

L'alleanza terapeuta-paziente: il ruolo dell'educazione terapeutica sugli aspetti psicosociali del dolore

Martina Tomassini¹, Andrea Marini Padovani², Serena Cicatiello³, Andrea Avellino⁴

¹²³⁴ Università La Sapienza di Roma

Riassunto:

Il presente lavoro analizza il ruolo educativo del fisioterapista nella gestione del dolore muscoloscheletrico, con particolare attenzione alle componenti psicologiche e sociali implicate nella cronicizzazione del dolore. Alla luce del modello biopsicosociale, il dolore viene inquadrato come un'esperienza complessa e multidimensionale, influenzata da fattori biologici, psicologici e sociali. In questo contesto, il fisioterapista assume un ruolo centrale nell'educazione terapeutica del paziente, non limitandosi alla gestione del sintomo, ma promuovendo processi di empowerment e di autogestione. Viene approfondito l'approccio della fisioterapia psicologicamente informata, che integra strategie cliniche e psicologiche nella presa in carico del paziente, e si evidenzia il valore dell'alleanza terapeutica come strumento educativo essenziale. Infine, si sottolinea l'importanza di una formazione pedagogica adeguata per i fisioterapisti, al fine di sviluppare competenze comunicative ed educative efficaci, fondamentali nella pratica clinica contemporanea.

Parole chiave: educazione terapeutica, fisioterapia, pedagogia.

Abstract:

This work analyses the educational role of physiotherapists in the management of musculoskeletal pain, with particular attention to the psychological and social components involved in chronic pain. In the light of the biopsychosocial model, pain is framed as a complex and multidimensional experience, influenced by biological, psychological and social factors. In this context, the physiotherapist assumes a central role in patient therapeutic education, not limiting himself to symptom management, but promoting processes of empowerment and self-management. The approach of psychologically informed physiotherapy, which integrates clinical and psychological strategies in the management of the patient, is deepened and the value of therapeutic alliance as an essential educational tool is highlighted. Finally, the importance of adequate pedagogical training for physiotherapists is stressed in order to develop effective communicative and educational skills, which are fundamental in contemporary clinical practice.

Keywords: therapeutic education, physiotherapy, pedagogy

1. Il modello biopsicosociale del dolore

Il dolore è il sintomo più comune segnalato agli operatori sanitari: tutti lo sperimentano, ma la sua esperienza è estremamente soggettiva, poiché dipende dalla tipologia di stimolo che lo ha provocato e dalle modalità con cui il soggetto è in grado di percepire quello stimolo. Secondo una delle più recenti definizioni, il dolore viene descritto come “Una esperienza sensitiva ed

emotiva spiacevole, associata ad un effettivo o potenziale danno tissutale o comunque descritta in rapporto a tale danno” (Raja et al., 2020).

Secondo il modello psicosociale del dolore, quest’ultimo è determinato da molteplici fattori biologici, psicologici e sociali, la cui espressione varia notevolmente tra gli individui. Questi tre domini non solo influiscono in modo indipendente sul dolore, ma possono interagire tra loro in maniera assolutamente unica in ogni individuo, per contribuire all’esperienza del dolore. Questo mosaico di fattori che determina lo stato doloroso deve essere necessariamente preso in considerazione, per fornire al paziente un trattamento ottimale e personalizzato (Fillingim, 2017).

La comprensione del modello biopsicosociale del dolore è di fondamentale importanza per i fisioterapisti, in quanto è noto alla letteratura scientifica che le cause che trasformano un dolore muscolo scheletrico acuto in uno stato doloroso cronico comprendono non solo la sfera biologica, quella cioè legata al danno tissutale effettivamente presente, ma anche quella psicologica e sociale (Dunn et al., 2024).

L’evitamento del dolore, l’ansia, il catastrofismo, sono solo alcuni dei fattori psicologici che maggiormente influiscono nella transizione da dolore acuto a cronico, tuttavia nelle fasi iniziali della malattia molti clinici utilizzano tecniche mirate al trattamento della sola causa biologica. Molti studi longitudinali prospettici e revisioni sistematiche della letteratura hanno identificato una serie di approcci educativi biopsicosociali che, se utilizzati nelle fasi acute del dolore, possono prevenire lo sviluppo di quello cronico, molto più difficile da trattare e sul quale gli stessi approcci possono avere un effetto limitato (Dunn et al., 2024).

Alla luce di queste ultime scoperte, risulta quindi evidente per i fisioterapisti, che hanno l’onere di prendere in carico il paziente nella sua totalità come persona, essere in grado di individuare i fattori psicologici che rallentano la guarigione ed educare il paziente alla loro gestione, al fine di evitare la cronicizzazione.

L’obiettivo di questo paper, dunque, è quello di esplorare il ruolo educativo del fisioterapista nei confronti del paziente con dolore di natura muscoloscheletrica, ponendo attenzione agli strumenti che egli ha a disposizione per gestire le componenti psicosociali del dolore, tralasciando in questa sede, quelle di natura biologica e biomeccanica.

2. Il ruolo del fisioterapista nell'educazione terapeutica

Il termine “educazione terapeutica” viene coniato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1998, indicando le attività rivolte al paziente di sensibilizzazione, informazione, apprendimento dell’autogestione e sostegno psicologico riguardo tutti gli aspetti della malattia, che il professionista sanitario ha il dovere di erogare, al fine di mantenere o migliorare la qualità di vita dei suoi assistiti (World Health Organization, 1998).

Il ruolo di educatore del fisioterapista non si può e non deve limitarsi alla mera trasmissione di regole e pratiche che promuovono uno stile di vita sano (pur rientrando questo tra i suoi compiti), ma deve comprendere delle strategie per favorire il processo di empowerment del paziente (Avellino, 2024). Il concetto di empowerment è stato introdotto per permettere ai pazienti di abbandonare il ruolo passivo che per molto tempo ha caratterizzato la relazione di cura medico-centrica, e svolgere un ruolo attivo nel prendersi cura della propria salute (Castro et al., 2016). L’empowerment del paziente è un processo abilitante, che presuppone la predisposizione del paziente al cambiamento, per raggiungere l’autonomia e l’autogestione della propria condizione. Secondo i principi dell’andragogia, la scienza che studia l’apprendimento degli adulti, la predisposizione al cambiamento, che porta una persona a voler imparare, nasce da una motivazione intrinseca (Avellino, 2024). L’adulto impara meglio e più facilmente se comprende che ciò che imparerà è rilevante per la sua vita, di conseguenza promuovere il suo ruolo attivo all’interno della relazione terapeutica è fondamentale per l’apprendimento. Educare il paziente in questo senso definisce il passaggio dal sentimento di impotenza che egli sperimenta quando si trova in una condizione che gli provoca sofferenza, allo sviluppo di un senso di padronanza e di controllo sulla propria vita (Castro et al., 2016).

Il fisioterapista – educatore deve quindi da un lato acquisire delle qualità che gli permettano di essere un testimone credibile di ciò che comunica (nessuno prenderebbe come esempio una persona che per prima non fa ciò che dice), dall’altro delle capacità che lo rendano un facilitatore, una guida che incoraggia al cambiamento. Per assolvere entrambi i compiti deve essere un ascoltatore attivo, in grado di comunicare in modo assertivo ed empatico e capace di coinvolgere il paziente, facendolo sentire il principale responsabile del suo benessere (Avellino, 2024).

Nel paragrafo introduttivo è stato sottolineato come nei pazienti con dolore persistente c’è un’altissima necessità di prendere in considerazione il dominio psicosociale come una delle

cause scatenanti. Di conseguenza, in che modo il fisioterapista può svolgere il suo ruolo educativo nei confronti del paziente che manifesta queste esigenze?

La fisioterapia psicologicamente informata è nata per dare una risposta a questo interrogativo.

3. La fisioterapia psicologicamente informata

Per fisioterapia psicologicamente informata si intende l'utilizzo, da parte del fisioterapista, di strategie psicologiche unite a quelle cliniche per la gestione del paziente con dolore (Coronado et al., 2020). Questo approccio è nato dal limite della pratica fisioterapica di usare sole tecniche mirate alla risoluzione della causa biomeccanica del dolore, che non prendono in considerazione tutta una serie di altri aspetti psicologici altrettanto invalidanti, che innescano un circolo vizioso da cui il paziente fatica ad uscire (Denneny et al., 2020). Molti studi recenti, infatti, affermano che esiste una correlazione positiva tra la presenza di sintomi di natura psicologica, come l'ansia, la kinesiophobia (paura del movimento), la catastrofizzazione del dolore e la paura del dolore, con l'intensità del dolore stesso in molte tipologie di pazienti. I disturbi di natura psicologica possono dunque mediare dei processi pro-infiammatori che aumentano l'intensità del dolore e l'area della sua localizzazione, favorendo la transizione verso il dolore cronico e la disabilità (Harvie et al., 2021) (Silva Guerrero et al., 2018). È stato dimostrato che gli interventi di educazione psicologica in pazienti con dolore di natura muscoloscheletrica determinano un miglioramento dello stato generale di salute, una diminuzione dell'utilizzo dell'assistenza sanitaria e dell'uso di farmaci; di fatti molte le linee guida di pratica clinica sottolineano di rivolgere attenzione anche alle componenti psicologiche del dolore (Harvie et al., 2021).

Per garantire l'empowerment al paziente che ha una forte influenza della componente psicosociale sul dolore, quindi, l'intervento educativo del fisioterapista non può che essere *psicologicamente informato* e volto alla costruzione di una buona alleanza terapeutica.

4. Costruire l'alleanza terapeutica come strumento educativo

L'alleanza terapeutica è stata descritta come la relazione o la connessione sociale positiva tra il paziente ed il terapeuta, stabilita attraverso la collaborazione, la comunicazione, l'empatia del terapeuta ed il rispetto reciproco (Babatunde et al., 2017). L'alleanza terapeutica è uno dei componenti principali della relazione professionista-paziente ed il suo ruolo positivo

sull'aderenza del paziente al trattamento e l'efficacia delle cure è largamente riconosciuto in letteratura. Molti studi, infatti, rivelano che una buona alleanza terapeutica tra fisioterapista e paziente contribuisce al miglioramento dei sintomi soggettivi delle patologie, primo tra tutti il dolore, ma anche al controllo dei fattori psicologici correlati, come ansia e depressione (Taccolini Manzoni et al., 2018).

Il fisioterapista può utilizzare l'alleanza terapeutica come strumento educativo, per aiutare il paziente a individuare le proprie risorse ed utilizzarle per raggiungere l'autonomia e l'autoefficacia (Taccolini Manzoni et al., 2018). È necessario, tuttavia, che questa relazione di fiducia si stabilisca nel tempo: man mano che aumenta il contatto tra paziente e terapeuta, si forma un legame emotivo grazie al quale il paziente riconosce al professionista una figura da cui prendere esempio e da cui lasciarsi "educare".

Il primo passo che il fisioterapista deve fare è ottenere la fiducia del paziente, essenziale affinché quest'ultimo possa superare la tipica incertezza di chi, afflitto da un dolore persistente, crede che nulla possa più cambiare la sua situazione. L'ascolto attivo del professionista gioca in questo un ruolo fondamentale: egli deve concedere al suo assistito lo spazio ed il tempo giusti, che gli permettano di condividere la sua storia e le sue paure. All'interno della relazione terapeutica deve crearsi quindi quella "spazio sicuro", che incoraggia il paziente all'apertura della condivisione, perché certo che verrà sicuramente ascoltato e soprattutto compreso (Kealy & Hebron, 2024). È necessario che il fisioterapista accolga senza pregiudizi o preconcetti tutte le convinzioni, le paure e le ansie del paziente; trasmettere un senso di comprensione profonda, supporto e vicinanza senza filtri renderà l'alleanza terapeutica un legame forte, e getterà le basi per il successo dell'educazione terapeutica. Permettere al paziente di esprimere le proprie emozioni ad alta voce, nell'ambito di una relazione terapeutica, fa parte di quella "cura autenticamente educativa, [...] che aiuta l'altro a divenire libero e autonomo" (Avellino, 2024, p.21). Per questo motivo il processo che stabilisce l'alleanza terapeutica è già parte integrante dell'educazione terapeutica stessa.

Nell'ambito della cura educativa, l'alleanza terapeutica permette al paziente di sentirsi tanto accolto, da poter sperimentare e adottare nuovi comportamenti, in un ambiente protetto e guidato dal fisioterapista. Ecco allora che gli step necessari alla creazione di una buona alleanza terapeutica ricalcano le 3 fasi dell'apprendimento di un adulto ideate da Kurt Lewin (Avellino, 2024). Lo *scongelo* prevede l'abbattimento delle barriere mentali e dei meccanismi di

difesa da parte del discente (Avellino, 2024); allo stesso modo il paziente mette a nudo le proprie paure davanti al fisioterapista. Quest'ultimo, avendo di fronte un paziente con dolore accompagnato da sintomi di natura psicologica, ha il compito di dimostrargli, con parole e fatti, in che modo le sue paure ed i suoi comportamenti stanno minando alla sua salute e autonomia. In questa fase dunque il fisioterapista coinvolge il paziente all'idea di cambiamento.

La seconda fase è la *trasformazione*: come un educatore incoraggia il ragionamento critico dei suoi discenti (Avellino, 2024), così il fisioterapista deve guidare il paziente ad intraprendere il primo passo concreto per affrontare i suoi sintomi.

L'ultimo stadio, il *ricongelamento*, è quello in cui il discente fa propri gli insegnamenti ricevuti, in tegrandoli con quelli che già aveva imparato (Avellino, 2024). Il paziente, in quest'ultima fase, fa esperienza delle nuove strategie insegnate dal fisioterapista e, sapendo riconoscere il ruolo limitante dei pensieri negativi sulla propria guarigione, interiorizza metodi concreti per abbattere il dolore.

5. Discussioni

In questo paper è stato analizzato qual è il ruolo educativo del fisioterapista, con particolare attenzione agli strumenti educativi che egli può utilizzare per fronteggiare tutte le componenti psicologiche legate al dolore cronico.

Il cappello introduttivo sul modello biopsicosociale del dolore è servito da cornice, essenziale per inquadrare il contesto di riferimento in cui opera il professionista e per fornire un background razionale al motivo della scelta di questo argomento.

È stato poi esplorato il tema dell'educazione terapeutica, approfondendo la visione sulla fisioterapia psicologicamente informata e come la conoscenza di quest'ultima sia di aiuto al professionista per educare il paziente a trecentosessanta gradi. Infine si è arrivati a delineare nel dettaglio le caratteristiche dell'alleanza terapeutica, sottolineando i motivi della sua essenziale funzione educativa per tutti quei pazienti che hanno bisogno di saper gestire le loro emozioni prima ancora che il loro dolore. In futuro sarebbe interessante indirizzare nuovi studi nella valutazione delle conoscenze in ambito educativo dei professionisti sanitari e nello studio delle loro effettive competenze educative. Alla luce del ruolo cruciale del fisioterapista come educatore, sarebbe auspicabile anche valutare la presenza degli insegnamenti di pedagogia presenti all'interno del corso di laurea triennale in fisioterapia e valutare la loro efficacia nel

garantire una formazione in pedagogia adeguata alle esigenze professionali.

Bibliografia

Avellino A. (2024). *Pedagogia e didattica per le professioni sanitarie, Teorie, metodi, applicazioni*. Milano, Italia: UTET Università.

Babatunde, F., MacDermid, J., & MacIntyre, N. (2017). *Characteristics of therapeutic alliance in musculoskeletal physiotherapy and occupational therapy practice: a scoping review of the literature*. BMC Health Services Research, n. 17(1), 375.
<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2311-3>

Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). *Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review*. Patient Education and Counseling, 99(12), pp. 1923–1939.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>

Coronado, R. A., Brintz, C. E., McKernan, L. C., Master, H., Motzny, N., Silva, F. M., Goyal, P. M., Wegener, S. T., & Archer, K. R. (2020). *Psychologically informed physical therapy for musculoskeletal pain: current approaches, implications, and future directions from recent randomized trials*. PAIN Reports, 5(5), e847.
<https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000847>

Denneny, D., Frijdal (nee Klapper), A., Bianchi-Berthouze, N., Greenwood, J., McLoughlin, R., Petersen, K., Singh, A., & C. de C. Williams, A. (2020). *The application of psychologically informed practice: observations of experienced physiotherapists working with people with chronic pain*. Physiotherapy, n. 106, pp. 163–173. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2019.01.014>

Dunn, M., Rushton, A. B., Mistry, J., Soundy, A., & Heneghan, N. R. (2024). *The biopsychosocial factors associated with development of chronic musculoskeletal pain. An umbrella review and meta-analysis of observational systematic reviews*. PLOS ONE, 19(4), e0294830.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294830>

Filligim, R. B. (2017). *Individual differences in pain: understanding the mosaic that makes pain personal*. Pain, 158(1), S11–S18. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000775>

Harvie, D. S., Vasco, D., Sterling, M., Low-Choy, S., & Niederstrasser, N. G. (2021). *Psychosensory relationships in chronic pain*. British Journal of Pain, n.15(2), pp. 134–146.
<https://doi.org/10.1177/2049463720933925>

Kealy, E., & Hebron, C. (2024). *Holding space and sitting with emotions: the lived experiences of physiotherapists using psychological strategies in pain care*. Physiotherapy Theory and Practice, n. 40(12), pp. 2889–2902. <https://doi.org/10.1080/09593985.2023.2300400>

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R.,

Ushida, T., & Vader, K. (2020). *The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises*. Pain, n. 161(9), pp.1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Silva Guerrero, A. V., Maujean, A., Campbell, L., & Sterling, M. (2018). *A Systematic Review and Meta-Analysis of the Effectiveness of Psychological Interventions Delivered by Physiotherapists on Pain, Disability and Psychological Outcomes in Musculoskeletal Pain Conditions*. The Clinical Journal of Pain, n. 34(9), pp. 838–857. <https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000601>

Taccolini Manzoni, A. C., Bastos de Oliveira, N. T., Nunes Cabral, C. M., & Aquaroni Ricci, N. (2018). *The role of the therapeutic alliance on pain relief in musculoskeletal rehabilitation: A systematic review*. Physiotherapy Theory and Practice, n.34(12), pp. 901–915. <https://doi.org/10.1080/09593985.2018.1431343>

World Health Organization. (1998). *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases. Report of a WHO working group*.