

Università degli Studi di Padova

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

Sede di Schio

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

TESI DI LAUREA

IL CONTATTO MANUALE COME STRUMENTO NELLA PRATICA CLINICA

Analisi qualitativa dei processi neurofisiologici, psicologici e relazionali attivati dal fisioterapista

MANUAL CONTACT AS AN INSTRUMENT IN CLINICAL PRACTICE

Qualitative analysis of the neurophysiological, psychological and relational processes activated by physiotherapist.

RELATRICE: Dott.ssa Magistrale Ft. Anna Sartori De Sforza

CORRELATRICE: Dott.ssa Magistrale Ft. Eleonora Lazzaretti

LAUREANDA: Lucia Spagnolo

Anno accademico 2022-23

Ai ragazzi dell'H81 Wheelchair Rugby 4 Cats di Vicenza che con la loro semplicità in questo anno di volontariato mi hanno insegnato che la vita è una strada in salita piena di ostacoli, ma che la forza e la determinazione per superarli è proprio dentro a ciascuno di noi.

INDICE

RIASSUNTO

ABSTRACT (ENGLISH)

INTRODUZIONE.....p. 1

CAPITOLO 1 - Tipologie di recettori e relativi sistemi di classificazione.p. 4

CAPITOLO 2 - Elaborazione delle informazioni tattili a livello periferico e centrale.....p. 7

2.1. I neuroni dei fasci ascendentip. 7

2.2. Disposizione delle vie sensitivep. 8

CAPITOLO 3 - Aspetti psicologici del “tocco” e loro ruolo nella relazione terapeutica.....p. 9

3.1 Il ruolo psicologico del “tocco”p. 9

3.2. Aspetti psicologici del “tocco”p. 11

CAPITOLO 4 - Comunicazione verbale e non verbale nell’intervento terapeutico: aspetti salienti e ruolo del “tocco”p. 12

CAPITOLO 5 - Materiali e metodip. 15

5.1 Background.....p. 15

5.2 Progettazione dello studio.....p. 15

5.3 Fasi dello studio.....p. 15

5.4 Aspetti eticip. 17

5.5. Criteri di inclusione.....p. 17

5.6 Caratteristiche del campione.....p. 18

5.7 Analisi delle interviste.....p. 19

5.8 Struttura dell’analisi secondo il metodo Colaizzi.....p. 19

Le domande dell’intervistap.21

CAPITOLO 6 - Discussione.....p. 23

6.1 Considerazioni generali rispetto all'approccio utilizzato	p. 24
6.2. Analisi dei tre temi trasversali.....	p. 27
6.2.1 <i>Il contatto manuale deve essere variabile e adattabile.....</i>	p. 27
6.2.2 <i>Il contatto manuale è uno strumento per costruire l'alleanza terapeutica.....</i>	p. 29
6.2.3 <i>Il contatto manuale è uno strumento per conquistare la fiducia del paziente.....</i>	p. 31
CONCLUSIONI.....	p. 33
BIBLIOGRAFIA.....	p.35
ALLEGATI.....	p.37
RINGRAZIAMENTI.....	p.52

RIASSUNTO

Background Il contatto manuale è una componente fondamentale dell'interazione riabilitativa. Il professionista si avvale di questo prezioso strumento per condurre la sua pratica clinica. Esso attiva componenti neurofisiologiche, psicologiche e relazionali sia nel paziente che nel fisioterapista. Nonostante il "tocco terapeutico" sia uno dei primi mezzi con il quale il professionista interagisce con il paziente, la letteratura disponibile inerente al suo ruolo e ai meccanismi neurofisiologici attivati risulta esigua.

Obiettivo dello studio L'obiettivo di questo elaborato di tesi è quello di indagare, mediante l'analisi della letteratura disponibile e un'approfondita ricerca empirica, il ruolo "del tocco terapeutico" e le sue diverse implicazioni in ambito fisioterapico.

Materiali e metodi. Si è proceduto con una ricerca bibliografica del materiale disponibile in letteratura riguardo gli aspetti neurofisiologici, psicologici e relazionali ~~e~~ implicati nel "tocco terapeutico". Successivamente, si è condotta un'indagine qualitativa, con approccio fenomenologico avvalendosi del metodo Colaizzi, che ha coinvolto fisioterapisti impiegati negli ambiti neurologico, dell'età evolutiva e ortopedico. L'esperienza dei diversi terapisti si è rivelata uno strumento valido per indagare il ruolo del "tocco" e le sue varie sfaccettature nelle diverse realtà fisioterapiche.

Risultati Grazie all'analisi qualitativa condotta sono emersi sedici temi correlati al ruolo del contatto terapeutico in ambito fisioterapico. Le tre tematiche trasversali emerse sono rappresentate da:

- (1) la necessità di variare e adattare il contatto terapeutico in base alle caratteristiche del paziente,
- (2) il contatto manuale come "strumento" per costruire l'alleanza terapeutica,
- (3) il tocco come mezzo per conquistare la fiducia del paziente.

Discussione L'indagine ha permesso di raggiungere gli obiettivi prefissati. Le interviste semi strutturate effettuate si sono rivelate utili ad esaminare questo importante aspetto dell'interazione riabilitativa. I risultati emersi hanno confermato l'importanza del "tocco terapeutico" e hanno permesso l'approfondimento dei diversi ruoli che esso assume durante la seduta riabilitativa.

Conclusioni In ultima analisi, dalla presente indagine emerge come il "tocco terapeutico" risulti fondamentale per questa professione di cura, anche in virtù delle sue implicazioni psicologiche. Ulteriori studi sono necessari per indagare l'importanza del contatto anche dal punto di vista del paziente.

ABSTRACT

Background Manual contact is a fundamental component of rehabilitation interaction. The professional makes use of this precious tool to conduct and proceed with his clinical practice. It activates neurophysiological, psychological and relational components both in the patient and the physiotherapist.

Although "therapeutic touch" is one of the first ~~means~~ tools used by the professional to interact with the patient in order to build the therapeutic alliance and to guarantee the success of the rehabilitation intervention, the available literature does not offer much material that deals with this matter.

Purpose The aim of the study is to investigate, through the analysis of available literature and in-depth empirical research, the role of "therapeutic touch" and all its different implications in the field of physiotherapy.

Material and methods the first part of the present study consists on a bibliographic search of the material available in the literature regarding the neurophysiological, psychological, and relational aspects involved in "therapeutic touch". Subsequently, a qualitative investigation with a phenomenological approach using the Colaizzi method was conducted, based on semi-structured interviews which involved physiotherapists employed in three different fields: neurological physiotherapists, paediatric physiotherapists and orthopedic physiotherapists.

The personal experience of the various therapists proved to be a valid tool for investigating the role of manual contact and all its different facets in the physiotherapeutic realities involved in the investigation.

In total, eleven physiotherapists of different ages and with different years of work experience, were involved.

Furthermore, as regards the adult and developmental neurological area, both physiotherapists who use the Bobath method and physiotherapists who use the ETC method were involved, with the aim of having a wide and more complete vision.

Results Thanks to the qualitative analysis conducted, sixteen themes related to the role of therapeutic contact in the physiotherapy field emerged. Three of them, recurring in most of the interviews, were identified as the cornerstone of the whole investigation works.

Specifically, they are:

- (1) the need to vary and adapt therapeutic contact based on the patient's characteristics,
- (2) manual contact as a "tool" to build the therapeutic alliance,

(3) “touch” as a means of gaining the patient's trust.

Discussion The present analysis allowed to achieve the set objectives. The semi-structured interviews carried out proved to be a useful tool for examining this important aspect of the rehabilitation interaction. The results that emerged confirm the importance of "therapeutic touch", and bring to light the different roles it takes on during the rehabilitation session.

Conclusion: This research has confirmed the importance of "therapeutic touch", not only as a means used by the therapist to proceed during the rehabilitation practice, but also with respect to its profound psychological implications.

Ultimately, this investigation sheds light on how fundamental "therapeutic touch" is for this profession; furthermore, it clarifies that “therapeutic touch” is the foundation on which the rehabilitation interaction - composed of multiple, interconnected aspects - is built.

INTRODUZIONE

Questa tesi indaga i processi neurofisiologici che si attivano nel paziente tramite il “tocco” del fisioterapista.

A tale scopo non ci si limiterà all’analisi della componente neurofisiologica, ma si approfondiranno anche gli aspetti psicologici e relazionali che emergono durante la relazione terapeutica, di fondamentale importanza per garantire l’efficacia del trattamento fisioterapico.

Si ha in questo modo una visione globale del paziente, coerentemente con l’approccio proposto dal modello biopsicosociale.

Si tratta di un ambito ancora in fase di esplorazione, nel quale la letteratura scientifica ha prodotto poche evidenze in campo prettamente fisioterapico, mentre sono disponibili numerosi testi relativi al campo medico e a quello infermieristico. Nonostante ciò, ai fini di garantire l’efficacia dell’intervento terapeutico risulta fondamentale la costruzione di una relazione empatica basata sul contatto tra terapeuta e paziente. Questo può essere considerato il nucleo fondamentale della professione del fisioterapista: è perciò utile e importante indagare questi aspetti. Da tale premessa è emersa l’idea di questo lavoro di tesi.

Come ribadisce Iori (2009), “per ricercare il senso nel lavoro di cura è necessario prestare attenzione allo sguardo anche al dolore, alla gioia, alla speranza, alla tenerezza e alla compassione, non intesa in senso pietistico, bensì come espressione dell’appartenenza alla medesima esistenza umana e alle dimensioni fondamentali dell’esperienza emotiva”. (1)

Per chiarire il ruolo cruciale che ha la comunicazione si pensi ad Ippocrate, colui che è conosciuto come il padre della medicina moderna: sembrerebbe che egli avesse già compreso quanto fosse fondamentale garantire un buon canale comunicativo tra medico e paziente e quanto la “costruzione” di una buona relazione terapeutica sia un punto cardine del percorso di cura in tutte le relazioni terapeutiche, anche in quella tra fisioterapista e paziente. (2)

Inoltre, nella mia personale esperienza, mi sono trovata nella condizione di paziente, ed ho avuto modo di rendermi conto in prima persona di quanto sia importante la relazione empatica tra paziente e fisioterapista al fine di garantire l’efficacia del trattamento.

Dall’analisi della letteratura risulta che il “tocco terapeutico” del fisioterapista svolga tre importanti funzioni:

- modula il dolore, come affermato da Mancini e al. (2014) e da Nahra e Plaghki (2003) (3,4);
- svolge un ruolo comunicativo e suscita emozioni, come rilevato da Heterestein et al. (2009) (5)
- stimola le fibre C tattili, deputate al “tocco affettivo”, come riscontrano Croi et al. (2016) (6), e può rappresentare un'esperienza terapeutica gratificante e piacevole che facilita i comportamenti di affiliazione e riduzione del dolore (Walker et al., 2017). (7)

Culturalmente almeno per quanto riguarda il mondo occidentale il paziente si aspetta di essere toccato dal fisioterapista e il terapeuta utilizza le mani per offrire assistenza, ottenere informazioni sui disturbi del paziente durante l'esame fisico, preparare il paziente e fornire un intervento terapeutico (8).

Gli obiettivi specifici del mio lavoro di tesi si declinano come segue:

- Descrivere le componenti fisiologiche ed anatomiche che stanno alla base delle sensazioni tattili a partire dall'esposizione del funzionamento dei recettori sensoriali della cute, in particolare i meccanocettori e i nocicettori.
- Analizzare le informazioni a livello periferico e centrale: è infatti fondamentale comprendere la risposta cerebrale al “tocco” per capire come approcciare il paziente in base alle caratteristiche proprie dell'individuo e della problematica da affrontare.
- Indagare gli aspetti psicologici del” tocco” e il loro ruolo nella relazione terapeutica.
- Definire l'importanza della comunicazione verbale e non verbale nell'intervento terapeutico, soffermandosi in particolare sul contributo del contatto fisico tra terapeuta e paziente.
- Approfondire il contributo del” tocco” nella relazione terapeutica utilizzando come disegno di ricerca uno studio qualitativo e come strumento di ricerca la somministrazione di interviste semi strutturate ad alcuni fisioterapisti impiegati in diversi ambiti di lavoro: terapisti di area neurologica (terapisti ETC e terapisti Bobath), terapisti area ortopedica, terapisti manuali e terapisti dell'età evolutiva. La ricerca qualitativa è, infatti, uno strumento ottimale per valutare come nella pratica clinica i professionisti considerino la correlazione fra gli aspetti legati al “tocco” e la comunicazione verbale e non verbale con il paziente, e quale importanza relativa diano a tali aspetti nell'esecuzione dell'intervento fisioterapico. È altresì interessante comprendere se questi aspetti varino in base alla metodica utilizzata e/o alle caratteristiche del paziente.

Sul piano personale, spero che questa tesi possa essere un punto di partenza per una riflessione che mi aiuti nella costruzione di una buona relazione terapeutica con i miei pazienti, e, quindi, di poter proficuamente attingere da questo lavoro di ricerca nel mio futuro percorso da fisioterapista.

CAPITOLO 1

I diversi tipi di recettori in particolare meccanocettori e nocicettori: localizzazione e sistemi di classificazione

Con il termine recettore si intende un trasduttore di energia, ovvero una struttura deputata a trasformare una forma di energia in un potenziale d'azione.

Ogni recettore presenta una specifica sensibilità, che deriva dall'anatomia del recettore stesso. Inoltre, ogni recettore controlla una regione ben definita, chiamata campo recettoriale. (9)

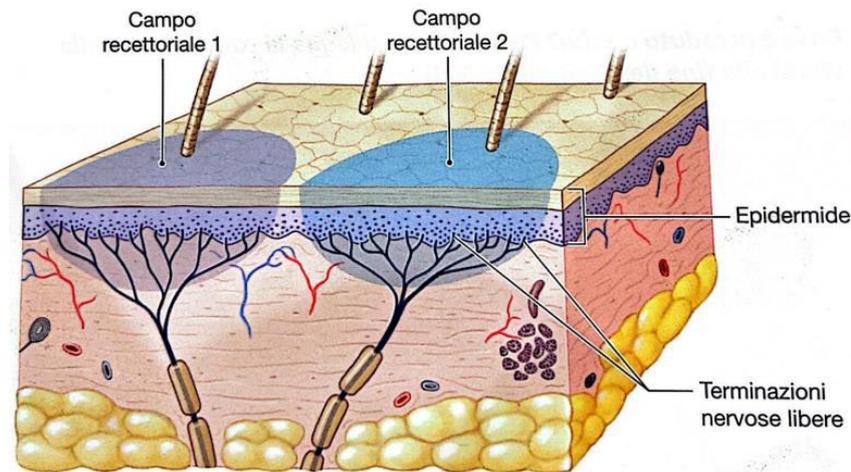


Figura 1: Recettori e campi recettoriali Martini et al., (2021) p. 472. (9)

Esistono diverse classificazioni per quanto riguarda i recettori.

La prima (10) classifica i recettori in base al tipo di stimolo a cui essi sono sensibili e li distingue in:

- Meccanocettori
- Chemiocettori
- Termocettori
- Fotorecettori

Si descriveranno ora le differenti tipologie di recettori sopradescritte.

I meccanocettori sono, ad esempio, i recettori cutanei per il tatto o quelli muscolari deputati a misurare le variazioni di lunghezza del muscolo. I meccanocettori capsulati eccitati da una pressione vengono chiamati Corpuscoli di Pacini. Essi sono costituiti da una terminazione nervosa, circondata da una serie di lamelle concentriche di tessuto connettivale. La terminazione, nella parte finale, è costituita da mielina ancora prima di uscire dal rivestimento connettivale, in modo che il primo nodo di Ranvier si trovi all'interno del Corpuscolo.

Quando tale recettore viene compresso si ha una diminuzione della polarizzazione e si ha una depolarizzazione. La differenza di potenziale tra la zona stimolata e quella non stimolata provoca una migrazione di cariche verso la zona stimolata. Il primo nodo di Ranvier così si depolarizza, e può raggiungere il potenziale soglia, che poi diventa potenziale d'azione che si propaga passando da un nodo di Ranvier al successivo (10).

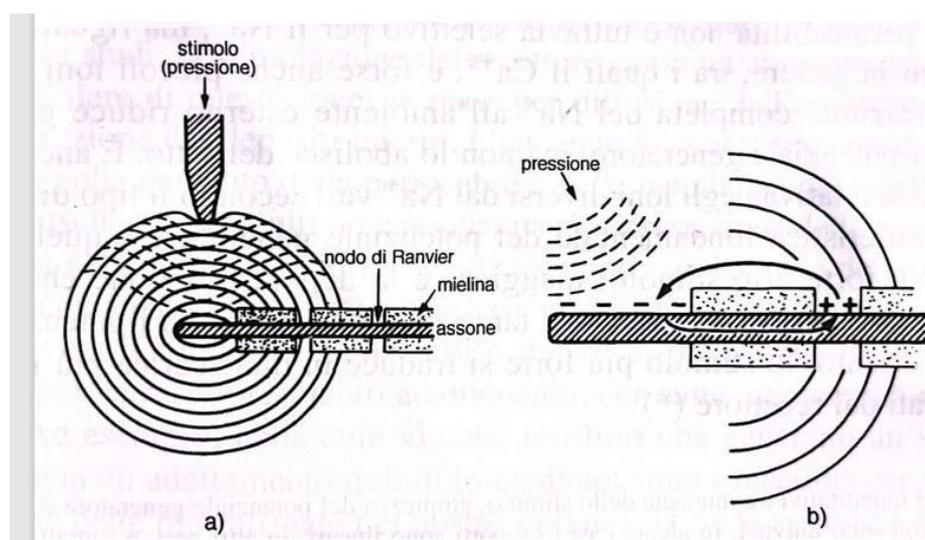


Figura 2:(a) Stimolazione di un corpuscolo di Pacini (b) effetto dello stimolo sulla terminazione nervosa (b). Midro (1996), p. 53). (13)

I Chemiocettori sono invece sensibili alla presenza di particolari sostanze presenti nell'ambiente. Sono un esempio di questo tipo di recettori quelli per il gusto e per l'olfatto.

I termocettori sono sensibili a variazioni di temperatura e sono localizzati in particolari zone del corpo definite centri termoregolatori.

I fotorecettori sono sensibili alla luce e sono localizzati a livello dell'occhio.

Un'altra classificazione (10) suddivide i recettori in base alla localizzazione dello stimolo. Essi vengono quindi classificati in:

- esterocettori
- enterocettori
- propriocettori

I primi sono eccitati da stimoli provenienti dall'ambiente esterno e includono i recettori della vista, del gusto, dell'udito e dell'olfatto e quelli presenti sulla superficie corporea.

Gli enterocettori sono eccitati da stimoli provenienti dall'interno dell'organismo, come la composizione chimica dei liquidi corporei, il volume o la pressione del sangue o il grado di distensione degli organi cavi.

I terzi sono deputati ad avvertire la posizione del corpo nello spazio e reciprocamente di una parte rispetto alle altre, essi sono ad esempio i recettori dell'apparato vestibolare situati nell'orecchio interno e i recettori articolari.

I nocicettori sono una classe di recettori a sé stante. Vengono attivati da uno stimolo dannoso o potenzialmente dannoso per l'organismo. Si trovano nella porzione superficiale della cute, nelle capsule articolari, nel periostio e intorno alla parete dei vasi sanguigni.

Una caratteristica che li distingue dagli altri tipi recettori è quella di essere a soglia elevata, e non in grado di distinguere una particolare forma di energia rispetto ad un'altra. Per la loro attivazione è richiesto uno stimolo relativamente alto rispetto agli altri, che abbia un'intensità sufficiente a provocare un danno ai tessuti.

I nocicettori a loro volta vengono suddivisi in tre classi:

- sensibili a temperature esterne;
- sensibili a sollecitazioni meccaniche;
- sensibili a sostanze chimiche

(10).

CAPITOLO 2

Elaborazione delle informazioni tattili a livello periferico e centrale

2.1 I neuroni dei fasci ascendenti

Le vie ascendenti sono deputate a trasportare informazioni di tipo sensitivo. L'elaborazione del 99% delle informazioni sensitive avviene a livello del midollo spinale, nel talamo e nel tronco encefalico, mentre l'1% delle informazioni sensitive raggiunge la corteccia cerebrale e, quindi, i processi di coscienza. L'informazione di tipo sensitivo viene registrata e viaggia poi all'interno di una fibra afferente sotto forma di potenziale d'azione.

La via deputata a trasportare informazioni tattili di tipo propriocettivo, tattile epicritico, pressorio e vibratorio, prende il nome di via del cordone posteriore. I neuroni deputati alla trasformazione di informazioni dalla periferia al sistema nervoso centrale sono di tre tipi: di primo, secondo e terzo ordine.

I neuroni di primo ordine sono caratterizzati da assoni che raggiungono il sistema nervoso centrale attraverso le radici dorsali dei nervi spinali e le radici sensitive dei nervi cranici. Dalle radici dorsali dei nervi spinali gli assoni entrano nel midollo spinale inferiormente a livello della vertebra T6, dove poi ascendono costituendo il fascicolo gracile, mentre quelli che entrano nel midollo spinale a livello di T6 o a livello superiore vanno a formare il fascicolo cuneato.

I neuroni di primo ordine formano sinapsi con i neuroni di secondo ordine nel nucleo gracile e a livello del midollo allungato.

I neuroni sensitivi di secondo ordine del cordone posteriore lasciano i loro nuclei, dove avviene la decussazione (ovvero il loro passaggio alla metà controlaterale del tronco encefalico); successivamente, i neuroni di secondo ordine contraggono sinapsi con i neuroni di terzo ordine localizzati a livello del talamo ma dal lato opposto dell'encefalo tramite un fascio definito lemisco mediale, che lungo il suo decorso incorpora fibre del V, VII, IX e X nervo cranico. Anche queste ultime sono deputate a trasportare lo stesso tipo di informazioni.

A livello del talamo le informazioni sensitive vengono integrate nel nucleo ventrale posterolaterale, nel quale vengono raggruppate a seconda delle specifiche regioni del corpo coinvolte. Lì le informazioni sensitive sono proiettate a specifiche regioni della corteccia sensitiva primaria.

Le vie sensitive ascendenti prendono i seguenti nomi:

- via del cordone posteriore, che conduce informazioni riguardanti il tatto fine, ovvero la sensibilità definita epicritica;
- fascio spino talamico anteriore, che conduce informazioni riguardanti pressione e tatto scarsamente localizzato;
- fascio spino talamico laterale, che conduce informazioni dolorifiche e termiche;
- via spino-cerebellare, che conduce informazioni propriocettive al cervelletto.

2.2 Disposizione delle vie sensitive

I neuroni disposti all'interno delle vie sensitive sono organizzati seguendo i seguenti criteri:

- 1) Disposizione delle fibre in funzione della sensibilità: le fibre sensitive sono disposte in base al tipo di informazioni sensitive trasportate dai singoli neuroni. Esse sono suddivise in tre gruppi: fibre che trasportano informazioni relative alla sensibilità tattile, fibre che trasportano informazioni relative a dolore e alla temperatura e fibre che trasportano informazioni relative alla sensibilità protopatica.
- 2) L'organizzazione medio-laterale. La maggior parte delle fibre sensitive arriva al midollo spinale tramite un nervo situato a un livello inferiore, viaggiando così poi in posizione mediale rispetto alle fibre entrate.
- 3) L'organizzazione somatotopica. Le fibre sensitive ascendenti sono organizzate all'interno delle singole vie in base al loro sito di origine relativo al distretto corporeo dal quale provengono (9).

CAPITOLO 3

Aspetti psicologici del” tocco” e suo ruolo nella relazione terapeutica

3.1 Il ruolo psicologico del” tocco”

Il “tocco terapeutico” svolge le tre importanti funzioni sopra descritte-

Tra queste funzioni non sono da sottovalutare gli aspetti psicologici, in quanto essi hanno una grande rilevanza nella costruzione di un'adeguata alleanza terapeutica tra fisioterapista e paziente; postulato essenziale per garantire l'efficacia del trattamento riabilitativo.

Per raggiungere tale scopo è auspicabile cercare di conquistare la fiducia del paziente e creare un clima di empatia, entrando con delicatezza nella sua sfera personale. Per fare un esempio pratico, si può chiedere al paziente, con discrezione, la professione svolta o informazioni inerenti alle proprie passioni; questo permette di adattare il trattamento alle caratteristiche individuali della persona.

Secondo la normale concezione che i pazienti hanno della figura del fisioterapista, è ben noto che il paziente, quando si reca dal terapeuta, si aspetta che egli utilizzi il contatto manuale nel trattamento. Questo contatto può suscitare emozioni, pensieri, sentimenti.

Essi non devono essere visti come un ostacolo, ma piuttosto come una componente intrinseca dell'essere umano. Ogni persona sviluppa, in relazione al contatto, emozioni proprie, profonde e singolari.

Alcuni pazienti, per motivazioni di natura socioculturale, potrebbero essere restii al “tocco”. In tal caso risulta ancora più importante accogliere il vissuto del paziente e trovare strategie alternative per conquistare la sua fiducia; una volta raggiunto questo obiettivo è possibile iniziare il trattamento fisioterapico.

Coan et al. (2006) (11) dimostrano, mediante uno studio empirico, l'importanza di conquistare la fiducia del paziente ponendo l'accento sulla dimensione empatica. Per far questo, i ricercatori hanno condotto uno studio volto a valutare gli effetti biologici del tenersi per mano di alcune donne sposate sotto minaccia di uno shock elettrico, in tre diverse condizioni: mentre tenevano la mano del marito, mentre tenevano quella di uno sperimentatore e senza tenere la mano di nessuno.

Grazie alla risposta fornita dalla risonanza magnetica funzionale è stato dimostrato che le donne che tenevano la mano del coniuge avevano un'attenuazione dell'attivazione dei sistemi neuronali, ovvero nella corteccia prefrontale dorsolaterale, nel caudato e nel collicolo superiore, le aree deputate all'elaborazione di risposte emotive e comportamentali. Diversamente, è stata ottenuta un'attenuazione più contenuta nelle donne che tenevano la mano a uno sconosciuto, nello specifico nella corteccia anteriore ventrale del cingolo, in quella del cingolo posteriore, nel cingolo post centrale destro e nel cingolo sopra marginale sinistro (11).

Questo studio induce a riflettere su quanto sia importante curare la relazione con il paziente e conquistare la sua fiducia fin da subito, a partire dal primo colloquio.

Ovviamente il fisioterapista è una persona estranea e non coinvolta nella storia individuale del paziente, ma lo studio sopra citato supporta il fatto che creare un clima empatico sia il primo passo “nella faticosa salita” della riabilitazione.

In uno studio di Bientzle et al (2019) si indaga come il paziente percepisca la competenza e la professionalità del fisioterapista e di conseguenza accordi o meno la sua fiducia.

I ricercatori hanno reclutato 125 pazienti, dividendoli casualmente in tre gruppi: due composti da 41 partecipanti e il restante gruppo composto da 43. Ad ogni gruppo è stata proposta la visione di alcuni video che mostravano l'esecuzione di esercizi per migliorare la postura e ridurre la tensione alla muscolatura del rachide cervicale.

I gruppi erano i seguenti:

- TT “therapist touch” in questo video il terapeuta toccava il paziente mentre forniva indicazioni verbali precise e dettagliate per l'esecuzione dell'esercizio (41 partecipanti)
- ST” self touch” in questo video il terapeuta forniva solo indicazioni verbali e insegnava “l'auto- tocco” (41 partecipanti)
- NT “no touch” dove il terapeuta forniva solo indicazioni verbali (43 partecipanti).

È stato dimostrato che i pazienti che avevano visionato i video con la modalità TT avessero una migliore percezione delle competenze del fisioterapista rispetto agli altri due gruppi. (12)

Tale studio enfatizza l'importante ruolo del “tocco terapeutico” nella costruzione dell'alleanza terapeutica, fondata sulla fiducia che il paziente pone nei confronti del terapeuta.

3.2 Aspetti psicologici del “tocco” dal punto di vista del fisioterapista

Anche per il Fisioterapista, in quanto persona, portatrice di sentimenti e di emozioni, la componente psicologica assume una grande rilevanza durante la conduzione del trattamento riabilitativo.

Come ribadisce Iori (2009), “i sentimenti, nei luoghi professionali, sono stati ridotti all’insignificanza, o sono diventati oggetto di attenzione soltanto quando costituiscono un tale disturbo, nella prassi quotidiana, da compromettere l’efficienza degli operatori e il funzionamento delle organizzazioni” (1).

In situazioni particolarmente drammatiche che implicano un ingente coinvolgimento emotivo il terapeuta potrebbe provare un senso di impotenza e di frustrazione o farsi sopraffare da sentimenti pietistici, che non sarebbero certamente funzionali alla conduzione del trattamento fisioterapico.

La soluzione risiede nel trovare la giusta distanza tra eccessivo coinvolgimento emotivo e impersonalità, facendo tesoro dei propri vissuti e della propria esperienza.

Secondo Goleman, citato da Iori (2009) “l’intelligenza è presente anche nelle emozioni. Ma [...] attraverso l’intelligenza emotiva è possibile conoscere le cause delle proprie emozioni, identificarle e valutare le conseguenze emotive, scegliere comportamenti idonei a raggiungere determinati obiettivi. Ancora una volta, pur nell’inscindibile binomio intelligenza-emozioni si afferma la superiorità della mente sul cuore e del ruolo dell’intelligenza come controllo” (1).

È importante per un fisioterapista acquisire, durante il suo percorso professionale, la capacità di imparare gradualmente a riconoscere i sentimenti e le emozioni che scaturiscono inevitabilmente dai suoi vissuti e trovare in ogni diversa situazione il compromesso tra distanza e vicinanza che gli eviti la fuga dell’impersonalità e l’eccesso di coinvolgimento emotivo.

CAPITOLO 4

Comunicazione verbale e non verbale funzionale ad un adeguato intervento terapeutico: aspetti salienti e contributo del contatto fisico tra terapeuta e paziente

“Le parole hanno il potere di distruggere e creare. “Quando le parole sono gentili e sincere possono cambiare il mondo” (massima di Buddha, ripresa da Fiori nel libro Le Parole della Cura, 2021, p. 37) (13).

Il canale verbale non è l'unica modalità di comunicazione ma non si può negare che esso assuma un'importanza pregnante all'interno di qualsiasi relazione umana, anche in quella terapeutica. Dove il paziente si trova a dover affrontare una situazione difficile, di disagio, è importante che il terapeuta sia in grado di comunicare utilizzando un linguaggio che trasmetta comprensione e empatia. Anche una piccola variazione di tono, il cambio di una singola parola all'interno di una frase possono modificare la fiducia che il paziente ha nei confronti del fisioterapista.

Il canale verbale è una delle modalità utilizzate dal fisioterapista durante la condotta del trattamento riabilitativo. Tuttavia, esso non è di certo l'unico modo che il terapeuta utilizza per comunicare: rivestono pari importanza il “tocco”, lo sguardo, la postura.

Uno studio condotto Hiller et al. (2015), rispetto alla comunicazione in campo fisioterapico privato afferma che essa si basa su approccio misto: si tratta di un approccio centrato sul professionista per quanto riguarda l'ambito prettamente comunicativo tramite il canale verbale, che si intreccia con un approccio basato sul paziente tramite il “tocco” e l'uso di conversazioni casuali che si inseriscono nella pratica clinica con due scopi: attuare la condotta terapeutica vera e propria e trasmettere empatia e sicurezza. (14)

Dalla letteratura che, come già accennato, non è ampia rispetto al campo prettamente fisioterapico, non si evince quale sia il modello comunicativo ideale da applicare nella pratica clinica. In passato sono stati invece effettuati alcuni studi relativi al campo medico e infermieristico, i cui *outcomes* sono considerati di fondamentale rilevanza e attualità per la costruzione di un'adeguata alleanza terapeutica in qualsiasi relazione di cura.

Tra questi riportiamo lo studio condotto da Thomas nel 1987. Il ricercatore ha effettuato visite ambulatoriali in pazienti che avevano diversi tipi di disturbi quali: tosse, vertigini, congestione nasale e astenia.

Le visite effettuate in questo studio erano di due tipi: positive e negative; in quelle positive venivano fornite ai pazienti una diagnosi certa e una terapia efficace, mentre in quelle negative non venivano fornite rassicurazioni e il medico restava molto vago sul tipo di trattamento e soprattutto sull'efficacia di quest'ultimo, e il trattamento consisteva o in un farmaco placebo oppure non prevedeva la prescrizione di alcun farmaco.

Due settimane dopo la visita si poteva osservare una notevole differenza tra il primo e il secondo gruppo. Nei pazienti del secondo gruppo non si notava una grande differenza in termini di miglioramento della condizione tra quelli che avevano ricevuto il trattamento e quelli che non avevano ricevuto alcun trattamento. Il fattore interessante è che il risultato terapeutico “andava di pari passo” con le suggestioni verbali fornite; suggestioni di certezza portavano a risultati positivi, mentre suggestioni di incertezza portarono a risultati negativi. (15)

Da questo si deduce l'importanza e la rilevanza che hanno le parole del medico o del terapeuta nella “costruzione” della relazione di cura e negli *outcomes* del trattamento. Questo passaggio risulta fondamentale anche in campo fisioterapico, dove il terapeuta si trova a trattare i pazienti dovendo seguire tempi e orari ben scanditi. Ciascun paziente presenta caratteristiche individuali, bisogni e necessità proprie e ciò fa molto riflettere su quanto anche una singola parola detta o non detta possa cambiare il percorso clinico di un paziente.

Risultano, a tal proposito, particolarmente calzanti le parole della poetessa Alda Merini: “mi piace chi sceglie le parole da non dire “. (Fiori, *Le Parole della cura*, 2021, p.51) Questa frase fa riflettere sulla necessità del terapeuta di focalizzare l'attenzione quando comunica con il paziente sui progressi, sugli obiettivi raggiunti, piuttosto che sulle difficoltà e sui limiti che la condizione clinica riserva.

Inoltre, l'importanza della comunicazione verbale è stata messa in evidenza anche nell'impatto emotivo che l'anestesista ha sul suo paziente nello studio condotto da Egbert et al. (1964), dove è stata dimostrata una riduzione del dolore post-operatorio nei pazienti che erano informati sul decorso del loro dolore e che erano incoraggiati a superarlo. Questa riduzione della percezione del dolore da parte del paziente è stata dimostrata dalla riduzione della richiesta di narcotici rispetto al gruppo di controllo. (16)

Un altro studio in cui emerge l'importanza della comunicazione a fini terapeutici e quanto una comunicazione empatica e che trasmetta sicurezza sia efficace in termini di riduzione del dolore percepito dal paziente nel decorso post - operatorio, è stato condotto da Pollo (2001).

Tale studio indaga la differenza tra il protocollo in doppio cieco e quello “con inganno” nella fase post-operatoria che prevede il trattamento con buprenofrina al bisogno per tre giorni, per affrontare il decorso post-operatorio associata a una soluzione fisiologica continua per endovena.

Le soluzioni somministrate ai pazienti prevedevano lo stesso contenuto nei tre gruppi sotto descritti, ma la differenza consisteva proprio in ciò che veniva detto dal medico a tali pazienti.

I pazienti vennero divisi in tre gruppi così suddivisi:

- primo gruppo: non venivano date informazioni sul contenuto della flebo, ovvero il “gruppo di storia naturale”
- secondo gruppo: veniva detto che la soluzione endovenosa poteva essere un potente analgesico, oppure un placebo, ovvero il gruppo di “somministrazione classica in doppio cieco”.
- terzo gruppo: veniva detto che la soluzione endovenosa conteneva un potente analgesico, il cosiddetto “gruppo sottoposto a somministrazione con inganno”.

L’effetto placebo della soluzione fisiologica veniva misurato annotando le dosi di buprenofrina richieste nel corso dei tre giorni di trattamento. Da tale studio risulta che la richiesta di assunzione di buprenofrina nei tre giorni era minore con la somministrazione della soluzione fisiologica in doppio cieco, (arrivava al 20,8% rispetto al gruppo di storia naturale e quella con somministrazione ingannevole era anche maggiore dei due gruppi arrivando anche al 33,8% in più.)

Con questo si comprende che l’incertezza delle istruzioni verbali e negli atteggiamenti del medico porta realmente a risultati diversi; quindi, come afferma Thomas “vale la pena essere positivi: sottili differenze nella comunicazione verbale possono avere conseguenze significative sul risultato terapeutico” (17)

Lo studio di Pollo et al, (2021), ha una grande rilevanza in quanto può essere applicato a tutte le relazioni di cura e educazione e fa molto riflettere sull’importanza delle parole e su quanto esse possono influire realmente sugli *outcomes* della pratica clinica, portando effettivi positivi se sicure e ben “calibrate”, oppure negativi in caso contrario.

CAPITOLO 5

Materiali e metodi

5.1 Background

Nei capitoli precedenti è stata effettuata una ricerca di tipo bibliografico con lo scopo di analizzare il materiale disponibile in letteratura riguardo il “tocco” e il contatto terapeutico; tale tematica è stata analizzata dal punto di vista neurofisiologico e psicologico, quest’ultima componente ha un ruolo fondamentale nell’effettiva costruzione dell’alleanza terapeutica.

5.2 Progettazione dello studio

Lo studio condotto è di tipo qualitativo, basato su un approccio di tipo fenomenologico. Tramite tale studio verrà analizzato, sotto diversi aspetti, il ruolo del “tocco” nella relazione terapeutica e l’importanza di esso nella costruzione di un’adeguata “compliance” tra terapeuta e paziente, ai fini di garantire l’efficacia del trattamento riabilitativo.

Si è utilizzato lo strumento della ricerca qualitativa, attraverso interviste semi strutturate a fisioterapisti impegnati in ambiti differenti (neurologico, ortopedico, età evolutiva), al fine di rappresentare fedelmente la vastità di risorse che il contatto, inteso come strumento utilizzato nella pratica clinica, fornisce al terapeuta. Si mira così ad analizzare tutte le diverse sfaccettature che il “tocco” assume nelle varie “realità fisioterapiche”.

Si è scelto di usufruire delle interviste di tipo semi strutturato, in quanto esso è un ottimo strumento per lasciare spazio ai terapeuti, provenienti dai diversi ambiti, di esprimersi riportando così le proprie competenze tecniche e la personale esperienza sul campo di ciascuno di essi.

5.3. Fasi dello studio

Le fasi dello studio sono state cinque. La ricerca è iniziata a partire da gennaio 2023 e si è conclusa a settembre 2023.

Lo studio è stato così suddiviso:

(1) Ricerca bibliografica A partire da gennaio 2023 fino a giugno 2023, è stata effettuata una ricerca bibliografica del materiale disponibile in letteratura. L’analisi è stata effettuata sia nelle

principali banche dati (Pubmed, Pedro, Cochrane) che nei volumi cartacei riguardanti il “tocco” e il contatto terapeutico. La ricerca è stata focalizzata sui seguenti termini: “human touch, the role of human touch in practical physiotherapy”.

In totale sono stati inclusi tredici articoli, riguardanti il contatto manuale in ambito fisioterapico e medico, il ruolo della comunicazione verbale e non verbale e tutte le varie implicazioni psicologiche e relazionali correlate ad esso.

È stata rilevata una scarsità di materiale riguardo al campo prettamente fisioterapico, però è stato trovato materiale relativo ad altre figure sanitarie nello specifico per medici e personale infermieristico, fruibile anche per la professione del fisioterapista, in quanto esso analizza aspetti salienti anche per la nostra professione.

Da tali risultati deriva l'importanza di condurre uno studio relativo a questo ambito: il “tocco” è una componente fondamentale della professione riabilitativa, che caratterizza sia “l'essere fisioterapista” come figura professionale, ma anche l'importanza che esso ha nell'accezione comune che i pazienti hanno quando si recano dal fisioterapista, e la scarsità di materiale in letteratura lascia diversi punti interrogativi che sono ancora in fase di esplorazione da parte della comunità scientifica.

(2) Stesura delle interviste la studentessa, insieme a relatrice e correlatrice, ha predisposto la traccia dell'intervista. Il focus delle domande è il contatto terapeutico secondo tutte le sue componenti e le sue varie sfaccettature nei diversi ambiti. Si è scelto di condurre lo studio con sei domande aperte, che lasciano molto spazio ai fisioterapisti di esprimersi. Lo stesso risultato non si sarebbe ottenuto con la somministrazione di un questionario a scelta multipla, riguardo tale argomento. Questa fase è stata condotta nel periodo compreso tra maggio 2023 e luglio 2023. La studentessa si è recata nelle varie strutture cercando disponibilità a collaborare da parte di fisioterapisti che si occupano di uno dei tre ambiti sopra descritti. I fisioterapisti disponibili sono stati reclutati per lo studio, fornendo il loro consenso alla partecipazione.

(3) Selezione del campione. La tecnica di campionamento scelta per condurre tale studio è quella del campionamento propositivo; sono stati selezionati fisioterapisti afferenti ai tre ambiti sopra descritti e, al fine di ottenere una ancora maggiore rappresentatività della varietà della pratica terapeutica, laddove possibile sono stati selezionati fisioterapisti che applicano metodiche diverse.

Per quanto riguarda l'ambito neurologico dell'adulto e l'età evolutiva, alcuni intervistati utilizzano l'approccio Bobath, mentre altri l'approccio ETC.

Complessivamente sono state condotte undici interviste, così suddivise:

- quattro interviste a fisioterapiste che lavorano in ambito neurologico (di cui due con metodo Bobath e due con metodo ETC)
- tre interviste a fisioterapiste che lavorano in età evolutiva (di cui due con metodo Bobath e una con metodo ETC)
- quattro interviste a fisioterapisti che lavorano in ambito ortopedico.

(4) Raccolta dei dati. Le interviste sono state effettuate nei mesi a partire da maggio 2023 a luglio 2023 dalla studentessa. Esse sono state registrate con lo smartphone e trascritte fedelmente su file Word.

(5) Elaborazione dei dati. Successivamente, dal documento sono state ricavate le informazioni salienti e gli aspetti principali e di maggior rilevanza per proseguire con l'indagine qualitativa. Il metodo utilizzato per l'analisi delle interviste è il metodo Colaizzi.

5.4 Aspetti etici

Per condurre lo studio empirico, è stato dichiarato a ciascuno dei partecipanti l'obiettivo dell'intervista ed è stato richiesto il permesso di registrarla. Tutti i fisioterapisti hanno dato il loro consenso. È stata rispettata la privacy dei fisioterapisti, in quanto non saranno presentati i nomi degli intervistati e neppure il luogo dove sono impiegati. Successivamente verranno solamente indicate le caratteristiche di ciascun individuo coinvolto, mantenendo però l'anonimato.

5.5. Criteri di Inclusione

Per effettuare tale studio sono stati contattati undici fisioterapisti provenienti dai tre ambiti sopra descritti. L'adesione allo studio è stata del 100%. Il campione è molto variegato per quanto concerne l'età e gli anni di esperienza professionale. Il *range* di età degli intervistati va dai 25 ai 64 anni. La scelta di reclutare fisioterapisti di diverse età e con anni di esperienza diversa ha lo scopo di avere una maggior varietà del campione per la conduzione dello studio.

Inoltre, per quanto riguarda l'area neurologica e l'età evolutiva, si è scelto di intervistare fisioterapisti che utilizzano i due approcci maggiormente utilizzati attualmente nel campo della

riabilitazione, ovvero approccio ETC, e approccio Bobath. In base alla disponibilità del campione reclutato, per l'età evolutiva sono state condotte tre interviste: due fisioterapiste che utilizzano l'approccio Bobath, e una che utilizza l'approccio ETC.

5.6 Caratteristiche del campione

Nella tabella seguente saranno indicate le principali caratteristiche dei fisioterapisti coinvolti nello studio (età, sesso, ambito lavorativo, anni di lavoro nell'ambito di riferimento).

Di seguito è riportata la tabella con le caratteristiche sopra descritte.

Tabella 1: Caratteristiche dei soggetti coinvolti:

Fisioterapista	Età	ambito dove lavora	Anni di impiego in tale ambito
Ter.1	64 anni	Area neurologica	41 anni
Ter.2	35 anni	Area neurologica	7 anni
Ter.3	30 anni	Area neurologica	6 anni
Ter.4	41 anni	Area neurologica	20 anni
Ter.5	31 anni	Età evolutiva	5 anni
Ter.6	56 anni	Età evolutiva	32 anni
Ter.7	54 anni	Età evolutiva	29 anni
Ter.8	34 anni	Area ortopedica	10 anni
Ter.9	25 anni	Area ortopedica	2 anni
Ter.10	31 anni	Area ortopedica	9 anni
Ter.11	34 anni	Area ortopedica	10 anni

5.7 Analisi delle interviste

Le undici interviste sono quindi state ascoltate più volte, per comprendere il significato ed estrapolare le informazioni principali. Successivamente sono state analizzate secondo il Metodo Colaizzi

Come riportato nell'articolo di Karen -Leigh Edward (18), la ricerca qualitativa secondo il Metodo Colaizzi è uno strumento valido che si adatta molto bene a questo tipo di indagine, in quanto permette al campione di esprimere la propria esperienza tramite il linguaggio quotidiano.

Lo strumento del contatto è un aspetto molto individuale nella pratica clinica, che varia molto non solo in base al metodo utilizzato dal terapeuta, ma anche in base alle caratteristiche personali di ogni professionista. Le sei domande nascono proprio dall'ipotesi di indagare il contatto e tutte le sue sfaccettature nelle varie realtà fisioterapiche.

5.8 Struttura dell'analisi secondo il Metodo Colaizzi

Nell'articolo: "The extension of Coalizzi Method", condotto da Karen-Leigh (2011) sono descritte le fasi del metodo Colaizzi.

Esso consta di otto fasi che saranno di seguito descritte:

La prima fase consiste nel condurre le interviste ai partecipanti dell'indagine. Le interviste sono registrate e in seguito trascritte e lette attentamente più volte dal conduttore dell'indagine.

La seconda fase consiste nell'estrapolare dalle interviste, le informazioni di maggior rilevanza, che sono espresse tramite delle frasi significative; le quali rappresentano i concetti principali che i partecipanti intendono trasmettere all'interlocutore. Si procede poi a redigere una lista con le frasi più significative.

La terza fase consiste nell'analizzare le frasi più significative cercando di individuare dati rilevanti per la continuazione dell'indagine.

La quarta fase consiste nell'organizzare in temi, i dati rilevanti, per ogni intervista e poi successivamente l'individuazione di temi comuni a tutte le interviste condotte.

La quinta fase consiste nell'esplicitare in modo approfondito e completo i temi della fase precedente.

La sesta fase consiste nel riassumere in una serie di proposizioni i temi della quarta fase, formando un enunciato che descriva accuratamente il fenomeno dell'indagine appena condotta. Si procede successivamente, a descrivere la struttura fondamentale del fenomeno indagato.

La settima fase consiste nel fornire un riscontro agli intervistati relativamente al fenomeno, con lo scopo di validare il significato di quest'ultimo, apponendo le opportune modifiche, ove necessarie sulla base delle rivisitazioni degli intervistati. (18)

Tabella 2: La struttura del metodo Colaizzi: (18)

Le sette fasi del Metodo Colaizzi
1° Fase: Conduzione delle interviste, e trascrizione delle stesse
2° Fase: Estrapolare le informazioni più rilevanti e individuazione delle frasi significative
3° Fase: analisi delle "frasi significative"
4° Fase: organizzazione in temi rilevanti e individuazione di questi nella singola intervista
5° Fase: approfondimento dei temi significativi
6° Fase: riassunto della 4° fase e descrizione del fenomeno indagato
7° Fase: definita di validazione, confronto con gli intervistati e riscontro con essi

Le domande dell'intervista

- 1- Cos'è per Lei il contatto terapeutico? cosa intende?
- 2- Quanta importanza ha, secondo Lei, il contatto manuale, nella relazione terapeutica ai fini del recupero del paziente?
- 3- Cosa pensa percepisca il suo pz mentre” tocca” il suo corpo?
- 4- Come utilizza il tocco terapeutico nella sua pratica?
- 5- Il suo contatto terapeutico si modifica in relazione alle caratteristiche del paziente, che sta trattando?
- 6- Secondo la sua opinione si sentirebbe ostacolato e/ o si troverebbe in difficoltà nel percorso riabilitativo che sta impostando, se un paziente non accettasse o rifiutasse il contatto corporeo durante la seduta riabilitativa?

Di seguito è riportata la tabella generale dove sono inseriti i temi comparsi e la relativa frequenza

Tabella 3: tabella con i temi comuni alle interviste.

TEMA	N. INTERVISTA
Il contatto come canale di comunicazione	1,8,10
Il contatto per conquistare la fiducia del paziente	1,5,6,7,8,9,10,11
Il contatto è variabile e adattabile	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11
Il contatto per infondere sicurezza	1,2,7,8,9,11
Il contatto per mettere a proprio agio il paziente	1,4,6,8,9
Sinergia di diversi strumenti a disposizione	2,5,8,9,10,11
Il contatto ha ruolo di guida terapeutica	2,3,4,5,6,7,
Il contatto è una modalità di interazione	2,3,5,6,8,10
Il contatto è sostegno, protezione e partecipazione	3,4,11
Il contatto manuale è un modo per restituire un feedback al paziente	4
Empatia: disponibilità all'ascolto	6,9,10
Il contatto manuale come modalità per concentrarsi sul paziente	6
Il contatto manuale è uno strumento per effettuare la valutazione	7,8,10
Necessità di un approccio rispettoso	10
Il contatto manuale come modalità per entrare in relazione con il paziente	5,8,9,10,11

CAPITOLO 6

Discussione

Il materiale empirico raccolto attraverso lo strumento dell'intervista è risultato ricco di concetti degni di nota.

La scelta di condurre un'analisi di tipo qualitativo attraverso interviste semi strutturate realizzate con un campione di fisioterapisti operanti in diversi ambiti terapeutici, può risultare efficace, in quanto ha permesso agli intervistati di esprimersi liberamente e soffermarsi sugli aspetti per loro più rilevanti.

In particolare, come afferma lo studio condotto da Karen, et al. (2011.), "l'analisi qualitativa effettuata tramite il metodo Colaizzi, risulta essere uno strumento valido, che permette agli intervistati di esprimere liberamente le proprie esperienze, attraverso narrazioni di vita quotidiana". (18)

L'indagine non avrebbe, probabilmente, portato agli stessi risultati se ai professionisti fosse stato somministrato un questionario a risposta multipla.

In tal caso, infatti, le risposte sarebbero state mirate e precise, e non avrebbero lasciato agli intervistati lo spazio per esprimere la propria personale esperienza.

Dalle interviste emergono sedici temi che approfondiscono l'uso del 'tocco' nel trattamento fisioterapico sia dal punto di vista fisico che, per quanto concerne i risvolti psicologici che esso può generare.

Gli intervistati definiscono il contatto manuale come un "tassello" dell'intervento terapeutico, anche se la buona riuscita del trattamento risulta garantita da diversi aspetti come la comunicazione verbale e non verbale e l'atteggiamento con cui il terapeuta si pone nei confronti del paziente.

Nell'articolo scritto da Wenche Schrøder Bjorbækmo e Anne Marit Mengshoel dal titolo: "*Critical phenomenological investigation in the use of touch as "know how" impractical physiotherapy in primary care with children and adults*", gli autori fanno riferimento a quanto detto da Norway Shaw e Deforge che confermano come la pratica clinica in ambito fisioterapico sia costituita da molteplici aspetti interconnessi tra loro e usano la metafora "del bricolage" dove il fisioterapista è visto come un *bricoleur*, che usufruisce di tutte le risorse a sua disposizione e degli strumenti in suo possesso per realizzare il progetto riabilitativo. (19).

6.1 Considerazioni generali rispetto all'approccio utilizzato dai professionisti

Dall'analisi appena svolta emergono, per quanto riguarda i terapisti che lavorano in area neurologica (età adulta ed età pediatrica), alcune differenze tra i fisioterapisti che utilizzano il metodo ETC e quelli che utilizzano il metodo Bobath. In particolare, secondo i fisioterapisti che utilizzano il metodo ETC, il “tocco terapeutico” non dovrebbe avvenire fin da subito: in primis è infatti necessario instaurare una relazione con il paziente, e il fisioterapista si avvale del contatto manuale solo in un secondo tempo.

Questo è confermato dalle parole della fisioterapista ter.3: *“Il contatto manuale secondo me è molto importante, forse non è il primissimo contatto che instauro con il paziente, perché il primo contatto è comunque legato a riuscire a stabilire una relazione empatica che deriva anche dalla presentazione iniziale, dalla capacità di educare il paziente, di trasferire anche utilizzando la comunicazione verbale quella sicurezza e quella sensazione di accudimento e di presa in carico, che precede anche il contatto manuale, quindi il fatto di saper mettere a proprio agio la persona ancora prima di sedersi a lettino e di cominciare con la valutazione, piuttosto che con la palpazione o con le manovre”.*

La prospettiva dei terapisti intervistati che utilizzano il metodo Bobath è del tutto differente: dal loro punto di vista il “tocco manuale” dovrebbe avvenire fin dai primissimi istanti in cui il fisioterapista incontra il paziente.

La fisioterapista ter.4 si esprime in questi termini: *“per me il contatto terapeutico è all'inizio, l'utilizzo delle mani per sentire e per trattare i tessuti, ma poi diventa soprattutto uno strumento per trasmettere empatia e rilassamento nella persona.*

Si denota, quindi, che nella prima parte del percorso terapeutico c'è un'importante differenza tra terapisti ETC e Bobath. I primi non ritengono utile l'utilizzo del tocco in questa fase, mentre i secondi lo ritengono funzionale alla definizione del percorso di cura. Queste differenze probabilmente tra una metodica e l'altra sono dovute alle diverse teorie di base e tecniche che i metodi impiegati dai professionisti implicano.

Quando l'intervento riabilitativo è invece già ben definito, entrambe le categorie di terapisti utilizzano il “tocco terapeutico” per mettere il paziente a proprio agio.

Si riporta di seguito, una tabella dove verranno indicati i temi comparsi per ogni area e la loro prevalenza.

Tabella 4: tabella dei temi rilevati in ogni area della pratica clinica con la loro relativa prevalenza.

Tema	Area neurologica	Età evolutiva	Area ortopedica
Costruire l'alleanza terapeutica	(1,3,4)	(5,6,7)	(8, 9, 11)
Il contatto manuale è un canale di comunicazione	(1)	(8)	(10)
Conquistare la fiducia del paziente	(1)	(5,6,7)	(8,9,11)
Adattabilità e variabilità del contatto	(1,2,3,4)	(5,6,7)	(8,9,10,11)
Il contatto per infondere sicurezza	(1,2)	(7)	(8,9,11)
Il contatto per mettere a proprio agio il paziente	(1,4)	(6)	(8,9)
Sinergia di diversi strumenti a disposizione	(2)	(5)	(8,9,10,11)
Il contatto manuale come guida terapeutica	(2,3,4)	(5,6,7)	
Il contatto come modalità di interazione	(2,3)	(5,6,7)	(8,10)

Il contatto è sostegno, protezione e partecipazione	(3,4)		(11)
Il contatto manuale è una modalità per restituire un feed-back al paziente	(4)		
Il contatto è uno strumento per trasmettere empatia e disponibilità all'ascolto		(6)	(9,10)
Il contatto manuale è una modalità per concentrarsi sul paziente		(6)	
Il contatto manuale è uno strumento per effettuare una valutazione		(7)	(8,9,10)
Necessità di un approccio rispettoso	(10)		

6.2. Analisi dei tre temi trasversali

Analizzando le interviste emergono tre temi trasversali a tutte le aree indagate (neurologica, età evolutiva e ortopedica). Data la loro prevalenza e trasversalità, tali tematiche (dettagliate nella tabella seguente) sono state individuate come asse portante di tutto il lavoro di indagine.

Tabella 5: i tre temi trasversali

Tema trasversale	Interviste in cui si rileva questo tema
Il contatto manuale deve essere variabile e adattabile	Interviste n. 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11
Il contatto manuale è uno strumento per costruire l'alleanza terapeutica	Interviste n. 1,3,4,5,6,7,8,9,10,11
Il contatto manuale è uno strumento per conquistare la fiducia del paziente	Interviste n. 1,5,6,7,8,9,10,11

6.2.1 *Il contatto manuale deve essere variabile e adattabile*

In tutte le undici interviste condotte è emersa la necessità, durante l'interazione riabilitativa, di variare e adattare il contatto in base a diversi fattori, tra i quali elenchiamo: le caratteristiche individuali del paziente, la tipologia di paziente, lo stato d'animo del paziente, l'accettazione della sua condizione, la fase della seduta riabilitativa e la conoscenza o meno del terapeuta...

Il contatto terapeutico è descritto come uno strumento fondamentale in tutte le fasi ed in tutte le tipologie di interventi fisioterapici, anche se esso assume tratti differenti a seconda dello specifico contesto di applicazione.

I professionisti afferenti a tutti e tre gli ambiti sottolineano, in particolare, come il contatto manuale debba variare a seconda delle caratteristiche individuali e caratteriali del singolo paziente, indipendentemente dal fatto che si tratti di un paziente neurologico, ortopedico o di un bambino.

Come afferma il fisioterapista dell'intervista ter. dieci: *“Per me il contatto manuale varia in base al carattere individuale della persona. Più una persona è disponibile a entrare in contatto per fare la terapia meglio sarà. Anche in relazione alle caratteristiche della persona la questione cambia, con un paziente ortopedico sono più settato più mirato, con un bambino è diverso. Il bambino ha bisogno di una guida di sicurezza di qualcosa che serve per entrare in relazione. Mi piace definire la fisioterapia come qualcosa di non asettico, qualcosa di emotivo.”*

Tale riflessione trova corrispondenza in quanto afferma Nicholls (2022). Il ricercatore sostiene che il tocco sia un'esperienza fenomenologica e sociale, e definisce il tocco terapeutico come un fenomeno del tutto soggettivo che può essere compreso solo dalla persona che lo sperimenta. Secondo Nicholls, ciò che si ottiene a livello terapeutico ha poco a che fare con gli atomi, i tessuti o i coefficienti di attrito, e molto di più a che fare con le convinzioni e i valori di una persona, la storia personale, il contesto culturale e sociale. (20)

Il soffermarsi, da parte di intervistati afferenti a tutti e tre gli ambiti terapeutici, sulle caratteristiche individuali del paziente e sul tipo di patologia come fattori di base su cui è necessario modulare il “tocco terapeutico”, fanno riflettere sulla necessità per un terapeuta di mantenere una visione aperta, sempre disponibile al cambiamento, variabile e adattabile alle specifiche caratteristiche ed ai bisogni del paziente che ha di fronte.

Rispetto al primo tema trasversale, sono state inoltre rilevate alcune specificità relative ai diversi ambiti (ortopedico, dell'età evolutiva, neurologico), che verranno di seguito analizzate.

Per quanto riguarda l'ambito ortopedico, i fisioterapisti intervistati ritengono che il contatto si modifichi significativamente in base alla fase di trattamento, ovvero se si è alle prime sedute o se si è prossimi alla conclusione del ciclo fisioterapico.

Per esempio, la fisioterapista ter. otto afferma che *“il contatto si modifica molto. Nelle prime sedute si lavorerà molto, in modo passivo, le prese sono più avvolgenti. A mano a mano che si va far fare al paziente un lavoro attivo, le prese e il contatto saranno meno avvolgenti, anche in ottica di rendere il paziente più autonomo. Il nostro tocco non sarà più una rassicurazione, ma una guida per far*

capire al paziente come deve muovere, come deve eseguire l'esercizio. In quel caso il nostro tocco diventerà meno avvolgente. In pratica userò meno superficie della mano e il paziente prenderà più fiducia in se stesso".

Questo concetto non è emerso nelle interviste afferenti agli altri due ambiti analizzati. Le parole appena citate risultano essere confermate da quanto affermato nello studio condotto da Bientzle et al. (2019), che indaga i meccanismi attraverso cui il paziente percepisce la competenza e la professionalità del fisioterapista e, di conseguenza, concede o meno la sua fiducia.

Nello specifico nello studio viene indicato come il "self touch" (cioè, il fisioterapista che durante l'esecuzione degli esercizi utilizza solo il canale verbale) sia percepito dal paziente come una modalità per promuovere l'autonomia. Il raggiungimento di quest'ultima è fondamentale nella seconda fase del percorso riabilitativo, ovvero una volta superato il periodo acuto. (12)

In tale fase, come confermato dai terapisti intervistati afferenti all'area ortopedica, vengono proposti esercizi attivo-assistiti e, in seguito, esercizi attivi, svolti autonomamente dal paziente, in cui il fisioterapista ha il ruolo di supervisionare e verificare la corretta esecuzione degli stessi, ed il "tocco terapeutico" non ha più un ruolo preponderante.

Per quanto riguarda il tema trasversale della variabilità e adattabilità del contatto, grazie al lavoro di ricerca si può desumere che i fisioterapisti afferenti all'area neurologica e a quella dell'età evolutiva ritengono, in genere, che la variabilità del contatto debba basarsi su aspetti psicologici e relazionali. Tra di essi spiccano lo stato d'animo del paziente durante la seduta riabilitativa, la conoscenza pregressa del fisioterapista da parte del paziente e l'esperienza soggettiva di malattia propria del paziente.

Come riferisce la terapeuta ter. uno: *"nell'interazione riabilitativa il contatto terapeutico si modifica progressivamente nel corso degli esercizi, anche nel contesto di una singola seduta. Non solo in relazione alla patologia ma anche al modo in cui il paziente sta vivendo la propria patologia."*

6.2.2 Il contatto manuale è uno strumento per costruire l'alleanza terapeutica

Nella quasi totalità delle interviste (nello specifico in dieci delle undici realizzate), è emerso che il contatto manuale viene percepito dai terapisti come uno strumento utile a costruire l'alleanza terapeutica tra terapeuta e paziente.

A tal proposito, occorre innanzitutto porre in evidenza come l'alleanza terapeutica si fondi su diversi aspetti, come la fiducia nei confronti del terapeuta, la capacità del terapeuta nel far sentire a proprio agio il paziente, la rassicurazione della persona e la comunicazione reciproca.

Il ruolo del tocco nella costruzione dell'alleanza terapeutica è dettagliato nell'articolo di Hiller, Delany e Guillemin (2022) in Department of Rehabilitation Science and Health Technology, che spiega come il "tocco", serva a trasmettere cura, empatia, sostegno e rassicurazione e a rafforzare la fiducia nei fisioterapisti, nonché per scopi comunicativi. (14)

Sebbene tutti gli intervistati considerino il contatto come uno strumento per costruire l'alleanza terapeutica, sono state espresse dai terapisti dei tre ambiti alcune sfaccettature particolari.

In particolare, in base all'ambito professionale, i terapisti intervistati hanno dimostrato di porre maggiore attenzione a specifici componenti dell'alleanza terapeutica.

In particolare, i fisioterapisti dell'area neurologica dichiarano che per rafforzare l'alleanza terapeutica sia fondamentale fornire informazioni al paziente in modo da favorire la sua partecipazione attiva durante la seduta riabilitativa. Come afferma la fisioterapista dell'intervista ter. quattro: *"con il paziente neurologico il tocco serve per dare informazioni rispetto a quanto sente il paziente. Uso il tocco per capire se ci sono alterazioni della sensibilità, ma ci deve sempre essere una spiegazione per favorire la presa di coscienza e la partecipazione attiva del paziente"*.

Per i fisioterapisti impiegati in età evolutiva risulta invece fondamentale entrare in relazione e costruire empatia con il bambino e con il caregiver. Come afferma la fisioterapista dell'intervista ter cinque: *"il contatto terapeutico è una modalità per entrare in relazione e interazione con il bambino [...], non ha solo fine terapeutico ma è una modalità per costruire la relazione con il bambino. [...]"*.

Per i fisioterapisti impiegati in area ortopedica il contatto risulta essere un importante canale di comunicazione per mettere a proprio agio il paziente. La persona, infatti, potrebbe sentirsi in soggezione, o vivere una situazione di disagio se il terapeuta ribadisce più volte gli stessi concetti, per correggere i compensi durante l'esecuzione di un esercizio. Come esprime la terapeuta ter. otto: *"io uso, il contatto, per non continuare a ripetere le stesse cose a un paziente. Ad esempio, in caso di compensi con il paziente ortopedico, durante l'esecuzione degli esercizi. Mi risulta più facile appoggiare una mano sulla spalla di un paziente che compensa in elevazione, piuttosto che continuare a ripeterlo"*.

Altro aspetto importante per la costruzione dell'alleanza terapeutica, emerso in otto delle undici interviste effettuate, è il rapporto di fiducia che il paziente pone nei confronti del terapeuta. Esso è stato ribadito in tutti e tre gli ambiti di impiego e perciò è stato individuato come tema trasversale, e ad esso è stato dedicato un paragrafo a parte.

6.2.3 Il contatto manuale è uno strumento per conquistare la fiducia del paziente

Come affermato nell'intervista ter. otto: *“il contatto manuale risulta fondamentale è la prima cosa che il paziente ha a disposizione per capire, se fidarsi o meno del terapeuta”*.

Anche la letteratura scientifica citata in questo lavoro di tesi conferma quanto affermato dai terapeuti. Ad esempio, lo studio, condotto nel 2006 da Coan et al. e citato nel secondo capitolo, ribadisce l'importanza di questo aspetto, e quanto sia fondamentale durante una relazione di cura tenere in considerazione il rapporto di fiducia instauratosi tra paziente e terapeuta. (11)

Rispetto a questo tema sono presenti due particolarità per quanto riguarda l'area dell'età evolutiva. In primo luogo, emerge come risultato fondamentale entrare in relazione con il piccolo paziente utilizzando altre modalità prima di utilizzare il contatto manuale nella pratica clinica. Esso può essere utilizzato solamente in un secondo momento, quando il bambino non ha più timore del terapeuta e si lascia quindi toccare dal professionista, il quale non risulta più essere una figura estranea.

Questo tema è ben espresso dalla fisioterapeuta ter. cinque che afferma: *“Il contatto manuale nella relazione terapeutica, non avviene subito specialmente con i bambini più piccoli è necessario costruire un po' una fiducia nel senso che nei bambini, il bambino non si lascia subito toccare, prima è importante anche la distanza con cui io mi metto con il bambino, non posso entrare subito in contatto devo prima mantenere una certa distanza che può essere più o meno ampia; a seconda di quanto il bambino mi lascia entrare più o meno vicino a lui e solo in un secondo momento io posso provare ad entrare in contatto con il bambino, cioè quando lui mi dà l'oggetto oppure condivide con me un'emozione oppure ride quando dico qualcosa, magari provo ad avvicinarmi e vedo se il bambino accetta il mio contatto; ovvero non si ritrae piuttosto che non fa delle smorfie, non aumenta il tono.”*

La seconda particolarità di questa area terapeutica è l'importanza di creare un rapporto con il genitore o con il caregiver per riuscire ad aumentare la compliance e si facilitare così l'intervento terapeutico.

Quando le viene chiesto cosa intenda con contatto terapeutico, la fisioterapista ter.tre afferma: *“bisogna lavorare sia con il genitore che con il bambino, e poi con il bambino bisogna conquistarsi la fiducia in modo che il bambino abbia la tua fiducia nel lasciarsi manipolare, accettare la vicinanza che si fa gradualmente”*.

In merito a ciò, si potrebbe pensare che la maggior parte dei bambini che vengono presi in carico dai terapisti impiegati presso le Unità Operative Territoriali siano seguiti fin da molto piccoli, e che quindi sia necessario l'accompagnamento dei genitori alle sedute.

Lo stesso concetto non è stato ritrovato in quanto riferito dai terapisti che trattano pazienti neurologici adulti con i rispettivi *caregiver*. Si tratta di un aspetto che non è possibile indagare ulteriormente con gli strumenti del presente studio, e che merita di essere approfondito in futuro nella letteratura scientifica, al fine di comprendere come la fiducia che il caregiver pone nei confronti del fisioterapista possa incidere sull'efficacia dell'intervento riabilitativo.

Mentre per i terapisti dell'area dell'età evolutiva, il “tocco” è uno strumento da utilizzare solo dopo aver costruito con altre modalità una relazione di fiducia, quelli afferenti alle aree neurologica e ortopedica specialmente all'inizio del percorso fisioterapico, utilizzano il contatto terapeutico come un mezzo per incrementare la fiducia che il paziente pone nei confronti del terapeuta e costruire una relazione di fiducia.

Questo aspetto si evince da quanto affermato nell'intervista ter.nove, a cui viene chiesto cosa pensa percepisca il paziente mentre il professionista “tocca” il suo corpo: *“Se devo pensare cosa pensa un paziente quando lo tocco, penso che un contatto dovrebbe far sentire una situazione di sicurezza, di protezione, non per forza dolore. In ambito ortopedico dove lavoro il contatto può essere ad esempio una mobilizzazione, che mi permette di andare in una determinata direzione, con il mio corpo faccio capire dove andrò a parare per permettere alla persona di capire cosa andrò a fare con le mani, in modo che il paziente si fidi di me si lasci accompagnare.”*

Questo particolare aspetto emerso dalle interviste che permette di indagare quale modalità il diverso paziente sfrutti per capire se fidarsi o meno del terapeuta, che si trova davanti; potrebbe essere uno spunto per possibili indagini future, da cui si potrebbe, eventualmente, ricercare quale sia la modalità più adeguata a interagire fin dall'inizio con il paziente.

CONCLUSIONI:

Questo elaborato di tesi aveva l'obiettivo di analizzare un aspetto poco discusso dalla letteratura scientifica, ovvero il "tocco terapeutico" nelle sue diverse componenti neurofisiologiche, psicologiche e relazionali, e come la compresenza di queste ultime garantisca la buona riuscita del percorso riabilitativo.

La ricerca prevedeva una prima consultazione del materiale disponibile in letteratura riguardante gli aspetti neurofisiologici del "tocco", di come esso viene percepito e successivamente elaborato a livello periferico e centrale dal sistema nervoso.

Esso proseguiva poi con l'indagine delle implicazioni psicologiche che esso provoca in chi lo effettua e in chi lo percepisce. Si analizza poi il ruolo della comunicazione verbale e non in ambito fisioterapico.

Infine, è stata effettuata un'analisi qualitativa, tramite il metodo Colaizzi, con una serie di interviste semi strutturate, grazie alla collaborazione di fisioterapisti impiegati in ambito ortopedico, neurologico e in età evolutiva per indagare il ruolo del "tocco terapeutico" e le sue varie sfaccettature nelle diverse realtà fisioterapiche.

Attraverso la ricerca iniziale e l'analisi qualitativa condotta si sono potuti raggiungere gli obiettivi prefissati. Nello specifico, sono stati individuati sedici temi che esplicano il ruolo del contatto manuale in ambito fisioterapico, e tre tematiche che, essendo presenti (pur con diverse sfaccettature) in tutte le aree, sono state individuate come trasversali:

- (1) la necessità, durante l'interazione riabilitativa di variare e adattare il contatto,
- (2) il contatto manuale come "strumento" per costruire l'alleanza terapeutica,
- (3) il "tocco" come mezzo per conquistare la fiducia del paziente.

Dalle interviste è emerso che il contatto manuale rappresenti un fondamentale tassello dell'intervento riabilitativo, il quale è costituito da molteplici fattori interconnessi tra loro e che la buona riuscita del trattamento sia garantita dall'abilità del terapeuta di trovare il "giusto equilibrio" tra i molteplici elementi.

Limiti dello studio

I principali limiti del presente studio sono il numero limitato di terapisti coinvolti, l'impossibilità di coinvolgere terapisti provenienti da una molteplicità di aree geografiche e contesti lavorativi¹ (che avrebbero portato all'emergere di una maggiore varietà di prospettive e pratiche professionali), e il coinvolgimento di solo tre ambiti di impiego, che non permette di generalizzare i risultati a tutti gli ambiti di pratica fisioterapica

Possibili spunti di ricerca

Vengono di seguito riassunti alcuni aspetti che non è stato possibile trattare in maniera esauriente nella presente ricerca, e che costituirebbero quindi degli interessanti punti di partenza per futuri approfondimenti.

In prima istanza, il presente lavoro potrebbe essere proficuamente raffrontato con una ricerca qualitativa basata su interviste a pazienti afferenti alle tre aree riabilitative trattate. Tali interviste permetterebbero di capire il loro punto di vista e la loro personale esperienza del “tocco terapeutico” nella riabilitazione, e sarebbero quindi complementari a quelle realizzate con i terapisti.

Un secondo tema, illustrato nei capitoli precedenti, che meriterebbe di essere approfondito in futuro dalla letteratura è la relazione tra terapeuta e *caregiver*. È noto che il *caregiver* (soprattutto con il paziente neurologico nella fase post-dimissione) è una figura di fondamentale importanza per la buona riuscita del percorso riabilitativo: sarebbe quindi interessante comprendere come la fiducia che il caregiver pone nei confronti del fisioterapista possa incidere sull'efficacia dell'intervento riabilitativo.

Inoltre, sarebbe anche proficuo comparare, mediante una ricerca condotta con un metodo di indagine strutturato e sistematico, le prospettive di terapisti, pazienti e caregiver rispetto al “tocco terapeutico”.

¹ I professionisti coinvolti afferiscono all'azienda ULSS7 e all'Associazione “la Nostra Famiglia” di Vicenza.

BIBLIOGRAFIA

1. Iori V. (2009): Il sapere dei sentimenti Fenomenologia e senso dell'esperienza, Vita emotiva e formazione Franco Angeli, Milano.
2. Milanese R, Milanese S. (2015): Il tocco, il rimedio la parola: la comunicazione tra medico e paziente come strumento terapeutico, con una prefazione di Giorgio Nardone, Ponte delle grazie, Milano.
3. Mancini, F. Nash, T. Iannetti, G.D. Haggard, P., (2014). *Pain relief by touch: a quantitative approach*. Pain 155, pag 635–642.
4. Nahra H. Plaghki, L., (2003). *Modulation of perception and neurophysiological correlates of brief CO2 laser stimuli in humans using concurrent large fiber stimulation*. Somatosens. Mot. Res. 20, 139–147.
5. Hertenstein M.J. Holmes, R. McCullough, M. Keltner D., (2009). *The communication of emotion via touch*. Emotion 9, 566–573.
6. Croy, I. Luong, A. Tricoli, C. Hofmann, E. Olausson, H.Sailer, U. (2016). *Interpersonal stroking touch is targeted to C tactile afferent activation*. Behav. Brain Res. 297.
7. Walker, S.C., Trotter, P.D., Swaney, W.T., Marshall, A., Mcglone, F.P., 2017. *C-tactile afferents: cutaneous mediators of oxytocin release during affiliative tactile interactions?* Neuropeptides 64, 27–38.
8. Geri T. Viceconti A. Minacci M. Testa M. Rossetini G.” *Manual therapy: Exploiting the role of human touch*”. Musculoskelet Sci Pract. (2019).
9. Martini, Tallitsch, e Nath, Anatomia Umana Perugia: EdiSES Università (2019)
10. Midro M. Compendio di Fisiologia del Sistema Nervoso, Padova: (1996) Libreria Progetto.
11. Coan JA. Schaefer HS. Davidson RJ, (2006). *Lending a hand. Social regulation of the neural response to threat*, Psychological Science 17, 1032-9.
12. Bientzle M. Minje J. Cress U. Kimmerle J., *Therapeutic Touch in Exercise Videos: A Randomized Experiment of the Impact on the Evaluation of Therapists' Competence and Viewers' Self-Reliance*. Front Sports Act Living (2019)
13. Fiori F., (2021) Le parole della cura: dal linguaggio medico al linguaggio terapeutico Lindau, le Querce, Torino
14. Hiller A. Guillemin M. Delany C., *Exploring healthcare communication models in private physiotherapy practice*. Patient Educ Couns. (2015).

15. Thomas KB., *General practice consultations: is there any point in being positive?* Br Med J (Clin Res Ed). (1987)
16. Egbert LD. Battit GE. Welch CE. Barlett MK.. Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients a study of doctor-patient rapport N Engl J Med. (1964).
17. Pollo A. Amanzio M. Arslanian A. Casadio C. Maggi G, Benedetti F. *Response expectancies in placebo analgesia and their clinical relevance.* Pain. 2001 93 pag :77-8,
18. Colaizzi P. (1978). Psychological research as a phenomenologist views it. In: Valle R.S., King M., (1978) *Existential Phenomenological Alternatives for Psychology*, Oxford University Press: New York.
19. Bjorbækmo WS. Mengshoel AM., A, *critical phenomenological investigation in the use of touch as "know how" in practical physiotherapy in primary care with children and adults.* Front Rehabilitation Sci. 2022.
20. Nicholls DA. *How Do You Touch an Impossible Thing?* Front Rehabil Sci. 2022

ALLEGATI

ANALISI DELLE INTERVISTE TRAMITE IL METODO COLAIZZI

GRUPPO 1: terapisti impiegati in ambito neurologico

Ter.	Proposizioni di maggior rilevanza	Dati rilevanti	Organizzazione in temi
1	<p>“Il contatto è una mediazione fondamentale per la costruzione dell’alleanza terapeutica”.</p> <p>“Il contatto, trasmette empatia e informazioni che possono agire a livello neurofisiologico, psicologico, emotivo”.</p> <p>“Ruolo irrinunciabile di rassicurazione per il paziente”.</p> <p>“Innanzitutto, percepisce l’investimento emotivo e il livello di sicurezza” del terapeuta nell’espletare il proprio ruolo”.</p> <p>“Lo utilizzo continuamente nella mia pratica”.</p> <p>“Nell’interazione riabilitativa il contatto si modifica progressivamente nel corso degli esercizi e anche nel corso di una singola seduta.” “In relazione al modo in cui il paziente vive la patologia”.</p> <p>“La non accettazione creerebbe grossi problemi data l’importanza della percezione corporea” “Non mi è mai capitato in 41 anni di lavoro”. “Variabile importante è la qualità dell’interazione e il dialogo sia verbale che corporeo che il terapeuta instaura con il paziente”</p>	<p>Strumento per la costruzione dell’alleanza terapeutica.</p> <p>Canale per trasmettere informazioni.</p> <p>Mettere a proprio agio il paziente</p> <p>Modalità per rassicurare il paziente.</p> <p>Investimento emotivo e percezione del livello di sicurezza del terapeuta</p> <p>Il contatto è molto variabile nel corso della seduta.</p> <p>Difficoltà in caso di rifiuto. Molto raro.</p> <p>Fondamentale è l’interazione con il paziente per costruire l’alleanza terapeutica e conquistare la fiducia del paziente</p>	<p>Costruzione dell’alleanza terapeutica</p> <p>Canale di comunicazione</p> <p>Mettere a proprio agio il paziente</p> <p>Infondere sicurezza</p> <p>Adattabilità e variabilità del contatto</p> <p>Conquistare la fiducia è la base per costruire l’alleanza terapeutica.</p>

<p>2</p>	<p>“Il contatto manuale è la capacità del terapeuta di toccare il paziente senza che abbia altre intenzioni al di là di quella riabilitativa”.</p> <p>” Dipende anche dalla sensibilità del paziente”.</p> <p>“Non penso che ai fini del recupero il contatto abbia più importanza di altri elementi”. “Il recupero è formato da tante piccole caselle.”</p> <p>“Ha un ruolo centrale nella relazione terapeutica”.” Nel far sentire il paziente sicuro, o per dare un feed-back sensitivo con i pazienti neurologici”. “Serve per dare indicazioni al paziente”.</p> <p>“Mi auguro che percepisca un tocco terapeutico”. “Spero che percepisca sicurezza, indicazione, che diventi una guida e che il contatto si moduli in base alle sue sensazioni e in base all’anatomia di quello che sto toccando”.</p> <p>“Nella mia pratica utilizzo il contatto soprattutto con il paziente neurologico come guida, oppure per mantenere la stabilità posturale del paziente.”</p> <p>“Sicuramente si modifica in base alla capacità del paziente di sentire il contatto ci sono pazienti che è più difficile toccare o dei bambini a cui non piace essere toccati”.</p> <p>“..No, in realtà sicuramente introdurrei altri tipi di strategie” “Si adotta un modo meno corporeo nei pazienti che si sentono in soggezione” “Se il paziente non accetta il contatto corporeo si prenderanno delle vie alternative penso che il paziente vada sempre rispettato”” Può essere che si modifichi</p>	<p>Il contatto è “lo strumento di lavoro” del terapeuta.</p> <p>Variabilità del contatto in base al paziente e alla situazione.</p> <p>Molte variabili contribuiscono al recupero</p> <p>Far sentire il paziente sicuro</p> <p>Guida per il paziente</p> <p>Variabilità della percezione del contatto*</p> <p>La resistenza al contatto obbliga a utilizzare strategie per superare questo limite.</p> <p>*</p>	<p>“Gli strumenti di lavoro” del terapeuta.</p> <p>Adattabilità del contatto</p> <p>Sinergia dei diversi strumenti a disposizione del terapeuta</p> <p>Infondere sicurezza</p> <p>Guida terapeutica</p> <p>Adattabilità/variabilità del contatto</p> <p>Diverse modalità di interazione</p>
----------	---	---	---

	man mano che il paziente aumenta la compliance”.		
3	<p>“Il contatto terapeutico è l’insieme dei contatti sia dal punto di vista manuale che relazionale che si instaurano con il paziente” “...fondamentali per entrare in empatia con il paziente, per stabilire la relazione terapeutica e per favorire la compliance”.</p> <p>“Molto importante, non è il primo contatto che instaurò con il paziente”. “Il primo contatto è legato a stabilire una relazione empatica”. “Il contatto non deve essere invadente”.</p> <p>“Dipende anche dalla localizzazione del contatto”.</p> <p>“Io penso di usare il contatto per far sentire il paziente protetto, sostenuto, per cogliere se mi sta seguendo nell’esercizio, o in fase valutativa”.</p> <p>“Il contatto si modifica conoscendo la persona, quindi già dal primo colloquio” “Ci sono zone dove il contatto deve essere attento, in termini di localizzazione in modo da non ledere la sfera privata del paziente, in modo da non metterlo a disagio”.</p> <p>“Questo fatto, può inizialmente essere visto come una difficoltà, dato che la maggior parte delle tecniche prevede il contatto fisico con il paziente “Se il paziente rifiutasse si potrebbe usare il canale verbale, per educare il paziente e istruirlo per aiutarlo a migliorare la sua condizione, il suo problema fisico” “Si possono usare altre forme di contatto dal punto di vista relazionale e verbale”</p>	<p>Il contatto terapeutico è un insieme di contatti (manuale, relazionale)</p> <p>Modalità di entrare in empatia</p> <p>Il contatto manuale non è prima via di interazione</p> <p>Far sentire il paziente protetto, sostenuto</p> <p>Ruolo di guida e modalità di valutazione, Variabilità del contatto in base alla localizzazione (rispetto)</p> <p>Variabilità del contatto</p> <p>La resistenza al contatto obbliga a usare vie alternative,</p>	<p>Modalità di interazione con il paziente</p> <p>Costruzione alleanza terapeutica</p> <p>sostegno, protezione, partecipazione</p> <p>Adattabilità del contatto</p> <p>Guida terapeutica</p> <p>Adattabilità del contatto</p>

		dal punto di vista relazionale e verbale	Diverse vie a disposizione per costruire l'alleanza terapeutica e conquistare la fiducia
4	<p>“Il contatto terapeutico è l'uso delle mani per sentire i tessuti, è uno strumento che trasmette empatia e rilassamento”.</p> <p>“Il contatto terapeutico è fondamentale”. “Se non c'è il contatto non c'è la capacità di trasmettere informazioni percettive”. “Serve per creare un collegamento”. “Bisogna entrare in punta dei piedi”.</p> <p>“Nel paziente ortopedico andrò sempre a spiegare cosa andrò a fare, perché non so come il paziente lo percepisce”. “Con il paziente neurologico il tocco serve per dare informazioni rispetto a quanto lui sente, lo uso per capire se ci sono alterazioni della sensibilità, ma ci deve sempre essere una spiegazione di conoscenza”. “. Mi sono specializzata con il metodo Bobath, dove il tocco e la mano sono fondamentali perché sono la guida terapeutica”. “. Bisogna rispettare delle situazioni di iperalgesia, dove il tocco può essere fastidioso”.</p> <p>“Il tocco terapeutico lo uso come una guida...un canale comunicativo che serve per esprimere empatia”. “Nei pazienti che devono metabolizzare delle disabilità croniche, si trovano in una situazione non facile dove il contatto terapeutico è un dire: “sfogati pure, tira fuori quello che devi dire, io sono qua che ti ascolto”, in modo empatico”. “Il paziente neurologico difficilmente non gradisce essere toccato, perché gli viene data una sensazione a livello propriocettivo”. Il paziente ortopedico a volte può avere paura, bisogna costruire l'alleanza terapeutica adeguata”.</p>	<p>Modalità per trasmettere empatia, condurre paziente verso il rilassamento</p> <p>Il contatto terapeutico è fondamentale” creare un collegamento. “Bisogna entrare in punta dei piedi”.</p> <p>Modalità per costruire l'alleanza terapeutica</p> <p>Presa di coscienza da parte del paziente</p> <p>Il tocco e la mano sono fondamentali perché sono la guida terapeutica</p> <p>contatto terapeutico è un dire: “sfogati pure, tira fuori quello che devi dire, io sono qua che ti ascolto”, in modo empatico”</p> <p>Ruolo di guida</p> <p>Modalità di trasmettere empatia e sostegno</p>	<p>Modalità per mettere a proprio agio il paziente</p> <p>Costruzione dell'alleanza terapeutica</p> <p>Partecipazione attiva del paziente durante il trattamento.</p> <p>guida terapeutica</p> <p>io sono qua che ti ascolto”</p> <p>feedback</p> <p>Modalità per mettere a proprio agio il paziente</p>

	<p>“Assolutamente sì, se si tratta di un paziente ortopedico, nel senso che può essere più o meno deciso, più o meno presente, con il paziente neurologico è più o meno lo stesso come intensità e come scopo”. “Il paziente neurologico ha veramente bisogno di essere toccato nella parte plegica”.</p> <p>“Non ho difficoltà se la persona rifiuta”. “... inizio con altre tecniche e di solito mi faccio strada.”</p>	<p>Fondamentale per costruire l'alleanza terapeutica</p> <p>Sì, con il paziente ortopedico è necessario trovare delle vie alternative.</p>	<p>Costruzione alleanza terapeutica</p> <p>Diverse vie a disposizione per costruire l'alleanza terapeutica</p>
--	---	--	--

Individuazione di temi comuni alle interviste dei terapisti impegnati in area neurologica
Costruire l'alleanza terapeutica (1,3,4)
Il contatto manuale è un canale di comunicazione (1)
Conquistare la fiducia del paziente (1)
Il contatto manuale è una modalità per infondere sicurezza (1,2)
Il contatto manuale è una modalità per mettere a proprio agio il paziente (1,4)
Sinergia di diversi strumenti a disposizione (2)
Ruolo di guida terapeutica (2,3,4)
Modalità di interazione (2,3)
Sostegno protezione, partecipazione (3,4)
Restituire un feed-back al paziente (4)

GRUPPO 2: terapisti impiegati in età evolutiva

Ter.	Proposizioni di maggior rilevanza	Dati rilevanti	Organizzazione in temi
5	<p>“Il contatto terapeutico è una modalità per entrare in relazione e interazione con il bambino” “...non ha solo fine terapeutico ma è una modalità per costruire la relazione con il bambino”.</p> <p>“La relazione terapeutica si può costruire anche attraverso lo sguardo”. “. non avviene subito, bisogna conquistare la fiducia”.</p> <p>“...il mio contatto è quello di tutto il mio corpo” “mi serve per sentire le emozioni del bambino”.</p> <p>“...il contatto è valutazione e trattamento” “il contatto ha un senso diverso da quello prettamente riabilitativo, nel senso di relazione”.</p> <p>.” ...il mio contatto può essere una guida rispetto a una facilitazione: rotolare o gattonare”.</p> <p>“nei bambini con PCI, il mio contatto li aiuta a fare un'esperienza diversa del corpo” “...non è il corpo in cui sono imprigionato”.</p> <p>“il contatto terapeutico, serve per costruire la relazione, serve per toccare. chiedere il permesso, capire quando si modifica, perché io sento come il corpo del bambino si modifica tra le mie mani.</p> <p>“...io scelgo con le mie mani o con il mio corpo quanto aiutarlo e quanto no, e quanto lasciare che lui si organizzi, “il contatto per condividere un'emozione “</p>	<p>Modalità per entrare in relazione</p> <p>Ci sono diversi strumenti per costruire la relazione terapeutica. contatto di tutto il mio corpo</p> <p>Il Contatto come strumento per sentire le emozioni dell'altro</p> <p>Modalità di relazione</p> <p>Il mio contatto è una guida</p> <p>...</p> <p>Contatto come guida di nuove esperienze</p> <p>Il contatto serve per costruire la relazione e interagire con il paziente</p> <p>Il contatto serve per costruire la relazione, sento come il bambino si modifica tra le mie mani</p> <p>Io scelgo quanto aiutarlo e quanto lasciare che si organizzi</p>	<p>Modalità di interazione con il paziente *</p> <p>modalità per costruire alleanza terapeutica</p> <p>conquistare la fiducia</p> <p>Modalità per entrare in relazione con il paziente</p> <p>Sinergia di diversi strumenti a disposizione</p> <p>contatto come transfer di emozioni</p> <p>Guida terapeutica</p> <p>Modalità di relazione</p> <p>Guida terapeutica</p> <p>Variabilità del contatto</p> <p>Modalità di interazione</p> <p>Variabilità del contatto</p>

	<p>“Sì, il contatto varia in base al fatto che ho un paziente ortopedico, neurologico o un bambino, ma in base a quello che voglio sentire”.</p> <p>“Sì, la non accettazione creerebbe difficoltà, ma io posso anche non toccarlo durante la seduta se vedo che è molto intimorito e vedo che tende a stare vicino alla mamma”.</p> <p>“...altra cosa da capire nei bambini è quando il mio contatto aumenta lo specifico motorio.</p>	<p>Il contatto varia</p> <p>La non accettazione creerebbe delle difficoltà, devo capire da cosa è provocata</p>	<p>Variabilità e adattabilità del contatto</p>
6	<p>“Il contatto terapeutico, per me è il contatto di tutta la mia persona con il paziente. Il contatto di persona, di attenzione, di consapevolezza che si traduce anche con le mie mani.</p> <p>“Il contatto manuale è tanto importante. Perché è un contenimento è anche un passaggio di energia è un’azione terapeutica”.</p> <p>“Quello che percepisce il paziente è che intanto, c’è una persona e non una macchina...che con tutta la sua carica emotiva che è al 100%”.</p> <p>“Io penso e sono qui con te e le mie mani sono uno strumento che viene dalla mia persona “A volte non è facile perché noi ci portiamo dentro i pensieri, ma sarebbe utile anche per il terapeuta che il contatto fosse esclusivo”.</p> <p>“Il tocco ha il ruolo di dare la direzione a seconda dell'obiettivo che voglio ottenere”.” Anche nel corso delle sedute il</p>	<p>Il contatto terapeutico è il contatto di tutta la mia persona (manuale relazionale)</p> <p>Il contatto manuale è tanto importante</p> <p>Passaggio di energia</p> <p>Persona pronta ad accogliere i suoi bisogni</p> <p>Sarebbe utile che il “tocco” fosse un canale esclusivo”</p> <p>Ruolo di dare la direzione.</p> <p>Il contatto si modifica.</p>	<p>Modalità di interazione</p> <p>Mettere a proprio agio il paziente</p> <p>Disponibilità all’ascolto, empatia</p> <p>Modalità per concentrarsi sul paziente</p> <p>Guida terapeutica</p> <p>Adattabilità del contatto</p>

	<p>contatto si modifica diventando più sciolto e amichevole”.</p> <p>“Certo che la non accettazione crea difficoltà e ostacoli. Però bisogna capire anche il grado di rifiuto e il motivo”</p> <p>“...Quando c’è un rifiuto bisogna essere cauti, capire il grado di rifiuto e rispettarlo, cercando di conquistare la fiducia in maniera proficua.”</p>	<p>La non accettazione creerebbe difficoltà, bisogna capire il motivo.</p> <p>Cercare di conquistare la fiducia in maniera proficua.</p>	<p>Conquistare la fiducia del paziente è la base per costruire l’alleanza terapeutica.</p>
7	<p>“Io sono una fisioterapista Bobathiana, per cui il tocco è mettere le mani su dei punti chiave, su dei punti molto precisi, ad esempio quando vuoi facilitare il raggiungimento di un obiettivo”.</p> <p>“Il contatto terapeutico è importantissimo in questo lavoro anche inteso come sguardo, come aggancio, anche con i genitori. ...la fiducia con il genitore è fondamentale.”</p> <p>“Il contatto manuale nella relazione terapeutica è fondamentale, il fisioterapista lavora con le mani, sente il muscolo, l’articolazione.</p> <p>“ un buon tocco, un tocco sicuro, mani sicure che sanno dove toccare e come rilassare”.</p> <p>“Le mani possono essere uno stimolo per facilitare il rotolone, per mettere in ginocchio il bambino. si agisce su dei punti ben precisi.”</p> <p>“...Per quanto riguarda i bambini, più grandi un conto è spiegare gli esercizi tante volte, un conto è far provare con la mano tua, far sentire il movimento”.</p>	<p>Il tocco è mettere le mani in dei punti chiave</p> <p>Il contatto terapeutico è fondamentale.</p> <p>La fiducia del bambino e del genitore sono importanti</p> <p>Il contatto manuale è fondamentale</p> <p>Importanza del contatto. Mani sicure che sanno dove toccare come rilassare</p> <p>Le mani possono essere uno stimolo. Bisogna agire su dei punti ben precisi</p> <p>Far sentire con le mani (valutare)</p> <p>Il tocco terapeutico lo uso tutti i giorni.</p>	<p>Ruolo di guida terapeutica</p> <p>Alleanza terapeutica</p> <p>Conquistare la fiducia del bambino e dei genitori</p> <p>Trasmettere empatia e sicurezza al paziente</p> <p>Guida terapeutica</p> <p>Il tocco manuale come valutazione</p> <p>Ruolo di guida terapeutica</p>

<p>“Il tocco terapeutico nella pratica lo utilizzo tutti i giorni, non siamo in grado di non utilizzare il tocco lavorando. Potrei dare indicazione al genitore anche questo si fa. “lo utilizzo sia per contenere che per rilassare, rassicurare, o stimolare a seconda delle caratteristiche del bambino stesso .ad esempio un bambino ipercinetico, piuttosto che uno con tante distonie.</p> <p>“Pensiamo a quella bambina X con disturbi percettivi, quando la tocco io lei si rilassa, e invece se la tocca un allievo è diverso. Lei mi conosce, ha fiducia in me, il tocco è diverso.”</p> <p>“Il paziente può percepire sicurezza, se mi conosce sente un tocco sicuro, una mano sicura che lo guidi, che lo rilassi, che gli faccia raggiungere l'obiettivo che ci siamo presi”.</p> <p>“il contatto si modifica: se c'è una bambina floppy da stimolare, da sollecitare ... devo fare venire fuori qualche movimento, il tocco deve essere più rapido, più veloce e va in più direzioni, non è contenitivo per rilassare”</p>	<p>Dare indicazioni, sostenere rassicurare</p> <p>.. a seconda delle caratteristiche del bambino stesso</p> <p>Lei mi conosce ha fiducia in me</p> <p>Mano sicura che lo rilassi, che lo guidi</p> <p>Il contatto si modifica di intensità e di presenza in relazione al paziente</p>	<p>Variabilità del contatto</p> <p>conquistare la fiducia del paziente</p> <p>guida terapeutica</p> <p>variabilità/adattabilità del contatto</p>
--	---	--

<p>Individuazione di temi comuni alle interviste dei terapeuti impegnati in età evolutiva</p>
<p>Costruire alleanza terapeutica (5,6,7)</p>
<p>Conquistare la fiducia del paziente (5,6,7)</p>
<p>Adattabilità e variabilità del contatto (5,6,7)</p>
<p>Infondere sicurezza al paziente e ai genitori (7)</p>
<p>Mettere a proprio agio il paziente (6)</p>
<p>Sinergia di diversi strumenti a disposizione (5)</p>

Guida terapeutica (5,6,7)
Modalità di interazione (5)
Empatia e disponibilità all'ascolto (6)
Il contatto manuale come modalità per concentrarsi sul paziente (6)
Il contatto manuale come valutazione (7)
Entrare in relazione (5,8)

GRUPPO 3: terapeuti impegnati in area ortopedica

Ter	Proposizioni di maggior rilevanza	Dati rilevanti	Organizzazione in temi
8	<p>“Il contatto manuale è l’insieme delle condotte messe in atto dal terapeuta per instaurare una buona relazione con il paziente, per ottenere i migliori risultati possibili”.</p> <p>“Il contatto manuale è fondamentale è la prima cosa che il paziente usa per capire se fidarsi o meno del terapeuta, in una prima fase il paziente è attento a quello che trasmettiamo con il linguaggio corporeo piuttosto che con la voce”.</p> <p>“Con il contatto il paziente percepisce che il terapeuta è a suo agio, se il contatto è sicuro, se con il tocco non trasmettiamo sicurezza il paziente si irrigidisce...”</p> <p>“Io uso il tocco terapeutico per conquistarmi la fiducia del paziente, in quanto è il primo modo che il paziente ha per capire se fidarsi o meno ... poi lo uso in fase valutativa, e per non continuare a</p>	<p>Condotte messe in atto dal terapeuta per raggiungere i risultati.</p> <p>Il contatto manuale è fondamentale... il paziente lo usa per capire se fidarsi. il paziente è attento a quello che trasmettiamo con il corpo o con la voce ...</p> <p>Il paziente percepisce che il terapeuta è a suo agio.</p> <p>Tocco sicuro trasmette sicurezza</p> <p>Uso il tocco per conquistare la fiducia del paziente</p> <p>Uso il tocco in fase valutativa</p> <p>Per non continuare a ripetere le stesse cose</p>	<p>Modalità di interazione con il paziente e costruzione dell'alleanza terapeutica,</p> <p>entrare in relazione</p> <p>Conquistare la fiducia del paziente</p> <p>Sinergia di diversi strumenti a disposizione, costruire l'alleanza terapeutica.</p> <p>Mettere a proprio agio il paziente</p> <p>Infondere sicurezza</p> <p>Conquistare la fiducia</p> <p>Il contatto come valutazione</p>

	<p>ripetere le stesse cose, es in caso di compensi”.</p> <p>“Il contatto si modifica in base alle caratteristiche proprie della persona, in base alla fase della seduta. all’inizio è necessario, utilizzare prese più avvolgenti.”</p> <p>Altra differenza che ho notato è che, se il paziente ortopedico è giovane o sportivo ha bisogno di prese meno avvolgenti rispetto a un paziente anziano in quanto ha più propriocezione del suo corpo”.</p> <p>“Se il paziente rifiuta il contatto potrei utilizzare altre strategie, ma manca uno strumento fondamentale”.</p>	<p>Il contatto si modifica in base alle caratteristiche del paziente e in base alla fase della seduta</p> <p>Il contatto manuale è fondamentale uso di strategie alternative</p>	<p>Canale di comunicazione</p> <p>Variabilità/adattabilità del contatto</p> <p>Il contatto è fondamentale, bisogna trovare vie alternative (sinergia di diversi strumenti a disposizione)</p>
9	<p>“Il contatto manuale è un concetto ampio, coinvolge caratteristiche fisiche e personali come la disponibilità a farsi toccare o il fidarsi del terapeuta”.</p> <p>“Il contatto manuale ha un’importanza elevata, dipende dalla capacità del paziente di entrare in relazione, per un terapeuta fa la differenza. permette di creare la giusta alleanza terapeutica”.</p> <p>“Penso che il contatto, dovrebbe far sentire una sensazione di sicurezza e comprensione ... permette al terapeuta di prendere in carico la persona, nella sua globalità”.</p>	<p>Concetto ampio, fidarsi, disponibilità ...</p> <p>Il contatto manuale ha un’importanza elevata ... permette di costruire l’alleanza terapeutica...</p> <p>Trasmette sicurezza, presa in carico globale</p>	<p>Costruire alleanza terapeutica</p> <p>Conquistare la fiducia del paziente</p> <p>Entrare in relazione</p> <p>Costruire l’alleanza terapeutica</p> <p>Infondere sicurezza</p>

	<p>“Il contatto manuale si modifica parecchio, soprattutto se è presente una componente psicologica, a volte serve entrare nella giusta compliance”.</p> <p>“il contatto si modifica in base a quanto una persona risulta disponibile a entrare in contatto per fare la terapia”.</p> <p>“La non accettazione al contatto non crea per forza delle difficoltà, qui si parla di contatto corporeo, se il paziente è disposto al trattamento ma non al contatto si possono trovare strategie di esercizio, di auto trattamento.</p>	<p>Il contatto si modifica</p> <p>Creare la compliance</p> <p>Il contatto si modifica</p> <p>La non accettazione non crea per forza difficoltà, bisogna trovare strategie alternative</p>	<p>Variabilità e adattabilità del contatto</p> <p>Creare la compliance (costruire l'alleanza terapeutica)</p> <p>Variabilità e adattabilità del contatto.</p> <p>Sinergia di diversi strumenti a disposizione.</p> <p>Disponibilità all'ascolto</p> <p>Mettere a proprio agio la persona</p>
10	<p>“Il contatto terapeutico nasce nel momento in cui una persona mi contatta per risolvere una problematica, vedo il contatto come la risultante di come il paziente si pone con me e di come io mi pongo con lui/lei”.</p> <p>“Il contatto manuale è importante ma non fondamentale è importante avere un approccio manuale gentile e rispettoso nei confronti del paziente. La quantità di contatto dipende molto dal tipo di paziente “.</p> <p>“Non so è una grande mancanza, non mi sono mai posta la domanda”.</p>	<p>Il contatto terapeutico nasce quando una persona mi contatta.</p> <p>Il contatto terapeutico è la risultante dell'interazione</p> <p>Il contatto è importante ma non fondamentale</p> <p>Non mi sono mai interrogata su cosa percepisce il paziente.</p> <p>Uso molto il contatto manuale</p>	<p>Modalità di interazione per risolvere un problema</p> <p>Canale di comunicazione</p> <p>Disponibilità all'ascolto</p> <p>Entrare in relazione con il paziente</p> <p>Approccio rispettoso</p>

	<p>“Utilizzo molto il tocco nella pratica clinica, amo molto il contatto manuale”.</p> <p>“Il contatto si modifica, c’è chi necessita di una mano più decisa, chi di una mano più delicata e leggera. Importante è capire la persona che abbiamo di fronte e rispettare i tessuti”.</p> <p>Sì, secondo me la non accettazione creerebbe grosse difficoltà, se in un paziente la terapia manuale, non fosse la soluzione migliore, ma il contatto risulta fondamentale in fase valutativa</p>	<p>Il contatto si modifica, importante rispettare i tessuti</p> <p>Si, la non accettazione creerebbe difficoltà.</p> <p>Il contatto è importante in fase valutativa</p>	<p>Variabilità e adattabilità del contatto</p> <p>Contatto manuale come valutazione</p>
11	<p>“Il contatto terapeutico fa parte del rapporto che hai con il paziente. Esso è parte del processo di cura, soprattutto in ambito ortopedico, anche un minimo tocco permette di far sentire la persona a suo agio. Fa parte dell’idea inconscia che il paziente ha del terapeuta”.</p> <p>“Ai fini del recupero, il contatto manuale è di fondamentale importanza, se fai solo esercizi terapeutici, ottieni risultati diversi...sulle caviglie e sui polsi e sulle spalle bisogna dare più contatto rispetto ad altri distretti... le mani devi essere più delicato. Poi usare a scopo propriocettivo, per aumentare il ROM, ad esempio”.</p> <p>“I pazienti, si sentono più calmi con il tocco... in certe mobilizzazioni se non metti la mano nel segmento più prossimale l’arto è più instabile e i pazienti si sentono più insicuri.</p>	<p>Il contatto fa parte del rapporto che hai con il paziente</p> <p>Permette di far sentire la persona a suo agio</p> <p>Il contatto manuale è fondamentale ai fini del recupero.</p> <p>Il contatto manuale è variabile, solo con l'esercizio non ottieni lo stesso risultato.</p> <p>Con il contatto i pazienti si sentono più sicuri.</p> <p>Il contatto deve essere preciso e specifico e deve trasmettere sicurezza.</p> <p>Molteplici fattori contribuiscono alla percezione del paziente.</p>	<p>Entrare in relazione, costruire alleanza terapeutica, conquistare la fiducia.</p> <p>Il contatto manuale è fondamentale</p> <p>Il contatto manuale è variabile e adattabile</p> <p>Infondere sicurezza</p>

<p>Come il paziente percepisce dipende dall'ansia dal dolore, dal tipo di mano"</p> <p>Importante è comunicare al paziente, ciò che stai per fare in modo da farlo sentire più coinvolto".</p> <p>“Si, il contatto si modifica, in base alle caratteristiche del paziente, con i bambini si fa poco movimento accessorio, poca mobilizzazione perché essi sono più dinamici, mentre con certi anziani che hanno problemi di movimento si prova a farli muovere. Con il paziente neurologico mi pare frustrante mobilizzare la parte plegica, mentre alcuni pazienti ortopedici vogliono solo la mobilizzazione passiva soprattutto in fase acuta.”</p> <p>La non accettazione crea difficoltà a seconda della patologia, sicuramente rallenta nel caso del paziente ortopedico il percorso riabilitativo, nel caso del paziente ortopedico si cerca di spiegare e convincerlo ad accettare la mobilizzazione, ad esempio si può utilizzare il concetto Mulligan dove si segue la direzione del non dolore</p>	<p>Importante coinvolgere il paziente durante il trattamento</p> <p>Il contatto si modifica in base alle caratteristiche del paziente: età e patologia e anche in base alla fase riabilitativa.</p> <p>La non accettazione del contatto manuale crea difficoltà, si trovano delle vie per sopperire al problema come il concetto Mulligan</p>	<p>Partecipazione attiva del paziente</p> <p>Variabilità e adattabilità del contatto</p> <p>La non accettazione al contatto, bisogna trovare delle vie alternative. (sinergia di diverse vie).</p>
---	---	--

Individuazione di temi comuni alle interviste dei terapeuti impegnati in area ortopedica
Costruzione dell'alleanza terapeutica (8, 9, 11)
Il contatto manuale come canale di comunicazione (10)
Conquistare la fiducia del paziente (8,9,11)
Adattabilità e variabilità del contatto (8,9,10,11)
Infondere sicurezza (8,9,11)
Mettere a proprio agio il paziente (8,9)
Sinergia di diversi strumenti a disposizione (9,11)
Il contatto come modalità di interazione (8,10)
Sostegno, protezione, partecipazione (11)
Modalità di interazione (11)
Empatia: disponibilità all'ascolto (9,10)
Contatto come valutazione (7,8,10)
Approccio rispettoso (10)
Entrare in relazione (8, 9,10,11)

-
- -

RINGRAZIAMENTI

Tre anni ormai sono passati e se sono riuscita a raggiungere questo traguardo, lo devo anche a delle persone che mi sono state vicine in primis nella vita, e ad altre che ho incontrato lungo il percorso.

Inizio con il ringraziare di cuore la mia famiglia: mia mamma Morena, mio Papà Valter e mia sorella Maria. Loro mi hanno cresciuto e sempre sostenuto e supportato in ogni momento della vita.

Ringrazio molto anche mia cugina Anna per esserci sempre stata, gli zii e i nonni.

Un ringraziamento particolare alla mia relatrice la Prof.ssa Anna Sartori de Sforza e alla mia Correlatrice la Prof.ssa Eleonora Lazzaretti, sempre molto disponibili, le quali mi hanno accompagnato nella stesura di questo elaborato di tesi.

Ringrazio di cuore, tutti i fisioterapisti, che hanno contribuito alla realizzazione di questa tesi, i quali si sono prestati a rispondere alle sei domande dell'intervista. Ritengo che il confronto con loro sia stato un momento che mi ha permesso di riflettere, e dal quale potrò attingere nel mio percorso da fisioterapista.

Ci tengo particolarmente a ringraziare la mia amica di vecchia data Claudia, con la quale posso dire sono cresciuta insieme e anche oggi è qui ad accompagnarmi

Un ringraziamento particolare alla mia amica Marta che la vita mi ha fatto incontrare un giorno per pura casualità, ma che da quel giorno mi accompagna e aiuta sempre nei momenti più difficili. Con lei posso dire che condivido gioie e dolori di ogni giorno.

Ringrazio di cuore i miei compagni di corso, in particolare Alice e Sabrina che poi sono diventate tra le mie più care amiche, che questa avventura mi ha donato, con le quali ho trascorso questi tre anni di università, affrontato ore di studio, di tirocinio, momenti belli e momenti più faticosi.

Ringrazio tutti i tutor del tirocinio che durante i tirocini, mi hanno insegnato la dedizione a questo lavoro e mi hanno trasmesso la passione per questa meravigliosa professione.

Ringrazio anche i miei quattro amici pelosi Pongo, Balto, Rum e Thiago che con la loro simpatia, mi hanno saputo strappare un sorriso nei momenti più difficili.

Infine, ma non meno importanti ci tengo a ringraziare di cuore tutti i ragazzi di H81 Wheelchair rugby, ai quali dedico questa tesi, per il sostegno morale.

Poterli aiutare per me è' stata, ed è tutt'ora un'esperienza fantastica. Dagli altri si impara davvero tanto, ognuno di noi può aiutarti, due parole un sorriso, un abbraccio o una "pacca sulla spalla" per tutti noi, in certi momenti fanno la differenza.