



MEDIC@LIVE

08^{SET} 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



SOMMARIO

pag. 5

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LA FISSAZIONE ESTERNA CIRCOLARE/IBRIDA E L'IMAGING RADIOLOGICO

Dott. Roberto Urso, Dott.ssa Jean Polka Perkins

pag. 11

SOCIOLOGIA

L'INTERAZIONE E LO SVILUPPO DELL'INTENZIONALITÀ DEL DIALOGO

Dott.ssa Annamaria Venere

pag. 17

PSICOLOGIA

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

Dott. Massimo Agnoletti, Dott. Gianni Ferrarese, Dott.ssa Viola Nicolucci

pag. 22

DIRITTO SANITARIO

RICONOSCIMENTO DEL TITOLO PROFESSIONALE DI FISIOTERAPISTA CONSEGUITO ALL'ESTERO

Avv. Angelo Russo



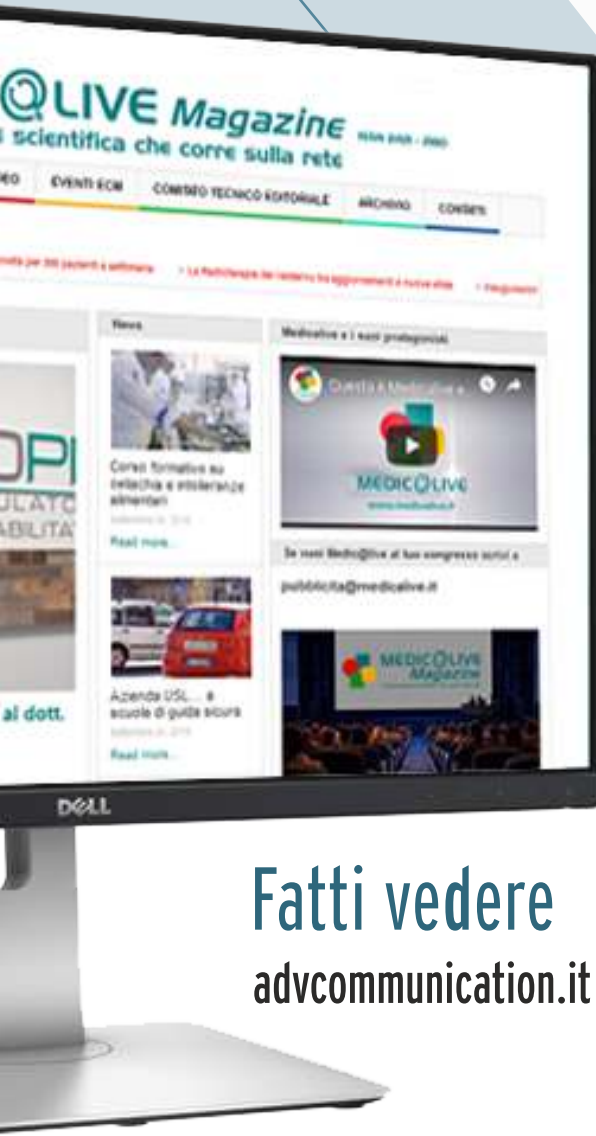
Fisio Più Poliambulatorio srl
Sede operativa: via Caramia, 26
20080 - Sesto San Giovanni (MI)
Tel. +39 02 907 01 2075
Fax +39 02 907 01 2086
C.F./P.IVA: 0823070726
www: fisio piu.it
email: info@fisio piu.it



- Centro di riabilitazione
- Centro di fisioterapia
- Spine Center
- Ambulatorio medico specializzati



Fisio Più Poliambulatorio srl
Sede operativa: via Caramia, 26
20080 - Sesto San Giovanni (MI)
Tel. +39 02 907 01 2075
Fax +39 02 907 01 2086
C.F./P.IVA: 0823070726
www: fisio piu.it
email: info@fisio piu.it



Specialisti nella comunicazione visiva in sanità



Fatti vedere
advcommunication.it



I PROSSIMI EVENTI

CORSO DI ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE E TECNICHE INFILTRATIVE ECOGUIDATE

28 settembre 2019 - Ragusa

Medici chirurghi specialisti in Medicina Fisica e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia

ECM 11

IL DERMATOLOGO INCONTRA IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE: FOCUS SULLE PATOLOGIE BENIGNE E MALIGNI DELLA CUTE E DEGLI ANNESSI

5 ottobre 2019 - Aci Castello (CT)

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Allergologia e Immunologia clinica, Chirurgia generale, Chirurgia Plastica e Ricostruttiva, Continuità assistenziale, Dermatologia e Venereologia, Gastroenterologia, Otorinolaringoiatria, Reumatologia

ECM 6

CORSO DI ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE E TECNICHE INFILTRATIVE ECOGUIDATE

5 ottobre 2019 - Acireale (CT)

Medici chirurghi specialisti in Medicina Fisica e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Reumatologia

ECM 11

DIAGNOSI E DIAGNOSTICA: SPECIALISTI E MEDICI DI MEDICINA GENERALE A CONFRONTO

12 ottobre 2019 - Palermo

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia)

ECM 7,9

VENOUS DELPHI SICILIA

25 e 26 ottobre 2019 - Petrosino (TP)

Medici di Medicina generale (medici di famiglia) e specialisti in Angiologia medica, Chirurgia vascolare, Geriatria, Medicina Interna

ECM 10,2

IL SOCCORRITORE SULLA SCENA DEL CRIMINE

9 novembre 2019 - Catania

Medici Chirurghi (tutte le specializzazioni); Biologi; Infermieri; Psicologi, Psicoterapeuti; Tecnici della riabilitazione psichiatrica; Tecnici sanitari di laboratorio biomedico; Chimici. Operatori delle Forze dell'Ordine e delle Forze Armate. Vigili del Fuoco. Agenti di Polizia Penitenziaria. Sociologi. Educatori. Operatori 118. Operatori OSA. Operatori OSS

ECM 8

OSSERVAZIONE, VALUTAZIONE E TRATTAMENTO DEL BAMBINO CON P.C.I. SECONDO IL CONCETTO BOBATH

15/16/17 novembre 2019 - Bari

Fisioterapisti, TNPEE, Medici specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione e Neuropsichiatria infantile

ECM 26

LE PATOLOGIE TRAUMATICHE E DEGENERATIVE DELLA SPALLA

16/17 novembre 2019 - Forlì e Faenza

Fisioterapisti

ECM 18,5

DOLORE, ESERCIZIO, MOVIMENTO: LA PROSPETTIVA DEL FISIOTERAPISTA

16/17 novembre 2019 - Rimini

Fisioterapisti, MediciSpecialisti in Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Neurologia, Medicina dello Sport, Ortopedia e Traumatologia

ECM 16

DOLORE, ESERCIZIO, MOVIMENTO: LA PROSPETTIVA DEL FISIOTERAPISTA

23/24 novembre 2019 - Rimini

Fisioterapisti, MediciSpecialisti in Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Neurologia, Medicina dello Sport, Ortopedia e Traumatologia

ECM 16

DOLORE, ESERCIZIO, MOVIMENTO: LA PROSPETTIVA DEL FISIOTERAPISTA - 2° EDIZIONE

30 novembre 1 dicembre 2019 - Rimini

Fisioterapisti, MediciSpecialisti in Reumatologia, Medicina Fisica e Riabilitativa, Neurologia, Medicina dello Sport, Ortopedia e Traumatologia

ECM 16

6° FOCUS - NUOVE EVIDENZE DELLE PATOLOGIE REUMATOLOGICHE: TRA DIAGNOSI PRECOCE E PREVENZIONE DELLA CRONICITÀ ALLA LUCE DELLE TERAPIE INNOVATIVE

15/16 novembre - Ragusa

Medici di Medicina Generale (Medici di famiglia) e specialisti in Medicina Fisica e Riabilitazione, Neurologia, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base, Ortopedia e Traumatologia, Radiodiagnostica, Reumatologia; Farmacisti ospedalieri, Farmacisti territoriali; Fisioterapisti

ECM 9

IMAGING E CLINIMETRIA IN REUMATOLOGIA

13/14 dicembre 2019 - Catania

MMG e specialisti in Anestesia e Rianimazione, Angiologia, Continuità assistenziale, Ematologia, Endocrinologia, Farmacologia, Igiene, Geriatria, Malattie infettive, Medicina dello Sport, Medicina fisica e Riabilitazione, Medicina interna, Medicina nucleare, Neurologia...

ECM 11

MANIPOLAZIONE FASCIALE di Luigi Stecco

I Livello

10-11-12 gennaio 2020 / 7-8-9 febbraio 2020 - Bari

II Livello

8-9-10 maggio 2020 / 12-13-14 giugno 2020 - Bari

Medici e Fisioterapisti

ECM 50

La fissazione esterna circolare/ibrida e l'imaging radiologico



Dott. Roberto Urso

Dirigente Medico
U.O. di Ortopedia e Traumatologia
Ospedale Maggiore, Bologna



Dott.ssa Jean Polka Perkins

RT(R) ARRT
Orthopaedic Imaging
Technologist Atlanta
– Georgia (U.S.A.)



The external fixation system is an orthopedic device widely used in orthopedics and traumatology, both in the treatment of fractures (closed or exposed, depending on the surgical indication) and in the correction of deformities and bone defects present in particular bone diseases (genetic and non).

In these pages we want to emphasize the importance of the role of the radiological image in the evaluation of the evolution of the healing of fractures. In consideration of the fact that the affected limb is not stabilized by a guardian or a plaster, but by a metal surgical device and all performed in the operating room. In the context of stretching and corrections it is essential to have the widest and correct radiographic visibility of the fracture / osteotomy site that allows the specialist to evaluate the progress of healing.

La grande evoluzione dei materiali e dei presidi ha permesso, alla chirurgia traumatologica ortopedica, sempre maggiori progressi. Nel caso di osteosintesi delle fratture, le placche utilizzate per la correzione delle deviazioni o deformità, hanno lasciato sempre più posto a presidi chirurgici alternativi, quali, chiodi endomidollari e fissatori esterni. L'applicazione di questi ultimi è estesa a ogni segmento osseo del corpo umano, dalle ossa lunghe a quelle più piccole.

In queste pagine si vuole sottolineare l'importanza del ruolo della radiologa ai fini dell'evoluzione della guarigione della lesione, poiché l'arto interessato non è stabilizzato da un tutore o un gesso, ma da un presidio chirurgico metallico ed avviene in sala operatoria. Il sistema di fissazione esterno è ampiamente utilizzato sia nel trattamento delle fratture (chiuse o esposte, secondo l'indicazione chirurgica), sia nella correzione di deformità e difetti ossei presenti in particolari malattie genetiche rare.

Il sistema si compone principalmente di tre tipi di fissatore: esterno assiale, esterno circolare ed esterno ibrido, nato dalla fusione delle tecniche ricostruttive del circolare e quelle interventistiche d'urgenza del fissatore esterno assiale.



Fissatore esterno assiale

Nata negli anni '50, dall'ingegnosa idea del sovietico Gavriil Abramovič Ilizarov (1921–1992), è utilizzata prevalentemente come metodica di salvataggio dell'arto interessato nei politraumatizzati gravi bisognosi d'immediata stabilizzazione (tab.1)

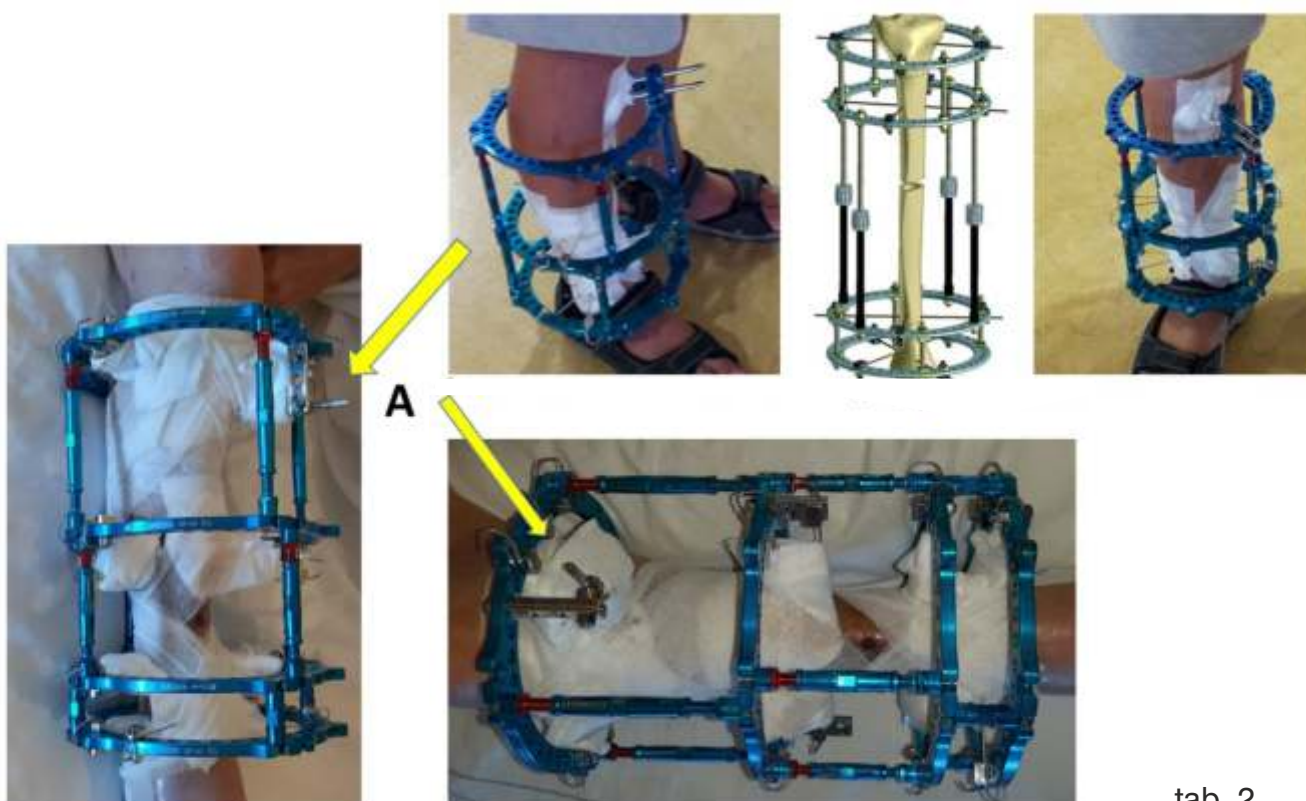
tab. 1



Fissatore esterno circolare

Conosciuto come fissatore di Ilizàrov è un apparato chirurgico di distrazione osteogenetica, impiegato per allungare o modificare la forma delle ossa degli arti superiori e inferiori.

La procedura può essere utilizzata anche per trattare fratture ossee di diversi tipi, nei casi in cui non siano applicabili le tecniche convenzionali. Molte case produttrici hanno messo a punto i loro fissatori circolari che, sfruttando l'idea di Ilizarov, vengono prodotti con materiali sempre più moderni. (tab.2)

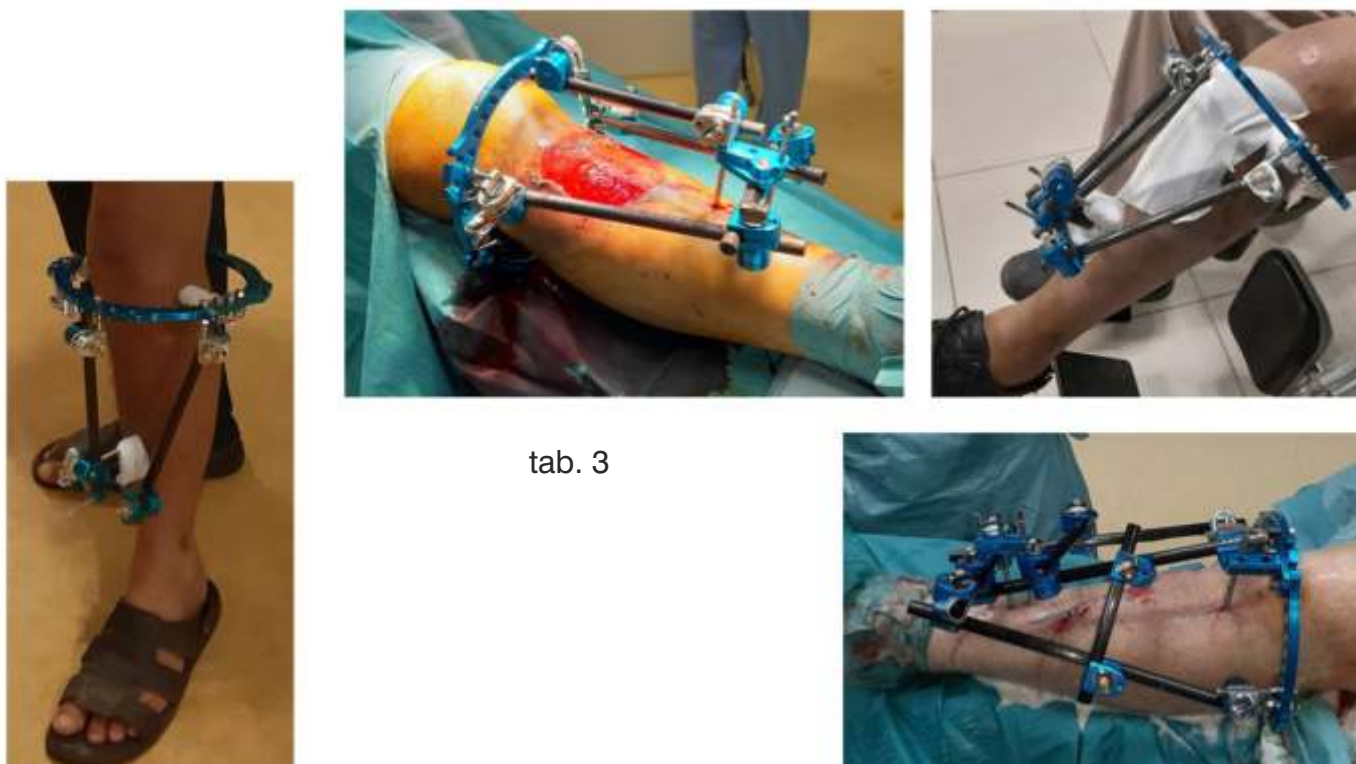


tab. 2

L'applicazione principale è nelle pseudoartrosi (non-union) e negli allungamenti, mentre la fissazione esterna temporanea viene prevalentemente usata nelle fratture esposte di grandi segmenti, quali femore e tibia, nella speranza che i tessuti molli lesionati e la porzione ossea che ha subito l'esposizione, non diano origine ad infezioni o necrosi. Spesso il fissatore assiale è usato in occasione di una veloce stabilizzazione con lesioni interne da trattare con urgenza, e che fanno passare la frattura ossea in seconda piano di gravità, sia essa esposta che chiusa.

Fissatore esterno ibrido

Nasce dalla fusione delle due precedenti tecniche con l'intento di unire la maneggevolezza del fissatore assiale alla raffinatezza del circolare. La metodica permette di trasformare un sistema di fissazione esterno assiale, che è solitamente temporaneo, in una sintesi che potrebbe diventare definitiva. (Tab.3)



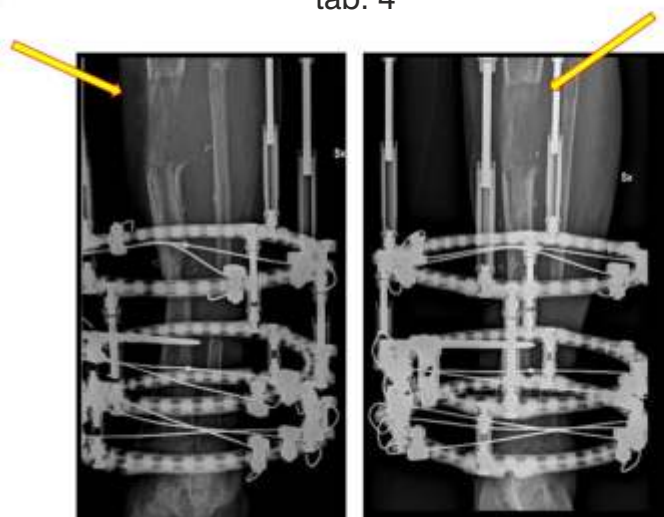
tab. 3

Il fissatore esterno è montato all'esterno del corpo, fissato all'osso mediante fili metallici, che faranno parte della struttura dei circolari e *pin* che trapassano la cute per i fissatori assiali. L'insieme dell'uso di *pin* e fili tran scheletrici da origine all'ibridazione del fissatore esterno.

Caratteristica importante del fissatore esterno è che consente la mobilizzazione articolare ancor prima che la frattura sia guarita e riducendo l'ospedalizzazione post chirurgica. Per ciò che concerne il grado di mobilità consentita e il carico applicabile sull'impianto del proprio peso, dipende sia dal tipo di frattura del segmento osseo coinvolto che dal tipo d'impianto.

La fissazione esterna circolare e ibrida ha il grande pregio di consentire al chirurgo ortopedico di pilotare la correzione assiale del segmento osseo e la zona rigenerata negli impianti per allungamento degli arti. (tab.4)

tab. 4



Le frecce indicano il rigenerato osseo nel processo di allungamento tramite fissazione esterna circolare in esiti di perdita di sostanza da trauma.

Tutto ciò è possibile attraverso un severo e attento follow-up clinico e radiologico dell'impianto lungo il suo percorso di guarigione. Assume, quindi, notevole importanza il corretto imaging radiologico, come unico strumento per comprendere il quadro evolutivo della guarigione.

Nell'imaging radiografico, e in particolare in presenza di fissatore esterno circolare/ibrido, il posizionamento del paziente e la direzione dell'apparecchio non sono sempre parametri

sufficienti a determinare un'immagine soddisfacente per il chirurgo ortopedico che sta eseguendo il montaggio. L'inquadratura dell'anello circolare posizionato il più vicino al sito di frattura o di osteotomia, gioca il ruolo determinante nella gestione della radiologia intra-operatoria. Necessaria una stretta collaborazione fra ortopedico, radiologo e tecnico perché durante l'atto chirurgico, si svolgono le manovre più importanti per il corretto posizionamento del fissatore esterno circolare o ibrido.

tab. 5



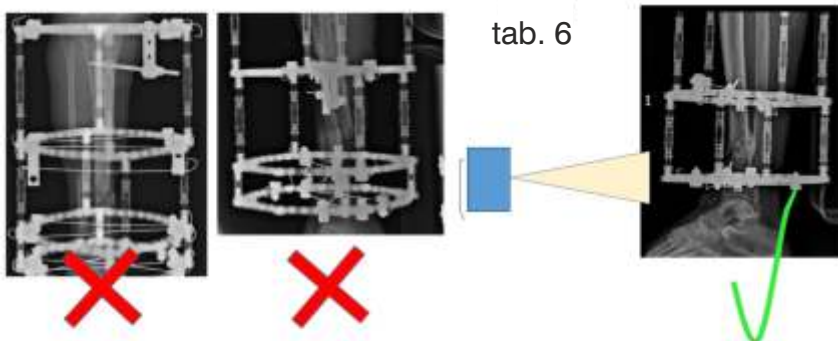
In sede intraoperatoria, dopo le prime immagini è importante l'identificazione della posizione degli anelli, e in particolare quello più vicino al sito della lesione; confermato questo, il tecnico potrà iniziare le proiezioni radiologiche. A fine intervento, si applicano una o due fascette in plastica che serviranno per la sua identificazione e per i controlli del follow-up post-operatorio. L'individuazione dell'anello primario diviene immediata, permettendo un corretto allineamento e posizionamento del tubo rx vs anatomia ossea.

Nel post-operatorio, il paziente dovrà occuparsi della periodica pulizia e detersione dei trami dei fili collegati al fissatore circolare.

Un secondo metodo di identificazione dell'anello primario è quello di fare un'incisione sulla sua superficie, che sarà presa come riferimento per l'identificazione nell'imaging dei futuri controlli.

Corretto posizionamento asse anatomico-fissatore

Una volta identificato in proiezione AP il perno frontale del fissatore (tab 2 A), la gamba del paziente va ruotata delicatamente fino a quando il puntone/perno frontale è perfettamente perpendicolare al piano della lastra, ricordando di prestare attenzione al paziente che, al fine di evitare inutili disagi dolorosi e rischi per l'impianto stesso, dovrebbe usare solo l'anca come fonte di movimento rotazionale e non la parte inferiore della gamba, onde. (tab.5)



Nelle proiezioni a sinistra, sia come AP e LL, i cerchi distali, paralleli fra loro, sono in posizione scorretta. Il sito di frattura è nascosto alla visione e non è possibile interpretare bene lo stato della lesione. Nell'immagine a destra, il cerchio distale che è più vicino al sito di frattura, è inquadrato in perfetto parallelismo con l'apparecchio radiologico e mostra perfettamente lo stato del tessuto osseo.

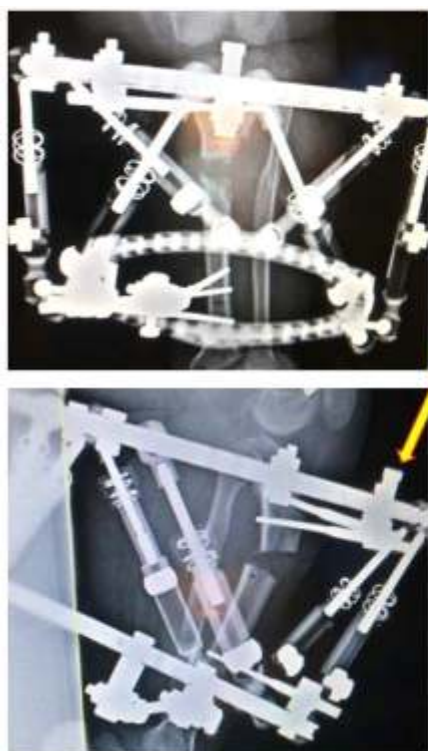


Seguendo questo passaggio s'identifica l'anello chirurgico selezionato e si sceglie l'angolazione. Alcuni cerchi saranno impostati con un'angolazione più cefalica, altri con una caudale. Inclinando il tubo a raggi X nell'angolo esatto dell'anello, sarà possibile visualizzare la perfetta sovrapposizione dell'anello su se stesso, mentre un'ombra lineare apparirà sul tavolo sotto l'anello che viene ripreso. A parte questa, nessun'altra ombra dovrà essere sovrapposta all'anello primario. (tab.7) Tutto ciò può richiedere diversi tentativi con il movimento del tubo fino a raggiungere la sovrapposizione dell'anello. Un presidio d'immobilizzazione dell'arto serve per aiutare il paziente a stabilizzare la posizione della gamba (per evitare che il complesso gamba/telaio scivoli o dondoli sulla piastra del

recettore raggi), mantenendo l'immobilizzazione distale rispetto all'anello chirurgico.

A seconda dell'impianto che si decide di montare, si possono posizionare due anelli limitrofi, paralleli fra loro e senza modificare il protocollo sopra indicato perché, per visualizzare al meglio il sito della lesione e la sua evoluzione/guarigione, ci si dovrà assicurare di avere una perfetta sovrapposizione di entrambi gli anelli. (tab.8)

Durante l'esecuzione dell'imaging del fissatore esterno in posizione laterale, mantenendo il recettore d'immagine sotto l'asse anatomico, per determinare la posizione più idonea e non la parte inferiore della gamba, si deve usare la coxofemorale omolaterale.



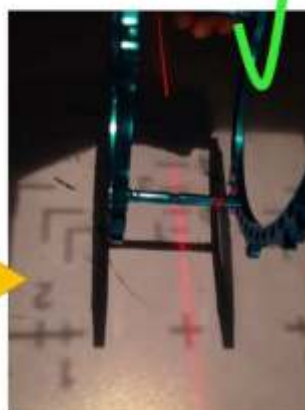
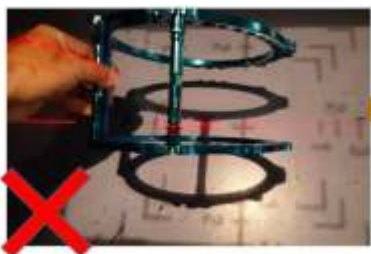
tab. 7



Le frecce mostrano il parallelismo del cerchio primario, vicino al sito della lesione con lo stesso cerchio secondario limitrofo al primario



Movimenti rotazionali per il raggiungimento dell'allineamento



tab. 8



I pazienti normo-tipo si spostano facilmente nella posizione laterale, mentre altri, in sovrappeso, non saranno in grado di ruotare lateralmente; si dovrà, quindi, inclinare il tubo a raggi X per incontrare l'angolazione dell'anello che raggiunge la sovrapposizione completa dell'ombra dell'anello sulla piastra del recettore (posizionata manualmente e sostenuta dai presidi che mantengono la posizione). Quando, durante l'esecuzione dell'imaging, il paziente è impossibilitato a ruotare l'arto lateralmente, viene usata una tavola trasversale laterale, posizionando il tubo Rx nella collocazione della tavola trasversale. La gamba, mantenuta su una grande base di materiale spugnoso, è posta al di sopra del livello del tavolo in modo che gli anelli possano essere facilmente visualizzati dalla luce del collimatore.

Il recettore d'immagine è collocato lateralmente alla parte inferiore della gamba. Si sblocca il tubo a raggi X e s'inclina in modo appropriato e spostando il tubo in orizzontale fino a quando non sia raggiunta la perfetta sovrapposizione delle ombre (del recettore laterale, sia caudale sia cefalico) sulla piastra. Questa metodica identifica il più chiaramente possibile il sito di frattura/osteotomia, evita che rimanga nascosto dagli anelli del fissatore e permettere al paziente di essere esposto al minore numero possibile Rx.



bibliografia

- Radiological evaluation of ankle arthrodesis with Ilizarov fixation compared to internal fixation. Morasiewicz P, Dejnek M, Urbanski W, Dragan SŁ, Kulej M, Dragan SF. *Injury*. 2017 Jul;48(7):1678-1683. doi: 10.1016/j.injury.2017.04.013. Epub 2017 Apr 13. - "Il trattamento mediante sintesi esterna", Manca M, Lavini F; *Le fratture del pilone tibiale*, 85-102, 2002, Springer-Verlag - "Il trattamento con fissatori esterni nelle fratture articolari del ginocchio e tibiotarsica", Lavini F, Renzi Brivio L., Leso p.; *Atti Sertot* 29(2):249-252 - "Unilateral external fixation for severe pilon fractures"; Bonar SK., Marsh JL., *Foot Ankle* 7:489-496 - "Hybrid external fixation in the treatment of tibial plafond fractures"; Barberei R., Schenk R., Koval K., et alii, *Clin. Orthop.* 332: 16-22, 1996 - Clinical and radiological outcome of Gustilo type III open distal tibial and tibial shaft fractures after staged treatment with posterolateral minimally invasive plate osteosynthesis (MIPO) technique. He X, Hu C, Zhou K, Zhai Q, Wen W, Pan F. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2018 Aug;138(8):1097-1102. doi: 10.1007/s00402-018-2950-9. Epub 2018 May 10. - "Le fratture del pilone tibiale", Bartolozzi P, Lavini F; *Corsi di perfezionamento in ortopedia e traumatologia*; Springer-Verlag, 2002

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,





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'allocatione 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-

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

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)

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

Comportamenti che dovrebbe assumere l'Operatore sanitario

Si sconsiglia Di dare giudizi:	Si sconsiglia 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>



Indicatori di volontà di cambiamento del paziente	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!"

Senza alcuna pianificazione del cambiamento	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

Il gaming disorder: l'uso scorretto di un fenomeno sociale



Dott. Massimo Agnoletti

Psicologo, Dottore di ricerca
Esperto di Stress,
Psicologia Positiva e Epigenetica
Formatore/consulente aziendale,
Presidente PLP-Psicologi
Liberi Professionisti-Veneto,
Direttore del Centro di
Benessere Psicologico

Favaro Veneto (VE)



World Health Organization officially introduces the Gaming Disorder in the ICD-11 (International Classification of Diseases) but there are still many doubts to be reckoned for the potential risks deriving from the lack of precision in the disorder's definition, in the diagnostic tools needed to evaluate it and the dedicated rehabilitative interventions. There is a need and urgency to consider the individual and social psychophysical damage caused by the inappropriate negative association connected to a phenomenon as important and healthy as play.



Dott. Gianni Ferrarese

Laureato in Scienze della
Formazione, docente, si occupa
di ricerca sull'utilizzo degli
strumenti digitali nei campi della
pedagogia speciale e
dell'Universal Design for
Learning.



L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito ufficialmente il Gaming Disorder nell'ICD-11 (International Classification of Diseases) ma restano ancora tanti dubbi da non sottovalutare per i potenziali rischi derivanti dalla mancanza di precisione della definizione del disturbo, degli strumenti diagnostici necessari per valutarlo e degli interventi riabilitativi dedicati. Vi è la necessità e l'urgenza di considerare il danno psicofisico individuale e sociale causato dalla inappropriata associazione negativa connessa ad un fenomeno così importante e salubre come il gioco.



Dott.ssa Viola Nicolucci

Psicologa psicoterapeuta (Italia
e in Regno Unito). Specializzata
in psicologia della salute
(Università di Torino), Master in
neuropsicologia, Si occupa di
psicologia e nuove tecnologie:
tele salute mentale, educazione
digitale, gamification e video
games.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha inserito ufficialmente il Gaming Disorder nell'ICD-11 (International Classification of Diseases) ma restano ancora tanti dubbi da non sottovalutare per i potenziali rischi derivanti dalla mancanza di precisione della definizione del disturbo, degli strumenti diagnostici necessari per valutarlo e degli interventi riabilitativi dedicati. Vi è la necessità e l'urgenza di considerare il danno psicofisico individuale e sociale causato dalla inappropriata associazione negativa connessa ad un fenomeno così importante e salubre come il gioco.

A Gennaio 2022 entrerà in vigore la nuova versione del manuale diagnostico ICD-11 (International Classification of Diseases). Tra le nuove condizioni, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha deciso di inserire anche il Gaming Disorder una forma di dipendenza comportamentale da videogiochi.

La scelta di includere questo nuovo fenomeno era stata



proposta dall'OMS già nel 2018, invitando solo successivamente il mondo della ricerca ad approfondire la reale consistenza del fenomeno del gaming.

Quando la proposta del nuovo disturbo è stata resa pubblica, la notizia è stata comunicata dai media come fosse un'immediata ed effettiva entrata in vigore della nuova condizione. La condivisione attraverso i social media del web ha ulteriormente polarizzato la notizia comunicandola come effettiva accettazione del fenomeno della dipendenza da videogaming amplificando ulteriormente e massicciamente la reazione del pubblico generale e le preoccupazioni dei numerosi genitori di bambini e ragazzi appassionati e coinvolti dal gaming.

Va ricordato che si stima che attualmente più del 90% dei bambini e ragazzi occidentali sono videogamers (CNET, 2011), solo in Italia nel 2017 il 57% di persone tra i 16 e i 64 anni utilizzano i videogames (AESVI, 2017).

Anche non pochi professionisti del settore clinico ed accademico hanno condiviso la notizia anzitempo in maniera superficiale, fraintendendo sia lo status di proposta avanzata che la data dell'entrata in vigore nel nuovo testo promuovendo così nella popolazione una crescente disinformazione dalle prevedibili derive in termini di ingiustificato allarmismo e sensazionalismo che vanno nella direzione di demonizzare tout court l'uso dei media tecnologici sottostimando i vantaggi e benefici del fenomeno documentati anche dalla letteratura scientifica.

Oltre ad un possibile effetto nocebo causato dalla paura ed ansia prodotta dall'associare in maniera negativa, monolitica ed ingiustificata il mondo del videogioco, esistono anche i potenziali danni derivanti dall'allontanare le nuove generazioni da una modalità di apprendimento che è già, e sarà con molta probabilità sempre più nel prossimo futuro, alla base del loro successo professionale.

A questo riguardo occorre ricordare che attualmente le metodologie game-based learning (apprendimento basato su metodologie ludiche) utilizzano modalità esperienziali simili ai giochi e ai videogiochi offrendo molteplici opportunità per apprendere e preparare ad attività professionali che fanno ampio uso della realtà aumentata e dei mondi virtuali (Sartori & Gatti, 2103).

In queste tecniche di gamification si applicano meccanismi tipici dei giochi a situazioni e contesti considerati non ludici con l'obiettivo di incoraggiare lo svolgimento e la motivazione di un'attività o l'acquisizione di un comportamento all'interno dell'apprendimento e dell'addestramento professionale.

All'interno del digital game based learning si trovano varie opportunità strumentali e ciò che rende particolarmente attraenti e interessanti tali strumenti è l'alto livello d'interattività e coinvolgimento, l'alto livello di immersività nell'esperienza, l'alto grado di libertà permesso dalla virtualità, l'ampia possibilità di sperimentare ruoli e situazioni di apprendimento associate alla bassa percezione del rischio (Nesti, 2017).

La gamification è caratterizzata dall'utilizzo di dinamiche e strutture ludiche, che, secondo Werbach e Hunter (Werbach & Hunter, 2012), riguardano tre aspetti logici:

1. **dinamici:** aspetti relativi alla costruzione di processi di gamification che riguardano le regole, i vincoli e le limitazioni, le relazioni, le emozioni, la tipologia di progressione del giocatore, lo sviluppo narrativo;
2. **meccanici:** processi che spingono l'azione del giocatore e il suo coinvolgimento con la sfida, il feedback, la competizione, la cooperazione, le ricompense;
3. **componenziale:** forme particolari e specifiche che caratterizzano l'azione di gamification connessa alla possibilità di costruire avatar, livelli, punteggi, obiettivi specifici da raggiungere, possibilità di lavorare in team.

In questo modo la gamification mette al centro della propria azione la motivazione e il coinvolgimento come motori dell'apprendimento, prevedendo un alto grado di personalizzazione e di stimolazione al piacere oltre al divertimento nello svolgere l'attività.

Questi processi di apprendimento ed esperienziali sono sempre più diffusi a tutti i livelli educativi, accademici ed aziendali anche per la loro caratterizzazione operativa dell'essere focalizzati sul ruolo attivo del soggetto destinatario dell'apprendimento.

Riprendendo la discussione sul gaming disorder, esso è descritto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come attività di gaming persistente o ricorrente, online e off-line, che si manifesta attraverso:

1. difficoltà di controllo sull'attività di gaming (es. frequenza, intensità, durata, conclusione delle sessioni di gioco);
2. priorità del gaming su altri interessi e attività quotidiane;
3. intensificazione del gaming nonostante le conseguenze negative. La gravità del comportamento è tale da compromettere la vita personale, familiare, sociale o scolastica/lavorativa.

Questo comportamento può essere continuo o episodico e ricorrente e deve persistere per 12 mesi per poter essere diagnosticato, a meno che tutti i sintomi non siano compresenti in modo grave (World Health Organization, 2018a).

Il buon senso e la razionalità vorrebbero che solo, ed unicamente, dopo un'attenta analisi dei risultati delle evidenze scientifiche raccolte, ci fosse (quindi a posteriori) il riconoscimento di una problematica. Rispetto a ciò, la circostanza in oggetto relativamente la formalizzazione del disturbo del gaming disorder effettuato in quasi totale autonomia rispetto la letteratura

scientifico presente è sicuramente inedita e, potenzialmente, foriera di problematiche individuali e sociali.

Risulta particolarmente istruttivo ricordare che la sindrome da burnout, che è stata formalmente riconosciuta dall'OMS lo stesso giorno in cui ha riconosciuto anche il gaming disorder, ha richiesto 44 anni di evidenze scientifiche per ottenere questo status (World Health Organization, 2018b).

Al momento, gli studi più rigorosi riportano che il comportamento problematico legato al gaming coinvolgerebbe circa lo 0.6%-3% della popolazione (Bean, Nielsen, van Rooij, & Ferguson, 2017).

La decisione dell'OMS e le modalità di azione hanno creato una forte divisione nel mondo della ricerca. Nessuno nega l'esistenza di soggetti che utilizzano il gaming in modo problematico, poiché sappiamo che si può abusare di qualsiasi cosa. Nonostante il disaccordo sulla scelta, entrambe le posizioni hanno come obiettivo il benessere dei videogiocatori, tanto di chi ne fa un uso patologico quanto di chi ne fa un uso normale.

Il dibattito tra i ricercatori riguarda la reale necessità di creare una nuova categoria diagnostica specifica per i video games anche in considerazione dell'ancora scarse conoscenze e limitata comprensione della cultura del gaming e dei metodi di misurazione e ricerca utilizzati per studiarlo.

Chi sostiene la scelta dell'OMS non ha come intenzione principale quella di patologizzare i videogiochi ed il gaming, ma vuole fornire accesso alle cure coloro che vivono effetti e conseguenze del gaming estremo (si pensi per esempio alla perdita del lavoro o l'abbandono scolastico).

In questa prospettiva il riconoscimento della diagnosi dovrebbe e potrebbe consentire l'accesso a cure rimborsabili dalle assicurazioni nei paesi in cui il sistema di welfare lo consente. Ciò detto, sappiamo che la spesa socio-sanitaria si distribuisce su più fronti e l'investimento avviene in considerazione della valutazione della gravità dei quadri clinici e del loro impatto sociale ed economico. Risulta poco realistico immaginare che il gaming disorder diventi una priorità rispetto a patologie gravi quali ad esempio le problematiche oncologiche, l'obesità o il diabete.

Questa posizione sostiene che la medicalizzazione abbatterà lo stigma intorno al gaming e aiuterà chi soffre di abuso a ottenere l'appropriato supporto.

I sostenitori di quest'approccio sono convinti infine che l'ufficializzazione del disturbo migliorerà gli obiettivi della ricerca, perché gli operatori saranno allineati sulla stessa posizione.

La realtà è però molto più complessa e variegata perché i ricercatori non sono per nulla concordi né sulla definizione del disturbo né sui sintomi che lo caratterizzano né, di conseguenza, sugli strumenti disponibili per la valutazione e il trattamento validati e condivisi all'interno della comunità scientifica.

Alcune decine di ricercatori che studiano l'impatto della tecnologia sulla salute hanno illustrato rischi e conseguenze dell'introduzione del gaming disorder nell'ICD-11 (Aarseth et al., 2017; van Rooij et al., 2018) che sintetizziamo qui di seguito:

- La qualità della ricerca al momento è adesso piuttosto scarsa e i dati sono ancora pochi e confusi ed insufficienti per giustificare la dichiarazione del disturbo. Non c'è accordo tra i ricercatori sull'interpretazione dei risultati attualmente disponibili.



• Il costrutto del gaming disorder si fonda sul modello diagnostico della dipendenza da sostanze e del disturbo da gioco d'azzardo ed è considerato "una dipendenza comportamentale" nell'ICD-11. I criteri del modello diagnostico della dipendenza adottato in questo momento, non considerando il contesto e la cultura del gaming di riferimento, rischiano di patologizzare il comportamento di gamers non effettivamente problematici.

• Non c'è consenso né condivisione rispetto i sintomi e gli strumenti di valutazione adottati.

• La formalizzazione di un disturbo associato al gaming ha conseguenze negative (es. stigma) su una fetta di popolazione di gamers appassionati. Un atteggiamento di panico morale potrebbe riscontrarsi in diagnosi premature e/o trattamenti di falsi positivi.

• La ricerca ha ora prevalentemente assunto un approccio confermativo (gli studi sono focalizzati quasi esclusivamente nel cercare prove a sostegno dell'ipotesi adottata dall'OMS) e non esplorativo (approccio preferibile soprattutto in questa fase d'indagine sia per la valutazione del fenomeno che per definire i possibili confini tra un comportamento di gaming normale e quello patologico).

Oltre a questi elementi già più che sufficienti a far comprendere la debolezza dei risultati scientifici ora presenti nel panorama accademico, va aggiunta la lacunosità della situazione di riferimento dei processi fisiologici cellulari coinvolti nelle dipendenze in generale e del fenomeno del gaming disorder in particolare.

A questo riguardo è particolarmente importante e strategica la corretta comprensione del funzionamento del circuito neurale dopaminergico della ricompensa così cruciale nel modellare la motivazione comportamentale.

La molto recente letteratura in merito l'interazione di questo circuito neurale all'interno del fenomeno delle dipendenze patologiche è stata clamorosamente trasformata (se non rivoluzionata) anche se, dal punto di vista comunicativo, si continua ad associare impropriamente e negativamente (anche da parte di professionisti) l'alto funzionamento dei neuroni dopaminergici con il fenomeno della tossicodipendenza perpetuando uno stereotipo errato dal punto di vista scientifico e pericoloso per le potenziali conseguenze psicosociali (Agnoletti, 2019).

Oggi, purtroppo, sia professionisti del benessere psicofisico che accademici, che persone con finalità puramente commerciali e/o divulgative, diffondono, sia sui media tradizionali che su quelli digitali, una massiccia disinformazione relativa il fenomeno della dipendenza da esperienze tecnologiche (sia ludiche che non).

L'inclusione del gaming disorder nell'ICD-11 è stata una decisione piuttosto affrettata, ma, malgrado questa oggettiva constatazione, l'entrata in vigore di questa problematica è già prevista per il Gennaio 2022. Nel frattempo, la ricerca scientifica sulla dipendenza da videogiochi è sempre più orientata verso un modello con maggiore trasparenza sia relativamente le metodologie utilizzate che dell'analisi dei dati raccolti.

Da un punto di vista clinico, s'invita alla riflessione sul fatto che i video game rappresentino un possibile terreno di espressione di disagio psicologico relativamente ad una percentuale piuttosto

ridotta della popolazione (3%) anche prevedendo l'ipotesi peggiore, ma anche in questa potenziale situazione, non possono essere considerati come la causa del fenomeno stesso.

È importante anche porre l'accento il fatto che attualmente la conoscenza disponibile dei processi fisiologici non permette di distinguere il funzionamento di un gaming patologico da quello che non presenta problematiche di questo genere.

Per quanto riguarda l'aspetto più propriamente esperienziale/psicologico, secondo Weinstein, Przybylski e Murayama (2017), alla base di un comportamento di gaming problematico, ci sarebbe una frustrazione dei bisogni motivazionali fondamentali (competenza, autonomia, socializzazione) all'interno del contesto sociale di appartenenza (società, famiglia, gruppo dei pari).

Il focus terapeutico deve dunque essere capace di investigare e ascoltare attivamente i bisogni espressi dal soggetto nella complessa prospettiva appena menzionata.

Il rischio di un trattamento fondato sul semplice allontanamento del videogiocatore dal gaming senza questo lavoro di ascolto attivo e di analisi dell'ambiente culturale e sociale di riferimento, corre il rischio probabile di spostare nel tempo il disagio su altri canali di espressione per gestire efficacemente il suo distress, senza risolvere alla base la problematica.





BIBLIOGRAFIA

- Aarseth, E., Bean, A.M., Boonen, H., Colder Carras, M., Coulson, M., Das, D., Deleuze, J., Dunkels, E., Edman, J., Ferguson, C.J., Haagsma, M.C., Helmersson Bergmark, K., Hussain, Z., Jansz, J., Kardefelt-Winther, D., Kutner, L., Markey, P., Nielsen, R.K.L., Prause, N., Przybylski, A., Quandt, T., Schimmenti, A., Starcevic, V., Stutman, G., Van Looy, J., Van Rooij, A.J. (2016). Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *Journal of Behavioral Addictions*. 6. 1-4. 10.1556/2006.5.2016.088.
- AESVI (2018). http://www.aesvi.it/cms/view.php?cms_pk=2898&dir_pk=902
- Agnoletti, M. (2019). "La funzione dei circuiti dopaminergici della ricompensa", *MedicaliveMagazine*, n 6-2019, Italy.
- Bean, A., Nielsen, R., van Rooij, A., & Ferguson, C. (2017). Video Game Addiction: The Push To Pathologize Video Games. *Professional Psychology Research and Practice*. 48. <http://dx.doi.org/10.1037/pro0000150>
- CNET (2011). 91% of kids are gamers research says. Retrieved from: <https://www.cnet.com/news/91-percent-of-kids-are-gamers-research-says/>
- Nesti, R. (2017). *Game-based learning: gioco e progettazione ludica in educazione*, Pisa, ETS.
- Sartori, R. & Gatti, M. (2013). *Game-based learning: il ruolo del gioco nella progettazione di percorsi formativi*, Milano, LED.
- Van Rooij, A., Ferguson, C., Colder Carras, M., Kardefelt-Winther, D., Shi, J., Aarseth, E., Bean, A., Bergmark, K., Brus, A., Coulson, M., Deleuze, J., Dullur, P., Dunkels, E., Edman, J., Elson, M., Etchells, P., Fiskaali, A., Granic, I., Jansz, J., K. Przybylski, A. (2018). A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution. *Journal of Behavioral Addictions*. 7. 10.1556/2006.7.2018.19.
- Weinstein, N., Przybylski, A., Murayama, K. (2017). A prospective study of the motivational and health dynamics of Internet Gaming Disorder. *Peer J.*, 5:e3838 <https://doi.org/10.7717/peerj.3838>
- Werbach, K. & Hunter, D. (2012). *For the win: how game thinking can revolutionize your business*, Philadelphia, Wharton Digital Press.
- World Health Organization. (2018a). Gaming Disorder. International statistical classification of diseases and related health problems (11th Revision). Retrieved from: <https://icd.who.int/browse11/lm/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1448597234>;
- World Health Organization. (2018b). Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases. Retrieved from: https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/

Riconoscimento del titolo professionale di Fisioterapista conseguito all'estero

Con la recentissima sentenza n. 8976 del 5.7.2019 il Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio è tornato ad occuparsi della questione del riconoscimento del titolo U.E. professionale di fisioterapista.



Avv. Angelo Russo

Avvocato Cassazionista,
Diritto Civile,
Diritto Amministrativo,
Diritto Sanitario,
Catania

I fatti

Con ricorso innanzi il Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio, il sig. XXXXX impugnava la nota prot. n. (omissis) del Ministero della Salute del (omissis) contenente il provvedimento definitivo di diniego del riconoscimento del titolo U.E. professionale di fisioterapista "Asistent medical de Balneofiziokinetoterapie si Recuperare", nonché della comunicazione del (omissis) e chiedeva l'accoglimento dell'istanza di riconoscimento del titolo professionale conseguito all'estero (Romania) presentata il (omissis).

Esponeva, in particolare:

- di avere conseguito presso la scuola postliceale sanitaria "Eugen Nicoara" di Reghin (Romania) la qualifica professionale di "Asistent medical de Balneofiziokinetoterapie si Recuperare" nella sessione di (omissis);

- che con istanza del (omissis) aveva chiesto al Ministero della Salute il riconoscimento della qualifica professionale di fisioterapista, ai sensi della Direttiva UE 36/2005, altresì allegando una "raccomandazione" ("recomandare") del (omissis) con la quale l'Ordine degli Assistenti Medicali Generali di Cura e Assistenti Medicali della Romania certificava che "il sig. XXXX, titolare del certificato di Competenza Professionale 5 Serie Ac nr. (omissis) emesso dalla scuola Postliceale Sanitaria di Carol Davila di Bucarest con il n. (omissis) beneficia in Romania del diritto di esercitare la professione di assistente medico di balneofiziokinetoterapia e recupero";

- che a seguito dell'istruttoria procedimentale il Ministero

della Salute aveva comunicato i motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza, fondati sul parere espresso il (omissis) dalla conferenza dei servizi convocata ex art. 16 d.lgs. 206/2007, secondo il quale:

a) sebbene in passato il titolo di "Asistent Medical de Balneofiziokinetoterapie si Recuperare", rilasciato da varie scuole professionali della Romania, sia stato riconosciuto dallo Stato Italiano ai fini dell'esercizio della professione di fisioterapista, previo espletamento di misure compensative, a seguito dell'entrata in vigore della Legge 229/2016 del Parlamento Rumeno (che ha istituito il Collegio dei Fisioterapisti ed elencato all'art. 11 i titoli abilitanti all'esercizio di tale professione – tra cui non è presente quello in argomento) si è ritenuto necessario chiedere chiarimenti tramite il sistema IMI;

b) dall'interrogazione IMI (rivolta al citato Ordinul Asistentilor Medicali Generalisti, Asistentilor Medicali si Moeselor din Romania) è risultato che il ricorrente non può praticare, in Romania, la professione di fisioterapista poiché il titolo posseduto corrisponde a invece a quello, diverso, di "infermiere di fisioterapia/tecnico";

c) è stato altresì rivolto al Ministero dell'Educazione Nazionale – Centro Nazionale per il Riconoscimento e l'Equivalenza dei diplomi – della Romania un quesito circa i titoli di laurea che danno accesso alla professione di fisioterapista in tale Paese e si è rilevato che, tra questi, non è presente il titolo di "Asistent Medical de Balneofiziokinetoterapie si Recuperare."

Acquisite le osservazioni formulate dal sig. XXXX in replica ai citati motivi ostantivi il Ministero ha definitivamente respinto l'istanza:

- ritenendo determinante la precisazione, da parte della competente autorità della Romania, che il ricorrente, per l'ordinamento professionale dello Stato membro d'origine, non è un fisioterapista, circostanza altresì esclusa dalle informazioni inserite nell'Attestato di studi il quale certifica che lo stesso può esercitare la professione di "Assistente medico di balneo fisiochinesiterapia e riabilitazione" e non quella di "fisioterapista";

- ritenendo, inoltre, necessario applicare la sopravvenuta normativa della Romania in quanto il procedimento di riconoscimento si apre non al momento in cui l'interessato ottiene all'estero il titolo di studio ma, piuttosto, all'atto della domanda.

Avverso il provvedimento di rigetto il sig. XXXX proponeva ricorso esponendo di avere regolarmente ottenuto la certificazione di conformità del titolo conseguito e di avere presentato la domanda di riconoscimento prima dell'istituzione, in Romania, dell'Ordine dei Fisioterapisti, avvenuta il 13 febbraio 2018.

guisa che, una volta appurata la natura qualificante del titolo conseguito all'estero e la piena corrispondenza con le attività che si chiede di essere autorizzati ad espletare, non residua alcuna discrezionalità in capo all'Amministrazione nell'adozione del decreto di riconoscimento."

La decisione del tribunale amministrativo

Il Tribunale rileva, in primo luogo, la particolarità del caso di specie rappresentata dal fatto che la legge sopravvenuta è stata emanata dalla Romania, Stato presso il quale il ricorrente ha conseguito il titolo professionale di cui ha chiesto il riconoscimento ai sensi della più volte citata Direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio n. 36/2005 la quale "fissa le regole con cui uno Stato membro, che sul proprio territorio subordina l'accesso a una professione regolamentata o il suo esercizio al possesso di determinate qualifiche professionali, riconosce, per l'accesso alla professione e il suo esercizio, le qualifiche professionali



Secondo il ricorrente il rigetto contrastava con il principio di legittimo affidamento in quanto il titolo posseduto era stato, in passato, sempre riconosciuto ai fini dell'esercizio della professione di fisioterapista, ciò che determinava anche disparità di trattamento ed una illegittima applicazione retroattiva della sopravvenuta legge della Romania.

Rilevava, altresì, che il mancato riconoscimento del titolo posseduto dal ricorrente, in passato ritenuto valido ai fini dell'esercizio del professionismo di fisioterapista, si poneva anche in contrasto con la Direttiva UE sul riconoscimento dei titoli professionali.

Contestava, altresì, la violazione della disciplina comunitaria e nazionale sul riconoscimento delle qualifiche professionali conseguite in altro stato membro, in particolare quanto alla professione di fisioterapista precisando che "il regime generale di riconoscimento, cui soggiace il titolo di fisioterapista, comporta la necessità di esaminare l'effettivo corso di studi seguito nell'ambito dello Stato membro che abbia rilasciato il titolo di

acquisite in uno o più Stati membri e che permettono al titolare di tali qualifiche di esercitarvi la stessa professione."

Precisa, altresì, il Tribunale che il procedimento amministrativo è governato dal principio "tempus regit actum" la cui corretta applicazione comporta che "la Pubblica amministrazione deve considerare anche le modifiche normative intervenute durante il procedimento, non potendo considerare l'assetto normativo cristallizzato in via definitiva alla data dell'atto che vi ha dato avvio, con la conseguenza che la legittimità del provvedimento adottato al termine di un procedimento avviato ad istanza di parte deve essere valutata con riferimento alla disciplina vigente al tempo in cui è stato adottato il provvedimento finale, e non al tempo della presentazione della domanda da parte del privato, dovendo ogni atto del procedimento amministrativo essere regolato dalla legge del tempo in cui è emanato in dipendenza della circostanza che lo jus superveniens reca sempre una diversa valutazione degli interessi pubblici." (ex multis, Consiglio di Stato sez. V, 10.4.2018 n. 2171).

Sottolinea, quindi, il Tribunale che è irrilevante che, sia il titolo professionale sia la domanda di riconoscimento, siano stati perfezionati prima dell'entrata in vigore della sopravvenuta legge della Romania n. 229/2016, dovendo la valutazione della legittimità del provvedimento oggetto di impugnativa essere condotta con riferimento alla normativa in vigore al momento della emanazione di quest'ultimo, allorché la stessa legge era certamente in vigore.

Secondo il Tribunale, quindi, il Ministero della Salute ha fatto corretta applicazione della normativa vigente al momento della conclusione del procedimento e che, in presenza di una sopravvenienza normativa, non può ritenersi configurabile, in capo al privato, una situazione di legittimo affidamento giuridicamente tutelabile, ma solo di un'aspettativa di mero.

A ciò si aggiunga che nel sistema delineato dalla Direttiva 36/2005 "il riconoscimento delle qualifiche professionali da parte dello Stato membro ospitante permette ai beneficiari di accedere in tale Stato membro alla stessa professione per la quale essi sono qualificati nello Stato membro d'origine e di esercitarla nello Stato membro ospitante alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato membro" con la conseguenza che nel procedimento di riconoscimento non può che trovare doverosa applicazione la normativa in quel momento vigente nello Stato d'origine e che, se quest'ultima non considera un determinato titolo abilitante ad una certa professione, lo Stato ospitante non può, al contrario, consentirne il riconoscimento ai fini dell'esercizio di quest'ultima.

Nessun rilievo, quindi, può accordarsi al fatto che, prima dell'emanazione della norma in argomento, il titolo di "Asistent Medical de Balneofiziokinetoterapie si Recuperare" fosse riconosciuto ai fini dell'esercizio della professione di fisioterapista, essendo i pregressi disposti riconoscimenti fondati su un diverso e non più vigente sistema normativo.

Del pari infondate, secondo il Tribunale, sono le argomentazioni con le quali si afferma che il Ministero avrebbe omesso la doverosa valutazione della specifica formazione conseguita dal ricorrente e procedere al richiesto riconoscimento in ragione dell'asserita equipollenza tra il titolo posseduto e quello di fisioterapista.

Sottolinea il Tribunale che, nell'ambito del sistema generale di riconoscimento dei titoli professionali, nel quale rientra quello di fisioterapista, è previsto (art. 50 della Direttiva) uno specifico canale di scambio di informazioni e documenti tra gli Stati membri, il quale ha luogo attraverso l'IMI (sistema di informazione del mercato interno), grazie al quale, in caso di dubbi sulle questioni presupposte al riconoscimento, possono essere interpellate le autorità dello Stato d'origine.

Il Ministero della salute ha interrogato, nel corso dell'istruttoria sottesa all'impugnato provvedimento, la competente autorità della Romania, ricevendo la chiara attestazione secondo cui il ricorrente non può esercitare, nello Stato d'origine, la professione di fisioterapista ("... is NOT a physiotherapist").





Il Ministero, inoltre, ha richiesto chiarimenti anche al Ministero dell'Istruzione Nazionale della Romania, ricevendo da quest'ultimo l'elenco dei titoli che danno accesso, a seguito dell'entrata in vigore della L. 229/2016, alla professione di fisioterapista, tra cui non risulta ricompreso il certificato in possesso del ricorrente.

La normativa sul riconoscimento dei titoli professionali in ambito comunitario non risulta pertanto, essere stata violata.

Le risultanze dell'istruttoria correttamente condotta dal Ministero hanno, infatti, evidenziato che nello Stato membro d'origine

(Romania) il ricorrente non è in possesso del titolo di cui ha chiesto il riconoscimento (in Italia), bensì di un titolo differente, e ciò in ragione di una sopravvenienza normativa che ha diversamente disciplinato l'accesso alla professione.

In conclusione può, pertanto, affermarsi che le disposizioni della Direttiva 36/2005 sono finalizzate a consentire la libera circolazione dei professionisti nell'ambito degli Stati membri, ma non a consentire l'esercizio in uno Stato "ospitante" di un'attività professionale per la quale non si è qualificati nello Stato "d'origine".



Se sei un professionista o una struttura sanitaria

PROMUOVI LA TUA ATTIVITÀ SU

MEDIC@LIVE
Magazine

Per info contattaci
+39 095 7280511
publicita@medicalive.it
www.medicalive.it

Comitato Tecnico Editoriale

Domenico Antonelli
Antonio Bortone
Carmelo Erio Fiore
Fulvio Giardina
Riccardo Guglielmi
Raffaello Pellegrino
Angelo Rosa
Angelo Russo
Sergio Russo
Maria Zamparella



MEDIC@LIVE Magazine

Rivista di informazione Medico - Scientifica

Direttore Responsabile

Salvo Falcone
direttore@medicalive.it
Twitter: @falconesalvo

Direttore Editoriale

Annamaria Venere
editore@medicalive.it

Per inserzioni pubblicitarie

pubblicita@medicalive.it

Grafica e Impaginazione

ADV communication
Graphic designer: Luigi Ugolini

Editore

AV EVENTI E FORMAZIONE S.r.l.
Sede Legale e Operativa
Viale Raffaello Sanzio, 6
95128 – Catania
E-mail: info@medicalive.it
P. Iva: 04660420870
ISSN 2421-2180

SEGUICI ANCHE SU...



<https://www.facebook.com/medicalivemagazine>



@MedicaliveMag



Segui i nostri servizi sul canale Youtube **MEDICALIVE Magazine**



<https://plus.google.com/+AveventieformazioneCatania>