

**SOSTENIBILITA' E POLICY DELLA SALUTE:  
IL RUOLO DEL SERVIZIO PUBBLICO TERRITORIALE**

***Principi e fondamenti etici e deontologici  
relativi alla sostenibilità e policy della  
salute pubblica***

***Croas Lazio Ass.soc. Stefania Scardala***

# esercizio

- 1) in quale paradigma/ modello di riferimento vi muovete nel servizio?
- 2) C'è integrazione socio sanitaria nel vostro servizio?
- 3) Come rendicontate la sostenibilità e la policy del percorso e degli obiettivi raggiunti o meno con le persone?

E' più sostenibile il paradigma medico tradizionale, perché si basa sul concetto causa effetto, è necessario muoversi sul un altro paragidma.

Rendicontazione del cambiamento della storia di vita e della salute e del benessere della persone?

Stiamo producendo benessere o malessere?

Noi come stiamo nei servizi?

Abbiamo chiuso i manicomi, ma abbiamo preso in carico o li abbiamo cronicizzati con i farmaci nei servizi?

- Il paradigma che abbiamo di salute
- Frammentati nei propri paradigmi, ognuno concentrato nel pezzettino di cure a cui adempiere;
- Se arrivasse un nuovo paradigma ?(modello), chi ci parla con il paziente, chi si mette in ascolto, sarebbe tutto meno sanitarizzato, lavorando sul paradigma dialogico.
- Come rompere le catene che legano le relazioni e i legami patologici?
- Non si può appiattare tutto con una ricetta per tutti uguale
- Abilitiamo parti della persona, i medici gli organi, lo psichiatra la psiche, etc etc

## IL MODELLO PATIENT CENTRED O BIO-PSICO-SOCIALE

- Il modello bio-psico-sociale è una strategia di approccio alla persona, sviluppato da Engel sulla base della concezione multidimensionale della salute descritta nel 1947 dal WHO (World Health Organization).
- L'assunzione fondamentale del modello bio-psico-sociale è che ogni condizione di salute o di malattia sia la conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Engels, 1977, 1980; Schwartz, 1982).
- Il modello bio-psico-sociale si contrappone al modello biomedico, secondo il quale la malattia è riconducibile a variabili biologiche che il medico deve identificare e correggere con interventi terapeutici mirati.

## MODELLI A CONFRONTO

### Modello biomedico

- Approccio mirato all'organo-corpo
- Focalizzazione sul medico
- Chiara attribuzione e separazione dei ruoli
- Base del modello: difetto della macchina (uomo)

### Modello bio-psico-sociale

- Una prospettiva di cura a più livelli: sia biologica sia psicosociale.
- Focalizzazione sul paziente: l'agenda del malato.
- Ruoli interattivi e mutevoli: il paziente è l'esperto della illness, il medico è l'esperto della disease.
- Base del modello: consulenza della salute.

## MODELLI A CONFRONTO

### Modello biomedico

- Diagnosi di malattia
- Cura della malattia
- Ricerca della compliance del Paziente
- Follow-up periodici per controllo malattia

### Modello bio-psico-sociale

- Diagnosi dei bisogni che scaturiscono dalla malattia
- Piano di cura e assistenza
- Attivazione della Partecipazione di Paziente e famiglia
- Erogazione di interventi di cura e assistenza integrati e continui

## IL MODELLO BIOMEDICO

- Nel modello Biomedico si compie un'operazione di "oggettivazione", quindi di "parcellizzazione" della realtà del malato, considerandolo solo nella parte corporea lesa e disinteressandosi al resto. Di conseguenza la malattia è spiegata come deviazione dalla norma sottesa da una causa biologica primaria, oggettivamente identificabile.
- La cura del malato avviene mediante l'uso di strumenti "oggettivi" come farmaci, interventi chirurgici, commisurati al tipo e al grado di deficit dello stato fisico, biochimico, funzionale. Si ha così la totale esclusione di fattori comportamentali e sociopsicologici (Ongaro Basaglia, 1982).

### SCHEMA DEL MODELLO BIO-MEDICO

Modello di Approccio alla Malattia:

#### 1. Diagnosi di malattia

1. Valutazione di segni e sintomi (EO)
2. Valutazione di variabili biologiche: parametri biochimici, istologici, radiologici...Indici oggettivi di malattia (esami strumentali e di laboratorio)



#### 2. Cura della malattia

Cura medica, chirurgica, palliativa

#### 4. Follow-up

Verifica dello stato di malattia

#### 3. Ricerca della compliance

Informazione del Paziente per la adesione alla cura

▪ **Semplicità:** la malattia è ridotta a un rapporto semplificato di causa (biologica)-effetto (patologico).

▪ **Predittività:** la malattia è l'effetto di una causa biologicamente identificabile che si ripresenta in soggetti diversi.

▪ **Chiarezza del metodo clinico:** sono indicati gli obiettivi della medicina (identificare le patologie e trattarle) e gli obiettivi che il medico nella consultazione deve raggiungere.

▪ **Verificabilità:** l'approccio anatomico-patologico garantisce la verifica di ipotesi attraverso il disegno sperimentale.

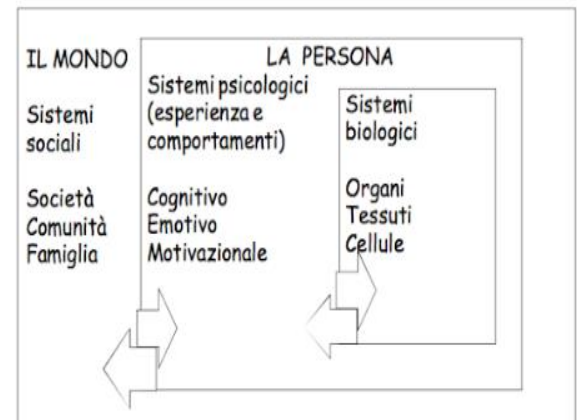
▪ **Insegnabilità:** il metodo clinico è oggetto di insegnamento e di apprendimento.

### IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

Il modello bio-psico-sociale trova il suo fondamento nella "Teoria Generale dei Sistemi" (L. Von Bertalanffy, 1945), intesi come entità dinamiche in cui le componenti sono in continua e reciproca interazione, in modo da formare un unità o un tutto organico (Stone, 1987).

- ✓ Le proprietà fondamentali di un sistema sono:
  - la totalità (per cui il cambiamento di una parte provoca un cambiamento in tutte le parti e in tutto il sistema),
  - la retroazione (che sottolinea il carattere circolare dei sistemi interattivi, tali per cui ogni comportamento influenza ed è influenzato dal comportamento di ogni altro),
  - l'equifinalità e la multifinalità (per cui i risultati non dipendono dalle condizioni iniziali, ma dalla natura del processo e dai parametri del sistema).
- ✓ Le richieste del sistema sono costituite dai limiti e dalle prescrizioni che un sistema sociale impone ad un individuo.

### IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE: SCHEMA



Modello di Approccio alla Persona con problemi di salute

1. Diagnosi dei bisogni multidimensionali

1. Problemi clinici
2. Problemi di autonomia
3. Problemi ambientali (abitazione, reddito, situazione familiare)
4. Problemi personali



2. Stesura del Piano Assistenziale Individuale

Per ogni problema sono indicati gli interventi, gli operatori (compresa la famiglia) e le forniture necessarie (farmaci, presidi, ausili)

4. Erogazione di interventi integrati e continui

Interventi erogati da Team multiprofessionale nei servizi in rete

3. Attivazione della Partecipazione di paziente e famiglia

Educazione terapeutica al self-care, alleanza terapeutica famiglia-servizi

IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

- La concettualizzazione del modello muove dalla consapevolezza di diversi punti di debolezza del modello biomedico.
- Innanzitutto la difficoltà di comprendere le relazioni causali tra condizioni somatiche e malattia. In molte condizioni epidemiologicamente rilevanti, ad esempio, l'esposizione ad un agente contagioso conduce solo in una percentuale di casi, e non nella totalità, allo sviluppo della malattia.
- Il modello biomedico ignora i fattori sociali e psicologici che possono modulare l'efficacia della risposta del soggetto e ignora completamente l'importanza della relazione tra medico e paziente nei processi di diagnosi e terapia come fattori che invece influenzano fortemente gli esiti terapeutici.

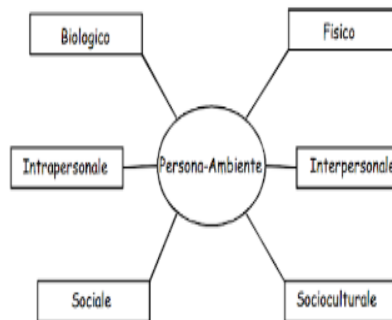
IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

- Il concetto di salute del WHO fa riferimento alle componenti:
  - fisiche (funzioni, organi strutture),
  - mentali (stato intellettuale e psicologico),
  - sociali (vita domestica, lavorativa, economica, familiare, civile)
  - spirituali (valori),

per identificare in esse le variabili collegate alle condizioni soggettive e oggettive di benessere (salute nella sua concezione positiva) e male-essere (malattia, problema, disagio ovvero salute nella sua concezione negativa).

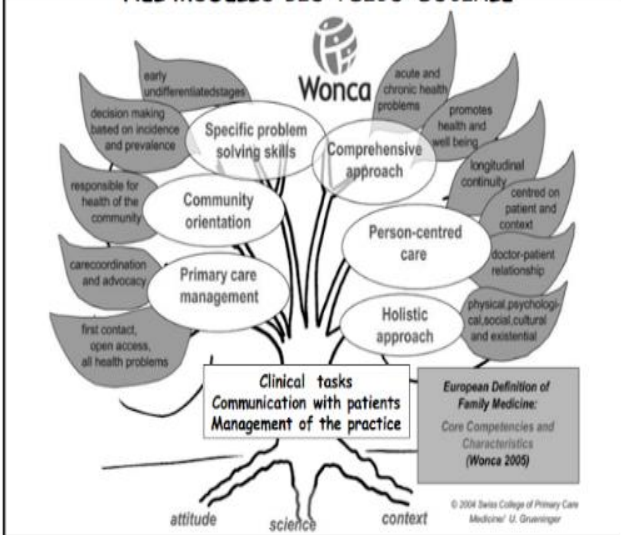
- Nella pratica però i vari professionisti, pur attribuendo valore all'approccio bio-psico-sociale, finiscono per focalizzare l'attenzione sull'aspetto che più attiene al proprio background culturale e professionale.

LIVELLI DI ORGANIZZAZIONE COINVOLTI NEL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE



Wapner, 1995

NEL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE



IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

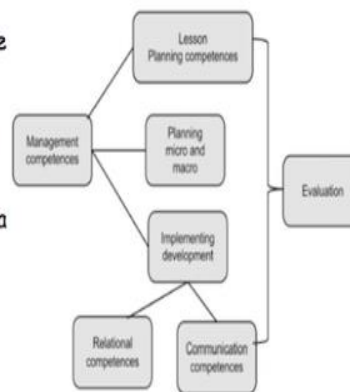
- Le numerose competenze richieste per l'approccio olistico non possono essere concentrate in un unico professionista.
- L'unica strategia per realizzare l'approccio bio-psycho-sociale è quella che prevede attività di **equipes multiprofessionali** interagenti al proprio interno e con il paziente.
- Le attività di equipe si realizzano soprattutto nei percorsi di cure primarie, quali quelli del paziente con malattia cronica o dell'anziano non autosufficiente.

IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

- In Italia, le **equipes multiprofessionali** fanno ancora fatica a decollare: mancano la **cultura dell'integrazione** e della **comunicazione interprofessionale**, dal momento che i vari operatori utilizzano linguaggi diversi e metodi e strumenti monoprofessionali per descrivere la salute.
- Le riunioni di equipe risultano difficili perché i vari professionisti afferiscono a servizi settoriali e a strutture diverse.
- La strategia più efficace per sviluppare la cultura dell'approccio bio-psycho-sociale non può che essere la **Formazione**, nelle sue varie forme pre-laurea, post-laurea e continua (ECM).

IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

- Le basi dell'approccio devono essere presentate ai futuri professionisti della salute (medici, infermieri, tecnici sanitari) già nei Corsi di Laurea.
- L'occasione è oggi offerta dalla **revisione dell'Ordinamento Didattico di Ateneo** in applicazione della Legge 270/2004 e con riferimento al DM 16.3.2007.

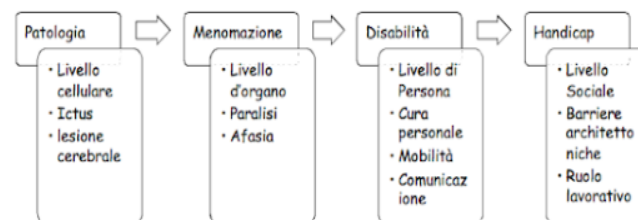




## IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

- Il metodo su cui si basa l'approccio bio-psico-sociale è un ampliamento del tradizionale "metodo di diagnosi e cura della malattia" nel "metodo di **assessment diagnostico dei bisogni multidimensionali**" da cui far scaturire un "piano integrato di cura e assistenza alla persona".
- La prima tappa dell'approccio bio-psico-sociale è rappresentato dall'"**assessment diagnostico dei bisogni multidimensionali**", per il quale serve uno strumento validato e trasversale alle varie professioni.
- Appropriato allo scopo è l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), evoluto successivamente (1980) in **ICIDH** (International Classification of Impairment, Disability and Handicap), proposto dal WHO.

L'ICDH racchiude tutti gli aspetti della salute umana, rapportandoli a 4 componenti: funzioni e strutture corporee, attività e partecipazione, fattori ambientali.



- Ciascuna delle 4 componenti può essere espressa in termini sia positivi che negativi.

- **Gli aspetti negativi** sono i **bisogni di salute**:
  - problemi di funzioni (es. demenza, dispnea, incontinenza urinaria, ecc.)
  - strutture (es. mancanza di un arto, mancanza di un tratto di intestino, ecc.)
  - limitazioni di attività (es. non autonomia nella cura della persona, difetti di comunicazione, ecc.)
  - limitazioni di partecipazione (es. restrizioni a partecipare ad attività sociali),
  - barriere ambientali (es. scale per un disabile motorio)
  - barriere personali (es. carattere oppositivo).
- **Gli aspetti positivi** sono rappresentati dalle capacità di:
  - effettuare un'attività anche supplementata (es. guidare una carrozzina elettrica),
  - partecipare a una situazione di vita nonostante menomazioni,
  - usufruire della presenza di facilitatori ambientali (es. carrozzina, protesi acustica) e personali (es. carattere fiducioso e ottimista).

- L'ICDH prevede inoltre la codifica di gravità dei bisogni secondo un sistema omogeneo e trasversale alle varie professioni.
- Le 4 componenti dell'ICF sono quantificate in livelli diversi di gravità usando una stessa scala **ICDH** da 0 a 4:
  - 0 = nessun problema;
  - 1 = problema lieve;
  - 2 = problema medio;
  - 3 = problema grave;
  - 4 = problema completo),
- prevedendo anche le voci "non specificato" e "non applicabile".
- Tuttavia, per usi strettamente clinico-assistenziali, è proponibile la trasposizione nella scala ICDH delle tradizionali misure cliniche riferite a:
  - scale ordinali (dati di laboratorio, test funzionali, referti strumentali, ecc.)
  - criteri descrittivi (referti specialistici, referti sociali).

## IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE

- La seconda tappa dell'approccio bio-psico-sociale è rappresentata dalla "stesura del piano assistenziale individuale" (PAI).
- Il PAI può essere definito come il risultato della condivisione in equipe degli **interventi necessari** per rispondere ai bisogni del paziente nel **setting più appropriato** (intensivo, estensivo, di lungoassistenza), tenendo conto del **contesto ambientale** del paziente (barriere e facilitatori), dei fattori personali e delle capacità, nonché delle **risorse disponibili**.
- Il PAI prevede che per ogni bisogno rilevato, come per ogni capacità, vengano definiti gli obiettivi, gli interventi clinico-assistenziali, i relativi operatori compresi i familiari, nonché i prodotti e gli strumenti adatti a compensare limitazioni e sviluppare capacità.

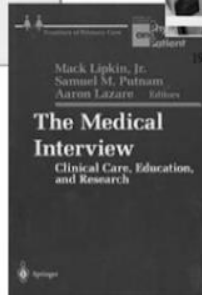
## IL PAZIENTE COMPLESSO



1992 (ed. Ital. 2003)



1996 (ed. Ital. 1997)



1995



2003

Jane POULSON: Bitter pills to swallow. New England Journal of Medicine, 1998

- "Ho imparato più sulla cura dei tumori da quando sono diventata una paziente oncologica, di quanto non abbia fatto in tutta la mia vita di medico oncologo ed esperto di cure palliative. ....
- Ho fatto un enorme numero di conferenze sul tema "comunicazione delle cattive notizie". La seconda parte di queste conferenze era dedicata alle reazioni del paziente e ai modi più opportuni di aiutarlo.....
- Ho capito allora quale sia stato in realtà il numero di pillole amare che ho fatto inghiottire ai miei pazienti durante i 15 anni di pratica medica.
- Ho capito che frasi dette routinariamente dai medici hanno effetti catastrofici sui pazienti.

## SCALE NUMERICHE DI COMPLESSITÀ

- **Complessità sanitaria:**
  - Indice di Severità di Malattia (ISM),
  - Cumulative Index Rating Scale (CIRS)
- **Complessità assistenziale:**
  - Barthel Index,
  - Index of Activitis of Daily Living (ADL),
  - Index of Independence in Activities of Daily Living (IADL)
- **Complessità ambientale:**
  - Scheda Ordine Nazionale Assistenti Sociali

Le scale numeriche sono settoriali e disomogenee!

## FINALITÀ DELLA MISURAZIONE DELLA COMPLESSITÀ

- ✓ Classificare i pazienti sulla base di livelli diversi di complessità
- ✓ Segnalare la "tipologia del paziente" nel passaggio fra servizi in rete (es. da H a ST)

## INDICE DI SEVERITÀ DELLE MALATTIE (ISM)

Ogni malattia viene classificata con Indici di Severità (ISM) da 0 a 4

<b>ISM0</b>	Assenza di malattia
<b>ISM1</b>	Presenza di malattia all'anamnesi, ma corretta dal trattamento e asintomatica da anni
<b>ISM2</b>	Presenza di malattia con sintomi lievi, controllati dal trattamento
<b>ISM3</b>	Presenza di malattia con sintomi gravi, scarsamente controllati dal trattamento
<b>ISM4</b>	Presenza di malattia con sintomi gravi, non controllati dal trattamento

## COMORBILITÀ/POLIPATOLOGIA

Viene classificata come Classi da 1 a 4

<b>Classe1</b>	nessuna malattia con ISM > 2
<b>Classe2</b>	1 sola malattia con ISM = 3 e le altre con ISM non > 1
<b>Classe3</b>	1 sola malattia con ISM = 3 e le altre con ISM non > 2
<b>Classe4</b>	2 o più malattie con ISM = 3 o 1 sola malattia con ISM = 4

## COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE (Indice di Barthel)

- Quantifica il grado di autonomia nelle attività giornaliere:

- Alimentazione
- Igiene personale e cura della persona
- Continenza
- Mobilità

- Esistono diverse versioni del Barthel:  
Barthel ADL+Mobilità, Barthel breve...

B A R T H E L	<b>A. ALIMENTAZIONE</b>		
	Indipendente	10	
	Necessità di aiuto	5	
	Dipendente (deve essere imboccato o alimentato)	0	
	<b>B. BAGNO-DOCCIA</b>		
	Indipendente	10	
	Necessità di aiuto	5	
	Dipendente	0	
	<b>C. IGIENE PERSONALE</b>		
	Indipendente	10	
Necessità di aiuto	5		
Dipendente (assistenza, aiuto, supervisione)	0		
<b>D. VESTIRSI</b>			
Indipendente	10		
Necessità di aiuto	5		
Dipendente	0		
<b>E. CONTINENZA INTESTINALE</b>			
Continente, autonomo nell'uso di clisteri	10		
Occasionale incontinenza, aiuto per clisteri	5		
Incontinente	0		
<b>F. CONTINENZA URINARIA</b>			
Continente, gestione autonoma di dispositivo esterno	10		
Occasionale incontinenza, aiuto per dispositivi esterni	5		
Incontinente	0		
<b>G. USO WC</b>			
Indipendente (per uso WC e padella)	10		
Necessità di aiuto	5		
Dipendente	0		
<b>H. TRASFERIMENTI LETTO-SEDIA-CARROZZINA</b>			
Indipendente	15		
Necessità di aiuto e supervisione	10		
In grado di sedersi ma richiede assistenza per trasferirsi	5		
Incapace (necessità di da seduti)	0		
<b>I. DEAMBULAZIONE</b>			
Indipendente (può usare ausili)	15		
Necessità di aiuto di una persona	10		
Indipendente con carrozzina	5		
Non deambulante	0		
<b>L. FARE LE SCALE</b>			
Indipendente (può usare ausili)	10		
Necessità di aiuto di una persona	5		
Incapace	0		

**Punteggio A+B+C+D+E+F+G  
(attività giornaliere ADL)**  
70 - 50 Autonomo o quasi  
45 - 15 Parzialmente  
dipendente  
10 - 0 Non autonomo

**Punteggio H+I+L  
(mobilità)**  
40 - 30 Autonomo o quasi  
25 - 15 Si sposta assistito  
10 - 0 Non si sposta

## COMPLESSITÀ SOCIALE

Scheda Ordine Nazionale Assistenti Sociali (ONAS)

Quantifica gli aspetti:

- Economici
- Abitativi
- Nucleo familiare e persone che forniscono aiuto
- Servizi e benefici economici

## Scheda Complessità ambientale ONAS

Area	Items	Punteggi
Economica	Reddito buono	10
	Reddito discreto	30
	Reddito sufficiente	70
	Reddito insufficiente	100
Abitativa	Alloggio adeguato	10
	Alloggio adeguato ma poco idoneo alla assistenza	30
	Alloggio con carenze rilevanti	70
	Alloggio inadeguato	100
Nucleo familiare	Familiari che forniscono aiuto completo	10
	Familiari che forniscono aiuto parziale	30
	Persone (non familiari) che forniscono aiuto completo	50
	Persone (non familiari) che forniscono aiuto parziale	70
	Nessun aiuto	100
Servizi, benefici economici attivati	Servizi (tutti o quasi) e benefici economici attivati	10
	Solo benefici economici attivati	30
	Solo servizi (tutti o quasi) attivati	70
	Nessun servizio e benefici economici attivati	100

Punteggio  
400-280 alta complessità  
270-150 media complessità  
140-40 bassa complessità

## SEGNALAZIONE DELLA TIPOLOGIA DEL PAZIENTE NEI PASSAGGI FRA SERVIZI IN RETE

Complessità del paziente	Strumento	Contenuti
Sanitaria	ISM	Patologie e gravità
Assistenziale	Barthel	Livello di autonomia Autonomo Parzialmente dipendente Non autonomo
Ambientale	Scheda ONAS	Giudizio di complessità Complessità alta Complessità media Complessità bassa

## I BISOGNI

- ✓ Sempre più pazienti sono affetti da malattie croniche con un aumento della sopravvivenza complessiva in ogni fascia di età
- ✓ Sempre meno persone hanno intorno a sé una rete di assistenza parentale o sociale allargata
- ✓ Sempre più efficaci e specialistici sono servizi sanitari e per questo sempre più complesso è orientarsi nei percorsi che mettono a disposizione

## LA CRONICITÀ

Condizioni di cronicità	% pop.
1 malattia cronica	38,6
2 malattie croniche	20,4
Diabete	5,5
Iperensione	16,4
BPCO	6,1
Artrosi artrite	16,1
Osteoporosi	7,7
Cardiopatie	3,5
Sovrappeso:	35,6 %
Fumo	21,9 %
Consumo di Farmaci	39,1
Annuario ISTAT 2012 - Salute e Servizi	

Annuario ISTAT 2012 - Salute e Servizi

## LA CRONICITÀ

- ✓ Il 25% della spesa sanitaria e socio-sanitaria è dovuto alla disabilità ed alla non-autosufficienza.
- ✓ Nell'assistenza ai malati cronici ed oncologici, la spesa sale al 60% per una popolazione che rappresenta il 10% di quella totale.

(Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010 - Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali)

Le trasformazioni epocali che stiamo vivendo pongono criticità inedite che chiedono di riconsiderare punti di vista, modelli interpretativi e modalità di intervento con gli individui e con le famiglie che spesso sono stati ereditati perché espressioni di “buone pratiche”, ma che altrettanto spesso appaiono carenti di formalizzazione e quindi sia di possibilità di validazione e valutazione, sia di trasmissibilità. Il modello centrato sui “bisogni” (*need-led*), per esempio, ha mostrato quanto un approccio oggettivista sia inadeguato per “rimettere in moto” le persone verso l’obiettivo dell’autorealizzazione e della cittadinanza nei loro contesti di vita familiari e sociali, insufficiente a “risolvere” il mero bisogno (David, Ellis e Rummery 2002), e perfino non in grado di supportare l’*assessment* per valutare se fornire o meno un determinato servizio (Clayton 1983). D’altra parte ancorare la valutazione del bisogno a criteri ritenuti oggettivi non mette al riparo da risposte meramente “amministrative” e burocratiche, come hanno rilevato Smith (1980) e Kemshall (1986).

Prof. Gian Piero Turchi. A partire dal presupposto del paradigma cosiddetto Narrativistico, la realtà è una costruzione generata dalle narrazioni dei parlanti all'interno di una comunità (sia essa una famiglia, un'azienda o un intero paese). In linea con tale assunto teorico la Scienza Dialogica mette a disposizione una formalizzazione rigorosa dei vari "modi" con cui la comunità umana può generare le narrazioni, rendendo conoscibile "come" si costruisce una certa realtà (che sia essa di conflitto o di salute, di efficienza o di inefficacia), entro una specifica porzione di comunità. Inoltre l'analisi dei processi interattivi, o meglio, discorsivi consente non solo di rilevare la configurazione allo stato presente e il concorso dei vari snodi nel generarla, ma anche di anticiparne evoluzioni future, rispondendo a domande quali "Come si potrebbe sviluppare a breve-medio e lungo termine quella specifica situazione?", "Che implicazioni potremmo generare operando in un modo piuttosto che in un altro?"

## Metodo e misura

### MISURARE PER SCEGLIERE

La formalizzazione dei processi discorsivi consente anche di attribuire loro un Valore, ovvero un peso diverso, convenzionalmente compreso tra  $-1$  e  $+1$ , in relazione a quanto possono concorrere a mantenere realtà critiche o viceversa a generare cambiamento. Questa frontiera rivoluzionaria per le scienze sociali, ovvero quella della misura del valore dell'interazione, apre alla possibilità di dare, letteralmente, conto del quantum di generatività di una specifica realtà indagata, ma anche e soprattutto, di misurare il cambiamento prodotto da certi interventi (siano essi ad esempio la promozione di nuove politiche sociali o un intervento consulenziale ad un nucleo familiare). Viene incrementata così la possibilità di fare scelte di investimento consapevoli, in quanto fondate su indici rigorosi dello “stato di salute” della propria comunità/organizzazione.



## IL MODELLO DIALOGICO

Considerando la realtà come un processo sviluppato costantemente dalle interazioni e non come un “dato di fatto”, si apre la possibilità di intervenire in qualsiasi momento entro tale processo discorsivo per promuovere cambiamenti che generino impatto sulla Salute della comunità.

Gli strumenti, ovvero l'insieme delle prassi che consentono di intervenire, sono dati dal modello Dialogico, che rappresenta la declinazione metodologica e operativa dei presupposti teorici della Scienza Dialogica.

L'aspetto distintivo: il modello è utilizzabile in maniera trasversale senza limiti di ambiti di applicazione, dato che le interazioni (oggetto di intervento) sono presenti in qualunque assetto all'interno di una comunità.

Le prassi fondamentali:

- L'analisi del Testo, intendendo per testo, le produzioni discorsive dei diversi interlocutori che compongono un certo assetto
- L'anticipazione degli sviluppi possibili dell'assetto in esame
- La costruzione di stratagemmi in grado di incidere in termini trasformativi sui modi con cui i diversi snodi interagiscono nell'assetto .

## Rigore scientifico

### DALLA RICERCA SCIENTIFICA ALL'AZIONE

Dialogica collabora stabilmente con il Laboratorio di Ricerca sulla Psicologia della Salute e Coesione Sociale del Dipartimento FISPPA dell'Università di Padova. Per garantire l'adesione ai riferimenti teorici e l'aggiornamento continuo delle conoscenze scientifiche della squadra di consulenti è stato individuato nel prof. Gian Piero Turchi il ruolo di Responsabile Scientifico della Cooperativa, che supervisiona da 10 anni il team.

### IL MARCHIO DI GARANZIA

Dialogica è parte di una rete di organizzazioni che applicano lo stesso modello di intervento in molteplici ambiti (da quello aziendale a quello dei Servizi Socio-Sanitari, educativi e culturali) e che hanno dato vita al Marchio di Garanzia "In Dialogo Rigor Scientiae"® . Il Marchio, la cui adesione comporta la rigorosa applicazione dei riferimenti scientifici sia nella gestione interna dell'impresa che nella realizzazione del servizio al cliente, rappresenta l'ulteriore espressione della responsabilità di Dialogica nel certificare scientificamente il proprio operato a favore del dialogo e dello sviluppo di conoscenza per la comunità.

Le organizzazioni che si riferiscono allo stesso Marchio di Garanzia sono Arkyreyma srl e Politikà srl.

[http://www.dialogica-lab.eu/uploads/2017-8-10/bilancio%20soc.%202016%20DEF\(2\).pdf](http://www.dialogica-lab.eu/uploads/2017-8-10/bilancio%20soc.%202016%20DEF(2).pdf)

# Una sanità che cambia

## CAMBIO DI PARADIGMA

da un paradigma  
medico-meccanicistico-  
riduzionista  
(salute come assenza di  
malattia)...

...ad un paradigma  
sistemico  
(salute come  
benessere integrale).



# Quali sono i segnali che ci indicano il livello di sostenibilità?

- Il malessere della società
- Il nostro malessere nei servizi
- L'eccesso di frammentazione dei servizi

Ricordo le parole di Franco nella presentazione a L'Istituzione negata (1968):

«Il rovesciamento di una realtà drammatica e oppressiva (il manicomio), non può dunque attuarsi senza una violenza polemica nei confronti di ciò che si vuole negare, coinvolgendo nella critica i valori che consentono e perpetuano l'esistenza di una tale realtà. Per questo il nostro discorso anti istituzionale, antipsichiatrico (cioè antispecialistico) non può mantenersi ristretto al terreno specifico del nostro campo di azione. La polemica al sistema istituzionale esce dalla sfera psichiatrica, per trasferirsi alle strutture sociali che lo sostengono, costringendoci ad una critica della neutralità scientifica, che agisce a sostegno dei valori dominanti, per diventare critica ed azione politica»

## Titolo II C.D.

### PRINCIPI

5. La professione si fonda sul valore, sulla dignità e sulla unicità di tutte le persone, sul rispetto dei loro diritti universalmente riconosciuti e delle loro qualità originarie, quali libertà, uguaglianza, socialità, solidarietà, partecipazione, nonché sulla affermazione dei principi di giustizia ed equità sociali.

6. La professione è al servizio delle persone, delle famiglie, dei gruppi, delle comunità e delle diverse aggregazioni sociali per contribuire al loro sviluppo; ne valorizza l'autonomia, la soggettività, la capacità di assunzione di responsabilità; li sostiene nel processo di cambiamento, nell'uso delle risorse proprie e della società nel prevenire ed affrontare situazioni di bisogno o di disagio e nel promuovere ogni iniziativa atta a ridurre i rischi di emarginazione.

L'assistente sociale svolge la propria azione professionale senza discriminazione di età, di sesso, di stato civile, di etnia, di nazionalità, di religione, di condizione sociale, di ideologia politica, di minorazione psichica o fisica, o di qualsiasi altra differenza che caratterizzi le persone.

L'esigenza di incrementare l'efficacia e l'efficienza degli interventi sociali e nel contempo la rendicontabilità di quanto si genera pone l'ineludibile questione dei fondamenti scientifici delle strategie che si mettono in atto, delle prassi – spesso mere pratiche pervase dal senso comune – e delle teorie e delle metodologie in virtù delle quali si dovrebbero generare tali prassi applicative.



## Il CBD

©

si connota per rilevanza e adeguatezza come elettivo rispetto alla mission, agli obiettivi generali e alla deontologia del servizio sociale; si distingue per rendicontabilità, valutabilità e trasparenza nella fruibilità delle argomentazioni che sostanziano il parere professionale (Fiandaca 2005) che in virtù di esso viene generato; si distingue per incremento dell'efficacia degli interventi e dell'efficienza e per confrontabilità con altre metodologie. Si offrirà nello speech la descrizione dei costrutti pertinenti e della metodologia applicativa, in particolare in ambito di salute mentale e di contrasto ai processi di impoverimento relazionale ed economico; si evidenzieranno le ricadute sul miglioramento dell'applicatività tramite l'errore fertile, le strategie di co-progettazione consulente-utente/cliente, il processo di restituzione di competenze e responsabilità ai cittadini, l'impiego di strumenti quali il Budget di salute e le ricadute sulle reti formali primarie e istituzionali per il disegno di un'architettura dei servizi differente e mirante a obiettivi terzi e condivisi.

"Il modello dialogico parte quindi dall'assunzione teorica delle pratiche discorsive come generative di "realtà", individuando le prassi operative negli artifici retorici, ovvero negli stratagemmi discorsivi che consentono di "cogliere", descrivere e trasformare le pratiche discorsive, ovvero di "spostare" il piano di generazione della realtà".  
([www.svoltaparadigmatica.it](http://www.svoltaparadigmatica.it))

# L'inganno della pratica

- Si è in presenza dell'enunciata centralità della pratica, assunta come fondamento (underpinnings) della scientificità e della validità dell'intervento sociale, e che in virtù di quanto affermato, risulta essere non condivisibile, non descrivibile, non trasferibile, né trasmissibile (le «conoscenze personali implicite, difficili da esplicitare») e quindi non valutabile, in quanto è ribaltato il rapporto tra teoria e prassi, ovvero non si dà prassi, ma solo "pratica".

21

21

«Studia prima la scientia  
e poi sequita la pratica  
nata da essa scientia.

Quelli che s'innamorano  
di pratica senza scientia  
sono come li nocchieri che  
entran in naviglio  
senza timone o bussola»



Leonardo da Vinci, C. C. 1478, fol. 22r.

22

22

## Ricerca sulla Formazione continua ASIT 2010 (594 questionari telematici)

<i>Vuoi indicare altri modelli/ strumenti/attività che ritieni utili per la formazione?</i>	<i>N=137</i>	<i>R:245 *</i>
<i>Quali temi di interesse ritieni importante sviluppare come contenuti formativi?</i>	<i>N=241</i>	<i>R:827 *</i>

*I dati evidenziano l'assenza di elementi prasseologici che siano riconducibili a teorie scientifiche condivise, a vantaggio di mere teorie personali "implicite" e quindi non condivisibili.*

23

23

## Criticità nella collocazione nel ruolo

*La scarsa definizione degli obiettivi e quindi del ruolo professionale è conseguenza del carente riferimento a teorie condivisibili in grado di generare modelli applicativi in virtù dei quali:*

- *sia possibile definire obiettivi operativi, e in quanto tali esplicitabili, descrivibili, condivisibili, valutabili e che individuino processi organizzativi finalizzati al loro raggiungimento;*

24

24

- sia possibile definire gli strumenti concettuali, gli indicatori e i descrittori per l'assessment e per il counselling sociali;
- sia possibile rendere confrontabili i metodi di intervento, dal punto di vista della valutazione di processo, dell'efficacia e dell'efficienza;
- sia possibile produrre un incremento nella definizione del ruolo professionale;

25

25

- le competenze generate siano trasferibili da un ambito di intervento a un altro, cosa non possibile se invece il ruolo è fondato sulle mere capacità e sull'esperienza personali (non trasmissibili, né trasferibili);
- il processo di cambiamento sia descrivibile e quindi valutabile e la teoria e il modello applicativo siano trasmissibili in ambito formativo;

26

26

- i professionisti dell'intervento sociale possano confrontarsi in modo più agevole con altre professioni, a partire da un proprio fondamento e da competenze specifici. Ciò fa sì che diventi possibile realizzare un processo di integrazione organizzativa e disegnare una nuova architettura dei servizi, in virtù della possibilità di condividere la definizione degli obiettivi e dei modelli applicativi.

## L'obiettivo generale nella retorica del servizio sociale

«Il servizio sociale nelle sue varie forme è orientato verso le molteplici, complesse transazioni tra le persone e il loro ambiente. La sua *mission* è **abilitare tutte le persone a sviluppare il proprio pieno potenziale**, arricchire le loro vite e prevenire le disfunzioni. Il servizio sociale professionale è focalizzato sulla soluzione dei problemi e sul **cambiamento**. Così, gli assistenti sociali sono **agenti di cambiamento** nella società e nelle vite degli individui, delle famiglie e delle comunità di cui sono al servizio. Il servizio sociale è un sistema interrelato di valori, teoria e di pratica».

International Federation of Social Work

- Il costrutto individua un processo biografico (carriera morale, Goffman) definibile come traccia che si genera e coincide con i passaggi determinati assunti e sanciti a priori e assumono carattere di previsione, ovvero configurazioni discorsive precisamente definite nella loro definizione e per le loro ricadute pragmatiche.

31

31

- Secondo il modello dialogico che verrà proposto, la "carriera biografica" è definita come «trama di produzioni discorsive» poste al presente e al futuro, che contraddistinguono sia i resoconti, sia le narrazioni, con carattere di spiegazione del comportamento attuale e di previsione di quello futuro. Per esempio, è ciò che il senso comune afferma che ci si possa aspettare da un "tossicodipendente", da un "delinquente", da un "malato mentale" in quanto tali.

32

32

## Biografia

- Per "biografia" si intende l'insieme delle produzioni discorsive poste in termini attuali, in termini di anticipazione (proiezione futura) o retrospettivi che caratterizzano il resoconto e che aprono a possibilità differenti da quelle elicitate dalla narrazione (per es. degli "esperti"), nel caso, di "malato/anormale", non anticipabili in virtù dell'attuale posizionamento di ruolo dell'individuo.

33

33

- È definita come «trama di produzioni discorsive» poste al presente e al futuro, differenti nei resoconti da quelle delle narrazioni, con carattere di descrizione del comportamento attuale in virtù del quale non è possibile l'anticipazione di quello futuro.

34

34



## L'obiettivo generale

*in virtù di quanto esplicitato è possibile ora condividere la definizione dell'obiettivo generale dell'intervento di servizio sociale declinabile come:*

- *la promozione delle competenze dell'utente, in ambito personale o collettivo, che consentano di gestire la richiesta o la segnalazione in modo appropriato e quindi il suo venir meno.*

37

37

## L'intervento sociale come processo dialogico

- *Per poter corrispondere a quanto illustrato si prospetta necessario compiere uno scarto di modalità conoscitiva, e ciò è possibile fare generando un RHETORICAL TURN:*

38

38

## «Bisogna far uscire la mosca dalla bottiglia» L. Wittgenstein

- Si propone lo scarto paradigmatico dal paradigma meccanicistico, laddove i legami che sottendono la SPIEGAZIONE sono di tipo CAUSA > EFFETTO (legame empirico-fattuale tra ENTI, necessità),
- al paradigma narrativistico, laddove i legami che sottendono la DESCRIZIONE sono di tipo RETORICO-ARGOMENTATIVO (produzioni discorsive e coerenza narrativa, sufficienza).

39

39

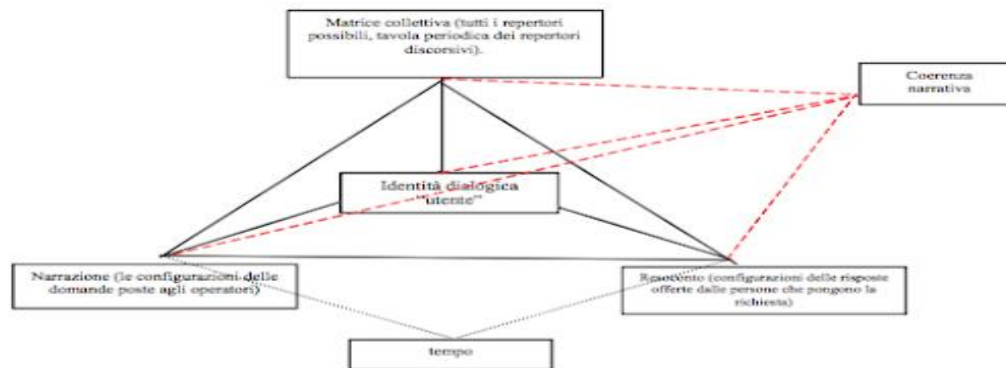
## Il linguaggio come generatore di realtà

- Tale rhetorical turn apre a possibilità di intervento e di generazione di processi di cambiamento descrivibili con il linguaggio comune, e quindi trasparenti al lettore, rendicontabili e valutabili, e soprattutto sempre possibili in quanto è sempre possibile generare trasformazioni discorsive.

40

40

# Il modello dell'identità dialogica (Turchi 2002)



43

43

- In virtù del modello adottato, l'obiettivo operativo è definibile come:
- Il cambiamento della descrizione che l'utente dà di sé e della "situazione", ovvero la trasformazione biografica (discorsivamente intesa) da una traiettoria di "carriera biografica" a una biografia.

44

44

## Per una prassi non autoritaria...

- Nella prospettiva offerta dal modello dialogico, l'operatore muta il proprio posizionamento sia conoscitivo, sia metodologico, sia etico.
- L'obiettivo non è quello di conformare l'utente agli aspetti di contenuto ritenuti per senso comune condivisibili e/o normali.

49

49

## ...scientificamente fondata

- L'operatore non è tale in quanto esperto per i contenuti, ma perché esperto per il processo di generazione della "realtà" discorsivamente intesa, tale da configurare aspetti pragmatici differenti da quelli attuali.
- Ciò comporta il distogliersi dal costrutto di "empatia" per posizionarsi in quella che Bachtin chiama "exotopia".

50

50

## Empatia vs. Exotopia

- «Per «exotopia» si intende una sorta di extralocalizzazione, «una tensione dialogica dominata dal continuo ricostituire l'altro come portatore di una prospettiva autonoma, altrettanto sensata della nostra e non riducibile alla nostra», e quindi la generazione di un terzo discorso differente da quello del resoconto e della narrazione.

51

51

## Esperti per il processo

- «Nell'empatia il ricercatore (e l'operatore) isola e decontestualizza alcuni tratti della esperienza dell'altro per comprenderla in base alla propria esperienza, quindi mantenendo valido il proprio contesto. Finge di mettersi nelle scarpe dell'altro, ma in realtà, all'ultimo momento, mette l'altro nelle proprie scarpe. Nell'exotopia invece la ricerca inizia quando, avendo cercato di mettersi nelle scarpe dell'altro, ci si accorge che non gli vanno bene. Ma per accorgersi bisogna «esporsi», non si può usare né i questionari né le interviste rigidamente strutturate».

*M. Sclavi, 2003, Arte di ascoltare e mondi possibili*

52

52

**«Un nuovo vocabolo è come un seme fresco  
gettato nel terreno del discorso»** Witt.

- L'individuazione degli arcipelaghi di significato e dei repertori discorsivi permette di costruire una sorta di "tavola periodica" dei repertori impiegati nel linguaggio, finiti in quanto tali, ma che possono combinarsi in modi infiniti e quindi generare infinite configurazioni di "realtà".

53

53

## La scienza dialogica

- Nella prospettiva offerta dalla ricerca, è possibile impiegare il rigore della "misurazione" e così asseverare la dialogica tra le scienze che si fondano non solo sul rigore argomentativo, ma anche su quello logico-matematico.

54

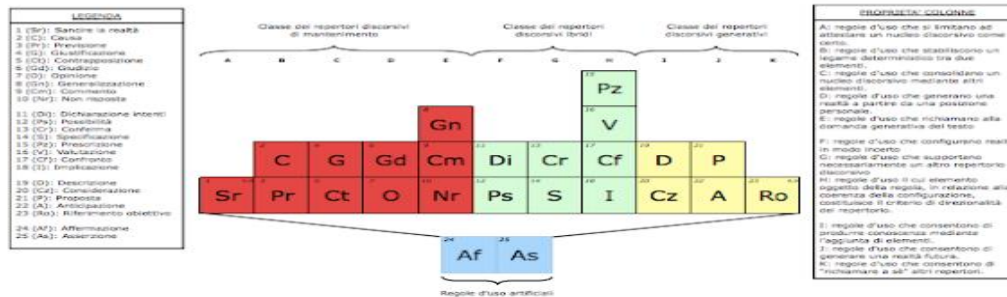
54

# I repertori discorsivi

- È pertanto possibile individuare tre tipologie di repertori discorsivi, rispetto alla loro potenza nel “mantenere la coerenza narrativa/generare una nuova coerenza”:
- repertori di mantenimento;
- repertori ibridi;
- repertori generativi.

55 55

TAVOLA PERIODICA DEI REPERTORI DISCORSIVI



56 56

«Il compito della sociologia è venire in aiuto dell'individuo. Dobbiamo porci al servizio della libertà. È qualcosa che abbiamo perso di vista».  
 (Zygmunt Bauman)

- Quanto esposto nel testo è descritto e argomentato nel libro:





<b>PARADIGMA MECCANICISTICO</b> (esplicazionistico, monista, ipotetico)	<b>PARADIGMA DISCORSIVO/NARRATIVISTICO</b> (concettuale)
<b>Ente</b> dimensione statica	<b>Processi/Discorsi</b> dimensione processuale
<b>Causa</b> Relazione empirico-fattuale di tipo lineare (causa → effetto)	<b>Repertori discorsivi</b> modalità finita di costruzione della realtà, culturalmente data, con valenza pragmatica, che raggruppa anche più enunciati, articolata e diffusa con valore di asserzione di verità, volta a generare/costruire/mantenere una coerenza narrativa
<b>Previsione</b> legami empirico-fattuali: causa/effetto	<b>Anticipazione</b> legami di tipo narrativo: siamo in grado di anticipare gli scenari possibili
<b>Legge naturale</b> tutto è governato da leggi empiricamente governabili	<b>Coerenza Narrativa</b> proprietà dei discorsi di organizzare gli elementi costituenti, tale da mantenere costante la congruenza e l'integrità intrinseca agli stessi
<b>Spiegazione</b> risponde alla domanda "perché"	<b>Descrizione</b> risponde alla domanda "come"
<b>Determinismo</b>	<b>Casualità</b>
<b>Guarigione</b> essendoci una realtà, questa può essere sanata, guarita	<b>Cambiamento</b> è possibile generare un'altra realtà

Il paradigma meccanicistico è propriamente adottabile laddove l'oggetto di indagine sia un "ente fattuale", conoscibile indipendentemente dalle categorie conoscitive utilizzate dall'osservatore. Il riferimento al piano empirico fattuale consente l'individuazione di nessi causali tra gli enti, in un'ottica deterministica, in virtù dei quali diviene possibile agire sull'ente -causa per eliminare l'ente -effetto, oppure, fare delle "previsioni" basate sui medesimi legami di tipo -causa- effetto.

In riferimento ad un "paradigma narrativistico", invece, la realtà non è conoscibile a prescindere dalle categorie utilizzate dall'osservatore, ma è costruita a partire dalle modalità discorsive praticate che generano un "conosciuto". Si viene delineando, in tal modo, una dimensione diacronica in cui assumono rilevanza i processi discorsivi che generano la realtà che si vuole indagare.

Sintetizzando quanto sopra argomentato, il paradigma narrativistico poggia sui seguenti assunti:

- le pratiche discorsive, intese come modalità di conoscenza che generano la realtà;
- la coerenza narrativa, intesa come proprietà organizzatrice degli elementi che costituiscono le pratiche discorsive, atta a mantenere costante la congruenza e l'integrità delle stesse.

<https://www.oaslazio.it/doc/CodiceDeontologico.pdf>

<https://www.counselingitalia.it/news/3918-2015-08-09-06-47-55>

[https://www.youtube.com/watch?v=n9dlmc\\_U0aY](https://www.youtube.com/watch?v=n9dlmc_U0aY)

- L'assistente sociale svolge la propria azione professionale senza discriminazione di età, di sesso, di stato civile, di etnia, di nazionalità, di religione, di condizione
- sociale, di ideologia politica, di minorazione psichica o fisica, o di qualsiasi altra
  - differenza che caratterizzi le persone.
  - **L'esperienza del Gris**

Modulo formativo	Obiettivi formativi	Aspetti sostantivi
Fase di rilevazione	<p>Conoscenza del fenomeno.</p> <p>Rilevazione sia dei modelli operativi adottati impliciti/espliciti, sia delle teorie adottate implicite/esplicithe degli assistenti sociali.</p> <p>Valutazione dei modelli di diagnosi sociale prescritti attuati attraverso protocolli operativi già esistenti.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizzo di protocolli di indagine.</li> </ul>
Modulo espositivo	<p>Acquisizione delle definizioni efficaci per l'obiettivo formativo.</p> <p>Il counselling biografico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisi dei testi generati dai corsisti.</li> <li>Generazione dei costrutti utili al raggiungimento dell'obiettivo formativo.</li> </ul>
Modulo teorico		
Elementi di Sociologia dell'organizzazione: oggetto cognitivo, obiettivo dell'intervento sociale e collocazione nel ruolo.	Acquisire competenze circa la gestione dell'identità di ruolo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Costruzione dell'identità di ruolo.</li> <li>Componenti di ruolo e competenze necessarie nella gestione dei rapporti con l'utenza.</li> <li>Personalizzazione dei ruoli: identità personale e obiettivi virtuali.</li> <li>Il processo di auto-etero attribuzione del ruolo.</li> <li>Il processo di legittimazione del ruolo: capacità e competenza.</li> <li>Metodologia e deontologia.</li> </ul>
Il paradigma narrativistico	Acquisire competenze circa il modello dialogico–interattivo .	<ul style="list-style-type: none"> <li>Paradigma empirico fattuale e realismo ontologico.</li> <li>Paradigma narrativistico e realismo concettuale.</li> <li>La costruzione discorsiva della realtà.</li> </ul>
Modulo operativo		
	<p>Acquisire competenze circa l'<i>assessment</i> e il counselling biografico dialogico-narrativistico orientato alla trasformazione discorsiva.</p> <p>Acquisire competenze circa la generazione di artifici retorici.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esercitazioni sull'analisi del testo e la generazione di nuovi discorsi.</li> <li><i>Reports</i> professionali.</li> <li>Studi di caso.</li> <li>Anticipazioni delle criticità applicative e organizzative.</li> </ul>

## L'approccio dialogico-conversazionale

### L'approccio dialogico-conversazionale per la comunicazione in classe

Nell'articolo *L'approccio dialogico-conversazionale per la comunicazione in classe* di I. Ursini e C. Galimberti si ritrova un'ulteriore analisi dei modelli della comunicazione.

La comunicazione è intesa oggi come un evento caratterizzato da interattività, nel quale gli attori coinvolti si scambiano continuamente di ruolo, diventando di volta in volta emittente o destinatario, producendo così insieme significati, nel rispetto di norme generali e situazionali. La comunicazione diventa quindi una relazione sociale, che vede interagire i soggetti che vi partecipano e che, congiuntamente, producono significati in una prospettiva dialogico-conversazionale. Secondo questa prospettiva, l'apprendimento, per esempio, non è più quindi l'acquisizione delle informazioni trasmesse dall'insegnante al discente, ma una negoziazione di significati che i due attori attuano congiuntamente in una relazione che fa anch'essa parte del processo di co-costruzione delle conoscenze.

I. Ursini – C. Galimberti, **L'approccio dialogico-conversazionale per la comunicazione in classe** (liberamente tratto da C. Galimberti, *Dalla comunicazione alla conversazione* in *Ricerche di Psicologia*, 1, pp. 113-152, a cura di Caterina De Micheli, 1994).

### Introduzione

Le ricerche condotte in ambito psico-sociale nel corso degli ultimi decenni hanno rivelato la presenza di un intreccio molto stretto tra comunicazione e interazione (Marc e Picard, 1989). Tale intreccio è dovuto al fatto che, quasi sempre, l'interazione sociale si manifesta assumendo le forme della comunicazione.

Certo, è possibile trovare delle situazioni in cui ci sia interazione senza comunicazione apparente. Pensiamo, ad esempio, a due persone che, senza conoscersi, si incrociano su di un sentiero di campagna: ciascuno dei due percepisce il volto dell'altro e tale percezione influirà sul loro comportamento dando vita ad una forma elementare di interazione (Marc e Picard, 1989, p.19). Tuttavia, nella maggior parte dei casi le interazioni tra due o più indivi-

dui si realizzano attraverso una comunicazione e, generalmente, attraverso uno scambio di parole.

Ma cosa significa, in questa prospettiva, comunicazione? Come è noto, non c'è univocità nel rispondere a tale quesito. Per alcuni si tratta essenzialmente di un trasferimento di informazioni o dell'assunzione da parte di un soggetto delle credenze del proprio interlocutore; per altri il linguaggio verbale non è solo trasmissione di informazioni, ma soprattutto elaborazione e condivisione di significati all'interno di un contesto dotato di senso. Altri ancora sottolineano la natura psicologica del processo comunicativo: la ricezione di un messaggio non coincide certo con la sua registrazione passiva; al contrario essa è resa possibile dall'adozione di un atteggiamento attivo di ascolto in cui intervengono molteplici fattori – di ordine neuropsicologico, disposizionale, sociale, ecc. – che ne determinano l'interpretazione finale. Attualmente si tende a considerare la comunicazione sempre meno come un processo lineare fondato sull'alternanza delle attività di un'entità emittente e di un'entità ricevente, rappresentandola invece come un evento interattivo in cui gli interlocutori occupano prevalentemente ora l'una, ora l'altra posizione, collaborando alla produzione dei significati nel rispetto di norme e regole sia di natura generale, sia di carattere situazionale. Dalla comunicazione come trasferimento di informazioni da una mente all'altra in conseguenza di un processo di codifica e decodifica realizzato attraverso l'alternanza di due o più soggetti ora attivi, ora passivi si è giunti quindi alla

