

Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

PRESIDENTE: *Ch.ma Prof.ssa Veronica Macchi*

TESI DI LAUREA

L'alleanza terapeutica con il bambino e con i genitori: un'analisi qualitativa sulle percezioni, difficoltà e strategie dei fisioterapisti che lavorano in un contesto di età evolutiva

(The therapeutic alliance with child and parents: a qualitative analysis of perceptions, difficulties and strategies of physiotherapists working in the context of pediatric physical therapy)

RELATORE: Ft, Dott.ssa Mag. Fontana Silvia

Correlatore: TeRP, Dott.ssa Mag. Bertoldo Francesca

LAUREANDO: Grigolon Luca

Anno Accademico 2021/2022

INDICE

RIASSUNTO	1
ABSTRACT	2
INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1: L'ALLEANZA TERAPEUTICA	5
1.1 Evoluzione storica del concetto di alleanza terapeutica	5
1.1.1 <i>Dal transfert positivo Freudiano all' "alleanza terapeutica" di Zetzel</i>	5
1.1.2 <i>Bordin e la concezione panteorica</i>	6
1.2 Alleanza terapeutica nella pratica fisioterapica	6
1.3 Rotture e riparazioni dell'alleanza terapeutica	8
CAPITOLO 2: L'ALLEANZA TERAPEUTICA IN ETÀ EVOLUTIVA	10
2.1 Allearsi con il bambino	10
2.2 Allearsi con il genitore	11
2.3 <i>Between the Lines: A Qualitative Phenomenological Analysis of the Therapeutic Alliance in Pediatric Physical Therapy</i>	13
CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI	15
3.1 Disegno di ricerca	15
3.2 Strumento di ricerca	15
3.3 Reclutamento dei partecipanti	16
3.4 Raccolta dei dati	17
3.5 Analisi dei dati	17
CAPITOLO 4: RISULTATI	18
4.1 Caratteristiche del campione e delle interviste	18
4.2 Risultati dell'analisi tematica	19
4.3 Comunicazione	20

4.4 Essere in tre	23
4.4.1 <i>Il fisioterapista</i>	23
4.4.2 <i>I genitori</i>	25
4.4.3 <i>Il bambino</i>	27
4.4.4 <i>La fiducia e l'assenza di giudizio</i>	29
4.5 Spazio-tempo	30
4.5.1 <i>Spazio</i>	31
4.5.2 <i>Tempo</i>	33
4.6 Le strategie e le emozioni	36
4.6.1 <i>Le strategie</i>	36
4.6.2 <i>Le emozioni e i sentimenti</i>	39
CAPITOLO 5: DISCUSSIONE	41
CAPITOLO 6: CONCLUSIONI	44
6.1 Limiti e implicazioni future	44
BIBLIOGRAFIA	46
ALLEGATI	49
Allegato 1	49
Allegato 2	50

RIASSUNTO

Background: In ambito fisioterapico l'alleanza terapeutica è un prerequisito importante per il buon esito del trattamento¹. L'alleanza terapeutica in un contesto di età evolutiva, che presenta la particolarità di essere caratterizzata da una triade composta da bambino-genitore-terapista, è un argomento però ancora poco esplorato e approfondito.

Obiettivi: Lo studio si pone l'obiettivo di indagare le percezioni e i pensieri dei fisioterapisti che lavorano in area pediatrica riguardo l'alleanza terapeutica nei confronti del bambino e dei suoi genitori, nonché di comprendere quali strumenti, risorse e strategie il fisioterapista mette in atto nelle situazioni di difficoltà e nelle situazioni talvolta di rottura nel rapporto riportando anche quali sono stati i propri vissuti in questi momenti.

Materiali e metodi: È stato condotto uno studio qualitativo di tipo fenomenologico attraverso la somministrazione di interviste strutturate rivolte a fisioterapisti che lavorano in ambito pediatrico. Ogni colloquio, garantendo l'anonimato, è stato audio-registrato e successivamente trascritto. L'analisi qualitativa delle interviste è stata svolta da un solo ricercatore seguendo il modello delle reti tematiche.

Risultati: Sono state eseguite otto interviste. Sono stati identificati tre temi organizzanti: la comunicazione, l'essere in tre (fisioterapista, bambino e genitore) e lo spazio-tempo. Tra le strategie utilizzate emerse vi sono: la comunicazione, la negoziazione e la ridefinizione di obiettivi e di attività attraverso anche un'analisi sul proprio operato, l'aiuto dei colleghi fisioterapisti o di altre figure sanitarie e la frequenza di corsi di formazione. I sentimenti riportati sono stati di sconfitta, fallimento, delusione, frustrazione, senso di inadeguatezza, fatica e di messa in discussione a livello intrapersonale nei momenti di difficoltà e di rottura, mentre vi sono stati vissuti di soddisfazione nei momenti della riparazione.

Conclusioni: Questo lavoro ha permesso di evidenziare i fattori che caratterizzano l'alleanza terapeutica in età evolutiva riportando anche quali strategie e risorse vengono utilizzate dalle fisioterapiste nei casi di difficoltà interni all'alleanza terapeutica.

ABSTRACT

Background: In physical therapy the therapeutic alliance is an important prerequisite for the treatment success¹. The therapeutic alliance in the context of the pediatric physical therapy, which has the particularity of being characterized by a three-way relationship between child-parent-therapist, is a topic still under investigated and under analyzed.

Aims: This work aims to investigate perceptions and thoughts of physiotherapists working in the context of the pediatric physical therapy. Particularly, it regards the therapeutic alliance with children and their parents in order to understand which instruments, resources and strategies the physical therapist adopts in difficult situations and during relationship ruptures, reporting their experiences in these moments.

Material and methods: A qualitative method was adopted with a phenomenological approach. Specifically, structured interviews were addressed to some physiotherapists working in the context of pediatric setting. Ensuring the anonymity, every meeting was audio-recorded and then every was transcribed. The qualitative analysis of the interviews was accomplished by one researcher using the thematic network model.

Results: Eight interviews were carried out where three main themes were identified: communication, being three (physiotherapist, child and parent) and the space-time. The strategies emerged, above all, were: communication, negotiation and redefinition of treatment goals and activities through the auto-analysis of one's own performance, through the support of colleagues physiotherapists or of others health care figures and continuing education courses. During the difficulty moments the feelings emerged were: the sense of defeat, failure, incompetence, effort, intrapersonal sense of inefficacy whereas there were, during moments of restoration of restoration of the therapeutic alliance, feelings of satisfaction.

Conclusions: This thesis allowed to highlight the factors that characterize the therapeutic alliance in pediatric area; moreover, it reported strategies, used by the physiotherapists involved, in order to cope difficult moments inside the alliance.

INTRODUZIONE

Durante il mio percorso di studi universitario la competenza e la capacità di instaurare un'adeguata alleanza terapeutica con il paziente sono stati evidenziati come aspetti significativi in plurimi momenti diversi tra loro.

Già nel primo anno accademico, il corso di “Relazione Terapeutica” ha trattato le caratteristiche della relazione fisioterapista-paziente, i sentimenti e le emozioni presenti nel lavoro di cura; nonché, altri docenti, in particolare quelli dei corsi di “Prassi terapeutica”, hanno sottolineato più volte l'importanza dell'alleanza terapeutica nel trattamento con il paziente ed inoltre, la “Relazione” rappresenta una delle cinque voci (assieme a prassi terapeutica, ragionamento clinico, responsabilità e ricerca) di valutazione del tirocinio, luogo dove le conoscenze diventano competenze.

Partendo dal mio interesse scaturito dalla lettura di una tesi che indagava la relazione terapeutica fra terapeuta e paziente, ci si è domandati quali siano le peculiarità dell'alleanza terapeutica in un contesto di età evolutiva, caratterizzata dalla triade terapeuta-genitore/caregiver-bambino.

Da una prima analisi della letteratura è emerso come vi sia una scarsità di articoli e di studi. Tra questi, l'articolo di Crom “*Between the Lines: A Qualitative Phenomenological Analysis of the Therapeutic Alliance in Pediatric Physical Therapy*”² del 2020 ha suscitato particolarmente il mio interesse. L'articolo indaga, tramite interviste, le percezioni e i punti di vista dei fisioterapisti, dei bambini e dei genitori all'interno di un contesto di riabilitazione pediatrica.

Traendo ispirazione da questo articolo, si vuole approfondire questo tema ponendosi due obiettivi. Il primo obiettivo indaga quale sia il significato che i fisioterapisti, che lavorano in area pediatrica, attribuiscono all'alleanza terapeutica sia nei confronti del bambino-paziente che dei suoi genitori.

Il secondo obiettivo è quello di comprendere se ci siano, e quali eventualmente siano, gli strumenti, le risorse e le strategie che il fisioterapista può mettere in atto nelle situazioni complesse. Per situazione complesse si intendono quei momenti in cui si presenta una difficoltà nella costruzione dell'alleanza oppure quando si verifica un punto di rottura; in questi contesti si è voluto indagare anche il vissuto e le esperienze dei terapisti.

Per raggiungere tale scopo si è utilizzato un disegno di ricerca a metodica qualitativa, di tipo fenomenologico descrittivo e non interpretativo, basandosi su interviste strutturate rivolte ai

fisioterapisti che lavorano in area pediatrica di alcuni servizi dell'Azienda ULSS 7 e ULSS 2 e del privato convenzionato nello stesso contesto di riferimento; la declinazione descrittiva si è declinata come un'analisi contenutistica per temi comuni derivati dalle risposte ottenute all'intervista.

Nel primo capitolo viene trattato il tema dell'alleanza terapeutica presentando, in ordine, un breve excursus storico sulle sue principali definizioni teoriche, le implicazioni all'interno della pratica fisioterapica e infine le rotture e riparazioni della stessa.

Il secondo capitolo invece illustra l'alleanza terapeutica in età evolutiva approfondendo le relazioni terapeuta-bambino e terapeuta-genitore.

Nel capitolo successivo si descrive il disegno e lo strumento di ricerca utilizzati, il reclutamento dei partecipanti, la raccolta e analisi dei dati.

Nella sezione seguente sono esposti i risultati derivanti dall'analisi qualitativa delle interviste. Infine, negli ultimi due capitoli, vengono presentate le interpretazioni dei risultati, anche alla luce della letteratura esaminata, le possibili implicazioni pratiche, gli sviluppi futuri della ricerca e i limiti della stessa.

CAPITOLO 1: L'ALLEANZA TERAPEUTICA

1.1 Evoluzione storica del concetto di alleanza terapeutica

All'interno di questo studio è doveroso effettuare una panoramica su quella che è stata l'evoluzione storica della definizione di alleanza terapeutica, andando ad esplorare i principali contributi che gli autori, perlopiù psicoanalisti, hanno fornito.

1.1.1 Dal transfert positivo Freudiano all' "alleanza terapeutica" di Zetzel

La teorizzazione dell'alleanza terapeutica trova le sue origini nella psicoterapia e nelle teorie psicoanalitiche. Molti autori, in gran parte psicoanalisti per l'appunto, si sono occupati di alleanza terapeutica, proponendosi di trovare una definizione che fosse soddisfacente e condivisa³.

Le prime teorizzazioni sull'alleanza terapeutica, senza però tale esplicita nominazione, risalgono agli scritti di Freud, il quale rielaborò il ruolo e la funzione del transfert in psicoterapia. Il medico austriaco osservò infatti come il paziente continuasse a collaborare nel lavoro nonostante, durante il trattamento, egli attivasse delle difese che avrebbero dovuto insidiare il processo terapeutico⁴. Di fronte a questa contraddizione, Freud ipotizzò quindi la presenza di un transfert positivo che legasse il paziente al terapeuta⁴. Per transfert si intende, condivisibilmente, il trasferimento di sentimenti ed emozioni relative ad una situazione del passato verso la figura del terapeuta nel momento presente⁵. Nello specifico il transfert positivo è costituito da sentimenti quali: amore, affetto ed esigenze erotiche che promuovono la collaborazione tra il paziente con il suo terapeuta⁶.

Sebbene sia stato formulato all'interno del più ampio e complesso fenomeno del transfert, il concetto di "transfert positivo" appare del tutto assimilabile a quello di alleanza terapeutica. Rispetto alla nominazione, il primo autore ad utilizzare esplicitamente l'espressione "Alleanza terapeutica" fu la psichiatra Elisabeth Zetzel che nel 1973 (citata da Mancini⁶) la definì come "un rapporto stabile e positivo tra terapeuta e paziente che mette in grado quest'ultimo di impegnarsi positivamente nel lavoro d'analisi"⁶.

Secondo la psichiatra americana, l'alleanza terapeutica viene intesa come un'unione tra le funzioni autonome e mature del paziente ed il terapeuta, fondandosi sulla costruzione di un rapporto stabile e positivo, nonché sulla condivisione del processo terapeutico tra terapeuta e il suo assistito^{4,6}.

1.1.2 Bordin e la concezione panteorica

L'autore che più di ogni altro ha superato il confine tra le diverse impostazioni teoriche è stato Edward Bordin, il quale sosteneva la necessità di comprendere l'alleanza terapeutica secondo una visione panteorica⁶. In quest'ottica, Bordin definì l'alleanza terapeutica come un accordo reciproco tra il paziente e il suo terapeuta riguardo agli obiettivi (goal) e ai compiti (task) necessari per raggiungere tali obiettivi, il tutto assieme allo stabilirsi di legami (bond) che mantengono la collaborazione tra i due partecipanti al lavoro terapeutico⁸.

Per "goal" Bordin intende l'obiettivo del cambiamento che varia a seconda dell'approccio considerato. Esso va negoziato tra il paziente e il terapeuta per il raggiungimento di una adeguata alleanza terapeutica. Successivamente alla negoziazione dell'obiettivo, il terapeuta ha il ruolo fondamentale di indicare e proporre i "tasks" (i compiti) ovvero le attività specifiche che contribuiscono al cambiamento dove, anche su questo aspetto, il paziente deve avere un ruolo determinante nella scelta e nella negoziazione⁶. La condivisione degli obiettivi e dei compiti, però, può svilupparsi solo in presenza di un rapporto di fiducia e rispetto reciproco dal momento che qualsiasi accordo su di essi richiede che il paziente creda nelle capacità del terapeuta di aiutarlo e quest'ultimo, dall'altra parte, nelle risorse del paziente rispetto al proprio cambiamento.

Infine, gli obiettivi fissati e la collaborazione bidirezionale appaiono intimamente legati all'interno di una relazione umana tra terapeuta e paziente⁸. Il legame, "bond", viene infatti costruito a partire dalle azioni e dai momenti condivisi tra terapeuta e paziente e viene più facilmente descritto attraverso termini di connessione, fiducia, rispetto e impegno reciproco⁴.

1.2 Alleanza terapeutica nella pratica fisioterapica

È da sottolineare come i tre punti fondamentali individuati da Bordin si ritrovino anche nell'ambito fisioterapico. Per quanto riguarda i primi due punti, il "goal" e il "task", è prassi che ci sia una condivisione tra il terapeuta e il suo assistito nella scelta degli obiettivi e degli esercizi terapeutici per raggiungerli.

Per quanto riguarda l'ultimo punto, il "bond", la capacità del fisioterapista di sapersi relazionare e di costruire una adeguata relazione con il paziente rappresenta un punto fondamentale nella pratica professionale come esplicitato all'interno del "Core curriculum integrato del fisioterapista"⁹, un documento pubblicato dall'Associazione Italiana

Fisioterapisti (AIFI) dove sono indicate le conoscenze, abilità e competenze richieste al professionista.

Infatti, tra le discipline fondamentali indispensabili per l'esercizio riabilitativo oltre a quelle scientifiche e cliniche, più specifiche per la professione, ci sono anche quelle umanistiche come, per esempio, la pedagogia e la psicologia che permettono di affinare competenze trasversali, tra cui anche la relazione con il paziente¹⁰.

In aggiunta, lo stesso Codice Deontologico dei Fisioterapisti si sofferma su questo aspetto affermando all'articolo 10 che "Il Fisioterapista valorizza la relazione di cura riconoscendola quale luogo privilegiato in cui si incontrano forti istanze etiche, umane e civili."¹¹

Uno dei primi autori ad interessarsi del ruolo dell'alleanza terapeutica nella pratica fisioterapica è stato Hall¹ il quale partendo dalle evidenze per cui l'alleanza terapeutica tra paziente e terapeuta, in psicoterapia e in medicina generale, ha una correlazione positiva con l'aderenza e l'esito al trattamento, si è domandato se la stessa correlazione fosse presente anche in ambito riabilitativo. Nella sua revisione sono stati recuperati tredici studi che includevano pazienti con lesioni cerebrali, dolore muscolo-scheletrico (soprattutto lombalgie e cervicalgie croniche), problematiche cardiache e altre patologie di vario tipo. I risultati indicano che l'alleanza terapeutica è positivamente associata all'aderenza al trattamento, alla soddisfazione del trattamento stesso, alla riduzione del dolore, al miglioramento delle capacità funzionali e diminuzione dei sintomi depressivi¹.

In un altro studio Kinney et al.¹² hanno esaminato attraverso una revisione bibliografica l'impatto dell'alleanza terapeutica nella terapia fisica per il dolore muscolo-scheletrico cronico. Dalla loro ricerca sono emersi tre studi le cui prove suggerivano una relazione benefica tra una forte alleanza e il miglioramento del dolore muscoloscheletrico cronico associata ad interventi di fisioterapia tradizionale rispetto ai soli interventi di fisioterapia tradizionale¹².

Anche in ambito pediatrico la relazione con il bambino riveste un ruolo importante e ad esprimerlo sono gli stessi bambini con i loro genitori. Sia i pazienti che i loro familiari affermano che il fisioterapista deve sapersi relazionare con loro reputando questa capacità più importante di quelle tecnico-professionali^{2,13}. Bisogna sottolineare che i fisioterapisti pur reputando le capacità di relazione un aspetto importante la mettano in secondo piano rispetto a quelle professionali².

Quindi, da questi studi riportati, emerge evidentemente che l'alleanza terapeutica ha un suo valore fondamentale all'interno del trattamento. Ciò suggerisce inoltre che il fisioterapista, assieme al paziente, sia responsabile della creazione di un'alleanza positiva¹⁵ per cui è importante comprendere quali possano essere le componenti che permettono una adeguata relazione con il paziente.

Uno degli autori che si è interessato a questo aspetto è stato Morera-Balaguer^{16, 17} il quale, in due studi separati, ha esplorato i fattori che facilitano oppure ostacolano la relazione; nel primo lavoro dal punto di vista del paziente e nel secondo dal punto di vista del fisioterapista. In entrambi gli studi questi fattori sono stati raggruppati in tre categorie: le caratteristiche del fisioterapista, le caratteristiche del paziente e le caratteristiche del setting terapeutico.

Soffermandosi solamente sugli elementi facilitatori, per quel che riguarda i fisioterapisti, i risultati dicono che dimostrarsi professionali e sicuri, l'aver un approccio caloroso, l'essere amichevole, l'essere empatico, sentirsi coinvolto nei problemi del paziente, l'essere dolce e avere capacità comunicative sono tutti degli aspetti che il terapeuta può mettere in gioco per costruire la relazione. Parlando del setting ambientale, sia i fisioterapisti che i pazienti affermano la necessità di avere uno spazio che permetta la privacy oltre ad una buona organizzazione del servizio e una funzionale coordinazione con gli altri servizi sanitari.

I fisioterapisti poi riportano che per costruire la relazione con i pazienti è importante che questi non abbiano comportamenti inappropriati (come, per esempio, scarsa motivazione oppure la tendenza al mentire), non abbiano pregiudizi e aspettative inadeguate riguardo al trattamento e che ci sia una continuità di trattamento^{16, 17}.

1.3 Rotture e riparazioni dell'alleanza terapeutica

Analizzando la tematica ulteriormente, negli ultimi anni, si è evidenziato come l'alleanza terapeutica inizi ad essere concettualizzata come non più qualcosa di statico ma, piuttosto, come un'entità dinamica³. In questo contesto l'interesse è teso all'andare ad esplorare le rotture e le riparazioni dell'alleanza, affrontate in particolare grazie a lavori e agli studi empirici di Safran e Muran. Questi autori definiscono le rotture dell'alleanza come una tensione o rottura della collaborazione tra terapeuta e paziente¹⁸; si tratta di eventi interpersonali inevitabili che sono centrali nell'esplorazione della relazione terapeutica e del processo di cambiamento¹⁹ e che, pur essendo momenti di tensione che possono quindi portare alla fine del trattamento, vanno considerati anche come una opportunità per il cambiamento

terapeutico¹⁹. Le rotture, tra di loro, si differenziano poi per durata, frequenza e per intensità; in particolare, riguardo a quest'ultimo aspetto, una rottura può avere una intensità lieve, laddove i partecipanti possono esserne solo vagamente consapevoli, oppure intensità grave qualora vi sia una compromissione nella collaborazione, nella comprensione o nella comunicazione¹⁸.

Le rotture inoltre vengono suddivise in due principali categorie: le rotture di ritiro e le rotture di confronto.

Nella prima tipologia il paziente tende o ad allontanarsi dal terapeuta, per esempio, evitando le sue domande, oppure ad andare verso il terapeuta diventando eccessivamente conforme alle sue raccomandazioni. Nella seconda tipologia invece il paziente va sempre contro il terapeuta, esprimendo rabbia o insoddisfazione nei confronti o del terapeuta stesso o di qualche aspetto del trattamento¹⁹.

Le rotture dell'alleanza e le conseguenti riparazioni non sono solo un prerequisito per il cambiamento, ma l'essenza stessa del cambiamento³ e poiché la loro risoluzione è correlata a un risultato positivo, il terapeuta dovrebbe rivolgere molta della propria attenzione agli eventi di rottura, quando questi si verificano, per cercare di risolverli²⁰ attraverso un atteggiamento aperto e non difensivo¹⁹.

Riprendendo poi, la definizione di Bordin di alleanza terapeutica, le rotture possono riguardare gli obiettivi del trattamento, i disaccordi sui compiti della terapia oppure tensioni nel legame tra terapeuta e paziente; questi tre tipi di rotture, ovviamente, non si escludono a vicenda e possono coesistere contemporaneamente²⁰.

Tuttavia, quando il disaccordo è sui compiti o sugli obiettivi, la risoluzione può passare attraverso il ripetere il razionale e la logica che sta dietro ad essi oppure attraverso la trasformazione degli stessi obiettivi e compiti; in certe situazioni invece la risoluzione del disaccordo stesso avviene anche solo semplicemente dopo un chiarimento tra le due parti coinvolte. Quando la rottura riguarda invece il legame, gli interventi riparativi si devono focalizzare sul chiarimento delle incomprensioni sorte nella terapia oppure sull'esplorazione dei temi relazionali legati alla stessa rottura²⁰.

CAPITOLO 2: L'ALLEANZA TERAPEUTICA IN ETÀ EVOLUTIVA

Di Giuseppe, nel 1996, citato da Cirimbilla⁴, ha definito l'alleanza terapeutica in età evolutiva come “una relazione contrattuale, di accettazione rispettosa e calorosa tra un bambino-adolescente e un terapeuta, tesa alla mutua esplorazione o all'accordo sui modi attraverso cui il bambino-adolescente può modificare in meglio il proprio funzionamento sociale, emotivo o comportamentale e la mutua esplorazione o l'accordo sulle procedure e i compiti che possono far raggiungere tali cambiamenti.”⁴

Nel contesto della fisioterapia pediatrica, l'alleanza terapeutica si caratterizza per una relazione triadica tra terapeuta, bambino e genitore e per la durata temporale legata al periodo di trattamento, che può variare da qualche mese fino a diversi anni⁶.

Bambini, genitori e terapeuti hanno compiti e responsabilità diversi nell'ambito dell'alleanza terapeutica. Il terapeuta porta in essa le abilità comunicative, le abilità professionali e le conoscenze, insieme a una prospettiva sulle condizioni di salute e sul trattamento del bambino. Il bambino invece, con le sue caratteristiche personali, esprime il suo bisogno di cura. Infine, i genitori, in quanto esperti del proprio bambino, conoscono i suoi punti di forza, bisogni e valori²¹.

Secondo Piaget, citato da Crom, il fisioterapista pediatrico ha come compito principale quello di favorire lo sviluppo di una relazione collaborativa, tenendo conto contemporaneamente delle necessità e delle fasi evolutive del bambino, ma anche delle esigenze dei genitori e del loro ruolo durante tutto il processo terapeutico².

2.1 Allearsi con il bambino

Lambruschi nel 2014, citato da Cirimbilla⁴, afferma che tutto il processo terapeutico è ampiamente influenzato dalla qualità della relazione terapeutica costruita con il bambino, motivo per cui l'analisi e la gestione dello spazio relazionale sarà una variabile sostanziale del processo di cura⁴.

La costruzione dell'alleanza, però, non è sempre di facile realizzazione. Riprendendo i primi due punti della definizione di alleanza di Bordin, un ostacolo per stabilirla con i bambini e gli adolescenti è dato dal fatto che non è scontato trovare un accordo sugli obiettivi e sui compiti²². Essendo i genitori ad accompagnare i propri figli alla terapia, i bambini più piccoli possono non comprendere la necessità del trattamento mentre i figli adolescenti possono non

essere d'accordo con i familiari sia sulla natura del loro problema e sia sulla necessità di ricevere il trattamento stesso²².

Inoltre, come già accennato in precedenza, il processo riabilitativo può durare per un lungo periodo di tempo, durante il quale il bambino attraversa delle fasi di sviluppo vulnerabili, al cui interno il riabilitatore può diventare un punto di riferimento e un sostegno nella sua vita, sia dal punto di vista motorio che dal punto di vista psichico, attraverso la costruzione di una buona relazione terapeutica²³.

Il comportamento e l'atteggiamento con cui il fisioterapista si relaziona con il bambino rivestono un ruolo importante all'interno della relazione¹³. Il terapeuta deve essere paziente, accudente, sincero, gentile e flessibile nelle proposte e deve dimostrarsi propenso all'ascolto del bambino e alla comprensione delle sue problematiche. È fondamentale poi che il bambino sappia che il terapeuta è tenuto alla riservatezza e al rispetto della privacy in merito a quello che viene condiviso durante gli incontri⁴.

Rispetto all'approccio fisico con il bambino, il fisioterapista dovrà porre attenzione a come lo tocca, a come lo prende in braccio e, dal momento che può aver avuto diverse visite ed esami, è importante che non sia invadente (per esempio che il bambino non venga spogliato subito) e che entri in relazione con lui attraverso la madre, cosicché anche lei non si senta di dover delegare il proprio bambino ad un estraneo²⁴.

2.2 Allearsi con il genitore

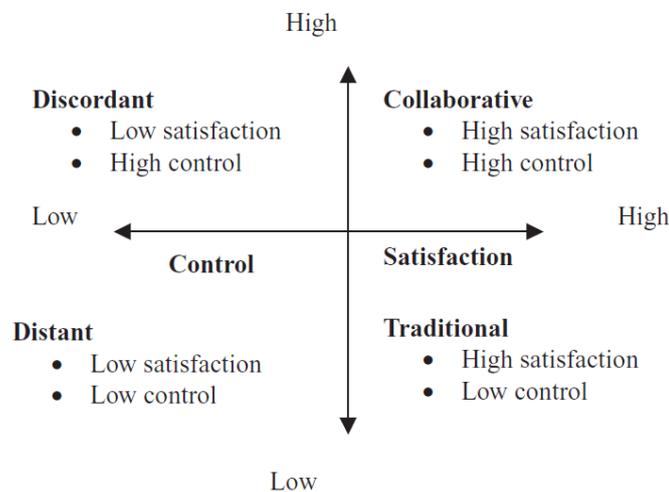
Il rapporto col bambino in trattamento comporta sempre e comunque l'instaurare una relazione con i genitori che per lui scelgono, decidono e sperano²⁵. Tale relazione gioca un ruolo importante in quanto rappresenta sia un valido predittore dell'esito del trattamento²⁶ sia una condizione facilitante che migliora l'intervento ed è quindi, di per sé, terapeutica²⁶.

Inoltre, i genitori sono considerati gli esperti unici dei bisogni dei propri figli²¹ e costituiscono la principale fonte di forza e sostegno per il bambino e, quindi, dovrebbero essere visti come partner nel processo di trattamento²¹. Pertanto, l'alleanza terapeutica con i genitori, assieme a quella con il bambino, è un prerequisito essenziale della terapia; dunque, il terapeuta deve essere in grado di entrare in sintonia con loro⁵.

All'interno di uno studio condotto da Broggi e Sabatelli²⁷, è stato sviluppato un modello teorico che propone quattro tipologie di relazione genitore-terapeuta: collaborativo, medico-tradizionale, distante e discordante. Ogni tipologia di relazione è data dall'interazione di più

variabili, tra cui le caratteristiche del genitore (reddito, età e livello di istruzione), le caratteristiche del bambino (età e gravità della diagnosi), la frequenza e la durata del trattamento ed infine fattori esterni come, per esempio, la capacità di gestione dello stress e le risorse economiche. A queste specifiche vanno poi aggiunte altre variabili come: il raggiungimento degli obiettivi con il bambino e la percezione della competenza di centralità della famiglia, avvertita dai genitori. Le singole categorie descritte sono state poi disposte in un grafico (figura 1), secondo i parametri di soddisfazione e di controllo sulla gestione della situazione da parte dei genitori.

Figura 1-Relazione terapeuta genitore modificato da Broggi e Sabatelli in "Parental perceptions of the Parent-therapist relationship: effects on outcome of Early Intervention



Come mostrato nella figura 1, i genitori rientranti nelle categorie collaborative e tradizionali sperimentano relazioni generalmente positive e solidali, anche se le famiglie del gruppo collaborativo tendono a prendere decisioni più attive rispetto a quelli del gruppo tradizionale. Nei gruppi discordanti e lontani, invece, vi è una minore soddisfazione complessiva per la relazione genitore-terapeuta, sebbene solo chi rientra nel gruppo discordante sia più incline a manifestare un palese conflitto.

L'obiettivo primario del fisioterapista verso la madre e il padre è quello di aiutarli a prendersi cura del proprio bambino in tutti i suoi aspetti poiché spesso i genitori nutrono dei dubbi sulle proprie capacità e ciò li porta a sentirsi impotenti e incompetenti²⁸. È necessario, quindi, che il terapeuta li sostenga e li aiuti a non sentirsi inadatti, spostando la loro attenzione dal senso di inadeguatezza e frustrazione ai punti di forza, le competenze del loro bambino e di come

essi possano essere protagonisti nel crescere al meglio il proprio figlio permettendo così, indirettamente, anche l'accettazione della situazione²⁴.

2.3 Between the Lines: A Qualitative Phenomenological Analysis of the Therapeutic Alliance in Pediatric Physical Therapy

In letteratura, per quanto riguarda la fisioterapia pediatrica, vi è una scarsità di studi disponibili che indaghino l'alleanza terapeutica tra bambino, genitore e terapeuta. Tra questi un esempio significativo è il lavoro condotto da Crom et al.² nel 2020 dal titolo "*Between the Lines: A Qualitative Phenomenological Analysis of the Therapeutic Alliance in Pediatric Physical Therapy*". L'articolo, che ha rappresentato l'input per questo progetto di lavoro, è uno studio qualitativo fenomenologico che si è posto come obiettivo quello di esplorare le percezioni e le opinioni dei bambini, genitori e terapisti riguardo la relazione terapeutica in un setting riabilitativo pediatrico attraverso la somministrazione di domande semi-strutturate. La ricerca è stata effettuata con la partecipazione finale di 10 bambini, 10 genitori e i loro corrispettivi 10 fisioterapisti, reclutati dal Dipartimento di Riabilitazione Pediatrica del Treant Zorggroep Hospital di Emmen, nei Paesi Bassi. Le domande dell'intervista semistrutturata sono presenti all'Allegato 1.

Dall'analisi tematica dei colloqui interni alla ricerca sono emersi 3 temi principali:

- Fiducia nel fisioterapista;
- Condivisione delle informazioni tra le tre parti coinvolte;
- Negoziazione riguardo agli obiettivi di trattamento e agli esercizi terapeutici.

Contestualizzando, i risultati dello studio hanno evidenziato che tutti i partecipanti hanno messo particolare enfasi sull'importanza della qualità dell'alleanza terapeutica nella fisioterapia pediatrica, concetto al quale le tre parti si avvicinano però in modo differente. Sia i bambini che i genitori pongono l'accento sul proprio bisogno di fiducia nel terapeuta, ma anche sulla necessità di disponibilità da parte del fisioterapista rispetto ai propri desideri. Si aspettano infatti che il fisioterapista determini gli obiettivi e pianifichi i programmi riabilitativi, ma vogliono anche prendere parte al processo decisionale e discutere sui progressi fatti; tuttavia, evitano di esprimere pensieri negativi sul trattamento. I fisioterapisti invece non hanno menzionato il tema della negoziazione e questo dato, relativamente alla letteratura precedentemente analizzata, induce un'ipotesi correlabile circa la funzionalità di considerare la possibilità che si creino delle rotture nell'alleanza terapeutica, incoraggiando i

pazienti e i genitori a parlarne per cercare di risolverle, al fine di creare un'alleanza terapeutica costruttiva.

Un'altra differenza emersa è stata quella della visione del “bravo fisioterapista”. I genitori, i bambini e i fisioterapisti hanno riconosciuto che sia le abilità professionali sia quelle relazionali sono fondamentali ma con punti di vista differenti. I genitori e i bambini ritengono più importanti quelle relazionali mentre i terapeuti quelle professionali.

CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI

3.1 Disegno di ricerca

Lo studio è di tipo qualitativo fenomenologico, poiché ritenuto il più adatto per rispondere ai quesiti di ricerca oggetto di tesi, in quanto permette di esaminare le esperienze introspettive e di indagare i fenomeni soggettivi. Il disegno si è declinato tramite delle interviste strutturate effettuate con fisioterapisti che operano in un contesto pediatrico.

3.2 Strumento di ricerca

Lo strumento di ricerca utilizzato è quello dell'intervista strutturata²⁹ che permette di raccogliere informazioni concrete, di cui l'intervistato è a conoscenza, e i riscontri emotivi correlati. Attraverso l'analisi delle risposte verbali e non verbali è permessa un'esplorazione in profondità del tema oggetto dello studio.

L'intervista strutturata in particolare è caratterizzata da:

- Questionario standardizzato a domande aperte;
- Ordine sequenziale delle domande prestabilito;
- Topic prestabiliti e specifici.

L'intervista creata per questo progetto di tesi è stata costruita riprendendo le domande rivolte ai fisioterapisti, contenute nello studio "*Between the Lines: A Qualitative Phenomenological Analysis of the Therapeutic Alliance in Pediatric Physical Therapy*" (Allegato 1). A queste è stato poi aggiunto un quesito inerente alle strategie e agli strumenti adottati dai terapisti nelle situazioni di difficoltà, riguardanti l'instaurazione dell'alleanza oppure relativamente alla riparazione a seguito di una sua rottura.

Successivamente è stata effettuata una intervista di prova ad una terapeuta della riabilitazione psichiatrica formata in età evolutiva per valutare la comprensione delle domande. A seguito di questo colloquio di prova si è svolto un confronto con la relatrice durante il quale si è scelto di variare l'ordine delle quattro domande iniziali e di aggiungere un'ulteriore domanda che andasse ad indagare, anche attraverso esempi concreti, quali fossero le difficoltà nella costruzione e nella riparazione dell'alleanza terapeutica.

Il prodotto finale, quindi, è dato da un totale di cinque domande indicate di seguito nella Tabella 1.

Tabella 1: Domande interviste

1. Quali sono le sue idee e i suoi pensieri riguardo all'alleanza terapeutica con il bambino e con il genitore?
2. Quali sono secondo lei i fattori importanti per la costruzione di una adeguata alleanza terapeutica?
3. Ha mai incontrato delle difficoltà nel costruire l'alleanza terapeutica o nel ricostruirla? Potrebbe farne un esempio?
4. Ci sono degli strumenti, delle risorse o delle strategie che utilizza in queste situazioni? Le è mai capitato di usarle?
5. Quali sono state le sue esperienze a riguardo? Come si è sentito/a?

3.3 Reclutamento dei partecipanti

Per il reclutamento dei partecipanti, è stato effettuato un campionamento di convenienza di tipo volontario, chiedendo l'adesione al progetto di studio ai fisioterapisti e alle fisioterapiste che lavorano in alcune strutture riabilitative convenzionate con l'Università di Padova presso le quali studenti del Corso di Laurea di Fisioterapia possono svolgere l'attività formativa di tirocinio in età evolutiva. Tali strutture sono:

- Unità Operativa Semplice (U.O.S.) di Neuropsichiatria infantile (N.P.I) di Schio;
- U.O.S. N.P.I di Thiene;
- U.O.S. N.P.I di Bassano del Grappa – Marostica – Asiago;
- Servizio di Età Evolutiva di Castelfranco Veneto;
- Associazione “La Nostra Famiglia” presso la sede di Vicenza.

Dapprima sono state contattate le guide di tirocinio di riferimento di ogni sede dal ricercatore tramite e-mail. Nella stessa, oltre alla presentazione del ricercatore, veniva illustrato il tema del lavoro di Tesi e le caratteristiche dell'intervista che comprendevano: la durata massima di un'ora, la modalità di effettuazione del colloquio possibile come in presenza oppure per via telematica (attraverso Google Meet o Zoom) e la necessità di audio-registrazione dello stesso. Infine, è stato chiesto di poter condividere la richiesta di partecipazione ai fisioterapisti e alle fisioterapiste colleghi della struttura e di far recapitare al ricercatore il numero di aderenti con un possibile contatto, telefonico o e-mail, per fissare un incontro.

I criteri di inclusione fissati sono stati che il fisioterapista lavori in ambito pediatrico e la sua adesione volontaria a partecipare al progetto.

3.4 Raccolta dei dati

La raccolta dati è avvenuta nel periodo compreso tra il 26 Aprile e il 31 Maggio 2022. Ognuno dei partecipanti è stato contattato personalmente dal ricercatore tramite e-mail per poter fissare la data dell'appuntamento e definire così la modalità dell'intervista a seconda delle loro preferenze, esigenze e necessità. Una volta definito il giorno dell'incontro il ricercatore ha recapitato alle aderenti la scheda informativa del progetto di Tesi contenente, per la registrazione delle interviste, il modulo di "Espressione del consenso informato alla partecipazione allo studio e al trattamento dei dati sensibili" (Allegato 2) con richiesta che venisse letto, compilato e firmato. Una copia è rimasta al partecipante mentre un'altra al ricercatore. Prima dell'inizio di ogni intervista, per procedere alla registrazione, è stato richiesto un ulteriore consenso di tipo verbale.

3.5 Analisi dei dati

All'intervista è seguita la trascrizione parola per parola delle audio-registrazioni su un file Word mantenendosi il più fedele possibile a quanto detto durante il colloquio e assicurando sia l'accuratezza dei dati che la credibilità del materiale di ricerca. Ad ogni intervista è stato associato un codice numerico casuale. È stato garantito inoltre l'anonimato di nomi, riferimenti a persone, luoghi e altri dati sensibili di cui solo il ricercatore ne rimaneva a conoscenza.

L'analisi qualitativa delle risposte è stata effettuata da un solo ricercatore seguendo lo schema delle reti tematiche effettuando i seguenti passaggi²⁹:

- Lettura e rilettura del materiale raccolto per familiarizzare con esso;
- Individuazione delle frasi e delle espressioni più significative inerenti al quesito di ricerca trasformandoli in temi base;
- Raggruppamento dei temi simili provenienti dalle interviste all'interno dello stesso tema base;
- Organizzazione dei temi base in temi organizzanti;
- Discussione dell'elaborato con il relatore giungendo ad un documento unico condiviso.

CAPITOLO 4: RISULTATI

4.1 Caratteristiche del campione e delle interviste

Lo studio è stato svolto con la partecipazione di 8 fisioterapisti degli 11 totali contattati. Il campione ha compreso solo terapisti donne. Delle tre che non hanno effettuato il colloquio, due non hanno dato conferma della loro adesione al progetto mentre con la terza terapeuta era stata fissata la data per l'incontro che però a causa di un imprevisto è stato poi spostato a data da destinarsi senza però riuscire a programmare l'appuntamento per una mancata risposta successiva della fisioterapista.

Hanno aderito al progetto due fisioterapiste che lavorano presso l'U.O.S. N.P.I. Schio, due dell'U.O.S. N.P.I. di Thiene, tre dell'associazione "La Nostra famiglia" di Vicenza, una fisioterapista del Servizio di Età Evolutiva di Castelfranco Veneto e una della U.O.S. N.P.I. di Bassano del Grappa – Marostica – Asiago. Durante i tirocini curriculari il ricercatore ha avuto un contatto personale, antecedente al colloquio, con una delle partecipanti. L'età media di servizio in età evolutiva delle fisioterapiste intervistate è stata di circa 11 anni, mentre quella di lavoro totale di 17 anni.

Nella tabella seguente (Tabella 2) vengono riportati i dati delle singole terapisti in riferimento al codice dell'intervista.

Tabella 2: Caratteristiche del campione

Genere	Struttura di lavoro	Anni di servizio totali	Anni di servizio in età evolutiva
F	Associazione "La Nostra famiglia"	28 anni	27 anni
F	Associazione "La Nostra famiglia"	27 anni	27 anni
F	Servizio di Età Evolutiva di Castelfranco Veneto	12 anni	6 anni
F	U.O.S. N.P.I. Bassano del Grappa – Marostica – Asiago	12 anni	5 anni
F	U.O.S. N.P.I. Schio	14 anni	7 anni
F	U.O.S. N.P.I. Schio	22 anni	4 anni
F	U.O.S. N.P.I. di Thiene	13 anni	6 anni
F	U.O.S. N.P.I. di Thiene	10 anni	4 anni

Delle otto interviste effettuate tre sono state eseguite in presenza presso gli ambulatori delle singole terapisti, una è stata eseguita in via telefonica e quattro colloqui si sono svolti in via telematica di cui tre tramite la piattaforma Google Meet e una sola tramite l'applicazione

Zoom. Durante i colloqui il ricercatore, che è anche l'intervistatore, ha preso note e appunti riguardo alle parole delle terapisti.

L'intervista in via telefonica per motivi di tempo, sia della terapeuta che del ricercatore, è stata effettuata in due momenti diversi ma all'interno della stessa giornata mentre una delle intervistate, a incontro concluso, ha mandato una e-mail al ricercatore di integrazione ad una delle risposte.

Le interviste hanno avuto una durata media di 42 minuti circa.

Nella Tabella 3 vengono riportate, per ogni intervista, la modalità con cui la stessa è stata effettuata e la sua durata complessiva.

Tabella 3: Caratteristiche delle interviste

Codice intervista	Modalità di effettuazione intervista	Durata complessiva
01	Telefonica	1h e 5 minuti
02	Telematica attraverso Google Meet	42 minuti
03	Telematica attraverso Zoom	36 minuti
04	Presenza	56 minuti
05	Presenza	49 minuti
06	Presenza	29 minuti
07	Telematica attraverso Google Meet	27 minuti
08	Telematica attraverso Google Meet	35 minuti

4.2 Risultati dell'analisi tematica

Dall'analisi delle risposte è emerso come tutte le fisioterapisti reputino l'alleanza terapeutica, sia con il genitore che con il bambino, un fattore fondamentale, centrale e indispensabile all'interno del trattamento definendola anche come un obiettivo da raggiungere interno al trattamento.

“Beh, è fondamentale. Come prima cosa mi verrebbe da dire che l'alleanza terapeutica è fondamentale ed è un prerequisito necessario per gli esiti del trattamento e della presa in carico in generale. È fondamentale e necessaria sia quella con il bambino e sia quella con i genitori.” (03)

“la prima cosa che mi viene è fondamentale [...] ed è il primo obiettivo.” (04)

Dall'analisi delle interviste sono stati individuati i temi globali che sono stati poi organizzati all'interno di tre temi organizzanti. Questi temi permettono di rispondere alla prima domanda dello studio cioè di comprendere quali siano le percezioni e i pensieri delle terapisti a riguardo dell'alleanza terapeutica.

L'alleanza terapeutica è:

- Comunicazione;
- Essere in tre;
- Spazio-tempo.

Ognuna di queste tematiche è stata poi approfondita attraverso i relativi temi globali e ciò è avvenuta avvalendosi anche delle parole delle fisioterapiste riportate in corsivo.

4.3 Comunicazione

Il tema della comunicazione è stato presente in ogni singola intervista, comparendo anche più volte all'interno del singolo colloquio, assumendo però significati diversi.

Riguardo alla comunicazione i temi globali individuati sono:

- Comunicazione chiara;
- Comunicazione terapeuta-genitore-bambino;
- Barriera linguistica;
- Comunicazione come strategia.

Comunicazione chiara

Le fisioterapiste hanno espresso l'importanza di avere un dialogo chiaro e trasparente all'interno dell'alleanza terapeutica.

Le intervistate hanno riferito l'importanza di conformare il modo di comunicare e il loro linguaggio a quello della persona destinataria sia esso il genitore oppure il bambino.

Poiché se la comunicazione non è chiara le informazioni che si vogliono trasmettere non vengono comprese dal ricevente, e si avrà quindi una comunicazione inefficace. È chi ascolta, in questo caso il paziente o il genitore, che stabilisce l'efficacia della comunicazione, per cui il fisioterapista deve imparare a adattarsi.

“ogni persona ha un livello culturale piuttosto che un background sociale diverso da qualcun altro. Quindi, è inutile che io mi metta a parlare dei massimi sistemi con un genitore che, magari, mi rendo conto, perché ho osservato da come si pone, solo come si comunica, che magari ha, invece, una base culturale più semplice.” (03)

“cioè il discorso, lo dico in un modo che non mi piace ma è la maniera più semplice che mi viene in questo momento: l'adattamento cognitivo-culturale. Se il bambino è molto piccolo piuttosto che cognitivamente molto compromesso dobbiamo stare allo stesso livello per poter

comunicare qualsiasi sia il livello [...]mi ritiro ridefinendo proprio il livello con cui comunicare” (04)

Le fisioterapiste hanno anche reputato importante che ci sia sincerità e trasparenza da parte dei genitori nella comunicazione. L'esempio più volte riportato in merito a ciò è che, a volte, i genitori tentano nuove strade di trattamento per i propri figli ma senza riferirlo alle terapisti. *“non è che mi offendo e me la prendo se vanno a sentire altri pareri o c'è l'altro fisioterapista o magari la fisiatra dice una cosa e vanno a sentirne un'altra, sono liberissimi di farlo ma appunto anche il rispetto di dirsi le cose. Ok vai a fare la visita da un'altra parte poi mi dici [...] è proprio la trasparenza che alle volte manca [...] Benissimo, fai tutto quello che vuoi e poi dimmi cosa decidi; non dirmi che fai una cosa e poi a casa ne fai un'altra che poi si vede e lì l'alleanza viene proprio meno perché si lavora in strade diverse e allora non ha senso” (01)*

Questo fattore è risultato anche essere un garante per il mantenimento dell'alleanza terapeutica stessa.

“Ma la cosa che io chiedo sempre è che se c'è qualche intenzione di provare altre cose viene mantenuta l'alleanza se si condividono queste cose” (02)

Comunicazione come strategia

Talvolta la comunicazione è stata riconosciuta come uno strumento per superare le situazioni di difficoltà. Difficoltà riscontrate per esempio nella costruzione dell'alleanza terapeutica oppure quando vi è un punto di rottura dell'alleanza stessa.

“beh, nel caso in cui non ci sia l'alleanza terapeutica o con il genitore o con il ragazzo cerco sempre di crearla e quello che uso è la comunicazione” (06)

“se vedo che c'è una cosa che non va vado diretta a parlare dal genitore e non sto qui a dire ad aspettare [...] ci chiariamo ecco” (02)

Barriera linguistica

All'interno dei servizi di riabilitazione pediatrica è frequente che vi accedano famiglie di origine straniera che non parlino l'italiano e spesso questo aspetto viene superato poiché il figlio-paziente, oppure un familiare che parla l'italiano, funge da traduttore tra il genitore e il terapeuta. Quando questo non è possibile, quando il bambino è troppo piccolo e non vi è un familiare che possa mediare, la barriera linguistica diventa per le fisioterapiste una difficoltà nella costruzione dell'alleanza.

“mi viene un’unica situazione in cui c’era una barriera linguistica importante per cui il primo approccio è stato molto faticoso anche perché il bambino era piccolo e quindi non potevo fare riferimento nemmeno a quello che avrebbe potuto imparare a livello linguistico a scuola e sua mamma, nemmeno lei, sapeva esprimersi in inglese o comunque non c’era un modo per mettersi in comunicazione” (08)

Comunicazione fisioterapista-genitore-bambino

Dalle risposte delle fisioterapiste è emerso come la comunicazione tra il terapeuta, genitore e bambino sia un fattore fondamentale per la costruzione dell’alleanza creando così una triade comunicativa caratterizzata da un dialogo che venga alimentato da tutti e tre.

“sicuramente il dialogo per cui che ci sia uno scambio di comunicazione tra terapeuta e il bambino se possibile in base all’età; o tra il terapeuta e il genitore. Se il bambino non è ancora in grado, comunque, ci sia comunque un apporto in più da parte della famiglia, se il bimbo è in grado meglio ancora perché c’è una triade a livello di dialogo e questo secondo me risulta molto importante se si riesce a creare un dialogo non solo a senso unico in cui non siamo solo noi che parliamo e diamo indicazioni ma è la famiglia ed è il bambino e che ci sia anche un ritorno di quello che loro vivono a livello quotidiano” (08)

Bisogna sottolineare come dai colloqui sia emersa l’importanza che i terapeuti ripongono nel dialogo con il genitore. Riguardo questo tema le fisioterapiste hanno riportato come per loro sia importante che ci sia uno scambio di opinioni reciproche rispetto a quello che si osserva nel bambino.

“comunicazione nei due sensi, nel senso che la mamma comunica a me tutto ciò che riguarda l’evoluzione del bambino e io comunico al genitore tutto quello che si deve fare con il bambino, in quello che sta cambiando nel bambino e in quello di cui ha bisogno per cui ci fermiamo a parlare di un problema e cerchiamo di risolverlo insieme” (07)

Il dialogo con il padre o la madre è anche un momento in cui il fisioterapista comunica a loro gli obiettivi che si stanno perseguendo in quanto questi, spesso, possono non essere appieno compresi dai genitori. Allo stesso tempo tale comunicazione esplicativa è una sede dove il fisioterapista ha modo di spiegare ai genitori le capacità evidenziate nel bambino.

“Bisogna spiegargli (ai genitori), metterli di fronte all’obiettivo [...] è difficile per il genitore a volte capire questa cosa e quindi va spiegata e rispiegata, sia sugli obiettivi che sulle proposte sul come raggiungerle” (01)

“verbalizzavo quello che facevo e quello che invece era un po’ in difficoltà nel fare, e quindi senza parlare direttamente a loro, giocando con il bambino commentavo un po’ e descrivevo le cose che faceva e come le faceva e quelle in cui magari si trovava un po’ in difficoltà e da lì, dopo, hanno incominciato allora ad aprirsi, insomma, a confrontarsi, a chiedermi.” (05)

La non comunicazione da parte del genitore viene invece vista dalle terapisti come un ostacolo alla costruzione dell’alleanza.

“(la mamma) non riporta il proprio sguardo rispetto al bambino che ho in carico. Io per costruire l’alleanza esplicito molto quello che osservo in seduta per cercare un aggancio con la mamma [...] e ad un certo punto la mamma mi dice: -Guarda che per me tutto questo è troppo, non ce la faccio più a sentire tutte queste cose, io voglio cambiare terapeuta- [...] Lei non mia aveva detto nulla di esplicito a parole e io non avevo colto i segnali impliciti di difficoltà da parte sua di reggere, cogliere, accettare emotivamente quello che io le dicevo.” (04)

4.4 Essere in tre

Come già espresso precedentemente all’interno di questo lavoro, l’alleanza terapeutica in età evolutiva comporta una triplice alleanza tra il fisioterapista, il bambino-paziente e i genitori.¹³

“È un’alleanza a tre necessariamente” (02)

Queste tre figure rappresentano i tre protagonisti della relazione e ognuna di esse, con le proprie caratteristiche, può facilitare oppure ostacolare la costruzione e il mantenimento dell’alleanza.

4.4.1 Il fisioterapista

Per quanto riguarda il tema del fisioterapista sono state individuate le seguenti sottotematiche:

- Percezione della professionalità: tecnica e umana;
- empatia;
- postura corporea;
- “questione di pelle”.

Percezione della professionalità: “tecnica e umana”

Alcune fisioterapisti hanno individuato come fattore fondamentale all’interno dell’alleanza che i genitori percepiscano la professionalità e le competenze della loro terapeuta sia da un punto di vista tecnico ma anche da un punto di vista umano.

“E poi l’altra cosa secondo me è la percezione della professionalità, su questo io onestamente nel mio caso credo che la professionalità sia una professionalità di cuore e non tecnica. Credo che le famiglie...ma penso ci debbano essere entrambe in realtà, penso ci debbano essere entrambe.” (04)

Dimostrare le proprie competenze tecniche permette loro di risultare credibili agli occhi dei bambini e dei genitori.

“sicuramente la competenza da parte del fisioterapista e di dimostrare le proprie competenze professionali ma questo rientra nella credibilità, sei credibile se sei competente” (02)

La professionalità “tecnica”, inoltre, fa assumere alle riabilitatrici il ruolo di guida riconosciuta per i genitori nei confronti delle scelte da prendere per il loro figlio.

“questo ovviamente fa parte un po’ del nostro lavoro [...]: guidarlo (il genitore) nel senso che comunque dare la nostra opinione come professionista [...] guidandolo facendolo ragionare su tutto questo...alla fine si è lasciato guidare” (01)

Empatia

Le fisioterapiste ritrovano nell’empatia un fattore importante per potersi relazionare.

“l’empatia è fondamentale, a mio avviso” (03)

L’empatia è importante non solo nella costruzione dell’alleanza ma anche nella sua riparazione in quanto permette di acquisire il punto di vista dell’altro, percependo emozioni e pensieri altri dai propri.

“innanzitutto cercare di mettersi nei panni del genitore e capire cosa il genitore prova, ha provato, in che difficoltà e cercare di mettersi nei panni ma questo ovviamente fa parte un po’ del nostro lavoro, cercare di essere empatico e mettersi nei panni del genitore” (01)

Postura corporea

Anche la postura corporea risulta un elemento che facilita la costruzione dell’alleanza. È emerso che in base a come le fisioterapiste si pongono con il proprio corpo il bambino o il genitore si senta più accolto.

“è capitato che dei genitori si sentissero più accolti piuttosto che meno accolti [...] anche a come mi sono posta io nello spazio in questo ambiente. Cioè ti faccio questo esempio: diverso è al primo incontro, per esempio, oppure negli incontri successivi quando ci stiamo ancora conoscendo e quando dobbiamo ancora costruire questa alleanza, diverso è se io mi pongo in una postura rigida con le braccia conserte piuttosto che, dall’altra parte della scrivania in

modo molto, diciamo, così, quasi medico, quasi clinico, che se, invece, io tengo le braccia lungo il corpo” (03)

“Questione di pelle”

Dalle interviste è emerso che le fisioterapiste possono avere “a pelle”, in maniera istintiva, delle sensazioni contrastanti per cui potrebbero non riuscire ad entrare in sintonia con il bambino o con i genitori. Questo può rendere difficile la costruzione dell’alleanza terapeutica. *“Nel confronto del bambino, alle volte ci sono anche dei bambini, dopo tanti anni si può dire, che si fa una fatica perché ci sono una serie di cose e di cose personali che ti impongono un po' il confine, un dubbio [...] nel senso che magari per qualche motivo personale del terapeuta, non trovi una certa sintonia ecco. Però è raro. Possono essere fattori di vario genere...sai quando a volte hai quelle situazioni a pelle che c'è qualcosa che non ti convince” (02)*

“Cioè mi è capitato qualche volta in più rispetto che non con i bambini, di avere difficoltà nel creare l'alleanza, [...] con la mamma appunto: la mamma da quasi subito dentro di me mi ha suscitato delle emozioni contrastanti. Cioè da una parte c'era la volontà mia di fare tutte le cose che ti ho detto prima, di mettere in atto i fattori fondamentali per costruire l'alleanza, però, di fatto, poi a pelle, piuttosto che da alcuni comportamenti, mi rendevo conto che è difficile [...]. Proprio il pensiero di dire alle 09:30 arriva questo bambino, c'è sicuramente la mamma e io non ho voglia di incontrarla. È capitato che ci fosse un periodo in cui all'inizio non avessi voglia di vedere questo bambino. Poi, chiaro, non poteva succedere questo, quindi lo vedevo lo stesso però sicuramente da parte, da parte mia, c'era questa difficoltà e sicuramente ha creato una difficoltà nello sviluppare e favorire l'alleanza terapeutica.” (03)

4.4.2 I genitori

La figura dei genitori all’interno dell’alleanza terapeutica è un argomento emerso più volte all’interno dei colloqui. Riguardo ad essi, dall’analisi, sono emersi i seguenti sottotemi:

- Una relazione fondamentale;
- Genitore come garante della continuità del trattamento;
- Barriere culturali.

Una relazione fondamentale

L'alleanza terapeutica è caratterizzata da una relazione tra il fisioterapista e il bambino-paziente e da una relazione tra il fisioterapista con il genitore/i. Quest'ultima è stata considerata dalle intervistate come la relazione più importante e fondamentale, anche rispetto a quella con il bambino.

“Con il genitore è immediata a differenza del bambino e io la ritengo importantissima perché più c'è alleanza terapeutica con il genitore e più si vedranno i risultati. Questo è il mio pensiero. Succede raramente che non ci sia l'alleanza, almeno a me personalmente succede raramente e lì si vedono meno risultati, più difficoltà e un rallentamento generale di tutto. Ecco.” (06)

Di contro però è stato anche riportato che l'alleanza con i genitori è fondamentale soprattutto quando si ha a che fare con i bambini piccoli oppure che presentano dei ritardi cognitivi mentre con altri pazienti la relazione con i genitori può anche essere ridotta agli aspetti più essenziali.

“Mi capita alle volte di averla con il paziente ma non con il genitore. Se il paziente è grande; tipo un adolescente a cui io al genitore devo solo riportare alcune cose però il percorso poi lo fa l'adolescente. Esempio: l'adolescente con scoliosi in cui non ci sono aspetti psicologici particolarmente importanti o di relazione particolarmente importanti, perché ci sono quei casi lì e lì mi serve l'alleanza anche con la famiglia totale, ma se fosse un adolescente “in equilibrio” posso anche arrangiarmi da sola con l'adolescente e al genitore riportare in maniera scientifica tecnica senza avere chissà che tipo di rapporto.” (04)

Genitore come garante del trattamento

Il ruolo e l'importanza dell'alleanza con i genitori è evidenziata in particolar modo poiché sono loro che rimangono per più tempo con il bambino mentre le fisioterapiste lo vedono e trattano per una o due volte la settimana.

“alla fine dopo sono loro (i genitori) che si prendono cura del bambino a casa. Noi facciamo il nostro lavoro qua due ore a settimana magari con il bambino mentre tutto il resto del tempo è a casa o comunque a scuola e quindi è fondamentale che ci sia un'alleanza terapeutica con il genitore” (06)

I genitori, per i fisioterapisti, diventano quindi la figura chiave per il trattamento. Per le terapisti è importante che il padre e la madre ripropongano a casa le attività viste in palestra per raggiungere più velocemente gli obiettivi.

“Per quanto riguarda la collaborazione con le famiglie ancor più indispensabile in quanto quello che noi facciamo in ambito palestra è indispensabile che venga riportato e riprodotto in ambiente domestico.” (02)

Per quanto riguarda l'alleanza con la famiglia essa è indispensabile forse ancor di più in quanto quello che facciamo in ambito protetto in palestra venga riportato in ambiente domestico con i genitori e con i nonni a livello proprio. In modo che non si fermi tutto al percorso strettamente riabilitativo nel contesto di servizio ma abbia una ricaduta positiva anche a livello delle necessità della vita quotidiana.” (08)

Barriere culturali

All'interno del rapporto con i genitori le fisioterapisti hanno riportato di essersi trovate di fronte a delle barriere culturali, venendosi a creare così difficoltà sia per la costruzione e mantenimento dell'alleanza, che per la condivisione dei metodi e degli strumenti utilizzati per il raggiungimento degli obiettivi.

I motivi di tali barriere possono essere dovuti ad esempio all'etnia di provenienza del genitore.

“A volte la difficoltà è anche di cultura cioè modi di vivere i bambini in modo diverso quindi culture diverse e lì è una difficoltà minima perché sai che loro non lo pensano per cultura allo stesso modo che lo pensi tu quindi non vado ad insistere su determinate cose. [...] nella cultura africana i bambini vengono tenuti in un determinato modo che per noi fisio non sono sempre favorevoli e anche se tu cerchi di far capire perché non vada bene tenerli così ad un certo punto dico vabbeh, amen.” (02)

4.4.3 Il bambino

Il bambino è il terzo elemento facente parte dell'alleanza terapeutica. Dalle parole delle intervistate sono emersi tre fattori che possono regolare l'alleanza terapeutica con lui:

- I gusti del bambino;
- La noia;
- Barriere comportamentali ed emotive.

I gusti del bambino

Seguire e ricercare all'interno delle attività proposte i gusti e le preferenze del bambino è stato considerato un fattore fondamentale nella fase di costruzione dell'alleanza terapeutica. Le preferenze vanno ricercate principalmente nella scelta dei giochi da proporre riuscendo da un lato a far fare l'esercizio al paziente ma allo stesso tempo anche farlo divertire.

“andare incontro alle preferenze del bambino in modo da cercare di ottenere il massimo risultato dalle attività che facciamo anche, mi rendo conto, dei gusti e preferenze del bambino. È per avere l'alleanza con il bambino. [...] se penso al bimbo piccolo se voglio fargli fare degli esercizi glieli faccio con un gioco che gli piace e siccome ogni bambino ha i suoi gusti io l'attività ce l'ho in mente da fargli fare e cerco di farla anche facendo in modo che lui si diverta con qualcosa che gli piace.” (07)

È emerso anche che, a volte, la ricerca dei gusti del bambino diventa anche uno strumento: ad esempio nei casi in cui si trova difficoltà all'interno del rapporto con il bambino, le fisioterapiste chiamano in causa anche l'aiuto del genitore per farsi dire cosa piace al figlio.

“Vedo che comincia a mancare la relazione per il bambino, perché i giochi non sono più interessanti piuttosto che si stufa o non tiene più l'attenzione. Ecco sì provo di mio a trovare delle altre soluzioni a livello di gioco, cambiando materiale, proporre nuove attività. Se vedo che con il bambino non funziona chiedo l'aiuto ai genitori e posso anche provare a capire quale sia il gioco che sta facendo in questo periodo più volentieri piuttosto che se si è affezionato a peluche o ad altro in modo di trovare degli agganci che hanno a che fare con il quotidiano e riportarli nel setting riabilitativo.” (08)

La noia

Può capitare che il paziente, soprattutto in età adolescenziale, si annoi se non trova più stimoli e divertimento durante le sedute; questo vissuto potrebbe indurre il ragazzo a non voler più venire alle sedute di fisioterapia compromettendo quindi l'alleanza creata.

Con il bambino più grande la difficoltà è la noia [...] Si annoiano e quindi anche lì, parlo di bambini cognitivamente bellini, trovare sempre giochi e stimoli diversi per non portare la noia a fisioterapia che poi non ci voglio più venire e se si divertono vengono più volentieri. (01)

Barriere comportamentali ed emotive

Talvolta le fisioterapiste si sono ritrovate in situazioni di difficoltà nella relazione dovute al comportamento del proprio paziente. Ci sono bambini con atteggiamenti oppositivi con i quali diventa difficile riuscire ad allearsi, arrivando talvolta anche alla necessità di porre fine al trattamento.

“Bambini tanto oppositivi che appena vedono una stanza nuova non si riesce a fare niente una volta al mese è ripartire da zero come se non avessi fatto nulla (01)

“Direi con due bambini mi è capitata la difficoltà sì, per comportamenti comunque oppositivi sostanzialmente. Bambini molto intelligenti che avevano capito benissimo anche loro la problematica, insomma: li è stata sì...con loro due è stata dura. [...] allora con uno il dritto l'abbiamo trovato; dell'altro, secondo me, non ancora.” (05)

Può succedere inoltre di trovarsi di fronte a delle barriere emotive, in particolare espresse nei pazienti nel periodo adolescenziale. Il paziente può vivere infatti dei momenti di difficoltà personali (scolastici o per altre cause), anche dettati dalla loro condizione psicofisica, che riversano poi al loro terapeuta nel tempo del trattamento rendendo difficile il mantenimento dell'alleanza.

“ad un certo punto comincia ad entrare in preadolescenza e comincia a dimostrare una chiusura emotiva e quasi tendente alla depressione, anche se non posso fare una diagnosi di depressione, ma, insomma, molto deflessa. Però io ero l'unica persona che la trattava in quel momento; quindi, io ero l'unica a prenderla in carico. Lei veniva qui e si sfogava di tutte le sue magagne della vita, della vita con i suoi compagni di scuola, eccetera. Ecco, in quel momento, era difficile mantenere l'alleanza terapeutica.” (03)

4.4.4 La fiducia e l'assenza di giudizio

Questo “essere in tre” dentro l'alleanza terapeutica comporta che siano presenti due aspetti fondamentali da parte dei protagonisti della relazione: la fiducia e l'assenza di giudizio.

La fiducia

Uno dei presupposti principali per la buona riuscita del trattamento è la propensione della persona ad affidarsi al fisioterapista.

“La fiducia. La fiducia sia per quanto riguarda il bambino soprattutto cioè all'inizio io con il bambino lavoro per farmi accettare perché il bambino abbia fiducia di me per poi farlo

lavorare in serenità e con il genitore nei primi tempi soprattutto, cerco di ascoltare e faccio domande al genitore e ascolto quello che mi dice e cerco di costruire anche qui una fiducia tra me e il genitore in modo da consolidare l'alleanza.” (07)

La fiducia però deve essere bidirezionale.

“Noi professionisti, invece, dobbiamo avere fiducia nei nostri piccoli pazienti e nelle loro famiglie per quanto riguarda il loro divenire, il migliorare la qualità di vita se non si può parlare sempre di guarigione.” (02)

La mancanza o perdita di fiducia potrebbe significare anche l'abbandono del trattamento con il proprio paziente.

“forse la perdita di fiducia reciproca è la cosa che mi fa perdere il rapporto e chiedo di cambiare perché quando non sento più fiducia.” (02)

L'assenza di giudizio

Un altro elemento riscontrato, utile all'interno della relazione è l'astensione, o comunque la riduzione del giudizio.

Per poter lavorare adeguatamente e in serenità anche i genitori dovrebbero essere spogli di qualsiasi pregiudizio nei confronti dei loro terapisti.

“c'era questa mamma che anche in seduta c'è questo sguardo giudicante di qualsiasi cosa fai [...] e giudicante in tutto [...].la vedevi con lo sguardo giudicante e non fiducioso e con lei ho avuto difficoltà nell'instaurare una alleanza terapeutica Ovviamente, in questo modo, anche io operatore mi pongo in una determinata maniera, non sono tranquilla avendo questo sguardo giudicante in qualsiasi cosa faccio...cioè non è benessere mio che quindi non trasmetto serenità al bambino in seduta perché sei lì con questo sguardo giudicante e lei (la madre) non trasmette fiducia al bambino io mi sento giudicata in ogni singolo movimento e il bambino ne risente di tutto questo. Non serenità nella parte del genitore e nella parte mia perché non è facile lavorare con gli occhi puntati e ti senti giudicante in qualsiasi movimento.” (01)

Le fisioterapiste, però, riconoscono che anche loro stesse devono spogliarsi di qualsiasi giudizio nei confronti di chi le sta di fronte; in particolare del genitore che non deve essere giudicato rispetto alle sue scelte ed ai suoi atteggiamenti.

“mi capita, è capitato nella mia esperienza soprattutto quando ero un po' più giovane, quindi un po' più inesperta, mi è capitato di giudicare alcuni atteggiamenti, alcune modalità

genitoriali di accudimento genitoriale o alcune scelte. Ecco, il rispetto di queste scelte e modalità è fondamentale per costruire, me ne sono resa conto con il tempo; non deve esserci il giudizio” (03)

4.5 Spazio-tempo

Una tematica emersa diverse volte durante i colloqui è stata inoltre quella dello spazio-tempo, da considerarsi anche in funzione simbolica e figurativa.

È stato sottolineato dalle professioniste intervistate come sia importante, per costruire l'alleanza, che il terapeuta riconosca e rispetti i tempi e gli spazi sia del bambino che dei suoi genitori.

“Allora, sicuramente uno è rispettare i tempi sia del bambino, sia con i genitori. Rispettare i tempi e rispettare gli spazi anche, direi. Quindi riconoscere che loro hanno una storia, vengono qui perché hanno già avuto un percorso.” (05)

4.5.1 Spazio

Il concetto di spazio ha assunto diverse accezioni all'interno dell'alleanza terapeutica, rivestendo comunque un ruolo cruciale.

Lo spazio per le fisioterapiste è stato inteso sia in maniera fisica che in maniera più astratta come:

- Distanza;
- Setting riabilitativo;
- Confini dell'alleanza.

Distanza

Relazionarsi con un bambino può non essere facile: avvicinarsi troppo e invadere il suo spazio potrebbe causare reattività, attacchi e crisi di pianto.

Nelle prime sedute con i bambini più piccoli, le fisioterapiste hanno condiviso come a volte si ritrovano costrette, per una funzionalità di prossemica, a dover lavorare e relazionarsi a distanza dal bambino.

“Quando ho iniziato a vederla da sola come mi avvicinavo a lei, qualsiasi cosa facessi lei iniziava ad urlare e piangere e per me è stato difficilissimo e volevo io chiedere il cambio terapeuta perché mi pareva di non essere in grado di costruire l'alleanza terapeutica. [...] ho imparato la prossemica cioè ho imparato la distanza per cui lei percepiva la mia presenza

senza andare in stress. Per cui potevo stare a quella distanza lì, porgerle un oggetto a quella distanza lì senza che lei piangesse perché vedevo che non era solo l'oggetto ma anche la vicinanza che per lei era eccessiva ed eravamo a questa distanza qui in cui magari le porgevo un oggetto e arrivavo comunque a 30 cm da lei a braccio teso e non mi sembrava di invadere il suo spazio, o almeno non lo percepivo, però per lei sì e aveva bisogno di guardarmi più da distante” (04)

Altre volte la distanza è mentale poiché riguarda le idee e i pensieri che i genitori e le terapisti possono avere riguardo al trattamento.

“Per cui il bambino molto grave che aveva bisogno di supporto farmacologico [...] I genitori che parlavano di autocura, di guarigioni spontanee quando sapevamo che il bambino aveva bisogno davvero di un contesto altro per riuscire ha davvero una buona evoluzione.” (04)

Setting riabilitativo

Le terapisti hanno sottolineato come la preparazione di un setting riabilitativo sia un fattore fondamentale per poter costruire l'alleanza terapeutica con il bambino. L'ambiente deve essere organizzato in maniera tale che il bambino si senta accolto e a proprio agio.

“Altri fattori possono essere poi a livello ambientale, creare un ambiente che non faccia sentire a disagio ma che sia accogliente non solo come scelta di giochi ma proprio come luci, suoni, colori...se mi accorgo che un bambino soffre, si sente a disagio in un ambiente troppo luminoso allora lavoro in penombra spesso anche i genitore ti dicono guarda: “guarda qui c'è troppa luce” piuttosto che dei suoni o dei rumori che li spaventa...bisogna creare un contesto ambientale che sia il più accogliente possibile.” (08)

Confini dell'alleanza

Oltre ai significati di tipo concreto appena illustrati, lo spazio assume anche significati astratti. Uno di questi riguarda il significato di confine spaziale dell'alleanza terapeutica inteso come quel distacco professionale che si deve creare tra il fisioterapista ed il paziente e con i suoi genitori. Le terapisti hanno riportato che questa lontananza può venire a mancare trasformando un rapporto di tipo lavorativo-professionale in uno più tendente all'amicizia e alla confidenza. Quando questo avviene la gestione dell'alleanza da parte del riabilitatore può risultare difficoltosa. Questa difficoltà può presentarsi sia con i bambini che con i loro genitori.

“alle volte mi chiedo quali siano i confini di una buona alleanza terapeutica. Parlo dei pazienti che ti chiedono di andare a casa loro. Al di là che non si fa o che non è legale; piuttosto che i pazienti che iniziano a farti dei regali, che ti invita alla festa di compleanno o alla comunione o cresima o...cosa fai? Quale è il bene? Un po' questa cosa qui.” (04)

“È facile che capiti, talvolta capita, che il genitore prenda quest'ora come ora di sfogo cioè, cioè l'ora dello sfogatoio tra virgolette. Cioè, mentre io sto lavorando con il suo bambino, lui capita che mi racconta delle cose che magari non si sente libero di raccontare o di esporsi con l'assistente sociale, piuttosto che con lo psicologo, piuttosto che con il medico, no? Quindi cosa succede? Che alla fine io, se invado lo spazio, se i io oltrepasso troppo lo spazio della riabilitazione, in qualche modo se vado dall'altra parte, rischio di diventare il confidente più che il riabilitatore del suo bambino” (03)

Spazio-tempo

Il termine spazio assume anche significato di tempo: trovare e concedere uno spazio nel senso di concedersi tempo per potersi parlare può giocare un ruolo importante per l'alleanza.

“in questo momento non mi viene in mente altro se non lo spazio, in senso spazio tempo affinché il dialogo avvenga” (04)

Per i genitori poi può essere decisivo per un'alleanza avere uno spazio dove confrontarsi con il fisioterapista oppure con altri professionisti.

“forse, il dare uno spazio. Ecco il far sentire ai genitori che possono anche avere uno spazio altro da me con un neuropsichiatra di riferimento se ci sono cose che non riescono a condividere con me” (05)

4.5.2 Tempo

Il tempo è un altro tema emerso dell'alleanza terapeutica, risultando un elemento da dover rispettare.

Riguardo al tempo le tematiche emerse sono state:

- Dinamicità;
- Tempo del trattamento;
- Tempo di assenza.

Dinamicità

È stato sottolineato in Letteratura che l'alleanza terapeutica non è un qualcosa di statico ma è un rapporto dinamico. Essa non è una cosa immediata ma richiede tempo per poter essere costruita.

“Direi che è un percorso in divenire l'alleanza che si crea con il genitore. È in continuo movimento anche perché nel proseguire il trattamento di un bambino che vediamo da un anno si vede anche tutta quella confidenza e quell'aspetto relazionale che all'inizio non c'è [...] io direi che è tutto un percorso in divenire. Non è una cosa statica.” (08)

Tempo del trattamento

Nelle situazioni di difficoltà, in cui l'alleanza viene meno, le fisioterapiste riportano che si ritrovano a dover gestire in modo alternativo il tempo del trattamento. Questo avviene attraverso due modalità: una consiste nel ritardare o comunque allungare i cicli del trattamento mentre l'altra nell'interrompere, temporaneamente, il trattamento stesso anche perché il bambino potrebbe stancarsene.

“abbiamo cercato di ritardare i cicli [...] Abbiamo cercato di rendere più accettabile la cosa al ragazzo concludendo un po' prima i cicli prima del dovuto...erano più i contro che i pro; abbiamo sospeso un po' prima del dovuto...prima abbiamo dilatato e poi abbiamo sospeso i cicli” (07)

“non so per i bimbi che si seguono per lungo periodo a volte fare una pausa dalla fisioterapia risulta positivo perché magari il bambino si sta stancando o anche i genitori di avere quell'impegno fisso e quindi magari si dice, ok adesso che ha raggiunto questi obiettivi ci fermiamo per un po' di tempo e poi riprendiamo. Quindi fare delle pause è positivo.” (06)

Tempo di assenza

Si è rilevato che non di rado avviene anche che ci siano dei veri e propri periodi di interruzione del rapporto dovuto a periodi di assenza.

L'assenza può essere sia da parte del paziente, che ad esempio non viene portato dai genitori alle sedute e sia da parte delle fisioterapiste per motivi di maternità o di malattia. Questi prolungati periodi di assenza possono poi provocare delle rotture e delle difficoltà nell'alleanza.

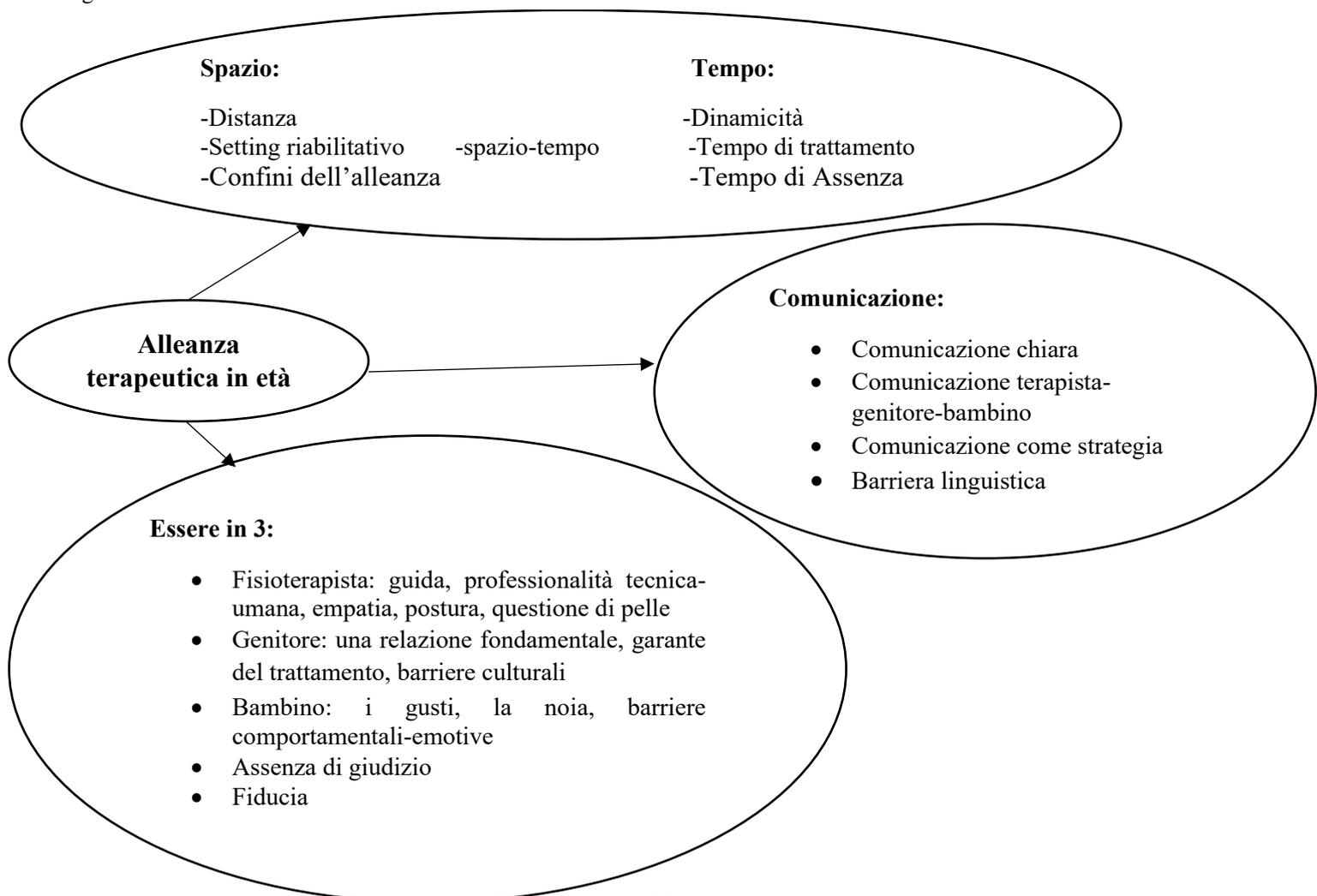
“una continuità nel trattamento. Per esempio, bimbo che ha iniziato un ciclo a febbraio e in tutto ho fatto tre sedute (è maggio al momento dell’intervista) ma non per colpa mia ma perché continuavano a disdire, ovvio che non si riesce a dare continuità e nell’arco di tre mesi tre sedute non servono a niente soprattutto per il bambino che è sempre un iniziare da capo” (01)

“Sì è successo però c’è da dire che un bambino che seguivo qualche anno fa poi sono andata io in maternità quindi per un pochino non l’ho più visto...un ragazzino grande...parlo che comunque faceva cicli e ha fatto qualche ciclo con una collega...adesso mi sembra che non ci sia proprio alleanza” (01)

“non era il top ma era una buona situazione e poi siccome io ho avuto un problema di salute piccolo sono rimasta a casa un po’ di tempo e quando sono rientrata mi è stato rimarcato che sono stata a casa” (02)

Nella figura seguente (Figura 2) viene riportato il grafico tematico riassuntivo con i relativi temi organizzanti e i sottotemi globali.

Figura 2- Grafico tematico riassuntivo



4.6 Le strategie e le emozioni

La seconda parte dei colloqui aveva come obiettivo l'indagare quali fossero le strategie che le fisioterapiste mettevano in atto nelle situazioni di difficoltà per poter costruire o riparare l'alleanza terapeutica e, come altro obiettivo, l'approfondire i sentimenti che le terapisti avevano provato contestualmente.

4.6.1 Le strategie

Nei paragrafi precedenti sono già stati riportati alcuni esempi di strategie che le fisioterapiste hanno messo in atto spontaneamente, come la comunicazione creando uno spazio di dialogo, la ricerca dei gusti del bambino e il ritardare o interrompere il ciclo riabilitativo.

Oltre a queste prime strategie di coping vi sono altri strumenti che si possono mettere in gioco presentati qui in ordine decrescente di frequenza:

- Confronto con l'Equipe riabilitativa e con i colleghi fisioterapisti
- Negoziazione e ridefinizione degli obiettivi;
- Autoanalisi sul proprio operato;
- Corsi di formazione: professionali e personali;
- "Essere madre".

Confronto con l'Equipe riabilitativa e con i colleghi fisioterapisti

La strategia che è stata maggiormente riportata dalle intervistate è quella di coinvolgere l'equipe riabilitativa per poter discutere del caso e trovare una soluzione. Le figure maggiormente coinvolte sono state individuate in: la neuropsichiatra, il fisiatra, lo psicologo ma anche la terapeuta della neuropsicomotricità.

"allora lo strumento principale è coinvolgere l'equipe e la referente medico. [...] solitamente la neuropsichiatra, la fisiatra ma chiedo aiuto anche alla psicologa" (02)

"Allora, sì, beh, appunto, uno strumento è l'equipe. A mio avviso l'equipe è uno strumento molto importante. [...] Quindi, magari posso passare attraverso dei colleghi che può essere lo psicologo perché mi fido dello psicologo piuttosto che del terapeuta della neuropsicomotricità perché so che anche lui lo segue" (03)

Un aiuto, inoltre, lo si può trovare poi nelle colleghe parimenti fisioterapiste che permettono di avere un confronto tecnico e condivisibile su determinati casi:

“L'altra strategia è il confronto, comunque, con i colleghi, quindi il confrontarsi su determinati casi con i fisioterapisti.” (05)

Infine, un'altra figura di aiuto può essere quella del mediatore culturale relativamente alle situazioni in cui vi è una barriera linguistica.

“Mi viene in mente il mediatore culturale che si può attivare in alcune circostanze anche se non è mai capitato qui.” (04)

Negoziazione e ridefinizione degli obiettivi e compiti

Un'altra strategia utilizzata di frequente è la negoziazione e ridefinizione degli obiettivi. Questo strumento è adottabile poiché un obiettivo riabilitativo prefissato viene concordato e condiviso con il proprio paziente ogni qualvolta esso presenti una età sufficientemente grande per poterlo fare.

“Non è che il mio obiettivo della bambina di prima fosse farsi la coda da sola ma era il suo. Allora lavoriamo sulla bimanualità facendoci la coda. Cerchiamo anche di unire le cose.” (01)

Può tuttavia capitare che gli obiettivi prefissati non riescano ad essere raggiunti e questo potrebbe causare rotture all'interno della relazione. Un motivo esemplificativo può essere che sia stato prefissato un traguardo eccessivamente alto per cui la strategia da adottare sarà quella di ridefinire adeguatamente l'obiettivo, negoziandolo con il bambino o con i genitori.

“anche condividendo e ridefinendo quelli che possono essere gli obiettivi, anche soltanto una scelta a livello di strategia [...] se il bambino ha una età tale posso provare a chiedere a lui o a lei e trovare dei compromessi Se invece dovesse essere un bambino particolarmente piccolo e io devo fare riferimento al genitore, in quel momento lì ovviamente ne parliamo assieme se anche ho sparato troppo in alto ridimensiono e dico proprio al genitore, forse era troppo...mi sono fatta una idea troppo alta per questa fase per cui proviamo invece a fare così in maniera diversa di come abbiamo fatto finora.” (08)

Anche in merito ai compiti o alle attività proposte a casa o in palestra bisogna che queste vengano condivise con il paziente poiché poi le deve accettare. Spesso questo riguarda anche l'utilizzo dei tutori e delle ortesi.

“io che magari non sto proponendo delle cose giuste o comunque delle cose giuste per quella persona quindi magari provo a cambiare strada e proporre una cosa diversa sempre

mantenendo lo stesso obiettivo ma facendo delle proposte un pochino diverse o più proposte che varino di più per evitare che il ragazzo si annoi e sia più partecipe.” (06)

“anche se proponi tutori particolari, non partiamo subito con quello grande che ha proposta la fisiatra e che non ti senti di mettertelo, ma partiamo con qualcosa di più leggero [...] veniamoci incontro cerchiamo una mezza via” (01)

Corsi di formazione: professionali e personali

Un'altra risorsa su cui le fisioterapiste attingono riguarda i corsi formativi. È da sottolineare come i corsi valutati più importanti per loro abbiano riguardato il tema della comunicazione e dell'assenza di giudizio; due fattori fondamentali all'interno dell'alleanza.

“uno dei corsi che è stato per me illuminante dal punto di vista dell'alleanza con i genitori, è stato sicuramente il corso di B. che è stato molto intenso, molto significativo per me perché si lavora molto, molto, molto proprio sulla andare a sradicare quei preconcetti quei pregiudizi che abbiamo nei confronti dei genitori fondamentalmente di solito e con lo scopo proprio, poi, di andare a lavorare in modo più efficace, più funzionale sul bambino” (5)

Altre volte invece le fisioterapiste seguono dei corsi aspecifici ma funzionali per la loro formazione personale trovando benefici indiretti anche in ambito lavorativo.

“Adesso, ultimamente, mi sono iscritta ad un corso [...] e lo sto facendo. Ho iniziato a farlo, banalmente, perché ho voglia di imparare a relazionarmi meglio con la mia famiglia, con il mio fidanzato piuttosto che con i miei amici punto però, è chiaro che se io divento più abile nel comunicare in modo efficace con le persone, questo è certamente una capacità che io ho nel mio bagaglio, una qualità che ho nel mio bagaglio, che io posso chiaramente mettere in pratica nella mia professione, nella mia stanza con il bambino” (3)

Autoanalisi sul proprio operato

Un'altra strategia proposta ed utilizzata da parte delle terapisti è quella di fare un'analisi del proprio operato cercando di capire perché l'alleanza è stata persa.

“fare un esame del perché si è arrivati a questa situazione per cui dopo questa autovalutazione viene fuori qualcosa ma se ti rendi conto che hai sbagliato qualcosa allora diciamo che viene fuori un po' la situazione di te stessa perché dici: -cacchio li potevo fare in questo altro modo-” (02)

Essere madre

Due terapistesse hanno messo in evidenza come il loro essere diventate madri le abbia aiutate nei momenti di difficoltà per individuare come comportarsi nei confronti del paziente, l'aiuto deriva dal parallelismo e dall'esperienza relativa al come si comporterebbero con i propri figli.

“aggiungo, che cosa farei se fosse mia figlia. Ora che sono mamma mi chiedo: che cosa farei se mia figlia si comportasse così e metto in campo il mio essere mamma.” (04)

4.6.2 Le emozioni e i sentimenti

Dalla rilevazione delle risposte all'ultima domanda, riguardante le esperienze e i vissuti, emerge che le fisioterapistesse hanno sperimentato ed hanno riportato diverse emozioni sia positive che negative, dove quest'ultime però hanno trovato maggior spazio nei colloqui.

Delusione, fallimento, rabbia e frustrazione

Tra le emozioni negative verbalizzate, è stato riportato che le fisioterapistesse possono vivere le difficoltà nell'alleanza come una sensazione di sconfitta e di fallimento individuale, anche relativamente alla propria capacità professionale, da cui scaturisce poi una grande delusione.

“sconfitta secondo me nel senso che quando non riesci nel tuo intento è una sconfitta, una sconfitta un fallimento dal punto di vista professionale perché comunque perché fa parte anche questo della nostra professione avere l'alleanza, quindi, diciamo sì è una sconfitta” (01)

“forse un po' delusa da me stessa” (01)

Di fronte ai momenti più difficili, dentro l'alleanza, c'è anche frustrazione e arrabbiatura.

“se devo parlare di emozioni allora principalmente di delusione e alle volte anche incazzatura mi sono arrabbiata. Frustrazione tanta.” (02)

Fatica

Le terapistesse nei momenti di difficoltà hanno provato anche fatica mentale.

“un impegno maggiore di energia psicologica...è impegnativo rispetto a quando va tutto liscio” (07)

Senso di inadeguatezza

Le fisioterapistesse nelle situazioni complicate si sono sentite anche inadeguate nella loro capacità di stare e fare di fronte alla situazione in corso.

“altri sentimenti possono essere anche di inadeguatezza a volte, nel senso di, anche a livello formativo- educativo- pedagogico” (05)

Normalità

Anche la sensazione di normalità si è presentata con diverse accezioni: è emerso dai colloqui che è da considerare normale non avere una buona alleanza con tutti i pazienti e genitori.

“sono consapevole che non sempre e con tutti i pazienti si può avere l'alleanza, insomma, cioè riconosco anche questa cosa qui che può starci che non ci sia l'alleanza terapeutica e quindi è giusto anche nel momento in cui viene meno o passare il caso a qualche collega o casomai, se proprio, dirottare un'altra struttura” (01)

La sensazione di normalità è poi un sentimento presente quando la relazione con il paziente sta andando bene.

“in quei casi boh secondo me è la normalità. Dovrebbe essere sempre così.” (06)

Dai colloqui è emerso infine come le fisioterapiste ricerchino la normalità intesa come rimanere calmi e sereni.

“sempre mantenuto la calma e serenità cercando di ottenere il meglio possibile per il bambino, ragazzo e genitore.” (07)

Soddisfazione

Relativamente al sentimento positivo emerso maggiormente, la soddisfazione appare prioritaria come capacità di sostenere trattamenti nelle situazioni in cui vi è una buona alleanza che comporta un direttamente proporzionale con il vedere raggiunti i risultati.

“se vanno meglio sei più soddisfatta perché quando riesci a far capire il senso e vedi questo lavoro insieme c'è soddisfazione perché vedi anche risultati” (02)

Esperienza da cui imparare

Infine, a conclusione di questa mappatura di esiti, le difficoltà riscontrate sono state, per le fisioterapiste coinvolte, delle esperienze da cui imparare qualcosa per le relazioni successive.

“E quanto imparo...quella cosa lì è stata una ferita ma è un faro tutte e due le situazioni che ti ho detto sono un faro per me. Sono stati i due errori fanali per illuminare le relazioni successivii.” (04)

CAPITOLO 5: DISCUSSIONE

Uno degli obiettivi del presente studio è stato quello di esplorare i pensieri e le percezioni sull'alleanza terapeutica in età evolutiva attraverso interviste condotte a fisioterapiste che lavorano in quest'ambito.

È stata ribadita l'importanza dell'alleanza terapeutica per il buon esito del trattamento in accordo con studi precedenti¹.

I temi emersi da questo studio sono stati: la comunicazione, l'essere in tre e lo spazio-tempo. Il tema su cui le fisioterapiste si sono maggiormente soffermate è stato quello della comunicazione che rappresenta un punto chiave della relazione in età pediatrica¹⁴. Il presente lavoro ha evidenziato, a riguardo, che una comunicazione chiara e trasparente, soprattutto da parte dei genitori, è un fattore fondamentale per la costruzione dell'alleanza ed anche una strategia utilizzata dalle terapisti per la sua riparazione. Una comunicazione chiara è tale solamente se chi ascolta recepisce in modo corretto le informazioni che si vogliono trasmettere e chi parla percepisce di essere ascoltato³⁰, per cui il linguaggio utilizzato dal terapeuta deve essere adatto alla persona destinataria. Il dialogo deve essere caratterizzato da uno scambio di informazioni sincero e trasparente tra i familiari e le terapisti² dove, quest'ultime, richiedono ai genitori di riportare loro le proprie impressioni, opinioni e dubbi riguardo ai figli e soprattutto eventuali altre esperienze di trattamento effettuate fuori servizio. La centralità della comunicazione fa quindi suggerire che i terapeuti pediatrici debbano possedere capacità comunicative efficaci partendo innanzitutto dal saper conformare la propria comunicazione in modo flessibile. Sembra importante che le fisioterapiste si formino, come alcune di loro hanno ammesso di aver fatto, su quest'aspetto seguendo corsi inerenti.

I risultati del presente studio hanno riportato inoltre che l'alleanza terapeutica è caratterizzata da una triade formata dal fisioterapista, dal bambino e dai genitori e, che questa triade include caratteristiche delle singole parti che possono agire come ostacoli o come facilitatori all'interno della relazione terapeutica¹⁷. È importante che il terapeuta sia empatico e comprensivo nei confronti delle difficoltà che i bambini e genitori possono vivere. Allearsi con i genitori è stato ritenuto un aspetto fondamentale in quanto essi permettono di riportare nella vita quotidiana del loro figlio quanto imparato e fatto in palestra ed inoltre può capitare, con i bambini più piccoli, che il terapeuta non possa lavorare direttamente vicino al bambino ma debba agire tramite il genitore. Bisogna quindi che il fisioterapista sappia coinvolgere i

genitori nel trattamento condividendo con loro gli obiettivi e chiedendo loro le impressioni e i pensieri che hanno sul proprio figlio.

Alla base di queste relazioni vi sono due elementi chiave: la fiducia e l'assenza di giudizio. Il tema della fiducia è stato menzionato anche nel lavoro di Crom come elemento caratteristico dell'alleanza in età evolutiva ma il presente lavoro ha portato delle novità. Se nello studio di Crom era emerso che vi doveva essere fiducia verso le competenze tecniche e relazionali dei fisioterapisti, poiché essi reputavano le prime più importanti delle seconde², in questa ricerca invece le terapisti hanno messo sullo stesso piano le due abilità e hanno allargato la fiducia anche verso i genitori e i bambini. Appare fondamentale che il fisioterapista riesca a liberarsi da possibili pregiudizi anche grazie, come per la comunicazione, a corsi formativi.

L'ultimo tema rilevato da questo lavoro è quello dello spazio-tempo che è stato inteso sia in termini concreti che astratti. In accordo con studi precedenti^{16,17,31}, si è riscontrato che l'alleanza necessita di tempo per essere costruita e per questo motivo è necessario che vi sia una continuità di trattamento in cui il terapeuta crei un setting riabilitativo accogliente, organizzandolo secondo le preferenze del bambino. È importante, inoltre, che nella relazione il terapeuta ritagli degli spazi di dialogo con il bambino e con i genitori. L'argomento di un ambiente che garantisca la privacy, emerso dalla letteratura^{16,17} come un fattore fondamentale per l'alleanza, non è emerso dalle terapisti. Infine, all'interno della relazione è importante anche mantenere e far rispettare quel distacco professionale tra il terapeuta con i genitori e il bambino.

Un tema presente nel lavoro di Crom che si può riscontrare anche in questo progetto di tesi è la negoziazione degli obiettivi, dei compiti e delle attività proposte che riprende inevitabilmente la definizione di alleanza terapeutica fornita da Bordin⁸. Nel presente lavoro le terapisti hanno affermato che è parte dell'alleanza la condivisione degli obiettivi e degli esercizi da svolgere assieme in palestra e poi individualmente a casa, per cui è importante che i riabilitatori comunichino e scelgano gli obiettivi da raggiungere e le attività da effettuare assieme ai genitori e al bambino anche secondo le preferenze di quest'ultimo. Allo stesso tempo è altrettanto importante che il professionista sappia ridimensionare e ricalibrare gli obiettivi se questi non sono stati raggiunti.

Il secondo obiettivo di questo studio è stato quello di comprendere quali strategie vengono utilizzate dalle fisioterapisti in quelle situazioni in cui vi è una difficoltà nel costruire

l'alleanza terapeutica o si verifica una rottura attraverso l'esplorazione anche dei sentimenti vissuti dalle terapistesse stesse. Questo aspetto sembra essere una novità rispetto alla letteratura nella riabilitazione pediatrica ma è molto importante riconoscere, occuparsi e riparare le rotture relazionali nell'alleanza terapeutica, poiché la sua riparazione influenza positivamente la relazione²⁰.

Sono molte le situazioni e le motivazioni per cui ci possono essere difficoltà nell'instaurare una relazione terapeutica o nel mantenerla. I principali motivi di queste difficoltà e rotture vanno ricercate principalmente: nella mancanza di comunicazione tra terapeuta-bambino-genitori (dovuta anche per la presenza di barriere linguistiche), nella mancanza di una comunicazione chiara e sincera tra le parti, nella presenza di giudizi e pregiudizi di fondo, comportamenti inadeguati e oppositivi del bambino, ideologie e pensieri di cura opposte oppure ancora quando viene a mancare quella distanza professionale tra il fisioterapista con il paziente o con i genitori.

La ricerca presente ha evidenziato che le strategie maggiormente utilizzate in queste situazioni sono il dialogo e il coinvolgimento dell'equipe riabilitativa; ovvero si evince come il fisioterapista si rivolga, in caso di difficoltà, sia alle colleghe fisioterapistesse ma anche alle altre figure professionali come il fisiatra, il neuropsichiatra infantile e lo psicologo. Questo suggerisce che bisogna avere un buon rapporto con i colleghi e l'equipe in generale con i quali comunicare e condividere le informazioni sul bambino e i suoi genitori¹⁴

Anche l'analisi dei vissuti delle fisioterapistesse nei momenti di difficoltà è una novità nella letteratura riguardo quest'ambito. Queste situazioni hanno portato spesso le terapistesse a vivere sensazioni negative di sconforto, sconfitta, frustrazione e senso di inadeguatezza tali da indurle ad effettuare una verifica introspettiva sul proprio operato. Quando avviene la riparazione dell'alleanza invece le riabilitatrici si sentono soddisfatte soprattutto perché questo permette di raggiungere i risultati individuati ed attesi.

CAPITOLO 6: CONCLUSIONI

Questo lavoro ha permesso di indagare le idee, i pensieri e le percezioni che le fisioterapiste hanno riguardo l'alleanza terapeutica in età evolutiva, elemento reputato da tutto il campione come essenziale e indispensabile ai fini di una buona riuscita del trattamento. Dalla ricerca sono emersi tre temi principali: la comunicazione, l'essere in tre e lo spazio-tempo.

È emersa l'importanza che ci sia un dialogo chiaro, trasparente e sincero con il bambino e con i suoi genitori poiché l'alleanza terapeutica in età evolutiva è una relazione a tre tra il fisioterapista, il bambino-paziente e il genitore che si deve basare su reciproca fiducia e assenza di giudizio.

Per quanto riguarda lo spazio e il tempo, essi caratterizzano l'alleanza terapeutica in età evolutiva. L'alleanza è una relazione dinamica che necessita di tempo per poter essere costruita ed è importante che sia rispettata anche nei suoi spazi (sia quelli fisici che quelli astratti).

Altro obiettivo dello studio è stato quello di comprendere quali strategie e risorse venissero adottate spontaneamente dalle fisioterapiste nelle situazioni di difficoltà all'interno dell'alleanza. Tra le strategie maggiormente utilizzate ci sono: la comunicazione, il confronto con colleghe fisioterapiste e con altre figure sanitarie come la neuropsichiatra, la fisiatra e lo psicologo, i corsi formativi seguiti sia per motivi professionali che personali e la ridefinizione degli esercizi e degli obiettivi, condividendoli e negoziandoli sempre con i bambini e i genitori.

In questo lavoro sono stati esplorati anche i vissuti che hanno caratterizzato situazioni complesse di messa in crisi dell'alleanza terapeutica. I vissuti maggiormente riportati sono stati quelli di sensazione di sconfitta e fallimento, delusione, frustrazione oltre ad un senso, alle volte, di inadeguatezza. Quando la rottura dell'alleanza è stata invece riparata le terapisti hanno condiviso la loro soddisfazione riconoscendo che sono situazioni da cui poter imparare.

6.1 Limiti e implicazioni future

Facendo riferimento al Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)³² lo studio presenta dei limiti. Il numero del campione non è rappresentativo dell'intera popolazione e non ha permesso di raggiungere la saturazione dei dati. A nessuna delle partecipanti è stata riportata né la trascrizione della propria intervista, per eventuali commenti o correzioni, e né i risultati dell'analisi, la quale è stata eseguita da un solo ricercatore.

Pertanto, a conclusione di questo progetto di ricerca, considerato come l'alleanza terapeutica in età evolutiva sia un argomento marcatamente carente in letteratura ma ordinario nella pratica clinica, si considera funzionale lo stimolo di sostenere ulteriori ricerche correlate. Appare dunque necessario per poter sostenere la comprensione degli interrogativi sorti in questo progetto di tesi relativamente a vissuti introspettivi, condivisione di metodologie, esperienze e strumenti per cui un numero maggiore di partecipanti, e non strettamente correlati alla sola professionalità di fisioterapisti che lavorano in età evolutiva, potrebbe fornire un tavolo di buone pratiche utile per una discussione ed una rimodulazione interna verso interventi di maggior efficacia relazionale e professionale con i bambini e con i loro genitori che accedono a questo servizio, selezionato come contesto della ricerca.

BIBLIOGRAFIA

1. Hall A.M., Ferreira P.H., Maher C.G., Latimer J., Ferreira ML. The influence of the therapist-patient relationship on treatment outcome in physical rehabilitation: a systematic review. *Physical Therapy*. 2010; 90(8):1099-1100
2. Crom A., Paap D., Wijima A., Dijkstra P.U., Pool G. Between the Lines: a qualitative phenomenological analysis of the therapeutic alliance in pediatric Physical Therapy. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*. 2020; Vol 40 (1): 1-14
3. Lingiardi V., Colli A., Alleanza terapeutica: rotture e riparazioni. *Quaderni di psicologia, analisi transazionale e scienze umane*. [Internet] 2003 [pubblicato nel 2003; consultato nel 2003]; nr 38. Disponibile all'indirizzo <http://www.psychomedia.it/cpat/articoli/38-lingiardi-colli.htm>
4. Cirimbilla E. L'alleanza terapeutica in età evolutiva: un percorso tra creatività e collaborazione. 2020; Numero 25 – Numero Monografico Età Evolutiva pp. 10-26. pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it
5. Aceti T., Liverano A. L'alleanza e la relazione come strumento terapeutico. *Rivista di analisi transazionale e metodologie psicoterapeutiche*. 2011; 23/24(60): 80-102
6. Mancini G. Tesina in psicoterapia psicoanalitica: l'alleanza terapeutica come custode della psicoterapia; *Psico-Pratika* nr.53. [internet]2010 [pubblicato nel 2010; consultato 2010] nr.53 [circa nove schermate] Disponibile all'indirizzo: <http://www.humantrainer.com/articoli/tesina-specializzazione-psicoanalisi-alleanza-terapeutica.pdf>
7. Meissner W. The Therapeutic alliance-A Proteus in disguise. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2006; Vol 43(3): 264-270
8. Bordin E.S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1979; Vol. 16(3) 252–260
9. Bielli S., Bozzolan M., Cortini S., Galantini P., Giacobazzi M., Montevocchi V., Spada M. Formazione “core” del fisioterapista. *Scienza Riabilitativa*. 2005; 7(1): 83
10. “Metodologia generale dell'esercizio professionale” dispensa lezioni a cura di Colombini C., Pavan S., Verza R.; materiale di studio
11. Codice deontologico dei fisioterapisti

12. Kinney M., Seider J., Beaty A.F., Coughlin K., Dyal M., Clewley D. The impact of therapeutic alliance in physical therapy for chronic musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2020; 36(8):886-898
13. Ottens A.F. Therapeutic relationship in pediatric physiotherapy Perceptions, experiences and preferences of child, parent and therapist [tesi di laurea] Utrecht: Università di Utrecht, 2013
14. Davidson A., Coliva M., Sarnou C., Paoli S. Core competencies in pediatric physiotherapy proposal for the Italian context. *Scienza riabilitativa*. 2017
15. Brun-Cottan N., McMillian D., Hastings J. Defending the art of physical therapy: Expanding inquiry and crafting culture in support of therapeutic alliance. *Physiotherapy Theory and Practice* 2018
16. Morera-Balaguer J., Botella-Rico J.M., Catalán-Matamoros D., Martínez-Segura O.R., Leal-Clavel M., Rodríguez-Nogueira O. Patients' experience regarding therapeutic person-centered relationships in physiotherapy services: A qualitative study. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2020; 37(1):17-27
17. Morera-Balaguer J., Botella-Rico J.M., Catalán-Matamoros D., Martínez-Segura O.R., Leal-Clavel M., Rodríguez-Nogueira O. Physical therapists' perceptions and experiences about barriers and facilitators of therapeutic patient-centred relationships during outpatient rehabilitation: a qualitative study. 2018 *Physiotherapy Therapist and practice*. 22(6):484-492
18. Muran C., Barber J.P. L'alleanza terapeutica: Una guida alla pratica clinica basata sull'evidenza. 1 ed. Roma: Sovera Edizioni 2012 pg.103
19. Safran J.D., Muran C.J. Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy* 2011; 48(1): 80-87
20. Safran J. D., Kraus J. Alliance ruptures, impasses and enactments: a relational prospective. *Psychotherapy* 2014; 51(3): 381-387
21. Rosenbaum P., King S., Law M., & Evans J. Family-centred service: a conceptual framework and research review. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*. 1998; 18(1): 1–20
22. Green J. Annotation: The therapeutic alliance – a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006; 47(5): 425–435

23. Marsura D. La paralisi cerebrale nel periodo adolescenziale: il trattamento fisioterapico ed i risvolti psicologici della relazione tra il fisioterapista e l'adolescente [tesi di laurea]. Padova: Università di Padova, 2016
24. La relazione madre bambino. Dispensa a cura di Fontana S.; materiale di studio
25. Cavestro M.C., Gusella M.L., Milani L., Morosinotto G., Valente R. La relazione terapeutica nel trattamento riabilitativo. *Riabilitazione neurocognitiva*. 2006 4(2): 169
26. Feinstein N., Fielding K., Udvari-Solner A., Joshi S.V. The Supporting Alliance in Child and Adolescent Treatment: Enhancing Collaboration Among Therapists, Parents, and Teachers. *American Journal of Psychotherapy*. 2009; 63(4): 319–344.
27. Broggi M.B., Sabatelli R. Parental perceptions of the Parent-therapist relationship: effects on outcome of Early Intervention. *Physical & occupation therapy in pediatrics*. 2010; 30(3): 234-237
28. Babou N. La genitorialità nel contesto della disabilità. *Riabilitazione neurocognitiva*. 2006 4(3): 169-287
29. “La ricerca qualitativa in riabilitazione” a cura di Dal Ben S.; materiale di studio
30. Roberts L., Bucksey S.J. Communicating with patients: What happens in practice? *Physical Therapy*. 2007; 87(5): 586-594
31. Medina-Mirapeix F., Del Baño-Aledo M.E., Oliveira-Sousa S.L., Escolar-Reina P., Collins S.M. How the rehabilitation environment influences patient perception of service quality: a qualitative study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2013; 94(6):1112-1127
32. Tong A., Sainsbury P., Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007; 19(6): 349 – 357

ALLEGATI

Allegato 1

Domande interviste semistrutturate rivolte ai fisioterapisti studio di Crom: “Between the Lines: A Qualitative Phenomenological Analysis of the Therapeutic Alliance in Pediatric Physical Therapy”

- Quali sono le tue idee/pensieri sulla relazione terapeutica tra bambino, genitore e terapeuta? Cosa puoi dirmi a riguardo?
- Quali fattori sono importanti per la relazione terapeutica? Cosa ne pensi e puoi fare un esempio?
- Quali sono le tue esperienze riguardo alla relazione terapeutica?
- Quali sono i tuoi pensieri/sentimenti sulla tua attuale relazione terapeutica?
- Come si è sviluppata l'attuale relazione terapeutica?
- Quali fattori sono importanti per questa specifica relazione terapeutica?”

Allegato 2

Scheda informativa del progetto di Tesi e modulo di “Espressione del consenso informato alla partecipazione allo studio e al trattamento dei dati sensibili”

INFORMAZIONI PER IL SOGGETTO PARTECIPANTE

Questo modulo, riporta le informazioni essenziali sullo studio a cui Le viene chiesto di partecipare.

È importante che Lei legga queste informazioni prima di firmare il consenso alla partecipazione allo studio. Lei potrà comunque ritirare il suo consenso in ogni momento.

Lo studio si pone l'obiettivo di analizzare e di indagare il tema dell'alleanza terapeutica in settore pediatrico/età evolutiva attraverso l'analisi a reti tematiche delle risposte, all'interno di un'intervista, dei fisioterapisti/e che lavorano in questo ambito.

Garanzie a tutela del soggetto partecipante allo studio clinico:

- La partecipazione dei professionisti allo studio è totalmente libera. Questo significa che Lei può liberamente decidere di non partecipare allo studio, dunque di non firmare questo consenso, senza pregiudicare in nulla il rapporto che Lei potrà avere con l'Università degli studi di Padova.
- La partecipazione allo studio non comporta costi aggiuntivi direttamente collegati alla partecipazione allo studio stesso.
- Quando Lei firma il proprio consenso, esprime anche il suo consenso al fatto che eventuali informazioni personali che lo/a riguardano vengano utilizzate per gli scopi dello studio e vengano visionate da tutti coloro che sono coinvolti all'effettuazione dello studio (studente laureando, relatrice...). Comunque, tutte le informazioni che riguardano i soggetti partecipanti allo studio vengono raccolte in forma anonima, evitando accuratamente e rigorosamente qualunque dettaglio che possa in qualche modo consentire a terzi di risalire alla loro identità. Inoltre, i dati vengono conservati nel rispetto della normativa vigente.
- Una copia di questa scheda informativa e una copia dell'eventuale consenso resta in possesso del soggetto che accetta di partecipare allo studio.

ESPRESSIONE DEL CONSENSO INFORMATO ALLA PARTECIPAZIONE ALLO STUDIO E AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 e delle Linee Guida del Garante per la Protezione dei Dati Personali (deliberazione n. 52 del 24.07.2008, G.U. n. 190 del 14.08.2008)

Questo modulo deve essere da Lei firmato solo nel caso decida di partecipare allo studio clinico, dopo aver letto attentamente le “Informazioni per il soggetto partecipante” ed essere stato soddisfatto in ogni suo quesito.

Lei potrà comunque ritirare il suo consenso in ogni momento.

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a.....(.....)il

e residente a.....

DICHIARA

di aver preso visione del foglio informativo ricevuto, di aver compreso, sia le informazioni in esso contenute, sia le informazioni fornite in forma orale dal personale addetto, relativamente allo studio in oggetto e ai diritti derivanti dal decreto legislativo 196/2003 e dalle Linee Guida del Garante per la Protezione dei Dati Personali (deliberazione n. 52 del 24.07.2008, G.U. n. 190 del 14.08.2008) e di prendere parte allo studio in oggetto.

AUTORIZZA

per gli scopi di questo, a raccogliere, registrare e utilizzare i propri dati personali, compreso il testo scritto che verrà chiesto di produrre, in forma anonima per scopi scientifici, nell'osservanza delle vigenti norme sulla tutela della riservatezza, dei risultati dello studio, compresi i dati personali che mi riguardano.

Data

Firma.....