



# MEDIC@LIVE

## 08<sup>SET</sup> 2019 *Magazine*

L'informazione scientifica che corre sulla rete

Anno n. 5



LA FISSAZIONE ESTERNA CIRCOLARE/IBRIDA E  
L'IMAGING RADIOLOGICO

pag. 5

L'INTERAZIONE E LO SVILUPPO  
DELL'INTENZIONALITÀ DEL DIALOGO

pag. 11

IL GAMING DISORDER:  
L'USO SCORRETTO DI UN FENOMENO SOCIALE

pag. 17

RICONOSCIMENTO DEL TITOLO PROFESSIONALE DI  
FISIOTERAPISTA CONSEGUITO ALL'ESTERO

pag. 22

# L'interazione e lo sviluppo dell'intenzionalità del dialogo

## Tratto da

*Elementi di comunicazione per le professioni sanitarie. Strategie operative per le aree infermieristica, preventiva, riabilitativa e tecnica.*

di Roberto Vignera, Angelo Ginestra, Annamaria Venere, FrancoAngeli 2008



**Dott.ssa Annamaria Venere**

Sociologa Sanitaria  
Criminologa Forense

Amministratore Unico  
AV Eventi e Formazione

Direttore Editoriale  
MEDICALIVE MAGAZINE

Nell'istante in cui ci apprestiamo a relazionarci con un'altra persona non ci preoccupiamo semplicemente di apprendere la sua identità, per essere in grado di guidare un atteggiamento conveniente, ma cerchiamo di capire come costui ci vede, ci legge e ci comprende. In alcune situazioni i segnali che giungono dal soggetto non riguardano il ruolo o la posizione sociale, ma semplicemente alla sua apertura all'interazione; hanno la capacità di essere segnali importanti per governare la specifica condotta a favore della relazione interpersonale anche se sono segnali semplici, come un sorriso, un cenno del capo o un gesto della mano.

L'idea che l'intenzionalità farebbe parte soltanto della comunicazione interpersonale, quindi della comunicazione sociale, ha creato un terreno di discussione soprattutto tra gli psicologi. Watzlawick [1967] sostiene che non sussista difformità tra segno e simbolo e che ognuno di essi sia in grado di somministrare informazione al ricevente: se un soggetto emette un colpo di tosse, quello rappresenta già un elemento informativo, per cui raffigura un atto comunicativo. *"Poco importa che egli abbia tossito per proprio conto o abbia voluto comunicare imbarazzo o avvertimento; nel primo caso l'osservatore sarà informato sullo stato di salute del soggetto, nel secondo invece coglierà il significato recondito di quel messaggio discreto"*. Alla luce delle considerazioni elaborate dai teorici della scuola di Palo Alto si può affermare che l'intenzionalità tratteggia una forma di comunicazione avanzata che qualifica l'interazione, lo scambio relazionale.

Hanno poi sostenuto tale asserzione altri modelli teorici, come quello di Grice [1989; 1993] che mette in risalto l'aspetto cooperativo e interattivo della comunicazione che, riferendosi direttamente all'interazionismo simbolico di Mead, fa convergere la sua attenzione soprattutto sul carattere di reciprocità e di intenzionalità dello scambio comunicativo letto come scambio di atti relazionali volontari. La Teoria di Mead si basava sul pensiero *"(...) che il comportamento umano non fosse semplicemente un insieme di reazioni passive a premi e punizioni, ma riteneva invece che tutte le azioni umane, in quanto comportamenti sociali fossero basate sulla comunicazione. Secondo Mead, noi non ci limitiamo a reagire alle azioni*

*degli altri ma reagiamo anche alle loro intenzioni"*. Secondo Parry [1967] la maggior parte delle strategie che l'individuo programma nel corso dell'interazione mira a capire l'azione altrui per precederla e indirizzarla a proprio favore. In quest'ottica, la comunicazione si fa carico di un aspetto fondamentale, perché autorizza a mettere a disposizione, raccogliere o chiedere informazioni e dà la possibilità di affinare l'adattamento vicendevole dei parlanti, lo scambio relazionale e la cooperazione per il raggiungimento dei relativi obiettivi individuali. Lo scambio d'informazioni dà la possibilità di farci identificare dall'altro e contemporaneamente di riconoscere l'altro, sia a livello di identità personale (carattere, personalità) sia a livello di identità sociale (ruolo e posizione sociale) in riferimento ai segnali espressi con parole, gesti, posture.

Effettivamente, tra gli uomini l'interazione può fermarsi a livello di segni minimi riconosciuti e accettati, come semplici sguardi, gesti di saluto e di rispetto. Ma è anche vero che nel momento in cui la relazione si approfondisce diventa indispensabile che gli interlocutori facciano uso del linguaggio verbale. La relazione, infatti, può svilupparsi e perfezionarsi grazie all'introduzione del linguaggio verbale e all'abbondanza di significati e di prerogative che esso possiede. Tuttavia, l'esigenza di fissare un sistema condiviso di segni e di simboli ha generato una rilevante crescita della dimensione intellettuale, grazie alla sua funzione di pianificazione e di generazione del pensiero. In ogni caso l'assegnazione di significato ai segni e ai simboli è un intervento relazionale, condizionato da codici fissati dai modelli socioculturali, che si genera durante l'interazione e come forma d'interazione.

Le manifestazioni, le movenze, gli atti del corpo e le cadenze, che solitamente perfezionano l'espressione verbale, sono modalità comunicative più elementari e più intimamente connesse alle peculiarità, alle disponibilità e alle risposte fisiologiche del corpo, ed esibiscono una grammatica e una sintassi più essenziale e da capire all'istante. Il linguaggio non verbale, non solo richiede un minor lavoro nella decodifica, ma spesso bilancia le lacune del linguaggio verbale, come nel caso di soggetti che risentono di un handicap comunicativo.

Il saluto militare o il volgare gesto di fare le corna con la mano



a un'automobilista fuori dal finestrino sono atti comunicativi intenzionali, il pallore del viso per uno spavento o l'abbassamento della voce dovuta a commozione e ansia durante un esame è invece ingovernabile, tanto che questi segni lavorano in contrasto con il messaggio verbale.

Com'è possibile regolare il rapporto interpersonale? Nell'abituale attività sanitaria è facile intravedere la differenza tra un'interazione di consuetudine e un'interazione nuova, cui il soggetto deve riservare stratagemmi psicologici e relazionali aggiuntivi. Tuttavia, nel momento in cui le situazioni inusuali si ripropongono più volte, anch'esse finiscono per rientrare nella routine. Nella prima occasione d'incontro tra operatore sanitario e paziente, la circostanza è nuova per entrambi e richiede un'attenzione e una strategia comportamentale specifica, fatta di progressiva riduzione della distanza interpersonale e di una grande mediazione per il raggiungimento del fine comune. In seguito, quando la conoscenza dei due soggetti ha guadagnato un maggiore grado d'intimità e si sono definiti sempre più precisamente gli obiettivi comuni, l'atteggiamento dell'altro diventa prevedibile, si crea una consuetudine e una confidenza che alleggeriscono l'impegno e l'ansia degli attori, limitando i contorni di incertezza. Infine, l'individuo di quel dato rapporto interpersonale vivrà le dinamiche comportamentali senza particolari emozioni o senza particolare ansia poiché le sentirà come scontate.

In quella che rappresenta l'articolata interazione reciproca tra utenti e operatori sanitari spesso, s'introducono una sequenza di

capacità e forme di contatto interpersonale. Qualsiasi professionista con il tempo acquisisce un bagaglio di capacità relazionali minime, fatto di frasi che ritiene simpatiche e di grande riuscita, modalità di risposte standardizzate in circostanze conflittuali, manifestazioni intenzionali della gestualità o della mimica facciale, ragionamenti incoraggianti per i pazienti oltre, ovviamente, all'ineccepibile preparazione professionale teorico-pratica specifica.

Per un operatore sanitario il possesso di simili performance supplementari è determinante per intensificare il non semplice rapporto con l'utenza.

L'individuo che impara a essere consapevole del proprio stato di salute tende anche a gestire coscientemente tutti i momenti della propria vita legati alla malattia. Pertanto egli impara a valutare la qualità della relazione con l'altro, le sue dinamiche, i cambiamenti e, maturando una sempre maggiore esigenza di conoscenza, certamente richiede la migliore assistenza, e utilizza anche strategie di tipo emotivo, conoscitivo e comportamentale che gli servono a valutare e prevedere, nel corso della propria cura, gli effetti derivanti da risposte date in certe situazioni.

Si evidenzia, così, la necessità di ottimizzare la qualità del servizio offerto nei luoghi di cura, formando professionisti sanitari che abbiano la capacità di far interagire fra loro maniera dinamica conoscenze di tipo psico-pedagogico, socio-sanitario e assistenziale-riabilitativo.

In ambito sanitario è opportuno differenziare due termini che,





anche se complementari, fanno riferimento a contesti differenti e spesso vengono confusi tra loro: l'informazione e la comunicazione.

L'informazione già dal suo etimo esprime l'idea di nozione, notizia, messaggio che evolve in istruzione, cultura, etc e rappresenta il complesso delle conoscenze e delle competenze che possiedono tutti i professionisti sanitari.

La comunicazione, invece, mette in primo piano l'atto del trasmettere ad altri un contenuto mentale o spirituale, uno stato d'animo. È quindi un processo attivato da un comportamento relazionale che, in maniera quasi intenzionale, dà l'opportunità di trasferire ad altri o possedere in comune con altri informazioni di diverso tipo, comprese le componenti emozionali, e interessa quindi sia gli elementi oggettivi dell'informazione che quelli emotivi ed affettivi.

Se pensiamo al contesto sanitario, un esempio può essere la richiesta di informazioni alla portineria di un ospedale sugli orari di visita ai ricoverati. Qui siamo più nel campo dell'informazione che della comunicazione in senso stretto, ma anche in questo caso modifichiamo il comportamento o il programma di far visita a un paziente in funzione dell'indicazione ricevute dall'addetto del servizio di portineria. L'idea iniziale è di far visita all'ammalato ma poi decidiamo se andare di mattina o pomeriggio o se salire al piano a piedi o con l'ascensore in base alle informazioni ricevute. Nell'istante in cui stabiliamo di entrare in una relazione comunicativa con l'altro iniziamo ad attivare il processo di trasformazione della nostra informazione psicologica interna in messaggi con argomenti di senso di struttura emotiva ed affettiva (es. vogliamo chiedere il permesso di poter entrare per alcuni minuti in reparto fuori orario per far visita ad un parente caro), questi sono oggetto di modifica continua in funzione dei modi di fare, dei comportamenti e delle reazioni che l'altro ha nei nostri confronti come risposta alla nostra azione comunicativa.

Appare chiaro come in questo modo la comunicazione sia indirizzata verso uno specifico scopo ed obiettivo, che è al principio determinato dall'emittente, che dà l'input iniziale all'azione comunicativa ma, andando avanti l'interazione, la relazione si

trasforma e si organizza in maniera tale da divenire la sintesi delle due intenzionalità, dell'emittente e del ricevente [Mascilli Migliorini 1990].

Come sostiene Nadio Delai, in contesti ospedalieri è opportuno aver presente che:

- a) la comunicazione non è informazione;
- b) la comunicazione non è parlare per primi bensì ascoltare e saper ascoltare;
- c) la comunicazione non è fattore di produzione, ma componente strategica di una "sanità decente" «nel senso che l'atto sanitario deve incorporare non solo logiche di efficienza nell'allocazione delle risorse ma anche di efficacia rispetto ad obiettivi di solidarietà, di cura, di accoglienza, di rispetto del paziente».

Nelle strutture sanitarie l'azione comunicativa non può essere una condotta di ritaglio o inventata al momento, ma ha bisogno di una coordinazione e gestione professionale permanente. Nella teoria della conver-

sazione di Grice, il concetto di intenzione di un parlante si introduce in modo importantissimo. La conversazione è un'attività sostanzialmente cooperativa, e lo scambio d'informazione risulta meno dispendioso se è ispirato ad un principio detto di *cooperazione*.

Questo principio scandisce una sequenza di massime che Grice elenca in questa maniera:

1. *Relazione*: sii rilevante.
2. *Quantità*: non dare troppa o troppo poca informazione.
3. *Qualità*: attieniti a ciò che ti consta essere vero in base all'evidenza in tuo possesso.
4. *Modo*: sii chiaro ed ordinato. Evita oscurità e ambiguità.

Grice considera che comunemente noi agiamo in corrispondenza a simili direttive conversazionali. Invero, è assai difficile pensare ad una comunicazione e quindi a un dialogo tra utente e operatore sanitario senza che nessuno dei due rispetti massime simili a quelle sopra enunciate.

Il dialogo tra operatore sanitario e paziente si eleva in tutta la sua importanza proprio in quanto incontro tra due persone responsabili e interessate a prendere decisioni corrette e oneste muovendosi secondo tre scopi: lo scopo informativo, lo scopo terapeutico e quello decisionale.

#### – Dialogo Informativo

Il *dialogo informativo* è finalizzato a dare informazioni al paziente riguardo al proprio stato di salute, presupponendo una buona preparazione tecnica e psicologica dell'operatore sanitario che è così in grado di valutare sia i margini di cognizione che la sensibilità del paziente: quello che deve essere comunicato deve essere adeguato alla capacità del soggetto di riceverla.

#### – Dialogo Terapeutico

Il *dialogo terapeutico* si riferisce alla capacità terapeutica insita nella componente dialogica della relazione. La parola giusta al momento giusto e con il giusto approccio può alleviare

la sofferenza (ma non il dolore) del soggetto. Il *dialogo terapeutico* parte dal presupposto che nessuno è in grado di aiutare gli altri se prima non ha accettato profondamente il concetto della morte e della sofferenza dell'uomo.

### – Dialogo Decisionale

Il *dialogo decisionale* evidenzia la centralità della persona nel processo decisionale. Nelle disposizioni importanti l'operatore sanitario non può decidere da solo e sostituirsi al paziente che resta il protagonista principale nel processo di cura. L'operatore ha quindi l'obbligo di cooperare con il paziente con l'obiettivo comune del miglioramento delle condizioni di salute. In questo senso il consenso è l'approvazione intenzionale da parte di un paziente del trattamento che gli viene prospettato da un sanitario. Non è frutto di una decisione discutibile e personale, ma rappresenta la fiducia nell'operatore sanitario e nelle sue competenze, con la ragionevole certezza che questi metterà in atto tutte le sue pratiche terapeutiche.

Qualsiasi dialogo, secondo G. Calogero, è eretto su un principio certo: la nostra volontà di parlare. Difatti, nell'ipotesi in cui uno dei parlanti stabilisce di non discutere la conversazione non viene neppure avviata. *“In realtà, per il Nostro, concepire un individuo che si escluda da ogni comunicazione umana è piuttosto improbabile, poiché l'assoluta incomunicabilità, a suo avviso, è solo un falso mito di qualche filosofo che, in maniera un po' bizzarra, pretende di comunicare la sua stessa incomunicabilità.”*

Ogni uomo, invece, si trova prima o poi a comunicare, dovendo rispettare per ogni sua comunicazione il principio della discussione. La determinazione a voler colloquiare, a sua volta, è fondata su due differenti volontà: la volontà di parlare e la volontà di intendere, in quanto, è vero che affrontando una discussione noi esprimiamo il nostro punto di vista, ma è anche vero che siamo lì per intendere e quindi ascoltare quanto viene espresso per capire le ragioni altrui.

In questo modo è palese che *“il principio della discussione è il solo principio che nessun altro potrà persuadermi di non seguire, poiché, come già detto, nessuno potrà pretendere di convincermi di non ascoltarlo se io stesso non lo ascolto: «[Il principio della discussione] è la sola verità per la quale io non posso assolutamente intravedere la possibilità che un altro, nel dialogo, cerchi di persuadermi del contrario. E come potrebbe persuadermi di non ascoltarlo, se, nello stesso tempo, vuole che io l'ascolti per potermi provare ciò?»”*.

Nel 1956 Szasz e Hollender presentarono uno dei primi lavori sull'analisi della relazione medico-paziente, esponendo la validità dell'applicazione clinica del modello di vicendevole partecipazione (adulto/adulto) alle patologie croniche, in cui il ruolo del sanitario è di aiutare il paziente ad aiutarsi. Una relazione partecipativa necessita di tempo da riservare al rapporto con il paziente, ma questa, se applicata, potrebbe dare la possibilità di ottenere una relazione più salda nella cura di malattie croniche.

Sviluppare l'abilità comunicativo-relazionale con i propri pazienti diviene nell'ambito della propria professionalità una vera e propria strategia terapeutica in quanto non solo consente un aumento dell'efficacia comunicativa durante l'interazione ma permette dare avvio di una relazione terapeutica più favorevole nel tempo.

Le domande poste dal paziente, spesso traggono origine da alcuni aspetti socio-culturali: gli anziani, per esempio, o le perso-

ne meno preparate o non istruite hanno la propensione a fare uno scarso numero di domande in quanto convinti che i professionisti sanitari non siano disponibili a munire i pazienti di troppi dati che darebbero loro libertà di intromettersi nel programma terapeutico. Tra l'altro, molti pazienti hanno poi l'impressione di far perdere tempo prezioso al sanitario, tralasciando deliberatamente elementi particolari che essi non considerano di molto peso, o sono impacciati nel riferire cose che ritengono imbarazzanti, oppure sono convinti che il professionista che li ascolta in realtà durante la conversazione sia stato distratto e che quindi non abbia davvero tutte le notizie necessarie per giungere ad una decisione sul trattamento. Ci appare evidente che l'impegno del professionista dovrà indirizzarsi verso lo sviluppo di strategie d'incoraggiamento del paziente a porre domande perché si è dimostrato che il paziente più informato coincide con la figura del paziente più soddisfatto del trattamento. Un buon modello di assistenza sanitaria si basa sulla costanza e sulla durata dell'assistenza nonché sulla formazione del paziente, invitato a coordinare insieme ai sanitari la sua affezione, come l'assunzione di diversi e numerosi farmaci e la realizzazione di trasformazioni delle proprie abitudini con lo scopo di rendere migliore la qualità di vita connessa allo stato di salute, non inequivocabilmente alla scomparsa dell'infermità.

Riportiamo, qui di seguito una serie di circostanze in cui sono di grande utilizzo le modalità comunicative dirette ad aiutare un paziente intenzionalmente non rispondente e finalizzate a far mutare la sua posizione. È opportuno aver presente che il processo di cambiamento ha bisogno di tempo e che l'obiettivo può altalenare istante per istante, ed è perciò utile dare al paziente il tempo di considerare nuove soluzioni.





### Letture degli specifici indicatori (per la maggior parte verbali)

<b>Mancanza di Obiettivi del paziente</b>	<b>Il paziente non riconosce il problema</b>	<i>“Stia tranquillo, posso continuare a pedalare sulla cyclette, non sono stanco, sono abituato a ben altro io!”</i>
	<b>Il paziente non mostra disponibilità a modificare le sue abitudini</b>	<i>“Mi creda, non posso sottopormi al trattamento tre volte a settimana per impegni già assunti!”</i>
	<b>Il paziente preferisce risolvere da solo</b>	<i>“Grazie, ma preferisco pensarci su e decidere da solo e con calma!”</i>
	<b>Paziente deluso da passati insuccessi</b>	<i>“Ho già provato in passato questa terapia ma non ho risolto niente!”</i>
	<b>Paziente che si mostra maldisposto e resistente</b>	<i>“Sarà come dice lei ma io sono dubbioso. Lei potrebbe anche sbagliarsi!”</i>

### Comportamenti che dovrebbe assumere l'Operatore sanitario

<b>Si sconsiglia</b> Di dare giudizi:	<b>Si sconsiglia</b> Di fare domande aperte:
<i>“Non può continuare così, lei fin'ora ha sbagliato tutto!”</i>	<i>“Qual è la ragione che l'ha condotta a rivolgersi a me?”</i>
<i>“Lei deve fare solo come dico io!”</i>	<i>“Che ne pensa, non crede sia pericoloso ostinarsi a...”</i>
<i>“Lei è una testa dura, se non vuole guarire è inutile che io continui a lavorare su di lei!”</i>	<i>“È rilevante che lei stia tentando di trovare la giusta risoluzione al suo caso”</i>



<b>Indicatori di volontà di cambiamento del paziente</b>	Il paziente ha acquisito coscienza del suo problema	Pz: "Se faccio tutta questa serie di trattamenti potrò nuovamente...?"
		Pz: "Con questa terapia passerà tutto, vero?"
	Il paziente riversa nel professionista la speranza di una risoluzione miracolosa della patologia	Pz: "Sono certo che lei mi farà tornare come prima!"
		Pz: "Mi hanno riferito che lei è il migliore!"

<b>Senza alcuna pianificazione del cambiamento</b>	Pz: "Non ho capito come ma devo trovare una soluzione..."	OS: "Sono chiari in lei i vantaggi e gli svantaggi della terapia che le sto proponendo? Ne vogliamo parlare?"
	Aiutare il paziente a valutare le condotte favorevoli e sfavorevoli alla soluzione del suo problema	OS: "Se non segue le indicazioni al trattamento che le sto proponendo potrebbero esserci dei risvolti positivi e negativi: secondo lei, quali?"
	Persuadere il paziente che un cambiamento può essere realizzabile	OS: "Già in passato ho avuto altri casi di pazienti che come lei avevano difficoltà a..., ma poi..."

## Bibliografia

- Francesco Mattioli, *L'IO sociale*, Edizioni Seam Roma 1999 p.46
- Neil J. Smelser, *Manuale di Sociologia*, il Mulino Bologna 2000, p. 124
- *Perché l'ospedale deve comunicare?* Rivista Italiana di comunicazione pubblica, 2002 Fascicolo: 11 – Franco Angeli Milano
- G. Calogero, *Il muro*, in *Quaderno laico*, Ed. Laterza Bari 1967, pp. 29
- M. Maistri, *L'etica dialogica* di Guido Calogero – rivista *Dialegesthai* 20.02.2004
- G. Calogero, *Verità e libertà*, in *Filosofia del dialogo*, pp. 165
- *A contribution to the philosophy of medicine*, in *AMA Archives of Internal Medicine*, XCVII 1956