

I luoghi del malinteso nella cultura e nella cura culturale

Valentina Lo Mauro, Gabriele Profita



Narrare i gruppi

Etnografia dell'interazione quotidiana

Prospettive cliniche e sociali, vol. 10, n° 1, Gennaio 2015

ISSN: 2281-8960

Rivista semestrale pubblicata on-line dal 2006 - website: www.narrareigruppi.it

Titolo completo dell'articolo

I luoghi del malinteso nella cultura e nella cura culturale

Autore

Valentina Lo Mauro

Gabriele Profita

Ente di appartenenza

Università di Palermo

Università di Palermo

To cite this article:

Lo Mauro V., Profita G., (2015), I luoghi del malinteso nella cultura e nella cura culturale, in *Narrare i Gruppi*, vol. 10, n° 1, Gennaio 2015, pp. 17-31 - website: www.narrareigruppi.it

Questo articolo può essere utilizzato per la ricerca, l'insegnamento e lo studio privato.

Qualsiasi riproduzione sostanziale o sistematica, o la distribuzione a pagamento, in qualsiasi forma, è espressamente vietata.

L'editore non è responsabile per qualsiasi perdita, pretese, procedure, richiesta di costi o danni derivante da qualsiasi causa, direttamente o indirettamente in relazione all'uso di questo materiale.

gruppi nella clinica

I luoghi del malinteso nella cultura e nella cura culturale

Valentina Lo Mauro, Gabriele Profita

Riassunto

L'articolo ha come oggetto di studio il malinteso culturale nelle relazioni di cura, a partire dall'analisi degli effetti che il malinteso genera nella relazione tra medico e paziente immigrato.

Il modello medico occidentale tende a basarsi su dati oggettivi, diagnosticabili attraverso tecniche sempre più precise e dettagliate, ma esclude dalla relazione di cura gli aspetti umani e culturali della soggettività e della relazione. Questa esclusione genera distanza, che si accresce quando medico e paziente non presentano un'omogeneità culturale ma differiscono per lingua, concezioni del corpo, della salute e della malattia.

Attraverso la presentazione di alcune esemplificazioni cliniche, il presente contributo mostra quanto la competenza specialistica, seppure efficace in molte situazioni affettive, genera zone d'ombra di incomprensibilità, di fraintendimento e di malinteso.

La lettura del fenomeno del malinteso nel campo della salute delimita lo sguardo d'osservazione alla malattia, alla cura, alla relazione tra medico e paziente, ma l'individuazione e comprensione del malinteso è possibile rivolgendo l'attenzione anche all'ambiente organizzativo e istituzionale all'interno del quale il malinteso si sviluppa.

Parole chiave: malinteso culturale, relazioni di cura, modelli culturali

Misunderstanding situations in culture and cultural care

Abstract

This article focuses on cultural misunderstanding in care relations, starting from the analysis of the effects misunderstanding causes in the relation between doctor and migrant patient.

The Western medical model tends to be based on objective data, which can be diagnosed through more and more precise and detailed techniques, but it excludes from care relations human and cultural aspects of subjectivity and relation. This exclusion creates distance, which increases when doctor and patient do not share a cultural homogeneity but differ for their language and the way they conceive their body, health, disease.

By showing some clinical examples, this contribution points out how specialized competence can cause dark areas of obscurity, disagreement and misunderstanding, although being successful in many distressing situations.

The interpretation of misunderstanding in the field of healthcare delimits our observation to disease, treatment, the relation between doctor and patient, but the identification and comprehension of misunderstanding are possible also focusing our attention on the organizational and institutional environment where misunderstanding takes place.

Keywords: cultural misunderstanding, healthcare relations, cultural models

1. *Introduzione*

Sulla migrazione, sulle cause e sugli effetti che essa genera o da cui è prodotta, è stato scritto molto: cause, effetti, esiti e forme sono così massivamente visibili, nella storia e nel quotidiano, da indurre lo sguardo e il pensiero a sostare in una compiuta comprensibilità.

Eppure è sufficiente incontrare o incrociare un 'oggetto migrante' ed ecco che la comprensibile lettura diventa, di fatto, terreno accidentato, insidioso e, per questo, poco maneggevole.

Il fenomeno della migrazione nelle sue articolate implicazioni sociali, politiche, comunitarie, ha come caratteristica la tendenza a disorganizzare ogni tentativo di analisi sistematica, mostrando una recalcitrante disposizione ad essere condotto o ricondotto entro una, seppur provvisoria, lettura univoca e condivisa dei soggetti e degli oggetti culturali che esso introduce nel campo dell'osservazione e dell'azione.

Ne risulta così un quadro eterogeneo e mutevole del quale, solo in parte, si riescono a cogliere le implicazioni, le derive, gli sviluppi e le potenzialità.

La nostra ricerca si è concentrata sui temi della clinica etnopsicoanalitica, della psicopatologia della migrazione e dei *setting* costruiti e dedicati alla cura di situazioni afflittive presentate da soggetti migranti.

Di volta in volta, il nostro pensiero ed il nostro piano d'azione si sono confrontati con la dimensione irriducibile della diversità culturale ed umana. Le esperienze cliniche vissute ed attraversate hanno spostato, sempre di più, la nostra attenzione sull'analisi dei fraintendimenti, degli scarti, delle incomprensioni reciproche. È diventato sempre più centrale la necessità di interrogare i luoghi, i saperi, le teorie, le parole che costruiscono e da cui derivano le operazioni di comprensibilità della realtà clinica.

Quando due soggettività si incontrano, la comprensione di quanto accade subisce sempre una operazione di riduzione e di significazione entro un ordine di discorso e di pensiero. Questa operazione se da un lato consente di rendere emergenti e visibili degli oggetti di lavoro, dall'altro lato produce ombre, invisibilità o spazi di cecità. Ne deriva l'importanza di interrogare il metodo attraverso cui osserviamo e trattiamo i fatti e il reale.

In questo lavoro ci proponiamo, a partire da esemplificazioni cliniche, di analizzare il malinteso culturale come esito dei processi di composizione e scomposizione indotti dai dispositivi di cura.

2. *Sul concetto di malinteso*

Un malinteso si genera quando, in buona fede, due persone o anche due gruppi, diversi per cultura, concezioni e *forma mentis*, posizione sociale e istituzionale, hanno difficoltà a intendersi su uno o più temi, particolarmente sensibili per l'uno o per

l'altro. In particolare è la differenza, di sesso, di età, di cultura (religiosa, politica, educativa ecc.) che avvia la propensione a malintendersi.

Il "malinteso culturale" nasce dalla differenza, diversità di lingue e culture, ma anche dalle differenze di sesso e d'età. È il caso dell'incontro con i migranti o del contatto tra classi socio-culturali diverse (Profita, 2013).

Non vi è relazione tra individui o tra gruppi, che non passi attraverso malintesi. Il loro riconoscimento e la loro gestione, permette di avanzare nel consolidamento delle relazioni. Ritrovarsi ad affrontare le incomprensioni permette a ciascuno di riflettere su quanto non funziona, di avvicinarsi alle posizioni degli altri, di costruire o di negoziare il significato degli aspetti controversi o conflittuali del vivere insieme.

Il malinteso è parte dell'ordine relazionale, sociale e culturale di ogni essere vivente e attraversa ogni gruppo sociale svolgendo una funzione di stimolo ad affrontare situazioni irte di difficoltà. Per questo motivo, Baré (1985) ha chiamato il malinteso 'produttivo', in grado cioè di produrre un nuovo evento.

La difficoltà risiede nel riconoscere il malinteso e, almeno in parte, nel poterlo governare per non esserne vittime inconsapevoli e per non arrivare a forme di conflitto esplicito. Il malinteso, infatti, ha un lungo periodo d'incubazione, non si mostra e rimane celato prima di diventare visibile nelle scelte e nei comportamenti.

2.1. Il malinteso culturale e la relazione medico paziente

La lettura del fenomeno del malinteso nel campo clinico delimita lo sguardo d'osservazione alla salute, alla cura, alla relazione tra medico e paziente, tenendo bene in mente che tutto questo si sviluppa sia all'interno di un ambiente organizzativo e istituzionale, sia in rapporto ai modelli culturali che i soggetti propongono.

Il focus è sulla relazione tra medico e paziente, su ciò che essi si dicono all'interno di questa, sui racconti e sull'osservazione dei comportamenti che hanno luogo in fasi o momenti diversi dalla relazione. In tutti i casi, tenere a mente i vari vettori che condizionano l'incontro tra il medico e il paziente è non solo buona pratica osservativa, ma anche elemento ermeneutico indispensabile per comprendere cosa effettivamente accade.

La relazione di cura è intesa come l'incontro degli attori implicati che si configura come confronto tra culture. Nella clinica con pazienti migranti si incontrano: approccio del medico e del personale di cura al malato, reazioni e risposte di quest'ultimo al sistema relazionale e professionale, collaborazione o resistenza al trattamento di cura. Ne deriva l'importanza di descrivere come si sviluppano i processi comunicativi ed identificare gli aspetti nascosti, e non immediatamente visibili, della comunicazione tra gli attori. Questi elementi restano spesso ignorati e generano malintesi.

I piani o dispositivi che compongono e definiscono la relazione di cura possono essere così sintetizzati:

- un sistema culturale generale;
- la realtà sociale regolamentata dalle leggi, dalle convenzioni, dai diversi modi di realizzare, in termini di culture locali, quanto prescritto a livello generale;
- le specifiche realtà che determinano e contribuiscono a formare i climi organizzativi e le stesse procedure operative;
- l'insieme delle reti relazionali e le singole individualità che retroagiscono con i diversi sistemi organizzativi.

Sono sufficienti queste brevi enunciazioni per rendersi conto di come, nella relazione di cura, si rendano presenti tempi e spazi che precedono, contengono e ordinano le azioni dei due attori principali.

L'antropologia medica (Kleinman, 1978; Quaranta, *et al.*, 2012) e l'etnopsichiatria (Devereux, 1973; Nathan, 1993) hanno ben evidenziato quanto i concetti di salute e malattia siano costruzioni culturali specifiche, veri e propri modelli esplicativi dotati di saperi, tecniche, significati precisi e non riducibili se non per approssimazione o sovrapposizione.

Caratteristica di questi modelli culturali è di essere prevalentemente incarnati dai soggetti, medico e paziente, che ne diventano vettori e rappresentanti, il più delle volte inconsapevoli.

La cura avviene sempre attraverso una scelta ed una presa di decisione, rimane implicito, o non interrogato, il luogo da cui origina una decisione o una azione terapeutica.

La nostra ipotesi è che il malinteso origina proprio su questo implicito, germinando sino a produrre forme evidenti di resistenza al trattamento, interruzioni della terapia, acquiescenza o al contrario esplicita opposizione alla cura.

Una lettura superficiale dei fenomeni del malinteso conduce a pensare che essi siano dovuti a un errore, ad una incompetenza o ad una distrazione e da ciò deriva, nella maggioranza dei casi, la tendenza a trattare il malinteso come un problema che si origina dalla sola diversità di linguaggio e quindi eliminabile attraverso una puntuale traduzione.

In realtà, i fenomeni del malinteso svelano e rendono visibile, in vivo, il lavoro che il sistema culturale compie nell'organizzare i dispositivi di cui si dota per dare significato e forma alle dimensioni dell'umano, alla sua fisiologia come anche alla sua patologia.

Il lavoro della cultura opera attraverso tre dispositivi:

- Il sistema culturale (cosmovisione, lingua, tecniche del corpo, modelli di salute, forme della malattia, modalità della cura);
- L'istituzione intesa come formazione sociale e culturale complessa e specifica di ogni cultura, essa regola i rapporti tra i soggetti, preesiste ad esse e si iscrive nella permanenza (Kaës, *et al.*, 1988). Ogni istituzione, inoltre, è dotata di una finalità, che la identifica e la distingue, e di differenti funzioni a lei attribuite (religiosa, giuridica, difensiva, terapeutica);
- Lo specifico dispositivo clinico inteso come il luogo organizzato, con caratteri contingente e concreto, in cui vengono disposti i mezzi per raggiungere le finalità proprie delle istituzioni che ne legittimano l'operatività.

Ciascuno di questi tre dispositivi governa, pensa e risolve l'incontro con l'alterità culturale e con la malattia. Ognuno di essi produce significati, azioni di chiarificazione, comprensione e risoluzione. Tutti e tre i dispositivi hanno la caratteristica comune di rendere visibile una porzione dell'oggetto su cui è chiamato ad operare.

Il termine 'dispositivo' ha, in questo contesto, il significato che la filosofia gli ha assegnato, a partire da Foucault che, senza mai darne una definizione precisa, lo utilizza costantemente, da 'Sorvegliare e punire' (1975) ai 'Dits et écrits' (1978): *"ce que j'essaie de repérer sous ce nom, c'est, premièrement, un ensemble résolument hétérogène, comportant des discours, des institutions, des aménagements architecturaux, des décisions réglementaires, des lois, des mesures administratives, des énoncés scientifiques, des propositions philosophiques, bref : du dit, aussi bien"*

que du non-dit, voilà les éléments du dispositif. Le dispositif lui-même, c'est le réseau qu'on peut établir entres ces éléments" (Foucault, 2001: 229).

Per Foucault, il dispositivo è un contenitore che ha la capacità di generare un contenuto e che risponde alla necessità di creare un ordine razionale.

Nel dibattito sul dispositivo s'inserisce anche Deleuze (1989), il quale sostiene che i dispositivi hanno lo scopo di generare la parola e la visibilità. Secondo l'Autore la visibilità e l'enunciazione sono le due dimensioni specifiche attraverso le quali si compie l'azione di un dispositivo. La visibilità non è però da intendersi come una luce che consente di vedere oggetti preesistenti, piuttosto è generata dal regime di luce proprio a ciascun dispositivo, e cioè dalla maniera in cui la luce cade o si diffonde distribuendo il visibile e il non visibile, facendo nascere o scomparire l'oggetto che non esiste senza di essa. La stessa dinamica processuale avviene per le parole e le enunciazioni che un dispositivo consente di formulare come variabili di una scienza, di un genere letterario, di un discorso (Deleuze, 1989).

L'esperienza di ricerca¹ ci ha permesso di osservare come questi livelli, nel loro svolgersi, generano ognuno aree di visibilità, e, al contempo, producono zone di cecità, in cui porzioni dell'altro rimangono silenziose e invisibili. Nella dialettica e nell'incontro tra i diversi dispositivi ha origine, a nostro avviso, la maggior parte dei malintesi.

3. Il modello biomedico e il dispositivo organizzativo dei servizi di cura

Quanto sin qui esposto, ci consente di ritornare alla relazione di cura e ad una più approfondita lettura dei piani che la compongono e la definiscono.

Una prima evidenza riguarda proprio l'analisi del dispositivo organizzativo.

L'organizzazione dei servizi si basa sul modello biomedico della cura, cui corrisponde la formazione del personale sanitario. I sistemi di cura, l'organizzazione dei servizi, le strutture di volontariato, rispondono al medesimo criterio organizzativo, che fa dell'efficienza e della compatibilità economica la regola che guida le azioni (Byron, Good, 1994), a partire dalla puntuale descrizione di come avviene la formazione del medico,

¹ Il lavoro di ricerca si è svolto negli Ospedali e nei Servizi dedicati ai migranti, in Sicilia e in Alsazia. In particolare le strutture coinvolte sono state: il Centro per Immigrati dell'Ospedale Aiuto Materno e l'Ambulatorio per migranti di *Emergency* di Palermo; il Servizio di Psichiatria Transculturale dell'ASP 6 di Catania, Le Nouvel Hôpital de Strasbourg e il Reparto di Psichiatria dell'Ospedale di Strasburgo (Alsazia).

L'attività di ricerca si basa sul metodo dell'osservazione partecipante e sull'uso delle interviste rivolte a medici, pazienti, mediatori, interpreti. La scelta di procedere attraverso il metodo dell'osservazione partecipante ci ha consentito di giungere ad una conoscenza diretta dell'organizzazione dei servizi sanitari, delle procedure adottate e seguite dagli operatori. L'osservazione è al contempo dinamica dell'incontro e della conoscenza che, nel suo procedere, consente di orientarsi nello spazio e nei tempi del servizio, di rilevarne il funzionamento specifico, di comprenderne movimenti e modalità a partire dall'incontro con le professionalità che lo animano e lo costruiscono attraverso la messa in opera delle loro competenze mediche, organizzative, gestionali, e della loro propria umanità. A complemento dell'osservazione partecipante, la somministrazione delle interviste narrative a medici, infermieri, operatori socio-sanitari, mediatori e interpreti, ci ha consentito di esplorare le seguenti aree tematiche: ruolo, funzione, formazione modalità di lavoro adottata, esperienza vissuta all'interno dei servizi di appartenenza e nella relazione con i pazienti. Le interviste narrative rivolte ai pazienti hanno approfondito le seguenti aree: storia della malattia, percezione delle cure ricevute, percorsi terapeutici seguiti. I dati così raccolti sono stati analizzati attraverso procedure di analisi del contenuto.

Rinviamo ad un successivo e dedicato lavoro la descrizione puntuale dei servizi oggetto della ricerca e l'esposizione completa della analisi dei dati e dei temi culturali emersi dall'attività di ricerca.

ci fornisce un affresco compiuto di come 'la medicina costruisce i propri oggetti'. Nei laboratori il corpo umano viene smontato in modo tale da divenire il luogo del sapere medico. Non è più il corpo di cui abbiamo esperienza, che viviamo e sperimentiamo nella sua completezza, ma, nei laboratori e nelle sale di anatomia, esso diventa un insieme di fasce muscolari, arterie, nervi ecc. *"Al corpo umano viene assegnato un nuovo significato e vi si interagisce in modo nuovo"* (Good, 1994: 112-113).

Nelle università s'impara così un linguaggio nuovo, molto più ricco di dettagli, più preciso e minuzioso che non corrisponde più a ciò che è consueto per la gente comune. Man mano che ci si perfeziona, che la vista si fa più acuta, ci si allontana dal senso comune e dall'ordinario modo di sentire e percepire le cose. Il corpo non è più quello fenomenico che tutti percepiamo ma qualcosa che ha subito una diversa costruzione e che riguarda le discipline mediche. La formazione del medico esige un insieme di competenze specifiche e di un linguaggio dedicato: fare la diagnosi nel più breve tempo possibile, presentare e discutere i casi in modo pertinente ed esaustivo, individuare la terapia adatta in modo preciso ed efficace. In estrema sintesi, al medico viene fatta richiesta di essere performanti, puntuali nella diagnosi ed efficaci nell'azione terapeutica. Oltre ad un modello tecnico ed epistemologico, s'incorpora un modo di essere su come dovrà essere esercitata la professione, in un ospedale o in un ambulatorio, o in qualunque occasione in cui è necessario prestare l'attività medica.

Il modello biomedico ha la sua origine nel riduzionismo scientifico che gli ha assicurato prestazioni di rilievo. Riconoscerne e apprezzarne il progresso compiuto nella cura delle malattie organiche e gli avanzamenti nella conoscenza di metodi e procedure per affrontare i problemi di salute che altrimenti non avrebbero trovato soluzione, è doveroso e non contestabile. Malattie comuni, endemiche e anche rare hanno trovato soluzione, o si spera che in futuro la troveranno, grazie alla ricerca costante e alla costruzione di apparati tecnologici che permettono di affrontare e, a volte, risolvere problemi che altrimenti sarebbero stati non trattabili.

Il sistema costruito dal modello biomedico tende a basarsi sui dati oggettivi diagnosticabili, ma è incline a trascurare gli aspetti della relazione. Un qualunque paziente che riscontra nel medico una maggiore attenzione per gli aspetti della soggettività umana esprime, in genere, un apprezzamento e tende a legarsi con quel medico che gli ha prestato tale attenzione, come se si trattasse di un sovrappiù non dovuto.

Con i pazienti che non presentano un'omogeneità culturale, il problema tende a diventare ancora più complesso. Diversità linguistiche, modi differenti d'intendere le relazioni, filosofie dell'esistere diverse, concezioni religiose dissimili stabiliscono una distanza che difficilmente può essere colmata con la sola buona volontà, o affidandosi alla pretesa universalità della cura biologica.

Abbiamo potuto osservare diverse situazioni in cui il modello biomedico e una visione più complessiva della persona non sempre trovano una sintesi completa.

Un esempio di come questo modello interviene nell'organizzazione di un servizio e nelle pratiche di presa in carico è rappresentato dalla scheda anamnestica del paziente. Tutti i Servizi presso i quali la nostra ricerca si è svolta utilizzano una scheda anamnestica che viene compilata in occasione della prima visita e che seguirà il paziente lungo tutto il percorso terapeutico.

La scheda anamnestica contiene due importanti aree di rilevazione e raccolta dati: la prima parte è dedicata ai dati anamnestici: età sesso, paese di provenienza, lingua, abitazione, lavoro e occupazione, famiglia etc.; l'altra parte riguarda l'anamnesi della storia

clinica, familiarità con patologie cardiologiche, metaboliche, malattie pregresse e loro esito, allergie a farmaci, etc.

Ci sembra importante evidenziare quanto le due aree della scheda vengano compilate in due momenti diversi e da due persone differenti, rispettivamente dal medico e dal mediatore culturale, e restano, nel prosieguo delle visite mediche e nella maggior parte dei casi, due spazi informativi separati.

Questa discontinuità è molto visibile in ciascuna delle osservazioni svolte ed è trasversale ai Servizi osservati. Il focus dell'attenzione è rivolto alla storia della malattia, all'evoluzione e risoluzione del sintomo, alla terapia seguita ed ai suoi effetti, agli indicatori e indici evidenziati dalle analisi cliniche prescritte, varcata la soglia della stanza di consultazione, la consistenza di una persona prende le forme dei valori pressori, dell'indice glicemico, dell'addome trattabile, ecc.

La parte medica della scheda contiene la storia clinica del paziente, essa diventa memoria di tutte le consultazioni svolte, delle richieste di cure e delle terapie seguite, ed è anche archivio di tutti i referti clinico-diagnostici. Questa è anche la parte della scheda che riceve, durante la visita, l'esclusiva attenzione da parte del medico, resta sullo sfondo l'identità e la storia personale del paziente.

Le due parti della scheda di ciascun paziente operano in discontinuità, pur rimanendo attive, per la maggior parte del tempo della visita medica o della malattia in generale, in una dimensione reciproca ma l'una all'altra silenziosa e invisibile.

E' frequente il caso di visite mediche del tutto corrette ma che, non prendendo in considerazione altre qualità e caratteristiche del paziente, rischiano di rendere il lavoro di cura meno efficace.

Riportiamo due casi osservati in proposito.

Caso di M. paziente del Bangladesh affetto da diabete.

Il paziente si rivolge al medico, presso il quale è già in cura da mesi, dicendo che gli occorre la prescrizione dei farmaci. Il medico prende atto che il paziente non ha effettuato gli esami ematologici che gli erano stati prescritti nel corso della precedente visita, che non ha compilato il diario alimentare, che non ha seguito la dieta consigliatagli e che non ha mai controllato la glicemia. Nessuno di questi comportamenti è ulteriormente interrogato ma solo "rimproverato" come disattenzione da correggere. Il medico, infatti, prosegue la visita attraverso un intervento di educazione terapeutica in cui evidenzia l'importanza di seguire una dieta varia e ricca e di compilare un diario giornaliero dei pasti consumati. Il paziente afferma di aver capito il suo errore e rassicura il medico promettendogli che seguirà i consigli ricevuti, ma il suo sguardo e la sua espressione sono visibilmente assenti e mortificati. Questa evidenza che resta del tutto trascurata dal medico, impegnato nella prescrizione, non sfugge al mediatore che, entrato casualmente nella stanza, riconosce il paziente come abituale frequentatore dell'ambulatorio. Il mediatore, rompendo il rituale della visita medica, gli chiede il perché di un'espressione così mortificata. Solo a questo punto, il paziente racconta di aver perso il lavoro e di vivere quasi di carità, mangiando solo quello che gli offrono i suoi connazionali; seguire una dieta varia e ricca di frutta e verdura è, per lui, impossibile.

Lo spazio della consultazione clinica diventa scenario di due quadri complementari che si declinano secondo due diversi canovacci: uno di ordine bio-medico, l'altro di esperienza umana vissuta.

Il colloquio si conclude con la prescrizione del medico e con l'intervento del mediatore volto ad attivare un collegamento con i servizi della Caritas affinché il paziente possa usufruire di buoni spesa.

Caso di D. Paziente rumena incinta di cinque mesi.

La paziente si rivolge al Poliambulatorio per Immigrati – *Emergency* per la prima visita ginecologica, è già al quinto mese di gravidanza. Il ginecologo le prescrive alcuni esami clinici di routine. Gli operatori che si occupano della registrazione dei pazienti nell'archivio del poliambulatorio, verificato che la paziente è in possesso del permesso di soggiorno, che è regolarmente iscritta al Servizio Sanitario Nazionale e che ha già una medico di base, la rinviano a quest'ultimo per la richiesta e la prescrizione delle analisi cliniche indicate dal ginecologo².

Il medico di base, cui la paziente non ha mai detto, almeno sino a quel momento, di essere incinta, non le rilascia alcuna ricetta ed in collera telefona al poliambulatorio rivendicando il proprio ruolo e lamentandosi per il mancato rispetto dell'ordine dei passaggi in cui si articolano i percorsi di cura (medico di base-servizi specialistici, ospedali, ecc.).

Sul piano formale dell'organizzazione dei servizi e dei percorsi di cura, la paziente avrebbe dovuto dapprima rivolgersi al medico di base e poi compiere i successivi passaggi specialistici. Ma così non è stato e su quali siano state le ragioni delle scelte compiute dalla paziente poco viene chiesto ed esplicitato, sembra prioritario rimettersi nell'ordine della organizzata e articolata macchina sanitaria.

Situazioni del genere non sono certo un'eccezione. Abbiamo spesso osservato problemi di comunicazione tra i diversi professionisti e le difficoltà che incontrano i diversi servizi di fare rete. Probabilmente l'origine risiede nella separazione dei compiti e delle mansioni, frutto dell'organizzazione scientifica del lavoro. Il paziente non è visto e considerato nella sua totalità di corpo, mente e cultura, ma è assunto da ogni operatore per la parte di sua competenza.

A partire da queste esemplificazioni, possiamo costruire la scena entro cui si dispiega il canovaccio organizzativo che accomuna i servizi sanitari da noi osservati.

Ecco la scena: ci troviamo in un ospedale, o in un ambulatorio, dove si recano pazienti immigrati, a volte da soli, altre con il seguito della famiglia o di qualcuno dei loro connazionali. Vi è il medico, il personale addetto alla cura e, a volte, l'interprete, figura indispensabile per svolgere il lavoro. Accanto a queste figure, la cui azione è immediatamente visibile, la scena contiene un altro comprimario: l'istituzione che accoglie e rende possibile, entro determinati vincoli, la relazione terapeutica.

In realtà, anche per quest'ultimo comprimario, le istituzioni sono almeno due: quella anch'essa visibile, dell'ospedale, dell'ambulatorio, dello studio privato, cioè dell'apparato che detta le norme e le regole del funzionamento reale, e quella più invisibile, ma che opera in modo decisivo, rappresentata dal modello culturale scientifico della medicina. Una terza istituzione è quella d'appartenenza del paziente, che disegna il suo punto di vista, la sua dimensione culturale, introiettata o incorporata, che predisponde,

² Non ci sembra fuori luogo ricordare che il Poliambulatorio offre assistenza medica a immigrati con o senza permesso di soggiorno e a immigrati provenienti da Paesi Comunitari che, in assenza di un regolare contratto di lavoro, non possono iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale.

orienta e stabilisce modelli concettivi di ciò che accade nelle relazioni concrete con i medici e con l'apparato della cura.

Per rendere più visualizzabile quanto appena detto, proponiamo uno schema in cui è possibile visualizzare i vettori attraverso cui opera l'impianto complessivo. L'azione terapeutica specifica si svolge all'interno di un apparato istituzionalizzato nel quale i diversi protagonisti si muovono secondo procedure definite, ma in un sistema di relazioni che si compongono di volta in volta.

Questa scena può essere riassunta nel seguente schema³:



La tesi che proponiamo è che: *maggiore è la consapevolezza dei protagonisti su cosa si viene influenzati (anche sull'influenza da parte degli elementi strutturali) minore sarà il rischio di malintesi.*

In altri termini, più i protagonisti hanno consapevolezza dei vettori che influenzano l'azione terapeutica (non solo di quelli pertinenti il proprio ruolo e le funzioni svolte, ma anche di quelli che influenzano la visione e, di conseguenza, gli atteggiamenti e i comportamenti propri e dell'altro) minori saranno le propensioni al malinteso. Avere la capacità di leggere e comprendere quali siano le forze in gioco, in che direzione spingono e quali trappole presentano, può evitare, in parte, l'azione meccanica e ripetitiva suggerita dalle abitudini e da un consolidato modo di operare, e favorire quell'azione di avvicinamento all'altro che apre nuove prospettive d'incontro, anche sul piano della cura. Ovviamente la principale responsabilità è del medico che noi non consideriamo come guardiano del dispositivo clinico ma come suo interprete, attento e disponibile a introdurre le modifiche necessarie perché possa essere più efficace nella sua azione terapeutica e più rispondente alle esigenze dell'utenza e non solo a quelle dell'organizzazione.

³ Quanto racchiuso nel rettangolo della figura, rappresenta il *set* ossia lo spazio-tempo-relazione occupato dai protagonisti nel corso di una consultazione con le modalità di conduzione/svolgimento tipiche della relazione di cura. Ciò che è al di fuori del rettangolo, nell'area grigia che abbiamo posto nella parte superiore, è la porzione meno visibile, non immediatamente percepibile, ma che influenza in modo decisivo ciò che avviene nell'incontro diretto, non solo nel senso di influenzare le regole pratiche dell'azione terapeutica, ma anche incidendo nei pensieri e nelle emozioni e nelle condotte dei protagonisti.

I pazienti, a loro volta, si mostrano apparentemente disponibili e ubbidienti, ma osservano tutto e sono pronti a lamentarsi o a ritirarsi indolenti, secondo convenienza, se percepiscono o solo sentono confusamente che qualcosa non collima con la loro personale visione o con quello che fiutano come dissonante nella relazione. Anche se a volte hanno un atteggiamento compiacente, i pazienti sono in grado di percepire e di agire in piena autonomia, creando situazioni d'incomunicabilità con il proprio medico, mascherate da un'apparente comprensione e sottomissione a ciò che è loro indicato. Scott (2009) parla di un linguaggio nascosto che la subalternità produce e indica nei rumori e nei pettegolezzi. Per quello che abbiamo potuto costatare, le lamentele e il sentirsi trascurati, il sentire di non essere presi sul serio si traducono nel rifiuto della diagnosi o della terapia, senza che questo venga detto o manifestato al medico, ecc. E' negli interstizi, secondo una indovinata locuzione di Roussillon (1988), che si possono individuare i discorsi nascosti.

4. *Gli interstizi e lo svelamento dei malintesi*

Gli interstizi sono descritti da Roussillon (1988) come gli spazi in cui si localizza ciò che non è ascrivibile altrove o anche gli spazi in cui si deposita quanto nei luoghi istituiti resta non pensato o ancora da pensare, conflittuale o incomprensibile attraverso le logiche di uno dei dispositivi operanti all'interno dell'istituzione.

Sono spazi interstiziali i luoghi comuni a tutte le figure professionali che operano all'interno di un servizio (corridoi, sale d'attesa, cortili, ecc.), ovvero tutti quei luoghi di incontro in cui ci si sofferma tra un'attività ed un'altra ed in cui si trascorre il tempo che intercorre tra due attività istituzionali definite, strutturate, o vissute come tali. L'interstizio può essere definito anche in termini di tempo, in questo caso lo spazio interstiziale è il tempo che separa la durata del lavoro considerata in termini giuridico-economici, dal tempo effettivamente passato a svolgere un lavoro vissuto (Roussillon, 1988).

L'interstizio inoltre, beneficia di uno statuto particolare: è interno all'istituzione ma vissuto come "extra-territoriale", appartiene a tutti e a ciascuno garantisce spazio e tempo di libertà rispetto ai vincoli posti dal proprio ruolo istituzionale.

Così descritti, gli spazi interstiziali svolgono una funzione essenziale per le istituzioni. Essi si costituiscono, infatti, come i luoghi in cui si ricompongono le tessere scomposte dai vari dispositivi. L'istituzione di cura nel momento stesso in cui orienta il pensiero e prescrive l'azione, predispone al suo interno lo spazio in cui l'invisibilità, prodotta dai suoi vari dispositivi, può essere nuovamente trattata e ricomposta. La funzione svolta dagli interstizi si organizza attraverso tre dinamiche prevalenti: *la ripresa*, attraverso la quale ciò che viene detto o fatto nell'interstizio viene ripreso successivamente e integrato nell'insieme delle attività lavorative; *il deposito*, che descrive il processo per il quale ciò che viene detto o fatto nell'interstizio è messo in riserva, per essere conservato, congelato o immobilizzato a seconda della portata emotiva dei fatti trattati; *la cripta* in cui quanto viene detto o fatto è destinato, attraverso processi di scissione e forclusione, a risiedere nell'interstizio senza possibilità di essere ripreso ed elaborato. Nel descrivere queste dinamiche, Roussillon evidenzia sia il valore regolatorio degli interstizi sia la profonda ambiguità dei processi che in questi spazi si svolgono. Tali processi, infatti, possono esitare tanto in meccanismi di protezione e di difesa dall'angoscia, quanto in operazioni trasformative ed elaborative.

La funzione transizionale attraverso cui l'interstizio consente operazioni di svelamento, pensabilità e trasformazione, è solo uno dei suoi possibili destini. La potenzialità trasformativa è possibile quando la struttura organizzativa è in grado di sostenere e pensare i fenomeni interstiziali come evolutivi e non come minaccia alla stabilità del legame e alla continuità del mandato istituzionale.

Durante le interviste con gli operatori dei servizi di cura, abbiamo potuto rilevare quanto ciascuna attività si svolga dentro spazi e margini di decisione vincolati dal ruolo ricoperto e dalla funzione svolta.

Abbiamo ampiamente descritto come, all'interno della consultazione medica, il discorso si declini secondo logiche biomediche, così pure succede per le altre figure professionali (assistenti sociali, interpreti, mediatori, infermieri), la cui azione si dispiega entro i vincoli posti dal proprio ruolo e dal proprio mandato istituzionale.

Sebbene con caratteristiche e modi molto diversi, all'interno dei servizi che hanno partecipato alla ricerca, abbiamo potuto osservare e rilevare come lo spazio interstiziale consenta a ciascun operatore maggiore libertà di rimaneggiare quanto è rimasto nascosto o silenzioso durante lo spazio della consultazione medica, di intervento socio-assistenziale, o di orientamento socio-sanitario.

Vale la pena ricordare che, non sempre e non in tutti i servizi, i mediatori culturali - o le altre figure professionali che lavorano su una stessa situazione clinica - sono stabilmente presenti dentro la stanza di consultazione medica. Ciò accade sia per ragioni da rintracciarsi nella definizione degli spazi operativi di ciascuno, sia per le caratteristiche proprie delle istituzioni sanitarie sempre più organizzate su criteri di efficienza e di economia di tempo e di risorse. Per questo gli spazi interstiziali diventano tanto più importanti sia nella loro funzione di contenitori di quanto resta non trattato da ogni singolo operatore, sia nella loro funzione intermedia di riconnessione e di visualizzazione dei malintesi che ciascuno spazio definito genera.

È il caso di una donna affetta da AIDS la cui storia clinica è frammentata, scomposta e depositata in diversi luoghi di cura, ciascuno dei quali ne conserva una parte, per molto tempo invisibile e nascosta agli altri.

M. donna, 36 anni proveniente dal Ghana è una paziente nota al Poliambulatorio per Immigrati di Palermo, presso il quale ha richiesto, negli anni scorsi, diverse consulenze di medicina generale, a causa di sintomatologie di lieve entità (stati influenzali o infiammazioni articolari), e pediatriche (in favore dei figli).

Incontriamo più volte M., alle prese con diverse consultazioni mediche.

L'iter diagnostico clinico procede e si costruisce nel seguente modo:

- Medico 1: a seguito di una astenia e di un senso di affaticamento che perdura già da qualche settimana, la paziente si rivolge all'ambulatorio. Il medico, che prende in carico la paziente e la domanda di cura di cui è portatrice, avvia un approfondimento diagnostico attraverso la prescrizione di analisi cliniche, in particolare: emocromo.
- Medico 2: la paziente presenta gli esiti dell'emocromo prescritto durante la visita precedente. L'emocromo evidenzia anemia normocromica, con valori dell'emoglobina molto bassi. Questo dato sollecita il medico a prescrivere ulteriori accertamenti. Viene richiesto alla paziente il consenso informato per poter effettuare i test sui *markers* virali (HIV, epatiti, etc.) prima di procedere con esami

clinici del midollo spinale e con la visita ematologica. La paziente dà il proprio consenso, senza porre alcuna domanda.

- Medico 3: l'esito dei *test*, prescritti durante la consultazione precedente, è positivo per l'HIV, ragione per la quale i mediatori culturali hanno fissato un appuntamento con l'infettivologo. Il medico procede con il *counselling* per infezione HIV. Dal colloquio emerge che l'infezione era già nota alla paziente, ma a nessuno dei medici dell'ambulatorio. La paziente racconta, per la prima volta, di essere venuta a conoscenza dell'infezione da HIV tre anni prima, in occasione della nascita dell'ultimogenito, avvenuta presso uno dei presidi ospedalieri di Palermo. Il bambino è già stato preso in carico dai pediatri che svolgono la loro attività presso l'ambulatorio, ma solo in occasione di questa visita la madre racconta che il bambino, alla nascita, e per i successivi tre mesi di vita, è stato sottoposto a screening diagnostici dai quali risulta essere HIV negativo. Il medico procede con l'anamnesi della storia di vita della paziente, le cui risposte sono frammentate ed evasive. Il medico non insiste ed accetta le risposte monosillabiche che riceve. Solo alla fine del colloquio la paziente, sino a questo momento apparentemente imperturbabile, dice di essere spaventata e vorrebbe capire cosa succederà. Il medico la tranquillizza dicendole che ci sono ulteriori esami da fare e che verrà seguita in un ambulatorio specifico.
- La paziente viene inviata presso la Divisione di Malattie Infettive del Policlinico Universitario per il prosieguo dell'iter diagnostico e terapeutico (test di conferma, stadiazione e terapia).

Solo alla fine del colloquio e quando la paziente è già andata via, l'infettivologo, così rassicurante durante il colloquio, si rivolgerà alla mediatrice culturale per avere maggiori informazioni sulla storia clinica della paziente e su quanto quest'ultima ha svelato e nascosto circa la propria condizione.

Anche se la ricostruzione di questa storia clinica resta tuttora aperta e inconclusa, essa ci sembra essere esemplificativa dell'organizzazione propria delle istituzioni di cura, ma anche delle molteplici funzioni dinamiche dell'interstizio.

Per ciò che riguarda l'impianto organizzativo dei servizi di sanitari, questa storia visualizza una presa in carico che, per quanto puntuale nel rispondere alla domanda di cura, si presenta come parcellizzata in molteplici spazi terapeutici distinti tra di loro e non comunicanti. La cartella clinica registra e visualizza la continuità della presa in carico, ma garantisce il solo passaggio di informazioni mediche senza nulla aggiungere circa la storia di vita della paziente; in altri termini, nasconde nel momento stesso in cui produce il *report* delle azioni cliniche svolte e delle indicazioni terapeutiche prescritte. Così qualunque altro medico può agire in continuità e in successione a quanto svolto precedentemente, senza spazio di interrogazione ulteriore se non quella emergente dall'evidenza del dato clinico. È vero anche che questa organizzazione consente alla paziente la possibilità del mantenere segreta la propria storia e la propria condizione clinica, garantendola dall'angoscia mortifera che la diagnosi di sieropositività evoca e rende visibile.

Il caso evidenzia come, rispetto all'angoscia, l'interstizio abbia funzionato come luogo del segreto, in cui paziente e operatori sanitari si ritrovano legati. Tutti i protagonisti di questa storia clinica sono, al contempo, garanti di una tessera e garantiti, e per questo salvaguardati, dal conoscere la forma definitiva della storia che però contiene, sin dal principio, il suo esito.

Lo svelamento del segreto, e quindi la possibilità di recuperare quanto sino ad allora incistato nelle pieghe organizzative, si compie quando fuori dalle azioni orientate dal ruolo e dal tempo della consultazione clinica, il medico interroga gli altri operatori dell'ambulatorio. 'Ma tu cosa sai di questa donna?' è molto più di una domanda curiosa, essa attiva la circolazione di una parola di riconoscimento, di connessione, ma anche di fiducia nella possibilità di sviluppare una storia e quindi anche una cura, condivisa e partecipata.

5. Conclusioni

Se il malinteso ha origine dal misconoscimento (*méconnaissance*), il riconoscimento ha, innanzi tutto, un valore d'identificazione della *propria méconnaissance*, e di contrasto degli effetti che produce. Vi sono elementi nascosti o più semplicemente, come diceva Proust, legati alla "azione anestetizzante dell'abitudine" o alla procedura 'costringente' della regola.

Per quel che riguarda la nostra ricerca, l'assunzione di un ruolo istituzionalizzato con le sue pratiche e le sue regole, significa che l'insieme delle procedure assunte e interiorizzate come specifiche e caratterizzanti la propria posizione istituzionale costituisce una sorta di schermo conoscitivo, di guida, che ostacola una presa in carico diretta. La richiesta implicita, ma inderogabile, è che il paziente entri nel 'discorso' (biomedico) del medico e nel dispositivo clinico. Si potrebbe sostenere che questo rende ancora più efficiente, efficace e prestante l'attività clinica, il che è vero, ma dal punto di vista del paziente ciò si trasforma in una *reductio*, in una sorta d'invisibilità e in una distanza che egli non riesce più a colmare. Chi sa, per definizione, è il medico, che detiene la verità, somministra le cure e si attiene in genere al protocollo, lasciando in secondo piano ciò che il paziente potrebbe dire con il suo "discorso". In questa cornice di significati ed organizzazione delle pratiche sanitarie, si corre il rischio di cadere in un pensiero reificato (Honneth, 2007), in cui la conoscenza si separa dal riconoscimento, con la conseguenza che il paziente diventa invisibile e la sua malattia l'oggetto prevalente dell'attenzione. Il sentimento provato di non sentirsi percepiti, di essere trasformati in cartelle cliniche o in prescrizioni incomprensibili genera posizioni di stallo ed educate contrapposizioni che non riescono a trovare punti in comune.

Ecco allora il problema su cui soffermarsi: quanto si sentono percepiti e riconosciuti i pazienti nel progressivo incedere delle normali e consuete pratiche cliniche?

Alcuni pazienti, confermando la loro fiducia nel medico, hanno dichiarato di sentirsi sempre ben compresi, tuttavia hanno preferito seguire altre prescrizioni e altri consigli. Nella nostra ricerca abbiamo constatato che vi sono pazienti che o rifiutano, abbastanza esplicitamente, di seguire quello che è loro indicato e prescritto come terapia, o si mostrano come pazienti modello, per poi seguire tutt'altro processo o consuetudine: terapie tradizionali, o altri rimedi spesso provenienti dai consigli dati da persone di loro fiducia.

Un secondo punto di criticità si riconosce nelle difficoltà degli operatori a coinvolgersi in una relazione che percepiscono 'pericolosa' o 'inquietante'. Può dipendere da una particolare formazione al colloquio clinico, da difese connesse con la loro personalità, in altri termini da elementi controtransferali e di controtransfert culturale. Avere atteggiamenti e posture rigide, procedere attraverso schemi codificati, rivela la difficoltà a riconoscere e controllare le proprie risposte e reazioni rispetto a quello che induce il

paziente. In questo modo si attivano inconsciamente delle difese rispetto alle tensioni emotive e alle angosce suscitate. Assumere una maschera, rifugiarsi dietro le procedure, seguire astrattamente il protocollo, allenta le tensioni, o come sostiene Devereux (2012) *"la protection fournie par la position scientifique est seulement temporaire"...* *"l'activité scientifique en tant que telle peut, par elle même, atténuer davantage l'épreuve consciente de l'angoisse par une abréaction partielle des tensions à travers l'activité"* (Devereux, 2012: 131).

Una formazione integrata, oltre che biomedica anche relazionale, è la condizione necessaria per contrastare le derive del malinteso e per evitare le insidie controtransferali. Senza l'attenzione che una formazione integrata merita, si espone ogni operatore sanitario alle frustrazioni che non dipendono solo dalla personale conoscenza tecnica ma anche dal riconoscimento dell'altro. Il risultato può diventare allora una recita, apparentemente soddisfacente per ciascuno, ma difficilmente efficace nonostante tutte le architetture tecniciste.

Il malinteso sembra costituirsi come elemento su cui si fonda e si sviluppa ogni relazione, terapeutica o meno, tra diversi. L'analisi e lo svelamento dell'involucro che ricopre i malintesi costituiscono il lavoro prevalente del clinico, prim'ancora che l'analisi e il superamento delle difese del paziente. Tale involucro, non riguarda soltanto la relazione tra terapeuta e paziente, ma si estende fino a ricoprire il dispositivo tecnico, istituzionale e culturale che avvolge l'intera operatività. Inoltre se il medico è contornato dalle sue strutture scientifico-istituzionali e culturali, a sua volta il paziente è portatore di altrettanta complessità. Articolare un lavoro del genere non può essere solo una questione di lingue e di linguaggi, ma riguarda l'architettura del rapporto tra i saperi e i poteri (Foucault, 1975), che condizionano il piano delle relazioni.

Bibliografia

- Baré J-F., (1985), *Les "conversions Tabitiennes au Protestantism comme "malentendu productif"*, Cahier O.R.S.T.O.M. Sciences Humaine vol XXI, n. 1.
- Devereux G., (1973), *Saggi di etnopsichiatria generale*, Armando Ed., Roma, 1978.
- Devereux G., (1980), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Champs Essais, Flammarion Paris, 2012.
- Deleuze G., (1989), *Che cos'è un dispositivo?* Edizioni Cronopio, Napoli, 2010.
- Foucault M., (1975), *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino, 2011.
- Foucault M., (1978), *Discorsi e scritti (1954-1988), tome I: 1954-1975*, Editions Gallimard, Paris, 2001.
- Good B.J., (1994), *Narrare la malattia*, Ed. Comunità, Torino, 1999.
- Kaës R., (1988), (a cura di), *L'istituzione e le istituzioni*, Ed. Borla, Roma, 1991.
- Kleinman A., (1978), *Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi medici intesi come sistemi culturali*, in *Antropologia Medica*, (a cura di) Quaranta I., Raffaello Cortina Milano, 2006.
- Nathan T., (1993), *Principi di etnopsicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996.
- Profita G., (2013), *Malintendu, différence et sens commun*, *Revue des Sciences Sociales*, 50, 122-133.
- Quaranta I., Ricca M., (2012), *Malati fuori luogo*, Raffaello Cortina, Milano.
- Roussillon R., (1988), *Spazi e pratiche istituzionali. Il ripostiglio e l'interstizio*, in *L'istituzione e le istituzioni*, (a cura di) Kaës R. et al, Ed. Borla, Roma, 1991.
- Scott (2009), *La domination et les arts de la résistance*, Éditions Amsterdam.