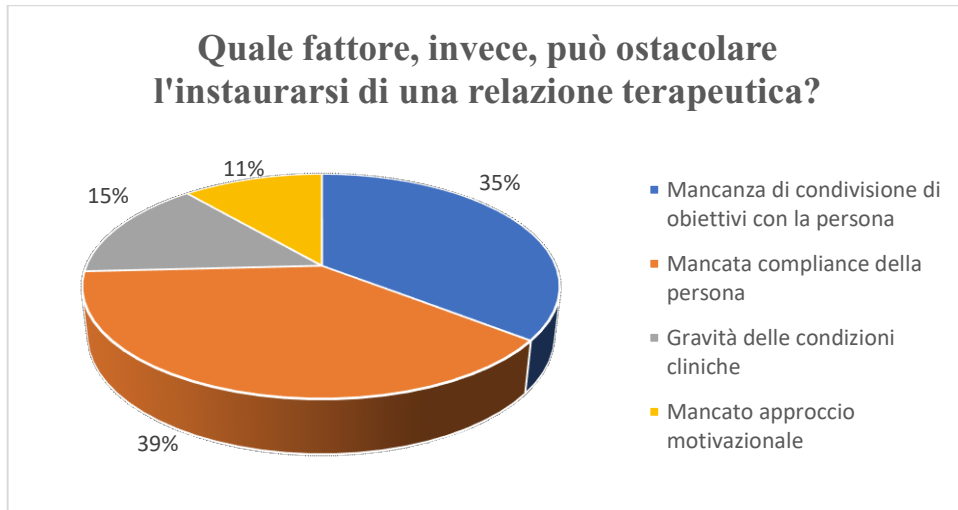
Domanda 15



Secondo il 65% dei fisioterapisti, la comprensione dei bisogni del paziente è ritenuto il fattore più importante per favorire l'instaurazione della relazione terapeutica, seguita

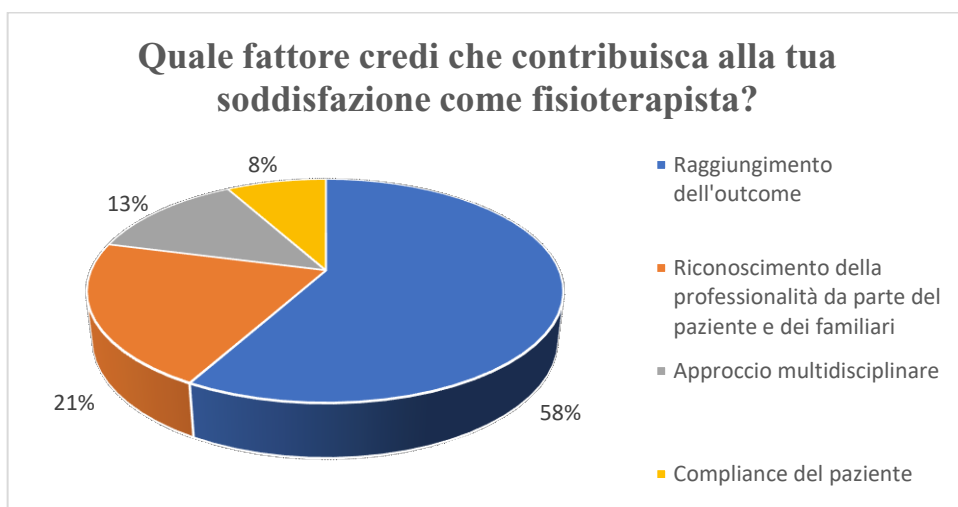
dalla comunicazione adatta al contesto del paziente (19%), dalla professionalità del fisioterapista (14%) e dalla compliance del paziente (2%).

Domanda 16



La mancata compliance al trattamento del paziente è considerato il fattore principale (39%) per ostacolare l'instaurazione della relazione terapeutica, seguita dalla mancanza di condivisione di obiettivi con il paziente (35%), dalla gravità delle condizioni cliniche (15%) e dal mancato approccio motivazionale (15%).

Domanda 17



Il raggiungimento dell'outcome risulta essere il fattore che contribuisce alla soddisfazione della maggior parte dei fisioterapisti (58%), seguito dal riconoscimento della professionalità da parte del paziente e dei familiari (21%), da un trattamento basato su un approccio multidisciplinare (13%) e, infine, dalla compliance del paziente (8%).

Domanda 18:

Dopo questa breve indagine, puoi farmi un commento sui contenuti espressi da queste domande?

Sono stati 24 i commenti rilasciati dai fisioterapisti alla fine del questionario; alcuni sono riportati di seguito:

- “Ritengo che i contenuti espressi siano interessanti, la formazione di base di noi professionisti e la relazione terapeuta-paziente è fondamentale in questa struttura, in special modo durante questo particolare contesto storico che viviamo”.
- “Dopo quasi 20 anni di lavoro, ho capito che i pazienti non ricorderanno mai gli esercizi che abbiamo proposto ma ricorderanno sempre come li abbiamo fatti sentire, in un momento difficile della loro vita”.
- “Contenuti molto interessanti, peccato che non sia sempre facile l’approccio multidisciplinare; inoltre non sempre nell’ambiente lavorativo il paziente ed i suoi bisogni sono al centro dell’attenzione di tutti”.
- “Contenuti interessanti e fondamentali, specialmente nella nostra professione. Da approfondire sicuramente!”.
- “Utile riuscire ad indagare per un tema come questo. Buon lavoro!”.
- “È stato un momento di riflessione sull’approccio che ho con i miei pazienti, quindi grazie ed in bocca al lupo!”.
- “Il tutto è applicabile a seconda del livello cognitivo del paziente. Spesso ci sono problemi comportamentali e la relazione terapeutica è difficile da stabilire”.
- “Un interessante ragionamento su quanto le non-technical skills influenzino il nostro lavoro e soprattutto il lavoro con i pazienti”.
- “Credo che instaurare una buona relazione con il paziente sia fondamentale per il lavoro del fisioterapista. A mio parere, per instaurare un buon rapporto, che dia

risultati, sono fondamentali non solo la parte tecnica e di preparazione (EBM, EBP, ecc.) ma anche e soprattutto tutte quelle che sono le abilità non tecniche e relazionali che riguardano la natura umana”.

- “Lo sviluppo delle non-technical skills risulta essere ormai prioritario per il raggiungimento dell’outcome”.
- “La formazione di base fornisce solo gli strumenti necessari a capire quale sia l’approccio professionale più adatto; con l’esperienza maturata negli anni e il confronto con i colleghi si acquisirà maggiore consapevolezza per un instaurarsi di una relazione terapeutica sempre più soddisfacente”.
- “L’approccio multidisciplinare all’assistito è la modalità migliore per ottenere gli obiettivi e rispondere al bisogno di salute del paziente. La persona è un unicum; l’approccio biopsicosociale ed etico è il modello da perseguire”.
- “I contenuti espressi sottolineano quanto l’empatia che il fisioterapista è in grado di stabilire con il paziente sia fondamentale per il buon esito del percorso riabilitativo. La clinica può cambiare durante il decorso ospedaliero, tanto da non rendere più raggiungibile l’obiettivo iniziale, ma l’approccio motivazionale, che deve restare tale fino al termine, può determinare il successo fondamentale dell’aspetto relazionale. Come riabilitatori, si ha a che fare con individui e non con casi clinici”.
- “Fondamentali sono la preparazione, la formazione ed un grande cuore per capire e sostenere persone che inevitabilmente sono in difficoltà”.

5 Discussione

Il fisioterapista, oltre che per deontologia e formazione in ambito etico, nel suo rapporto con il paziente, si pone secondo i criteri dell'approccio narrativo. Ciò sta a significare che le impostazioni del core curriculum, del core competence e del core values siano elementi determinanti per la presa in carico del paziente, per il conseguente trattamento e per la tensione all'outcome. Tale approccio diviene quindi essenziale per conseguire l'obiettivo sistemico in cui la persona e i suoi bisogni si trovino al centro dell'azione del professionista sanitario.

La riabilitazione si basa sul principio che tutti gli individui siano dotati di un valore intrinseco e debbano poter preservare il proprio diritto ad essere autonomi il più a lungo possibile. Il processo riabilitativo si configura quindi come un percorso di cura mirato a restituire alla persona il migliore grado di autonomia possibile. Considerando una tipologia di assistenza non più focalizzata sulla malattia (*"disease-focused"*), ma sui bisogni del paziente, merita particolare attenzione la motivazione del soggetto verso il trattamento riabilitativo. Talvolta si riscontra da parte del paziente una scarsa partecipazione al programma terapeutico, spesso dovuta a una esacerbata alterazione del tono dell'umore, che ne ostacola le potenzialità di recupero. Risulta interessante rilevare come gli studi sulla motivazione siano evoluti verso la definizione più appropriata di "orientamento motivazionale", in quanto, secondo l'approccio cognitivista, ciascuno di noi nell'età evolutiva costruisce attivamente il suo orientamento motivazionale, cioè indirizza il proprio percorso verso ciò che più "piace". Tale meccanismo avviene mediante la rappresentazione degli obiettivi che si vogliono raggiungere, l'autopercezione dei propri mezzi e limiti, la stima di sé e l'attribuzione causale, cioè imputando i propri successi/insuccessi a cause interne/esterne, controllabili/incontrollabili, dove per interne-controllabili si intendono abilità, impegno, uso di strategie appropriate e tra le esterne-incontrollabili la casualità. Ponendo l'aspetto motivazionale del paziente come fattore condizionante il trattamento riabilitativo e il relativo recupero funzionale dopo un evento disabilitante, è bene considerare quanto sia importante renderlo protagonista principale del suo percorso riabilitativo, progettandone così un percorso personalizzato, verso l'approccio d'iniziativa [33]

La motivazione è un'importante variabile nella possibilità di recupero funzionale di un soggetto dopo un evento disabilitante. La teoria della *self-efficacy* afferma che “il credere nella propria efficacia influenza il comportamento, il livello motivazionale, il pensiero e le reazioni emozionali in risposta ad ogni situazione”. Nei soggetti, la presenza di comorbidità e di instabilità clinica rende il fattore “attribuzione causale” sbilanciato in favore di cause esterne e incontrollabili da parte dell'individuo, tanto da depauperare quell'energia interna che spinge all'azione. Questo concetto si applica molto bene in ambito riabilitativo, dove l'obiettivo di raggiungere il più alto grado possibile di indipendenza funzionale è concetto cardine su cui si basa la riabilitazione, ed è l'obiettivo che il team terapeutico si prefigge di raggiungere. L'intero team è inoltre “motivato” a garantire un risultato in termini di efficienza e di efficacia in virtù delle risorse e delle competenze investite. La realtà spesso offre risultati diversi non riuscendo a garantire lo stesso risultato per tutti i pazienti a parità di condizioni. Tuttavia l'obiettivo di un recupero funzionale ottimale deve essere garantito dalla motivazione del singolo individuo, che da oggetto delle nostre cure, deve essere considerato protagonista principale del suo percorso riabilitativo [33].

Negli ultimi anni, in ambito riabilitativo, si sono introdotti strumenti in grado di garantire un progetto personalizzato, delineato sulla necessità del singolo. Il progetto alla persona esplicita i problemi aperti e, attraverso indicatori dell'area clinico-assistenziale-riabilitativo-sociale, offre uno strumento di azione e monitoraggio del percorso terapeutico multimodale. Il paziente è invitato alla condivisione dello stesso, ma spesso ci si limita ad enunciare in maniera descrittiva quanto stiamo mettendo in atto in favore del suo stato di salute; difficilmente lo si rende protagonista del suo percorso affidandogli la “responsabilità” dell'outcome. Questo prevederebbe uno screening iniziale della componente di motivazione al recupero e la messa in atto di strategie che ne rinforzino l'orientamento [33].

Un altro elemento chiave di riferimento è legato all'umanizzazione; esso sostiene che alla scienza occorra affiancare la componente umana, fondamentale per i fisioterapisti che entrano in contatto con i pazienti nei loro momenti più complessi, caratterizzati da disabilità o malattia. Molte patologie affrontate dal fisioterapista comportano alcune

modifiche nella vita quotidiana del paziente. Solamente una relazione efficace, unita ad una competenza tecnica, consente di stabilire la condivisione dello stesso obiettivo per ottenere risultati importanti e duraturi. Inoltre, risulta che l'esperienza dei pazienti sia influenzata dalle caratteristiche individuali del personale, dal coordinamento tra i vari professionisti sanitari e dall'ambiente terapeutico adeguato, fattori facilitanti per instaurare una relazione terapeutica di successo, che consideri i bisogni del paziente; i fattori contestuali al trattamento ne possono quindi influenzare l'outcome. Il conseguimento di un efficace trattamento fisioterapico non può prescindere dal confronto dell'equipè professionale in un'ottica multidisciplinare, integrando i vari saperi e le singole competenze, analizzando il paziente nella sua globalità [29].

Dagli studi presenti in letteratura, si evidenzia come una alleanza terapeutica favorevole o aumentata sia basata su comportamenti verbali (tra cui il tono della voce, l'ascolto attivo e la comunicazione adeguata) e non verbali. Nel corso del trattamento, il miglioramento della percezione del dolore da parte del paziente è determinato dalla capacità del fisioterapista di integrare le diverse componenti psicosociali, migliorando così la motivazione per coinvolgerlo nella cura. Tra le caratteristiche evidenziate come predittori positivi degli outcome di trattamento figura la presenza di un fisioterapista comprensivo ed empatico, che trasmetta sicurezza e che focalizzi lo sguardo sulla storia del paziente [29, 30].

Il passaggio verso il paradigma basato su un modello di cura biopsicosociale, incentrato quindi sulla persona, ha permesso di accrescere l'interesse per la comprensione dei fattori in grado di influenzare l'esperienza di malattia del paziente. Infatti, il rapporto tra quest'ultimo e il fisioterapista è una delle chiavi del successo terapeutico, tanto che le evidenze mostrano come la qualità dell'assistenza sanitaria dipenda dall'instaurazione di una relazione terapeutica centrata sulla persona [31].

Nella presa in carico del paziente, viene raccomandato di porre attenzione ai fattori in grado di incidere sul percorso riabilitativo, infatti la comunicazione e le interazioni psicologiche tra paziente e professionista risultano dei mediatori di trattamento. Nella costruzione di una buona alleanza terapeutica, assumono importanza le componenti del setting riabilitativo e dell'umanizzazione degli spazi di cura. Equità, accessibilità e

appropriatezza dell'assistenza sanitaria sono le caratteristiche principali per migliorare la relazione con il paziente. Anche il contesto, quindi, risulta essere un elemento centrale per l'approccio narrativo [15].

In riferimento al presente studio descritto al capitolo 4 dell'elaborato, si nota come il metodo narrativo abbia fornito ai fisioterapisti uno spunto per riflettere sulla propria professione. La maggior parte di essi (69%) ritiene che la condivisione dei racconti con i colleghi rappresenti una preziosa occasione di confronto professionale come uno stimolo per aumentarne la capacità di ragionamento clinico.

I fisioterapisti coinvolti nello studio considerano che alcuni fattori relativi alla sfera emozionale del paziente influenzino l'esito del trattamento. La comparsa di alterazioni del tono dell'umore, ad esempio, è in grado di compromettere le possibilità di recupero e di diminuire la resilienza del paziente verso il trattamento. Inoltre, il 47% del campione afferma di modificare il piano di cura in base alle caratteristiche individuali della persona, considerando fondamentali le esperienze e il vissuto della malattia. Infatti, conoscendo in maniera più approfondita le opinioni e le volontà del soggetto, si ha un dialogo che porta a modificare il programma riabilitativo e ad individuare soluzioni e strategie più appropriate. Inoltre, i fisioterapisti ritengono che l'acquisizione di competenze narrative sia essenziale per porre il paziente al centro del trattamento, oltre che per aumentarne il processo motivazionale e per apprendere il giusto utilizzo delle *non technical skills*. Si conferma il ruolo determinante della relazione terapeutica per il raggiungimento di obiettivi efficaci e duraturi.

Un altro aspetto importante evidenziato dal questionario riguarda le aspettative del paziente in trattamento, che devono essere modulate attraverso un uso appropriato del linguaggio da parte dell'operatore sanitario. Ulteriori informazioni fornite attraverso moduli di consenso risulterebbero utili per migliorare lo sviluppo di aspettative su outcome positivi. I soli protocolli riabilitativi scientificamente adottati non sono sufficienti per l'efficacia del trattamento, se non affiancati dall'esperienza e, soprattutto, dalla condivisione continua con il paziente, del quale è sempre necessario tenere in considerazione le esigenze. Ciascun soggetto, per le sue caratteristiche cliniche e personali, richiede un percorso riabilitativo individualizzato; trattamenti uguali per persone differenti potrebbero infatti risultare controproducenti. A conferma di ciò, il 60%

del campione afferma che sia necessario considerare i fattori individuali del paziente, non affidandosi esclusivamente alle tecniche operative suggerite dalla letteratura.

Tenendo conto delle considerazioni espresse dai professionisti interessati in merito alla domanda 18 del questionario, si configura la realtà del fisioterapista come complessa e di grande responsabilità nell'assistenza dei pazienti in trattamento. La vicinanza con individui e non casi clinici porta a delle loro riflessioni personali in merito all'esigenza di poter trasmettere, oltre che competenza, una alta dose di umanità e di empatia. Contestualizzando tale problematica nell'attuale periodo storico di emergenza sanitaria risulta maggiormente di significato il ruolo del fisioterapista, incaricato molto spesso di affiancare il paziente non solo nel programma riabilitativo ma anche a livello relazionale, dove l'incontro si arricchisce di componenti emotive, personali e familiari del paziente.

In buona sostanza, l'analisi dei dati emersi dal questionario si sintetizza nel considerare determinante riuscire a bilanciare le conoscenze scientifiche, le competenze tecniche e le competenze relazionali del professionista per permettergli di conseguire, al termine del trattamento, uno stato di salute nel rispetto del concetto indicato dall'OMS ("la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplice assenza di malattia o di infermità") [4].

6 Conclusioni

Dall'analisi dei risultati del presente studio emerge che la maggior parte dei fisioterapisti riconosce il ruolo delle competenze relazionali e comunicative (empatia, instaurazione di un clima di accoglienza, negoziazione degli obiettivi, ecc.) considerandole di pari importanza rispetto alle competenze tecniche e di problem solving. Il percorso riabilitativo non si limita quindi alla sole manovre operative ma prende in considerazione tutte le componenti indispensabili affinché il paziente sia considerato non come un oggetto patologico ma come un soggetto nella sua totalità psicofisica; lo stesso diviene quindi il protagonista della propria malattia. Il ruolo del paziente acquista notevole importanza nel contesto dell'Approccio Narrativo, basato sull'ascolto e sulla interpretazione delle storie dei pazienti al fine di riuscire a comprendere il significato che danno alla loro condizione di malattia [3, 25].

Le competenze narrative rappresentano uno strumento di crescita fondamentale per la pratica fisioterapica. Sarebbe meritevole di considerazione valutare l'importanza di accrescere la formazione del fisioterapista secondo i recenti modelli e acquisizioni scientifiche di tipo "Narrativo" per un migliore successo del trattamento fisioterapico. Una possibile proposta sarebbe quella della fruizione di corsi di formazione specifici e di una integrazione della formazione universitaria. A conferma di ciò, da un recente studio emerge come i fisioterapisti percepiscano la necessità di ulteriore formazione sulle non-technical skills [30].

Il questionario restituisce la considerazione dei fisioterapisti in merito all'approccio narrativo e ai fattori in grado di influenzare la relazione terapeutica con il paziente. Dal questionario e dalla ricerca bibliografica riportata al Capitolo 3 emerge l'importanza delle opinioni del paziente e degli aspetti che quest'ultimo considera necessari per la costruzione di una forte relazione con il professionista sanitario. Considerando la complessità dell'argomento e la carenza di ricerche e di pubblicazioni in fisioterapia, sarebbe interessante approfondire lo studio, coinvolgendo in una simile indagine gli stessi pazienti. Inoltre potrebbe essere chiesto all'ipotetico campione rappresentato dai pazienti se i fisioterapisti generalmente siano disposti ad ascoltare la loro storia di malattia e di sofferenza, mostrandone comprensione e un forte atteggiamento empatico.

Questi aspetti cogenti nell'organizzazione attuale dei sistemi sono decisivi per determinare una formazione di qualità ed incidere nelle modifiche organizzative secondo criteri di accreditamento verso il piano di resilienza. Sono aspetti del modello sistemico orientato a dare risposte concrete alle persone di cui ci prendiamo cura e che rispondono con motivazione al percorso attraverso atteggiamenti proattivi, con flessibilità cognitiva e di compliance, tutto riferito ad una visione di reciprocità. Ciò determina la competenza e il successo del processo andragogico.

Bibliografia

1. The Biopsychosocial Model Approach (PDF), su Rochester University, Rochester University.
2. Engel George L, The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, in *Science*, vol. 196, 1977, pp. 129–136.
3. Borrell-Carrió, F., Schuman, A. L., & M., E. R. (2004). The Biopsychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), pp. 57-582.
4. Glossario OMS della Promozione della Salute (PDF), su dors.it.
5. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. 1980;137(5):535-44.
6. Honey Peter, *Come trattare con gli altri*, Francoangeli, 1991
7. Del Nord R & Peretti G., *L'umanizzazione degli spazi di cura. Linee guida*, 2015
8. Morosini P, Casacchia M & Roncone R, *Qualità dei servizi di salute mentale*, Il pensiero scientifico Editore, 2000
9. Hall AM, Ferreira PH, Maher CG, Latimer J, Ferreira ML. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Phys Ther*. 2010 Aug;90(8):1099-110. doi: 10.2522/ptj.20090245. Epub 2010 Jun 24. PMID: 20576715
10. Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
11. Miciak M, Mayan M, Brown C, Joyce AS, Gross DP. The necessary conditions of engagement for the therapeutic relationship in physiotherapy: an interpretive description study. *Arch Physiother*. 2018 Feb 17;8:3. doi: 10.1186/s40945-018-0044-1. PMID: 29468089; PMCID: PMC5816533.
12. Ardito R & Rabellino D, *Front. Psychol*, October 2011, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00270>

13. Cole, M. B., & McLean, V. (2008). Therapeutic Relationships Re-Defined. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19(2), 33–56.
https://doi.org/10.1300/J004v19n02_03
14. Ferreira PH, Ferreira ML, Maher CG, Refshauge KM, Latimer J, Adams RD. The therapeutic alliance between clinicians and patients predicts outcome in chronic low back pain. *Phys Ther*. 2013 Apr;93(4):470-8. doi: 10.2522/ptj.20120137. Epub 2012 Nov 8. PMID: 23139428.
15. Babatunde, F., MacDermid, J. & MacIntyre, N. Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature. *BMC Health Serv Res* 17, 375 (2017).
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2311-3>
16. Horvath, A. O. (2018). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*, 28(4), 499–516.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373204>
17. Palo G. La Comunicazione nel mondo contemporaneo. Palermo: Bioetica e Cultura, Ist. Siciliano Di Bioetica, 1999, VIII, 2.
18. Watzlawick et al. *Pragmatica della Comunicazione umana*. Roma: Tr.it Ubaldini, 1971. (ed.orig. *Pragmatic of Human Communication*. New York: Norton, 1967)
19. Conti AA, Gensini GF. Doctor-patient communication: a historical overview. *Minerva Med* 2008; 99: 411-5.
20. Charon R. Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics. *Annals of Internal Medicine* 2001;134(1):83-87.
21. Giarelli G, Good BJ, Del Vecchio Good MJ, Martini M, Ruozi C. *Storie di Cura - Medicina narrativa e medicina delle evidenze: l'integrazione possibile*. Milano: Franco Angeli, 2005.
22. Kleiman A, Eisenberg L, Good B. Culture illness and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 1978;88(2):251-258
23. Ferrari Maria Gloria, “Il fisioterapista: professione intellettuale tra ideale e reale”, 2008
24. Pizza Giovanni, “Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo”, Carocci, 2005
25. Charon R. Narrative and Medicine. *The New England Journal of Medicine* 2004;350:862-864.

26. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust. *JAMA* 2001;286:1897-1902
27. Banfi P, Cappuccio A, Latella ME, Reale L, Muscianisi E, Marini MG. Narrative medicine to improve the management and quality of life of patients with COPD: the first experience applying parallel chart in Italy. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2018 Jan 11;13:287-297. doi: 10.2147/COPD.S148685. PMID: 29391786; PMCID: PMC5769576.
28. Charon Rita, Wyer P, NEBM Working Group. Narrative evidence based medicine. *Lancet* 2008;371:296-7.
29. Morera-Balaguer J, Botella-Rico JM, Catalán-Matamoros D, Martínez-Segura OR, Leal-Clavel M, Rodríguez-Nogueira Ó. Patients' experience regarding therapeutic person-centered relationships in physiotherapy services: A qualitative study. *Physiother Theory Pract*. 2021 Jan;37(1):17-27. doi: 10.1080/09593985.2019.1603258. Epub 2019 Apr 19. PMID: 31002005.
30. Morera-Balaguer J, Botella-Rico JM, Martínez-González MC, Medina-Mirapeix F, Rodríguez-Nogueira Ó. Physical therapists' perceptions and experiences about barriers and facilitators of therapeutic patient-centred relationships during outpatient rehabilitation: a qualitative study. *Braz J Phys Ther*. 2018 Nov-Dec;22(6):484-492. doi: 10.1016/j.bjpt.2018.04.003. Epub 2018 Apr 18. PMID: 29705228; PMCID: PMC6235755.
31. Fuentes J, Armijo-Olivo S, Funabashi M, Miciak M, Dick B, Warren S, Rashiq S, Magee DJ, Gross DP. Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study. *Phys Ther*. 2014 Apr
32. Crom A, Paap D, Wijma A, Dijkstra PU, Pool G. Between the Lines: A Qualitative Phenomenological Analysis of the Therapeutic Alliance in Pediatric Physical Therapy. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2020

33. Frisardi Vicenza, Aspetti teoretici e funzionali della motivazione nel setting riabilitativo, 2015, <https://www.luoghicura.it/servizi/residenzialita/2015/09/aspetti-teoretici-e-funzionali-della-motivazione-nel-setting-riabilitativo/>
34. Ferrari Maria Gloria, “Il codice deontologico dei fisioterapisti”, 2014
35. Cantagallo, Spitoni, Antonucci, “Le funzioni esecutive”, Carocci Faber, 2010
36. Mace et Rabins, “Demenza e malattia di Alzheimer”, Erickson, 1999
37. Bronzini Micol, “In balia delle onde”, Affinità elettive, 2009
38. Wade Derick, “Measurement in Neurological Rehabilitation”, Oxford Medical Publications, 1992
39. Lolli Franco, “L’ingorgo del corpo”, FrancoAngeli, 2004