

## RIFLESSIONI 1: APPARTENZE E DIFFERENZE

### L'effetto specchio della migrazione e il giro lungo dell'antropologia

L'antropologia, storicamente dedicata allo studio di culture "lontane", è oggi sempre più applicata ai contesti vicini a noi, soprattutto alle comunità migranti e al loro rapporto con i contesti di accoglienza.

Il sapere che le ricerche antropologiche hanno maturato intorno alla "alterità" culturale, così come l'addestramento dell'antropologo/a a cercare di vedere il mondo attraverso gli occhi degli altri, ci suggeriscono una postura di "straniamento" rispetto a ciò che ci appare scontato. E' il "giro lungo" dell'antropologia: cercare di guardare ciò a cui non siamo abituati come non del tutto estraneo (avvicinare l'estraneo), per vedere sotto un'altra luce ciò a cui siamo abituati (rivedere ciò che diamo per scontato).

Per entrare più nel merito dei nostri contesti: le difficoltà che spesso i migranti incontrano nelle nostre società e nei nostri servizi rivelano quelle luci ed ombre del nostro sistema di servizi che riguardano tutti, non solo gli "stranieri". Per questo l'approccio antropologico, tipicamente dedicato ai contesti migratori, può essere utilmente applicato anche ai nostri contesti di servizio sanitario e sociale. In particolare, attraverso il metodo etnografico: immersivo, su piccola scala, vicino ai singoli e specifici territori e gruppi; orientato ai microcontesti: attento alla vita quotidiana delle persone/operatori, curando soprattutto i processi, le persone e le loro relazioni nei contesti di lavoro.

### Culture e identità professionali

L'antropologia riconosce l'importanza di guardare ai fenomeni sociali con un **approccio olistico e polidisciplinare** che si avvicini, il più possibile, a cogliere le relazioni complesse che li caratterizzano. Così come per l'antropologia, anche il lavoro di cura necessita di un approccio olistico, che consideri i bisogni multidimensionali dell'utenza, superando le targettizzazioni imposte dalle politiche settorializzate che caratterizzano il sistema di cura e assistenza. Assumere un approccio olistico risulta fondamentale non solo per la gestione dell'utenza ma anche per l'integrazione professionale: nonostante esistano già equipe multiprofessionali, queste sono spesso formate da professionisti che continuano a pensarsi come segmenti separati, contribuendo a rafforzare tensioni e disarmonie inter e intra-professionali. Proprio per questo, lo sguardo antropologico si rivela utile per offrire chiavi di lettura **della pluralità/diversità culturale e professionale** nelle organizzazioni e mette in azione competenze dialogiche, di mediazione e di gestione delle asimmetrie. Qui di seguito, alcuni concetti utili per riflettere sul tema.

## Identità

Le differenze identitarie sono costrutti culturali. Ogni identità, anche quella professionale, si costruisce in relazione all'altro e alla sua differenza, seguendo una polarizzazione tra ciò a cui appartengo VS ciò da cui mi distingo. Attraverso questa doppia operazione (appartenenza/distinzione) si costruiscono i confini che producono un "noi" e un "loro".

## Habitus

Con questo termine si intendono i modi di fare, di pensare, di comportarsi che caratterizzano un determinato gruppo sociale (o categoria professionale), che le persone interiorizzano e che divengono **modelli incorporati**.

Oltre ai modelli e le **norme esplicite** di comportamento (es. il mansionario, le procedure), ci sono anche **modelli impliciti** (es. la consuetudine, l'apprendimento per imitazione ecc.)

Facciamo un **esempio** che gioca sugli stereotipi ma che consente di osservare come anche l'azione più ovvia comporta regole visibili ma anche nascoste:

Trieste, Napoli e Genova sono 3 città italiane, sono sul mare e hanno una struttura urbana simile. In queste 3 città vige un codice della strada unico (modello di comportamento esplicito); tuttavia, troviamo un modo di gestire il traffico molto diverso (!) Questo avviene perché vigono modelli impliciti che "regolano" (o, agli occhi altrui, "de-regolano") il comportamento degli automobilisti, per esempio come viene interpretato un semaforo rosso o l'attraversamento sulle strisce pedonali.

Allo stesso modo un professionista (un medico, un infermiere, un assistente sociale, ecc.) interiorizza (incorpora) regole esplicite e modelli di comportamento impliciti.

## Etnocentrismo ("qui da noi si fa così!")

Come abbiamo visto con il concetto di habitus, oltre ai modelli dichiarati ed espliciti di una cultura professionale (es. il mansionario), esiste una dimensione agita in modo implicito e inconsapevole ("faccio così perché ho sempre visto fare così"; "qui si è sempre fatto così"). Assumere **posizioni etnocentriche**, cioè riprodurre il modello implicito della propria organizzazione o gruppo come se fosse l'unico possibile, è molto diffuso, perché è la cultura stessa che funziona così, anche quella professionale: trovare "strano" ciò a cui non siamo abituati, e "naturale" ciò a cui siamo abituati.... Il contrario della postura antropologica!

Assumere una posizione anti-etnocentrica significa **riconoscere la diversità umana** ed evitare di dare per scontata la positività, la bontà di ciò a cui siamo abituati. Fermarsi un attimo, tirare il freno a mano, e **sospendere il giudizio**: ciò che ci sembra strano (e per questo faticoso) può avere un senso se visto dal punto di vista dell'altro ("**mettersi nei panni di**")

Ad esempio: il passaggio tra l'infanzia e l'età adulta è un passaggio umano "universale", avviene in ogni vita e in ogni contesto; come pensiamo questo passaggio, come viene scandito, ritualizzato e reso significativo cambia a seconda che ci si trovi in Lapponia, in Italia o in Amazzonia. Allo stesso modo le aspettative di un utente rispetto al servizio possono essere molto diverse, a seconda delle sue determinanti socioculturali specifiche; o ancora, un operatore sociale può avere modelli di riferimento espliciti e impliciti molto diversi da quelli di un operatore sanitario; così come, nell'ambito sanitario, un medico rispetto a un'ostetrica.

### Essenzialismo (“loro fanno così”)

La cultura, anche quella professionale non è una cosa astratta, non è sempre uguale nel tempo, e non si traduce in maniera meccanica in comportamenti predefiniti.

Avere una posizione **anti-essenzialista** significa guardare alla diversità dei gruppi umani (o professionali) anche dal punto di vista delle **differenze interne** a questi gruppi e dei **mutamenti** che possono avvenire nel tempo. **L'identità non è qualcosa di rigido e immutabile, qualcosa che mi appartiene, ma muta nel tempo e a seconda dei contesti, cioè è qualcosa che agisco.**

Ad esempio: ci sono tanti modi di interpretare il ruolo di psichiatra, così come ci sono tanti psichiatri diversi tra loro, queste differenze si combinano e si declinano a seconda della situazione (Con chi parlo? Qual'è la posta in gioco? Chi ho davanti? Un utente, un dirigente, un MMG, un infermiere ecc.) L'essenzialismo è come cucire addosso all'altro una giacca troppo stretta: l'altro è altrettanto ricco e ambivalente e contraddittorio di quanto riconosciamo a noi stessi quando ci guardiamo allo specchio (con questa consapevolezza sarà più facile sospendere il giudizio).

Questi concetti possono aiutare a **riconoscere i propri automatismi e attaccamenti** in quanto professionisti. Ogni collega, infatti, sembra “attaccato” alla sua lettura del bisogno di cura e di salute, al proprio modo di “vedere” problemi e soluzioni. Anche i **dispositivi tecnici** come la mera redazione delle cartelle cliniche o lo svolgimento dei colloqui o delle visite domiciliari possono costituire degli automatismi “professionali” ed è pertanto possibile ripensarli e rinnovarli.

## RIFLESSIONI 2: RUOLI PROFESSIONALI E VINCOLI DI SISTEMA

### La compartimentazione dei servizi

Così come l'utente può perdersi nella tortuosità dei servizi senza trovare risposte, anche gli operatori e le operatrici si ritrovano spesso a correre e **“rimbalzare” da un servizio all'altro** o da un territorio all'altro, per ricucire una rete che appare sconnessa e sfrangiata. Il sistema dei servizi è, infatti, compartimentato e molto complesso: le sue frammentazioni sono sia di tipo “orizzontale” (ad es. tra diverse culture professionali; tra diversi servizi), ma anche “verticali” (catene decisionali tra diversi livelli dell'azienda, tra gerarchie di ruoli).

Questi rimbalzi creano frustrazione e fatica sia per l'utenza sia per i professionisti e si riflettono nella frustrazione dell'operatore in “trincea”, investito dalla mission “eroica” e salvifica della cura, che però al contempo stride con le complicazioni e le urgenze con cui ci si misura nella vita professionale quotidiana.

### Violenza e paradossi della burocrazia

Oltre alla compartimentazione dei servizi, la “sofferenza di posizione” (Dubois 2009) dei professionisti della salute trova origine nel paradosso e nella violenza che esercita il primato della burocrazia. Spesso i professionisti sanitari e sociali si trovano ad operare in contesti altamente burocratizzati con protocolli rigidi e dettati dall'alto che non sempre condividono.

L'adeguarsi a tutto ciò sottrae tempo ed energia a discapito del "lavoro vero" (con le persone). Imparare a gestire "**l'ambivalenza del proprio ruolo**" è ancora più rilevante se pensiamo a come le professioni sociosanitarie occupino spesso spazi "di frontiera" e a come l'esercizio del ruolo si trovi investito da **diverse pressioni**: tra regole e norme che fanno riferimento alla burocrazia e alle politiche di gestione dell'azienda; il mandato di cura caratterizzato da affettività e empatia; la volontà "di fare bene il proprio lavoro"; ecc.

### Le gerarchie "intersezionali"

Un ulteriore importante elemento di frammentazione del sistema e di pressione sull'operatore sono le gerarchie interne all'organizzazione, spesso portatrici di interessi diversi anche in competizione. Ogni organizzazione ha un organigramma con vertici, funzioni, ruoli e mansionari che ne stabiliscono le gerarchie e i rapporti di potere. La credibilità o legittimità di una posizione ha spesso a che vedere con la **categoria di appartenenza professionale** del professionista: *"tanto più la professione è socialmente riconosciuta quanto più evidente sarà il senso di appartenere e riconoscersi in quella comunità scientifica, la possibilità di disporre di strumentazioni, teorie, regole e la credibilità che il possesso di competenze assicura al professionista"* (Olivetti Manoukian 1998). A tal proposito abbiamo parlato in particolare della figura del medico e del suo potere "stregonesco", la sua supposta bio-onnipotenza (Byron Good 1994).

Tuttavia, le gerarchie si riproducono anche attraverso altri fattori trasversali (non solo quelli attinenti al profilo professionale) e si esprimono in modalità implicite.

Ad esempio, il **fattore generazionale** (l'età anagrafica, ma anche l'anzianità professionale) può giocare un ruolo importante nel riprodurre modelli di intervento che non prendono in considerazione i bisogni complessi e multidimensionali dell'utenza (e dell'integrazione stessa tra professionisti). Lo stesso discorso può valere se prendiamo in considerazione variabili di genere, di provenienza, di formazione ecc.

### La questione del riconoscimento

Avere consapevolezza dei rapporti di potere all'interno delle organizzazioni è utile anche per affrontare la questione del **riconoscimento professionale** e delle difficoltà di operatrici e operatori per ottenerlo, in particolare perché è dal mancato riconoscimento che prende le mosse una delle principali sofferenze che caratterizzano l'esperienza dei professionisti della salute: la progressiva **erosione del senso del proprio lavoro**.

Gli operatori/ici sanitari, infatti, sono sempre più sottoposti a urgenze e pressioni dovute a contingenze esterne e ai ripetuti tagli alla spesa sanitaria, e il loro riconoscimento passa attraverso disposizioni e trasferimenti che vanno al di là del loro controllo. Anche le operatrici/operatori sociali devono confrontarsi con un'incertezza quotidiana e complesse richieste assistenziali che mettono in discussione il riconoscimento del proprio mandato professionale.

## RIFLESSIONI 3: LA RELAZIONE DI CURA E LA CO-COSTRUZIONE DELLA SALUTE

### Includere la soggettività nel processo di cura

Dopo aver guardato alla posizione complessa dell'operatore/operatrice nel sistema dei servizi, consideriamo anche la relazione con l'utente/paziente e il cambiamento di paradigma riguardante il concetto di salute.

L'antropologia medica, nata con la scuola di Harvard negli anni '60 e '70 del '900 dagli studi di Arthur Kleinman e Byron Good (entrambi medici e antropologi), ha messo fin da subito al centro della riflessione antropologica sulla cura la necessità di "prendere sul serio" le teorie, le eziologie e le pratiche terapeutiche che le altre società hanno elaborato per rapportarsi al malessere, al dolore e alla sofferenza. La scuola di Harvard inaugura un nuovo **paradigma interpretativo e anti-etnocentrico** che l'antropologia medica ha raccolto in pieno, cercando di considerare seriamente la diversità delle esperienze dei pazienti e di comprendere i molteplici significati attribuiti al malessere da parte degli individui e delle società. Inoltre, l'antropologia medica ha assunto un approccio critico e auto-riflessivo, impegnandosi a riconoscere il **carattere socialmente e culturalmente costruito anche del sapere e del linguaggio biomedico** e contribuendo a dimostrare come tale sapere, nelle istituzioni sanitarie dove viene praticato e trasmesso, non sia "neutro e oggettivo" ma sempre parte di un sistema di rappresentazioni, di conoscenze, pratiche e risorse (per prevenire, interpretare e fare fronte alla malattia) culturalmente e storicamente situati.

A partire da queste riflessioni, l'antropologia invita a **co-costruire il bisogno di salute e la sua risposta terapeutica, tenendo in considerazione la dimensione soggettiva che determina il significato che ciascuno attribuisce all'idea di salute, includendo perciò la dimensione personale, culturale e sociale che caratterizza la rete di relazioni intersoggettive a cui il soggetto partecipa nei suoi contesti di vita.**

Mettendo in luce come il concetto di malattia possa avere diverse interpretazioni, per realizzare il processo di co-costruzione di un significato comune nella relazione medico-paziente, gli antropologi hanno costruito dei protocolli di intervento di tipo narrativo in grado di raccogliere in modo parallelo e integrato sia l'interpretazione "biomedica" di un disturbo (modello esplicativo del medico: *disease*); sia l'interpretazione data dal singolo soggetto al significato del suo malessere (modello esplicativo del paziente: *illness*); sia la dimensione sociale di un sintomo (ad esempio lo stigma attribuito al cancro o all'HIV), ovvero il modo in cui un comportamento preoccupante e alcuni fattori biologici assumono una rilevanza socialmente significativa (*sickness*).

Queste tre interpretazioni non si pongono come alternative ma come dimensioni complementari della salute: non intendono affatto invalidare i risultati empirici delle scienze biomediche, quanto invece integrarne la visione con aspetti di solito non considerati.

L'antropologia cerca di valorizzare la diversità di letture del corpo e della malattia di cui i pazienti sono portatori attraverso le narrazioni delle esperienze soggettive, dando così spazio a una visione **complementare a quella biomedica**. Il processo diagnostico e la relazione di cura tutta, infatti, viene intesa come **un'impresa interpretativa e co-costruita**, cioè come un esercizio che compiono operatori medici e malati insieme, volto a far emergere il significato e l'esperienza di malattia dal punto di vista dei pazienti che, per quanto possa essere confuso, se riconosciuto ed esplorato insieme, può aiutare a tracciare dei percorsi di salute più efficaci in quanto dotati di senso per chi sta sperando la malattia.

### **In sintesi, come promuovere modelli di cura pluralistici, basati sulla complementarità e l'interdisciplinarietà?**

Promuovere il **diritto al significato** significa favorire la partecipazione delle persone e dei loro altri significativi nella definizione dei bisogni e del proprio migliore interesse (Ivo Quaranta).

**Multidisciplinarietà:** "Per fare qualcosa di interdisciplinare, non basta scegliere un "soggetto" (un tema, un caso) e riunire attorno a sé due o tre approcci. L'interdisciplinarietà consiste nel creare un nuovo oggetto che non appartiene a nessuno" (Barthes citato da Clifford 1986).

Le **reti di azioni** da costruire devono essere plastiche e basate su molti poli, tenute insieme da connessioni "lasche": nei sistemi complessi è importante imparare a vivere processi complessi e policentrici (Barbara Czarniawska)

## CONCETTI-RISORSA

### Due presupposti

#### La sfida dell'ordinario

L'esperienza della pandemia, le emergenze in generale, ci insegnano quanto possa essere utile interpretare situazioni inattese e di cambiamento non solo come una minaccia, ma come situazioni da interpretare in modo creativo, per navigare il cambiamento. Tuttavia, se è vero che l'integrazione si realizza nello straordinario, la grande sfida è portare questi apprendimenti nella routine quotidiana, nei tempi e nei luoghi del lavoro ordinario.

#### Il valore aggiunto del lavoro di squadra

Leggere i problemi in modo condiviso, mettendo in relazione diverse prospettive, rappresenta un "potenziatore analitico" per tutti i professionisti coinvolti, garantendo più efficacia e offrendo beneficio per tutti. Tuttavia, integrazione professionale non significa solo lavorare insieme: le competenze di ciascuno devono essere messe a servizio in una danza cooperativa (più che competitiva) e generativa di senso, sia per i colleghi che per l'utenza.

## Una postura, un luogo e un tempo per l'integrazione

Per essere mantenuta nell'ordinarietà del lavoro quotidiano, l'integrazione professionale ha bisogno di un **luogo e di un tempo dedicati** (non ricavati) in cui poter praticare e allenare una **postura relazionale di reciprocità e condivisione** basata su alcuni assunti metodologici cari all'antropologia.

### La sospensione del giudizio

L'intercomprensione reciproca (multiprofessionale) ha bisogno di **una postura di sospensione del giudizio**, sia nei confronti di ciò che sappiamo (che diamo per scontato) sia nei confronti degli altri e dei loro diversi saperi. La sospensione del giudizio consente di **modellare le proprie diversità e di co-costruire linguaggi e valori condivisi per lavorare assieme in modo cooperativo** e non competitivo (Cfr. *Insieme* di Richard Sennett).

Si tratta di una scommessa etica e relazionale di grande impegno, altrimenti il rischio è che, una volta terminata l'emergenza, "le porte si richiudano".

### Cedere il passo

Un altro segmento importante della postura integrativa è la consapevolezza della propria "parzialità" ("cedere il passo"), cioè del fatto che potrebbe essere necessario saper rinunciare ad alcuni spazi di autonomia; ma anche, al contrario, prendere spazi di autogestione e creatività che portano il professionista a lavorare oltre il proprio rigido "mansionario". In questo senso, l'integrazione professionale può contribuire **a ridurre il senso di impotenza (e onnipotenza)** delle varie figure professionali coinvolte

### La consapevolezza dei vincoli e delle risorse di contesto

Vedere i problemi che caratterizzano i contesti in cui ci muoviamo è come aggiungere una freccia in più al nostro arco: anche se navighiamo a vista in un contesto che non ci piace, possiamo "giocare il sistema" invece che farci giocare da questo e trovare così la possibilità di fare la differenza.

### Promuovere spazi di riflessività comune per allargare le maglie

E' importante promuovere spazi e momenti di riflessività in cui osservare da lontano, rivedere il sistema in cui siamo inseriti come operatori, professionisti, lavoratori. Questa visione decentrata e autoriflessiva consente di **"allargare le maglie"** del sistema e riconoscere spazi interstiziali per possibili cambiamenti. E' così che il proprio agire potrà avere un valore creativo e generativo e non solo di "riparazione" alle mancanze strutturali e organizzative che riconosciamo.

**In sintesi: creare uno spazio-tempo non codificato in cui modellare le proprie diversità e co-costruire linguaggi e valori condivisi, lavorando assieme in modo cooperativo**

### La metafora dei porcospini per una “giusta” integrazione

Concludiamo pensando alla metafora dei porcospini (o ricci) del filosofo Schopenhauer: quando i ricci hanno freddo si avvicinano, ma così facendo si pungono. Allora si allontanano, ma così hanno di nuovo freddo. Ad un certo punto, riescono a trovare la posizione esatta per stare abbastanza vicini da riscaldarsi, ma abbastanza lontani da non pungersi, trovando un modo per aiutarsi e stare meglio.

Così come per i ricci, per gestire i malintesi, le incomprensioni e le difficoltà tra persone con culture professionali diverse, ma anche per rilanciarne le potenzialità generative e costruttive, è importante creare un **setting dedicato, in cui modellare le proprie diversità e co-costruire linguaggi e valori condivisi, lavorando assieme in modo cooperativo.**