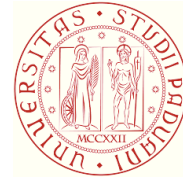




**Ecole des Hautes Etudes
en Sciences Sociales**

**Ecole Doctorale
Sciences Sociales**

**Specialité
Santé et Sciences Sociales**



**Università degli Studi
di Padova**

**Dipartimento di
Filosofia, Sociologia, Pedagogia
e Psicologia Applicata**

**Dottorato in Sociologia dei
processi culturali e comunicativi**

Silvia Faili

Un ospedale in epoca di globalizzazione

*Studio antropologico dei rapporti
fra operatori e popolazione migrante
all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Padova*

Un hôpital à l'ère de la mondialisation

*Etude anthropologique des rapports
entre soignants et populations migrantes
à l'hôpital de Padoue*

Thèse dirigée par

**Prof. Yannick Jaffré
Prof. Salvatore La Mendola**

Soutenue le 18 Décembre 2014

Jury

**Prof. Stefano Boffo
Prof. Yannick Jaffré
Prof. Salvatore La Mendola
Prof. Richard Rechtman
Prof. Chantal Saint-Blancat**

Un hôpital à l'ère de la mondialisation

*Etude anthropologique des rapports entre
soignants et populations migrantes
à l'hôpital de Padoue*

Abstrait

La ricerca è stata realizzata in Italia nell'Ospedale di Padova ed ha come sfondo la relazione fra l'operatore (italiano) ed il paziente (straniero).

Dall'osservazione sul campo e dai resoconti forniti da operatori ed utenti emergono il carattere invadente del problema linguistico e, allo stesso tempo, la difficoltà di dare la dovuta importanza alla comunicazione (ai suoi aspetti contestuali, semantici e pragmatici, oltre che informativi) ed alla dimensione relazionale (dominata dai bisogni organizzativi e dalla concentrazione dell'attenzione sugli aspetti procedurali). Entrano in campo stereotipi interpretativi che ostacolano la possibilità di cogliere le implicazioni culturali implicate nelle dinamiche relazionali; a livello organizzativo, la contemporanea presenza di regole codificate ed implicite genera difficoltà e fraintendimenti. Il cammino clinico ne risente, rivelando delle criticità a livello della formulazione diagnostica, dell'esecuzione di specifiche tecniche d'intervento e della *compliance* dei pazienti.

Si rende necessario avvalersi di servizi di mediazione piuttosto articolati sul piano organizzativo, che aiutino operatori ed utenti nell'interazione linguistica, ma che non si riducano a tale livello d'intervento e mettano l'accento sulla dimensione interculturale delle relazioni. Emerge anche la necessità di mettere in opera misure capaci di attivare le risorse interne alle comunità di immigrati, di accrescere la *health literacy* dei pazienti, di intervenire a livello di formazione degli operatori (ivi compreso il personale medico), di rivedere le routine organizzative offrendo specifiche forme di flessibilità e di accompagnamento.

A hospital in times of globalization

*Anthropological study of the relationship
between workers and migrant population
within the Hospital of Padua*

Abstract

The research has been carried out in Italy, in the Hospital of Padua, and has as its background the relationship between the health worker (Italian) and the patient (foreigner).

By the field observation and the reports provided by operators and users, we notice the intrusive nature of the linguistic problem and, at the same time, the difficulty of giving the right importance to communication (to its contextual, semantic and pragmatic aspects, as well as to informational ones) and to the relational dimension (which is dominated by organizational needs and focused on procedural aspects). Interpretative stereotypes emerge, preventing to understand the cultural implications involved in the relational dynamics; at the organizational level, the simultaneous presence of codified rules and implicit ones creates difficulties and misunderstandings. The clinical path is affected by this, revealing critical situations which regard the diagnostic, the implementation of specific intervention techniques and the patient compliance.

It becomes necessary to make use of mediation services well-structured in their organizational aspects, which can help operators and users in the linguistic interaction, not reducing their action at this level but putting an emphasis on the intercultural dimension of relationships. There is also the need to implement measures capable of activating the internal resources of immigrant communities, to increase patients' health literacy, to intervene in the training of professionals (including medical staff), to revise the organizational routines, offering specific forms of flexibility and accompanying.

INDICE

<i>Nota redazionale</i>	p. 11
Introduzione	p. 13
I. CONTESTO	
L'area territoriale socio-sanitaria dell'Azienda Ospedaliera di Padova	p. 19
La presenza degli immigrati nel territorio della ULSS 16	p. 20
La realtà ospedaliera nel territorio della ULSS 16	p. 22
Strutture dedicate nell'ambito del territorio ULSS	p. 24
<i>Il poliambulatorio delle Cucine Economiche Popolari</i>	
<i>Il poliambulatorio Caritas-CUAMM</i>	
<i>L'ambulatorio della Croce Rossa Italiana</i>	
<i>Strutture dedicate in ambito pubblico</i>	
L'Azienda Ospedaliera di Padova	p. 27
<i>Una realtà in movimento</i>	
<i>Una realtà articolata e complessa</i>	
<i>Topografia</i>	
I servizi per gli stranieri in ambito ospedaliero	p. 30
Uso del Servizio Ospedaliero	p. 31
<i>Il rapporto numerico italiani-stranieri</i>	
<i>Ricoveri</i>	
<i>Pronto Soccorso</i>	
<i>Prestazioni ambulatoriali</i>	
II. QUADRO TEORICO	
La sperimentazione dei <i>Migrant Friendly Hospitals</i>	p. 43
Fra universalismi ed 'eccessi di culture'	p. 46
Esotismo, scetticismo, criticismo	p. 50
Disease, illness, sickness	p. 55
La dimensione comunicativo-relazionale	p. 58
La comunicazione in primo piano	p. 61
Comunicazione: aspetti pragmatici	p. 65
Al cuore della comunicazione umana	p. 72
Ermeneutica e fraintendimento	p. 75
L'onnipresenza del pregiudizio	p. 78
La complessità dell'ascolto	p. 79
Narrare	p. 82
III. NOTA METODOLOGICA	
Individuazione del contesto in cui effettuare la ricerca	p. 87
<i>Problemi di avvio</i>	
<i>La scelta dell'ambito di ricerca</i>	
Individuazione della tematica su cui focalizzare la ricerca	p. 90
Materiale utilizzato	p. 91
<i>Osservazione sul campo</i>	
<i>Materiale prodotto nell'ambito del corso di formazione</i>	
<i>Interviste</i>	
Griglia di analisi	p. 96

IV. DENTRO LA RICERCA

1. LA RELAZIONE OPERATORE-PAZIENTE

LINGUAGGIO

Marginalità della questione linguistica	p. 103
‘Tanto torneranno/torneremo a casa’	
‘Bene o male qualche parola di italiano la sanno parlare’	
‘Fingono di non capire’	
Marginalità della questione linguistica?	p. 109
Stereotipi difensivi	
‘Lì non c’è il servizio di mediazione’	
Strategie informali di ‘mediazione’	
Centralità della questione linguistica	p. 118
Scelte di campo	
Le competenze linguistiche di operatori ed utenti	
Oralità e scrittura	

COMUNICAZIONE

Le difficoltà dell’ascolto: La mamma ti fa mettere la coperta quando lei ha freddo	p. 127
Dalla parola al gesto: La gestualità italiana	p. 129
Leggere le emozioni: La persona e la maschera	p. 133
Fra comunicazione e relazione	p. 135
Mancanza di percezione e percezione della mancanza	
‘Non è il Servizio che è male, ma l’interagire’	
L’oscillazione gestaltica di relazione e comunicazione	

RELAZIONE

Condizioni di base	p. 144
Il tempo della relazione	
Lo spazio dell’interazione	
La malattia e il malato: la relazione con il personale medico	
Una questione centrale	p. 153
Pregiudizi preventivi	
L’onnipresenza del razzismo	
Gli ambiti del pregiudizio razziale	
Razzismo?	
Ineducazione	p. 168
Dal razzismo (degli operatori) alla maleducazione (degli utenti)	
Ineducazione al rapporto	
La spirale dell’aggressività	

FORME DEL FRAINTENDIMENTO

Interferenze linguistiche	p. 177
Eppur si muove	
Bestialità	
Questioni semantiche: Ça va? Ça va	p. 179
Questioni lessicali	p. 181
Fra comunicazione e linguaggio ‘Dire sempre sì’	p. 183
Scherzi del non-verbale	p. 187

2. STILE ORGANIZZATIVO

TEMPI E SPAZI DI PAROLA

Informazione	p. 191
<i>La gestione delle informazioni</i>	
<i>Orientamento (Perdersi)</i>	
<i>Il circolo vizioso dell'insufficienza di tempo</i>	

Ambienti	p. 199
<i>Lo spazio dell'accoglienza</i>	
<i>Sovrabbondanze ed assenze</i>	
<i>Terre di dialogo</i>	

DISIDENTITA'

La successione delle presenze	p. 209
--	--------

La contemporaneità delle presenze	p. 210
<i>Presenze multiple</i>	
<i>Dalla quantità alla qualità</i>	
<i>Dagli operatori agli utenti</i>	

UN MONDO DI REGOLE

Visite	p. 220
<i>Lo tsunami visite</i>	
<i>"Mamma li turchi!". Ragioni e risposte</i>	

Orari ed attese	p. 227
<i>Gli orologi ed il tempo</i>	
<i>Il tempo degli altri</i>	

Pagamenti	p. 234
<i>Prima del demiurgo: il caos delle 'regole' e della loro applicazione</i>	
<i>Le reazioni del personale</i>	
<i>Difficoltà di vario genere</i>	
<i>L'onere e l'onore</i>	

L'avventura ambigua	p. 246
<i>L'italianità degli italiani</i>	
<i>Confini incerti (Forme della flessibilità)</i>	

Identità di carta	p. 251
<i>Nome</i>	
<i>Qualche indicazione per non 'mangiare il menù'</i>	
<i>Età</i>	
<i>Stat rosa pristina nomen?</i>	

Documentazione	p. 261
<i>Il carattere barocco della normativa</i>	
<i>Nel labirinto senza il filo di Arianna</i>	
<i>Perdersi</i>	

3. PERCORSO DI CURA

IL CORTOCIRCUITO MMG-PS.

Pronto Soccorso	p. 281
<i>Un punto di riferimento per tutti</i>	
<i>Fra uso ed abuso</i>	
<i>Ragioni retrostanti</i>	
Medico di base	p. 288
<i>Chi è costui?</i>	
<i>Fra efficienza e bisogno relazionale</i>	
<i>Svilimento</i>	

DIFFERIMENTI

Fattori di disincentivazione nel rivolgersi ai Servizi	p. 295
<i>Una casistica articolata</i>	
<i>Fattori culturali</i>	
<i>Al crocevia di esigenze diverse</i>	
Prevenire è meglio che curare	p. 301
Dalla dilazione dell'accesso al rinvio della prestazione	p. 305
...eppur si accede. Mancanza di tregua nel contesto di energie negative	p. 308

LA COSTRUZIONE DEL QUADRO CLINICO

Problematici avvisi	p. 313
<i>L'avvio del percorso diagnostico</i>	
<i>Difficoltà nell'ottenere le informazioni</i>	
<i>Il contesto dell'indagine anamnestica</i>	
Sbarramenti	p. 317
<i>Le aspettative degli operatori</i>	
<i>Difficoltà di parola</i>	
<i>In principio era il verbo</i>	
Possibilità di passaggio	p. 327
<i>Fra privacy e disattenzione</i>	
<i>Il tempio della parola</i>	
<i>Gerarchie di ruoli in ambito familiare</i>	
Approfondimenti diagnostici	p. 335
<i>Fra realtà e utopia</i>	
<i>Vecchie e nuove questioni</i>	
<i>Cavie umane</i>	
<i>Perché tanti prelievi?</i>	

DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA

Fra rifiuti e scomparse	p. 345
<i>Ricoveri non effettuati</i>	
<i>Prestazioni non effettuabili</i>	
<i>Pazienti che scompaiono</i>	
Difficoltà di compliance	p. 353
<i>Disease, illness, sickness</i>	
<i>Forme alternative di cura</i>	
<i>Il qui e l'altrove</i>	
<i>C'è farmaco e farmaco</i>	

4. QUESTIONI PARTICOLARI

PROCREAZIONE

L'imperativo della procreazione.....	p. 369
<i>"Signora, pensi prima alla salute" – Donna = madre</i>	
<i>Centralità della procreazione</i>	
<i>Ovvie conseguenze</i>	
<i>Contraccezione</i>	
<i>Interruzione Volontaria della Gravidanza</i>	
<i>Assistenza prenatale</i>	
<i>Fra informazioni presunte e funzionamento reale</i>	
Il parto.....	p. 388
<i>"Non vogliono che facciano più di 2-3 bambini"</i>	
<i>C'è cesareo e cesareo</i>	
<i>Fra ansie ed eccessi di zelo</i>	
<i>Travagli</i>	
<i>Disuguaglianze di fatto</i>	
<i>Al momento del parto - Uomini e donne</i>	
Dopo il parto.....	p. 404

DOLORE

Universale e singolare.....	p. 409
Orientalismi.....	p. 411
Finzioni africane.....	p. 413
Fraindimenti reali e potenziali.....	p. 415
Prospettive di senso.....	p. 419

QUESTIONI DI GENERE

Concordanze di percezione.....	p. 423
Percezioni di legittimità.....	p. 425
Sessualità e genere.....	p. 428
La disarticolazione dello stereotipo.....	p. 431
Il terzo incomodo.....	p. 433
Figure di inter-mediazione.....	p. 436
Variazioni sul tema.....	p. 439

V. CONCLUSIONI

Fra apparenza e realtà: osservazioni relative all'offerta territoriale	p. 447
Accedere ai servizi sanitari: sussistenza, conoscenza ed esercizio del diritto.....	p. 450
Il linguaggio in primo piano: il servizio di mediazione linguistico-culturale.....	p. 454
Orientarsi, registrarsi, usufruire delle prestazioni.....	p. 458
Gli assi cartesiani di ogni interazione: tempo e spazio.....	p. 461
Il difficile rapporto con le regole.....	p. 463
Intercambiabilità degli operatori	p. 467
La circolarità ermeneutica: percezioni di razzismo e profezie che si auto adempiono...	p. 470
La cornice relazionale: il problema dell'ascolto attivo.....	p. 475
La costruzione del quadro clinico.....	p. 477
La ricostruzione anamnestica: possibilità e modalità di parola.....	p. 482
Indagini strumentali.....	p. 485
Dentro il percorso terapeutico: fra ricoveri ospedalieri e difficoltà di <i>compliance</i>.....	p. 487
Rapporti iso ed etero culturali.....	p. 491

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS

<i>INTRODUCTION</i>	p. 499
Cadre theorique	p. 501
Note methodologique	p. 507
Description du contexte	p. 509
<i>DANS LA RECHERCHE</i>	p. 511
Le rapport opeateur-patient	p. 513
Style d'organisation	p. 523
Parcours des soins	p. 535
<i>CONSIDERATIONS SUR LES DONNEES DE RECHERCHE</i>	p. 549
<i>CONCLUSIONS</i>	p. 581
BIBLIOGRAFIA	p. 593

Nota redazionale

Nel testo, laddove si riportano stralci di interviste e di resoconti, si fa uso del corsivo quando le affermazioni riguardano gli utenti o gli operatori, si utilizza, invece, il carattere standard quando gli stralci sono tratti dal diario di osservazione.

Quando viene utilizzato il termine “africano” facendo uso delle virgolette si fa riferimento ad utenti provenienti dalla cosiddetta “Africa nera”, in modo da differenziarli rispetto all’area nordafricana.

La locuzione “figure intermedie” fa riferimento a quegli intervistati che non sono a pieno titolo includibili né nella categoria degli operatori autoctoni, né in quella degli utenti immigrati, ma che, per ragioni varie, si trovano ad interagire con la sanità/con la struttura ospedaliera in relazione alla presenza di utenti stranieri (mediatori, operatori a loro volta immigrati, coniugi italiani di utenti immigrati, ecc.).

Quando si fa riferimento alle interviste ed agli stralci di resoconti viene, in genere, fatto uso del maschile. La ragione di questa scelta si deve al fatto che, essendo molto pochi gli uomini intervistati (soprattutto per quanto riguarda gli operatori e le “figure intermedie”), in molti casi sarebbe stata possibile la loro individuazione qualora si fosse optato per una distinzione stilistica in termini di genere. Quando si utilizza il femminile lo si deve al fatto che l’attribuzione di genere risulta comunque ineludibile/evidente (per esempio in quanto si fa riferimento a casi di gravidanza/parto).

Sigle utilizzate

A.I.D.S.	Sindrome da Immono-Deficienza Acquisita
A.O.P.	Azienda Ospedaliera di Padova
A.V.O.	Associazione Volontari Ospedalieri
C.F.	Codice Fiscale
C.U.P.	Centro Unico Prenotazione (sportello a cui gli utenti devono rivolgersi per effettuare ogni po di prenotazione)
E.E.G.	Elettroencefalogramma
E.N.I.	Europeo Non Iscritto (codice rilasciato ai cittadini dell'Unione Europea privi di TEAM e di residenza, non iscrivibili al SSN)
L.E.A.	Livelli Essenziali di Assistenza.
M.d.G.	Medico di guardia
M.F.H.	Migrant Friendly Hospital
M.M.G.	Medico di Medicina Generale
M.S.T.	Malattie Sessualmente Trasmissibili
O.M.S.	Organizzazione Mondiale della Sanità
P.S.	Pronto soccorso
R.M.N.	Risonanza Magnetica Nucleare
S.S.N.	Servizio Sanitario Nazionale
S.T.P.	Straniero Temporaneamente Presente (codice/tessera rilascita agli stranieri non comunitari presenti nel territorio nazionale e privi di permesso di soggiorno)
T.A.C.	Tomografia Assiale Computerizzata
T.E.A.M.	Tessera Europea di Assicurazione Malattie
T.U.	Testo Unico
U.L.S.S.	Unità Locale Socio Sanitaria
U.E.	Unione Europea
U.O.	Unità Operativa
U.R.P.	Ufficio Relazioni con il Pubblico (struttura che, in ambito ospedaliero, si occupa, fra le altre cose, della gestione del Servizio di Mediazione Linguistico-Culturale, a sua volta appaltato dall'Azienda ad una cooperativa esterna di mediatori)

INTRODUZIONE

L'indagine che presentiamo, svolta presso l'Azienda Ospedaliera di Padova, ha come sfondo la relazione fra operatore (italiano) e paziente (straniero).

Una prima sezione è dedicata alla presentazione del contesto (a livello geografico-amministrativo ed in considerazione dei dati statistici relativi alle presenze territoriali ed alla fruizione del servizio ospedaliero); vi fa seguito una sezione dedicata ai principali riferimenti teorici utilizzati (le riflessioni emerse nell'ambito della sperimentazione europea dei *Migrant Friendly Hospitals*, la presentazione di alcuni concetti chiave dell'antropologia medica, l'esplicitazione dei principali riferimenti utilizzati per quanto riguarda la teoria della comunicazione, il problema del fraintendimento e del pregiudizio e le problematiche dell'ascolto); una terza sezione di questa prima parte è dedicata, infine, alla procedura di ricerca (con un breve resoconto relativo alle difficoltà incontrate, alla trasformazione del progetto iniziale ed alla descrizione del materiale utilizzato).

Nella parte centrale dello scritto ci si addentra nella presentazione analitica dei dati qualitativi, con un'ampia sezione dedicata al tema "Dentro la ricerca", a sua volta articolata in diverse aree tematiche: "La relazione operatore-paziente", lo "Stile organizzativo", il "Percorso di cura" ed alcune "Questioni particolari" emerse con specifico rilievo.

Nella prima area tematica la relazione operatore-paziente viene messa a fuoco in modo specifico, in certa misura rendendo figura quello che globalmente rappresenta lo sfondo d'insieme del lavoro ed instaurando un articolato gioco di rimandi con altri fattori che tendono, talvolta, a rubarle la scena: in primo luogo con le dinamiche della comunicazione e con i diversi modi d'impostare il problema del rapporto con il linguaggio. L'analisi del materiale di ricerca prende, infatti, avvio dalla questione linguistica, con particolare riferimento al linguaggio verbale, per estendersi, poi, a tutta la dimensione della comunicazione e mettere a fuoco i problemi connessi anche ai suoi aspetti non verbali e proseguire, infine, con una focalizzazione sulla dimensione interpersonale della relazione, mettendone in evidenza alcuni nodi problematici (in particolare, il problema della percezione di razzismo).

Un'ulteriore area tematica colloca la relazione in modo più specifico nel contesto istituzionale. In questa parte del lavoro ci si addentra nella problematica organizzativa, prendendo in considerazione alcuni elementi che, seppure riconducibili ad una dimensione in senso lato organizzativo-strutturale, risultano rilevanti dal punto di vista della forma che assume, o può assumere, la dinamica relazionale. Vengono presi in considerazione fattori giuridico-legali, economici, burocratico-amministrativi e logistici, soffermandosi ad analizzare alcune questioni che riguardano la gestione delle informazioni e la strutturazione degli spazi, alcuni aspetti sottesi all'organizzazione dei turni ed alla composizione dei gruppi di lavoro che si interfacciano direttamente con gli utenti, così come il sistema di norme che regola alcuni momenti cruciali del rapporto dell'utenza con la struttura (le visite, i pagamenti, il reperimento delle

informazioni di base per la registrazione della presenza), anche nella sua dimensione burocratico-amministrativa.

Lasciate alle spalle le problematiche di carattere trasversale che concernono il possesso di specifiche competenze e requisiti a livello linguistico, relazionale ed organizzativo, ci si addentra quindi, in modo più diretto, nella delineazione del percorso di cura, soffermandoci su alcuni dei suoi momenti ricorrenti ed andando ad analizzare alcuni problemi che s'incontrano nei più tipici passaggi dell'itinerario clinico. Viene, pertanto, preso in considerazione il momento dell'accesso, con particolare riferimento alla presenza di differimenti nel rivolgersi alle strutture sanitarie, in quanto dovuti al complesso intreccio che s'instaura fra fattori di disincentivazione e di incattivimento, nonché al cortocircuito che si verifica rispetto alla possibilità di ricorrere al Medico di Medicina Generale o di riferirsi in via privilegiata al servizio di Pronto Soccorso. Ci si addentra, infine, nella messa in atto del percorso diagnostico e della proposta terapeutica, con le difficoltà che vi si incontrano soprattutto per quanto riguarda l'instaurazione di un'adeguata *compliance* terapeutica.

Un ulteriore raggruppamento tematico concerne alcune aree di problematicità che si sono evidenziate in maniera specifica e ricorrente. L'ambito di queste tematiche è di per sé piuttosto vasto e, se lo si analizzasse in tutta la sua estensione, andrebbe a comprendere problemi di piccola e grande entità come le questioni legate all'alimentazione, il rapporto con la morte, il tema delle modificazioni genitali, il problema delle malattie a trasmissione sessuale ed a carattere infettivo in genere. In questo variegato insieme, alcune problematiche sono, d'altra parte, emerse con particolare ricorrenza e risalto, andando talvolta ad interessare trasversalmente l'utenza immigrata, talvolta a coinvolgere specifiche aree culturali. Nella quarta parte della sezione centrale ci soffermiamo, pertanto, sui tre ambiti che hanno fatto registrare la maggiore mole di dichiarazioni da parte di operatori ed utenti: la procreazione, la gestione del dolore ed i rapporti di genere. Per quanto riguarda il tema della procreazione, le ricorrenti osservazioni si sono concentrate in modo particolare sul mondo africano, in particolare relativamente alla cosiddetta 'africa nera', andando ad interessare il prima, il durante ed il dopo il momento del parto; il tema del dolore viene, invece, toccato in modo più trasversale rispetto alla globalità dell'utenza, sebbene faccia registrare due macroraggruppamenti relativi all'area dell'estremo oriente e dell'Africa; la dimensione di genere, infine, sebbene per certi versi possa risultare anch'essa trasversale, chiama in causa in modo particolare il mondo arabo-islamico.

Nella trattazione delle diverse tematiche viene riservata un'attenzione particolare alla questione del fraintendimento. Il tema viene toccato a più riprese, trasversalmente alle varie sezioni, andando a declinarsi in modo particolare in ambito linguistico (per cui gli viene dedicata una specifica sotto-sezione all'interno dell'area in cui abbiamo posto in primo piano la dinamica relazionale), ma sviluppandosi anche nei capitoli successivi, sia in rapporto alla dimensione organizzativa (per esempio in riferimento al problema della gestione del tempo), sia in relazione alle diverse fasi del percorso di cura (ad esempio per quanto riguarda l'accettazione/rifiuto di specifiche prestazioni e proposte clinico-terapeutiche), sia in riferimento alle tre tematiche specificamente evidenziate nella quarta parte (procreazione, dolore, rapporti di genere) ed andando di volta in volta a caratterizzare l'instaurarsi di una circolarità ermeneutica che prende frequentemente la forma della profezia che si autoadempie.

Il lavoro si chiude con una sezione ("Conclusioni") in cui le tematiche descritte vengono richiamate in rapporto a specifiche aree di problematicità, in particolare mettendole in relazione con alcune necessità di tipo organizzativo (relativamente all'impostazione e gestione del servizio di mediazione linguistico-culturale ed alla

presenza di un sistema di regole di difficile comprensione e relativa disomogeneità), nonché evidenziandone la continuità/discontinuità per quanto concerne il rapporto con l'utenza in genere (quindi in una dimensione iso-culturale, oltre che etero-culturale) ed evidenziando la ricorrente presenza di meccanismi interpretativi che, al di là del fatto di risultare corrispondenti o meno con la realtà a monte delle situazioni, con la loro presenza contribuiscono a creare quelle situazioni stesse, inverandole di fatto e producendo degli effetti nel percorso di cura.

CONTESTO

L'area territoriale socio-sanitaria in cui è inserita l'Azienda Ospedaliera di Padova

La presenza degli immigrati nel territorio della ULSS 16

La realtà ospedaliera nel territorio della ULSS 16

Strutture dedicate nell'ambito del territorio ULSS

Il poliambulatorio delle Cucine Economiche Popolari

Il poliambulatorio Caritas-CUAMM

L'ambulatorio della Croce Rossa Italiana

Strutture dedicate in ambito pubblico

L'Azienda Ospedaliera di Padova

Una realtà in movimento

Una realtà articolata e complessa

Topografia

I servizi per gli stranieri in ambito ospedaliero

Uso del Servizio Ospedaliero

Il rapporto numerico italiani-stranieri

Ricoveri

Pronto Soccorso

Prestazioni ambulatoriali

L'area territoriale socio-sanitaria in cui è inserita l'Azienda Ospedaliera di Padova

Il Comune di Padova (e di conseguenza l'Azienda Ospedaliera in esso inserita), a livello sanitario fa parte del territorio dell'Unità Locale Socio Sanitaria n. 16, la quale comprende anche altri 19 comuni limitrofi all'area padovana. Si tratta, pertanto, di un territorio piuttosto vasto, a sua volta suddiviso in 5 Distretti Socio Sanitari. Più in particolare, la suddivisione in Distretti è articolata come segue:

- Distretto 1 : Comune di Padova (quartieri: Centro Storico, Brenta-Venezia, Forcellini-Camin, Armistizio, Savonarola e Brentella) e Comuni di Noventa Padovana e Saonara.
- Distretto 2: Comune di Padova (quartieri: Arcella, S.Carlo, Pontevigodarzere e Valsugana) e Comuni di Cadoneghe e Limena.
- Distretto 3: Comune di Padova (quartieri: Bassanello, Guizza, S.Croce, Sant'Osvaldo e Voltabarozzo) e Comuni di Albignasego, Casalserugo, Maserà e Ponte S. Nicolò.
- Distretto 4: Comuni di Cervarese Santa Croce, Mestrino, Rovolon, Rubano, Saccolongo, Selvazzano Dentro, Teolo e Veggiano.
- Distretto 5: Comuni di Abano Terme, Montegrotto Terme e Torreglia.



Il territorio ha una popolazione di quasi 380.000 residenti, ma per una valutazione realistica delle presenze territoriali occorre aggiungere almeno due dati di rilievo dal punto di vista numerico: l'alta percentuale di studenti universitari che, pur risiedendo in altre aree del territorio nazionale, alloggiano anche per lunghissimi periodi nel Comune di Padova e la consistente presenza di immigrati irregolari che, in quanto tali, non risultano all'anagrafe. Due dati, questi, che portano la stima della popolazione mediamente presente nell'area ad un livello decisamente superiore.

In virtù della vasta estensione del territorio e della numerosità dei suoi abitanti, nell'area dell'ULSS 16 coesistono più strutture deputate al servizio socio-sanitario in generale e sanitario in specifico, nelle quali vengono effettuate prestazioni diverse. In particolare:

- strutture distrettuali: nei locali dei 5 Distretti, oltre al disbrigo di alcune pratiche amministrative, vengono erogate prestazioni di diverso genere. A parte l'assistenza di medicina generale e pediatrica fornita attraverso una rete di medici di libera scelta, sono, infatti, attività di competenza territoriale l'assistenza consultoriale per la tutela materno-infantile, le prestazioni di igiene e sanità pubblica (quali ad esempio le vaccinazioni), l'assistenza infermieristica domiciliare ed una vasta gamma di prestazioni di specialistica ambulatoriale (queste ultime effettuate in grandissima misura anche dalle strutture ospedaliere);
- Complesso Socio Sanitario dei Colli: si tratta di un complesso di una certa estensione, dotato di un Poliambulatorio multispecialistico, di centri di riabilitazione, dialisi e prelievi, di residenze sanitarie assistenziali, di un centro disabili psichici ed altro e nella cui area è ubicato anche il Dipartimento delle dipendenze (SERT);
- molteplici strutture convenzionate per prestazioni a carattere ambulatoriale;
- strutture ospedaliere sia pubbliche che private;
- alcuni servizi forniti dal 'privato sociale' (spesso rivolti in specifico all'utenza straniera irregolare).

La presenza degli immigrati nel territorio della ULSS 16

Per dovere di contestualizzazione, ricordiamo che la presenza degli immigrati in Italia ha avuto recentemente un rilevante, improvviso incremento. Risale agli anni '80 il ribaltamento della situazione che vede l'Italia passare da paese di emigrazione a polo di attrazione immigratoria. A partire da quella data la presenza di immigrati è stata in rapida progressione su tutto il territorio nazionale, ma con una forte disomogeneità interna: l'andamento è stato particolarmente rilevante in alcune zone del nord Italia ed il Veneto rappresenta una delle Regioni a più alta percentuale di presenze, con un trend in costante aumento. Nel contesto della Regione Veneto, la Provincia di Padova occupa una posizione mediana, ma la percentuale delle presenze sale a livello comunale.

L'area della ULSS 16, a livello di estensione si colloca in un punto intermedio fra Provincia e Comune: rappresenta un'area più limitata di quella provinciale, ma comprende un considerevole numero di amministrazioni municipali, oltre al vasto territorio del Comune di Padova; nel territorio della ULSS l'immigrazione rappresenta una presenza significativa. Se andiamo a guardare il rapporto numerico italiani/stranieri, sulla base dei dati resi noti dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), per il periodo

2004-2007¹ emerge, infatti, una presenza territoriale di immigrati residenti pari all'8,47 % per il 2007, in costante aumento negli ultimi anni. Così calcolato, però, il dato numerico risulta essere significativamente inferiore rispetto alla realtà, in quanto non tiene conto delle presenze di immigrati irregolari, il cui calcolo non è effettuabile con sicurezza, ma solo stimabile. Le indicazioni in tal senso invitano a considerare nella misura del 10-18 % la quantità degli irregolari rispetto a quella degli immigrati regolarmente presenti. Tenendo conto di questo dato, la stima della presenza di stranieri nel territorio della ULSS 16 per il 2007 è collocabile in una gamma compresa fra il 9,23 e il 9,77 %.

Tab. 1

	Popolazione residente ULSS 16	%	Irregolari (stima)*	% stranieri con stima* irregolari
ITALIANI				
2004	379.619	94,05		
2005	379.440	93,26		
2006	378.893	92,65		
2007	378.182	91,53		
STRANIERI				
2004	24.016	5,95	2.400-4.300	6,5-7,0*
2005	27.416	6,74	2.700-5.000	7,4-7,9*
2006	30.049	7,35	3.000-5.400	8,1-8,7*
2007	34.966	8,47	3.500-6.300	9,2-9,8*

*Irregolari: le tendenze nazionali si attestano su proiezioni che vanno dal 10% al 18% del totale

Come si evince dalla tabella, la presenza di italiani risulta (sia percentualmente, sia in termini di numeri assoluti) in diminuzione, mentre quella di coloro che non possiedono la cittadinanza italiana, siano essi regolarmente o irregolarmente presenti sul territorio nazionale, è in rilevante e costante aumento. Numeri assoluti, percentuali delle presenze e *trend* in crescita hanno reso inevitabile cominciare ad interrogarsi sull'adeguatezza dell'offerta sanitaria rispetto alle esigenze del territorio in trasformazione, in ottemperanza ad un dettato legislativo che, sulla scia dell'art. 32 della Costituzione Italiana, individua nella salute un diritto primario che si estende al di là del possesso della cittadinanza.

Prima di procedere alla descrizione di come sia strutturato il territorio ULSS relativamente all'offerta di servizi sanitari e di come si sia attrezzato per corrispondere

¹ Si è scelto di considerare il periodo 2004-2007 perché, a causa di una serie di riorganizzazioni di cui è stato oggetto il territorio sanitario locale, i dati statistici disponibili prima e dopo il 2004 risultano difficilmente confrontabili.

allo spirito costituzionale, può essere utile un breve riferimento a quanto globalmente è esplicitato dalla normativa in ambito sanitario. Per quanto riguarda in specifico gli stranieri, il dettato legislativo prevede, infatti, quanto segue:

- che vengano erogate analoghe prestazioni rispetto agli italiani per coloro che sono in possesso di regolare permesso di soggiorno attraverso l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (per esempio è attraverso la ULSS che avviene l'assegnazione di un medico di medicina generale/pediatra);
- che vengano erogate analoghe prestazioni per coloro che sono in attesa di regolarizzazione attraverso l'iscrizione provvisoria al SSN (6 mesi rinnovabili fino al rilascio del permesso di soggiorno);
- che vengano garantite "le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative"² agli stranieri irregolarmente presenti sul territorio nazionale attraverso il rilascio di una tessera per Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)³.

La realtà ospedaliera nel territorio della ULSS 16

Nel territorio della ULSS 16 sono ubicate più strutture, pubbliche e private, deputate al servizio ospedaliero. Fra di esse, la più importante, nonché di gran lunga più utilizzata rispetto alle altre, è l'Azienda Ospedaliera di Padova (A.O.P.), nel cui ambito è stata svolta l'indagine che è oggetto di questa trattazione: su di essa ci soffermeremo più avanti per una presentazione approfondita.

Rimanendo nel novero delle strutture pubbliche, a fianco dell'Azienda Ospedaliera di Padova troviamo l'Ospedale S. Antonio: un complesso di una certa entità, anch'esso situato nel territorio comunale, in un'area quasi confinante con quella dell'ospedale maggiore. Il S. Antonio fornisce sia possibilità di ricovero per un ampio ventaglio di prestazioni, sia un servizio di Pronto Soccorso, sia un articolato servizio ambulatoriale di poco inferiore, in termini di tipologia di prestazioni ambulatoriali, a quello del più vasto complesso dell'A.O.P.; come si evince dalle tabelle che riportiamo più avanti, l'entità numerica dei ricorsi è, d'altra parte, di gran lunga superiore nel caso dell'A.O.P. rispetto al San Antonio, attestandosi intorno all'80% circa del totale.

Dal marzo 2006, in virtù dello scorporo dall'A.O.P. si è costituito un terzo polo ospedaliero pubblico, deputato alle cure in ambito oncologico, che prende il nome di Istituto Oncologico Veneto (I.O.V.). Lo I.O.V., esclusivamente destinato alla prevenzione, diagnosi e cura dei tumori ed alla ricerca sul cancro è una struttura che risulta difficilmente percepibile come realtà a sé: pur avendo sede distinta rispetto all'Azienda Ospedaliera di Padova (in area ad essa limitrofa, presso l'edificio 'Ospedale Busonera'), al momento della ricerca veniva ancora ospitato al suo interno per una parte delle attività e si avvale comunque, a livello amministrativo, delle strutture dell'A.O.P. per la gestione dei propri servizi.

² Il riferimento è alla Legge 40 del 6 marzo 1998, art. 33, comma 3.

³ La possibilità di rilascio della tessera viene riconosciuta a diverse strutture della ULSS 16. Per quanto risulta dallo stesso sito della ULSS, essa viene rilasciata da: Servizi amministrativi dei Distretti; Accettazione – Pronto Soccorso centrale e ostetrico-ginecologico presso A.O.; Casa di Cura di Abano Terme; Dipartimento per le Dipendenze Sert - via dei Colli 4; Ambulatori Cucine Popolari via N. Tommaseo; Ambulatori Asilo notturno via Torresino 4. Non tutte queste sedi sono risultate operative in tal senso nel periodo di svolgimento della ricerca.

Per avere un'idea della diversa mole di lavoro che caratterizza l'A.O.P. rispetto al secondo ospedale in ordine di importanza presente nel territorio della ULSS 16 (Ospedale S. Antonio) ed al neonato Istituto Oncologico Veneto, proponiamo qui di seguito due tabelle. Nella prima (tab. 2) riportiamo i dati relativi alle dimissioni effettuate nelle rispettive strutture nel periodo 2004-2008, nella seconda (tab. 3) facciamo riferimento al numero di accessi in Pronto Soccorso registrati nel medesimo periodo, prendendo rispettivamente in considerazione il Pronto Soccorso Generale dell'A.O.P. e del S. Antonio ed aggiungendo in coda alla tabella anche i dati relativi agli accessi in Pronto Soccorso Pediatrico (presente solo nell'ambito dell'A.O.P.).

Tab. 2

Dimissioni effettuate su ricoveri ordinari e diurni										
	2004		2005		2006		2007		2008	
	Ordinari	Diurni	Ordinari	Diurni	Ordinari	Diurni	Ordinari	Diurni	Ordinari	Diurni
A.O.P.	58.802	27.496	57.343	25.728	55.068	23.755	52.652	21.953	52.028	19.344
San Antonio	11.928	6.674	11.642	5.560	11.283	4.161	11.124	3.973	11.068	2.914
I.O.V.					1.888*	6.100*	2.651	5.157	2.314	2.155
% A.O.P.	83,14	80,47	83,12	82,23	80,70*	69,83*	79,26	70,63	79,54	79,24

* Dal marzo 2006, data di apertura ufficiale della nuova struttura (IOV)

Tab. 3

Accessi ai Pronto Soccorso			
	2006	2007	2008
A.O.P.	96.382	91.552	88.138
San Antonio	30.980	29.558	29.588
% A.O.P.	75,7	75,6	74,9
P. S. Pediatrico (A.O.P.)	26.263	25.223	25.604

Uscendo dall'area pubblica per entrare in quella delle strutture private convenzionate troviamo altre realtà ospedaliere di entità decisamente inferiori rispetto alle precedenti:

- la Casa di cura di Abano Terme, ubicata in uno dei Comuni della cintura padovana, che offre servizi di Medicina, Cardiologia, Pneumologia, Piede

diabetico, Riabilitazione, Lungodegenza, Chirurgia generale, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia, Terapia intensiva;

- la Casa di cura Villa Maria, ubicata nel territorio comunale padovano, che offre servizi di Medicina, Chirurgia Generale con relativa Day Surgery, Lungodegenza Riabilitativa e Recupero e Riabilitazione funzionale nelle aree neurologica, ortopedica e respiratoria;
- la Casa di cura Parco dei Tigli, di competenza della ULSS 16 ma ubicata al di fuori della cintura dei Comuni della stessa ULSS e deputata al servizio psichiatrico;
- il Centro Medico di Foniatria ubicato nel contesto di una casa di cura che offre un servizio di foniatria e logopedia.

Ulteriori strutture ospedaliere sono poi quelle a carattere esclusivamente privato: la Casa di cura Morgagni e la Casa di cura Diaz. Entrambe ubicate nell'area centrale del Comune di Padova, le due strutture hanno carattere polispecialistico ed erogano sia prestazioni ambulatoriali, sia in regime di ricovero.

Strutture dedicate nell'ambito del territorio ULSS

Com'è avvenuto per il resto dell'Italia, nel corso degli ultimi anni (cioè da quando, con gli anni '90, il territorio italiano ha cominciato a caratterizzarsi come area a forte immigrazione) sono sorte anche a Padova alcune cosiddette 'strutture dedicate'. Enti pubblici e/o privati hanno, cioè, talvolta, fatto la scelta di istituire servizi appositi per stranieri – regolarmente o irregolarmente presenti sul territorio nazionale - in modo da rispondere alle esigenze sanitarie di questa parte della popolazione. Le ragioni di questa scelta sono rinvenibili a più livelli, a partire, in primo luogo, dall'impreparazione dei Servizi nel rispondere alle nuove, impreviste necessità di una popolazione che in breve tempo è cresciuta in modo numericamente rilevante.

In realtà, quella dei servizi dedicati non è stata la sola strategia messa in campo nelle diverse Regioni, ed alcune aree territoriali si sono caratterizzate più di altre per la riorganizzazione di spazi pubblici comuni e per l'inserimento di innovazioni che consentissero una trasformazione generale dell'offerta pubblica. E' d'altra parte piuttosto diffusa, in Italia, la prassi di realizzare spazi mirati, sia a livello pubblico, sia, soprattutto, a livello di privato sociale, che vadano a coprire specifiche lacune riscontrabili a livello dell'amministrazione pubblica. Padova si caratterizza da tempo come un territorio in cui il volontariato è quantitativamente molto presente ed organizzato nella forma dell'associazionismo, pertanto la prima risposta in ambito sanitario per andare incontro alle esigenze della popolazione immigrata è stata messa in atto in tale ambito; solo successivamente anche i Servizi Pubblici hanno avviato un percorso di ridefinizione della propria offerta introducendo qualche modifica organizzativa ed avviando qualche percorso di formazione degli operatori.

Per quanto riguarda il privato sociale, ad oggi nel territorio della ULSS 16 troviamo tre strutture ambulatoriali destinate in modo particolare (non esclusivo) all'utenza immigrata che si trova in condizioni di irregolarità; in particolare:

- poliambulatorio delle Cucine Economiche Popolari;
- ambulatorio CUAMM-Caritas;
- poliambulatorio (ed assistenza infermieristica) della Croce Rossa Italiana.

Il poliambulatorio delle Cucine Economiche Popolari

Ubicate nelle vicinanze della stazione ferroviaria, le Cucine Economiche Popolari di Padova sono un'opera della chiesa cattolica che accoglie e serve persone senza dimora, italiane e straniere, in difficoltà o provenienti da varie esperienze di disagio. In tale veste dipendono direttamente dal Vescovo che ne cura la gestione attraverso un suo delegato.

Aperte dalle 8.00 del mattino fino alle 19.30 di sera, senza chiusure per ferie o giornate di riposo, forniscono servizi quali mensa, docce, lavanderia, distribuzione di vestiario, ambulatorio medico, dispongono, inoltre, di sale soggiorno e di un centro di ascolto, informazione e orientamento, oltre ad offrire compagnia, sostegno e 'accompagnamento' familiare e sociale. La maggior parte dei servizi viene messa a disposizione a titolo completamente gratuito, mentre per alcuni viene richiesto un piccolo contributo proporzionato alle disponibilità dei richiedenti. Le prestazioni vengono erogate grazie alla presenza costante di cinque suore e cinque operatori laici e tutto il lavoro è svolto in collaborazione con la rete dei Servizi Socio-Sanitari pubblici e privati del territorio.

Dal lunedì al sabato, in orario di pranzo/cena (dalle 11.30 alle 13.30 e dalle 18.00 alle 19.30) e su appuntamento anche in altri orari, nella struttura è attivo anche un ambulatorio medico per la prevenzione e cura della salute, in cui operano circa 20 medici volontari che a turno prestano il primo intervento di diagnosi e visite mediche secondo le varie specializzazioni, indirizzando verso i competenti reparti ospedalieri i casi più gravi. Il servizio è completamente gratuito, così come la fornitura di medicinali. Se da una parte le Cucine forniscono anche 700 pasti al giorno (il cui costo è sostenuto da specifiche strutture che rilasciano i buoni-pasto), settimanalmente il poliambulatorio eroga una media di 120 visite mediche a carattere generico o specialistico, di cui in buona misura usufruiscono stranieri irregolarmente presenti sul territorio.

Il poliambulatorio Caritas-CUAMM

Sorto nel 1999 da una collaborazione fra Caritas Diocesana, CUAMM e Comune di Padova, l'ambulatorio, il cui ente titolare è la Caritas Diocesana di Padova, è ubicato in locali messi a disposizione dal settore Servizi Sociali del Comune e si avvale di un'equipe di medici ed infermieri, organizzata dalla Caritas, che presta la propria opera a titolo di volontariato.

Aperto dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 12.00 e dalle 15.00 alle 17.00 (orario, tuttavia, variabile in base alla disponibilità dei medici volontari), fornisce prevalentemente prestazioni di tipo odontoiatrico, ma vi operano anche medici di medicina generale e specialisti in pediatria, ginecologia, cardiologia, neurologia e neurologia infantile. Vi accedono persone straniere che, per motivi vari, non hanno accesso ai servizi sanitari pubblici.

La procedura di accesso prevede che la persona venga indirizzata in ambulatorio da un operatore del Centro di Ascolto della Caritas dopo aver effettuato un colloquio durante il quale vengono messi in luce alcuni elementi in riferimento alla condizione abitativa, lavorativa, al permesso di soggiorno ed al progetto migratorio con eventuale intenzione di rientro in patria. Dopo aver effettuato il colloquio, l'operatore emette una tessera valida solo ad uso interno con la quale l'utente può, per gli appuntamenti successivi, rivolgersi direttamente al poliambulatorio. La tessera ha 6 mesi di validità: se durante tale periodo la persona viene regolarizzata la tessera perde di valore, ma l'utente può accedere al SSN, diversamente viene effettuato un secondo colloquio per valutare le condizioni di effettiva necessità ed eventualmente prolungarne la validità.

Per avere un'idea della mole di lavoro svolta nel contesto dell'ambulatorio facciamo riferimento ai dati relativi al 2005, da cui risulta che gli interventi sono stati 1.553 (di cui 176 prime visite), corrispondenti alla cura di 577 persone (di cui 154 maschi e 423 femmine) per un'età media di 34 anni (in media i pazienti hanno, quindi, usufruito di 2 o 3 appuntamenti ciascuno); nel medesimo anno, i maggiori fruitori del servizio sono stati di origine moldava (46%), rumena (27,9%), marocchina (5,9%); gli interventi maggiormente effettuati sono stati quelli di carattere odontoiatrico (91% dei casi), ma sono state effettuate anche visite ginecologiche (3,9%) e visite di medicina generale (1,4%), oltre ad altri tipi di intervento (soprattutto nel settore dell'igiene).

L'ambulatorio della Croce Rossa Italiana

Dopo l'esperienza di un camper mobile che operava nella zona di via Anelli (l'area che per molti anni si è configurata come il 'ghetto' del Comune di Padova per quanto riguarda le problematiche degli immigrati) con attività di ascolto, dal Novembre 2004 è stato istituito un ambulatorio polispecialistico nei locali della Croce Rossa Italiana, rivolto a persone che non possono beneficiare dell'assistenza sanitaria offerta dal Servizio Sanitario Nazionale.

Aperto due sere la settimana (il lunedì e il venerdì dalle 18.00 alle 21.00, ma può rimanere aperto fino anche a notte inoltrata) e il sabato mattina dalle 9.00 alle 13.00, l'ambulatorio opera soprattutto nel campo dell'odontoiatria (cura della carie, estrazioni dentarie, qualche cura gengivale), ma si avvale anche, a rotazione, della presenza di un internista, un dermatologo, una ginecologa, un chirurgo, un cardiologo, un pediatra. Vi vengono effettuate più di 2.000 visite l'anno, con una lista d'attesa che ormai è di 4-5 mesi. Per quanto riguarda l'area ginecologica, le richieste a cui si è trovato a rispondere sono relative ad interruzione di gravidanza ed uso di contraccettivi (IUD, pillola); si sono presentati anche casi oncologici e TBC. La struttura non è autonoma dal punto di vista della possibilità d'uso di un ricettario grazie al quale richiedere prestazioni quali ecografie, radiografie e simili (manca una convenzione con la ULSS che consenta l'invio in strutture adeguate).

Oltre al poliambulatorio, negli stessi locali della Croce Rossa Italiana è attivo anche un servizio di assistenza infermieristica, aperto nei giorni di lunedì, martedì e giovedì dalle ore 10.30 alle 12.30.

E' inoltre presente un servizio itinerante di assistenza sanitaria con camper attrezzato presso la stazione ferroviaria il venerdì e il sabato dalle ore 21.00 alle 24.00.

Strutture dedicate in ambito pubblico

Se le strutture menzionate sopra sono tutte sorte in virtù dell'iniziativa di privati, per quanto riguarda il settore pubblico, nell'ambito della tutela della salute degli stranieri regolari ed irregolari è stata creata, nel contesto della ULSS 16, la *Struttura Alta Professionalità Immigrazione*, allo scopo di coordinare le prestazioni sanitarie in favore di stranieri regolari ed irregolari, raccordandosi con l'Azienda Ospedaliera, i Comuni, la Provincia, il privato sociale, il volontariato e le altre agenzie che vengono a contatto con gli immigrati. Le attività sviluppate dalla *Struttura* hanno comportato la messa in opera di un 'tavolo di concertazione' che si riunisce periodicamente, la messa a punto di un protocollo d'intesa con il Comune di Padova per la realizzazione di interventi di accertamento sanitario preventivi per minori soli non accompagnati, l'organizzazione dell'emissione delle tessere sanitarie per Stranieri Temporaneamente Presenti, la realizzazione di momenti formativi ed informativi su tematiche varie che intersecano la dimensione sanitaria con la presenza di immigrati, la realizzazione di un Centro

Multietnico con fascia oraria dedicata che prevede un'attività ambulatoriale nell'ambito della ginecologia ed uno 'Spazio Ascolto' volto a fornire informazioni a carattere socio-sanitario.

Come si evince dalla breve presentazione effettuata, l'area della ULSS 16 non è del tutto sguarnita di strutture destinate all'utenza straniera. Risultano essere presenti servizi specificamente rivolti agli immigrati irregolari e l'utenza regolare può comunque, analogamente a quanto avviene per gli italiani, avvalersi di ogni altro servizio operante sul territorio. Tutto questo dovrebbe far sì che, per quanto di competenza ULSS, non vi siano differenze che si riflettono nell'uso dei servizi ospedalieri da parte di stranieri ed autoctoni; un dato, questo, che, come avremo modo di vedere, sembra non corrispondere totalmente alla realtà delle cose.

L'Azienda Ospedaliera di Padova

Una realtà in movimento

La struttura ospedaliera di maggiore entità presente nel territorio della ULSS 16 è l'Azienda Ospedaliera di Padova (A.O.P.): un complesso di rilievo nazionale, di grande estensione – quasi una città nella città –, che da sempre lavora in stretta relazione con L'Università di Padova.

Le origini dell'A.O.P. vengono fatte risalire alla prima metà del Quattrocento con l'istituzione dell'Ospedale di San Francesco Grande, avente una dislocazione di poco distante da quella attuale, mentre è nella seconda metà del Settecento che viene edificato, con il nome di Giustiniano (in onore del suo fondatore)⁴, il primo blocco ospedaliero della sede che è oggi in uso. Nella veste di Ospedale Civile (altra denominazione della struttura che, negli anni, è andata progressivamente ampliandosi), il complesso edificato a partire dalla seconda metà del Settecento è stato struttura sanitaria di riferimento della Padova francese, austriaca, monarchica e, come ci segnalano i dati statistici che abbiamo riportato sopra, tale resta ancora oggi per il territorio padovano ed in buona parte anche al di là di esso. L'ultima veste assunta dal complesso sanitario è quella di Azienda Ospedaliera di Padova: denominazione con cui viene designato dagli addetti ai lavori a partire dal 1° gennaio 1995, mentre la popolazione locale continua a farvi riferimento con il più consueto nome di 'Ospedale Civile'.

Le trasformazioni dell'offerta ospedaliera nell'area della ULSS 16 sono tutt'altro che terminate con l'aziendalizzazione del 1995. Successivamente a quella data ci sono state altre significative modifiche territoriali che hanno avuto rilevanti riflessi nell'organizzazione delle attività: in primo luogo la chiusura di un importante complesso deputato alle cure geriatriche (Ospedale Geriatrico) e lo scorporo dall'A.O.P. del servizio per le cure oncologiche (IOV); una separazione, quest'ultima, plausibilmente in divenire, poiché, come già accennato, sebbene sul piano formale sia stato portato a compimento l'iter di autonomizzazione, le due strutture mantengono ad oggi degli elementi di sovrapposizione sia per quanto riguarda l'ubicazione dei servizi, sia per la gestione amministrativa del complesso delle attività. E' inoltre in via di

⁴ Ci soffermiamo su questo dato storico-nominalistico in quanto, sebbene all'apparenza irrilevante, rappresenta invece già un elemento di interesse per le finalità della ricerca: ad esso risale, infatti, il primo passo di un percorso di 'gergalizzazione' che, come avremo modo di vedere più avanti, costituisce uno dei tanti scogli della comunicazione nel rapporto operatori-utenti.

attuazione un progetto che prevede la costruzione di un complesso decentrato di grandi dimensioni.

La serie di cambiamenti menzionati, che si affiancano a molti altri di minore entità, fa intuire che l'Ospedale di Padova è un organismo in perenne movimento, al cui interno, sebbene non manchino punti di riferimento fissi, risulta non agevole orientarsi. La mappa muta continuamente e le denominazioni si succedono l'una all'altra sia per quando riguarda la struttura nel suo complesso (Giustiniano, Ospedale Civile, Azienda Ospedaliera/A.O.P.), sia relativamente alle sue componenti. Questo dato stori-nominalistico, sebbene apparentemente irrilevante, rappresenta già un elemento d'interesse per le finalità della ricerca, poiché ad esso risale il primo passo di un percorso di 'gergalizzazione' che costituisce uno dei tanti scogli nel rapporto fra operatori ed utenti. L'uso di denominazioni locali per l'identificazione delle singole aree va, infatti, a strutturare un sistema di riferimenti a carattere dialettale che rende piuttosto difficoltoso l'orientamento anche da parte degli stessi operatori e che, tanto più, è tutt'altro che di immediata decodifica per gli esterni. Si producono, in tal modo, delle immaginabili serie di conseguenze sul piano della comunicazione e delle modalità e di fruizione del Servizio da parte dei 'non iniziati'.

Una realtà articolata e complessa

Un altro elemento caratterizzante la storia della struttura ospedaliera padovana è la sua relazione con l'Università di Padova. Un rapporto che, avviato fin dalle origini, nel Cinquecento, si è mantenuto e consolidato nel Settecento (con l'istituzione all'interno dell'allora nosocomio di cliniche mediche e chirurgiche) e prosegue tutt'oggi sia per le attività di ricerca e la didattica, sia per l'assistenza medico-sanitaria. Il rapporto è formalmente regolamentato in virtù di uno specifico protocollo d'intesa stipulato fra Regione Veneto (ricordiamo che le Regioni svolgono, su tutto il territorio nazionale, funzioni di programmazione, indirizzo, controllo, coordinamento rispetto alle realtà sanitarie locali e in specifico rispetto alle Aziende Ospedaliere) ed Università e di una convenzione che regola i rapporti reciproci. Al di là della dimensione formale, si tratta di un rapporto non privo d'influenze sulle dinamiche organizzative, che arriva talvolta a caratterizzare fortemente lo stile di lavoro soprattutto del personale medico, che introduce degli elementi di differenziazione nelle diverse aree ospedaliere e che produce specifiche impostazioni del rapporto con l'utenza. Un elemento di caratterizzazione determinato dalla presenza dell'Università riguarda, infatti, la numerosissima presenza di personale medico in formazione: un dato particolarmente evidente per l'utenza, che, come avremo modo di vedere, influenza fortemente lo stile organizzativo e tutta la dinamica relazionale. Un segnale della presenza universitaria si riscontra peraltro già a livello linguistico, con l'utilizzo del termine Clinica in riferimento a specifici settori ospedalieri per caratterizzarli e distinguerli rispetto ad altri. Molte aree ospedaliere si articolano, infatti, in Unità Operative che a loro volta prendono il nome di Clinica o di Divisione a seconda del fatto che abbiano una caratterizzazione universitaria o meno. Si tratta di una distinzione non solo formale in quanto introduce delle differenze nelle modalità di funzionamento e che, se da una parte orienta gli operatori aiutandoli a contestualizzare e a distinguere, dall'altra introduce un'ulteriore peculiarità linguistica che non manca di creare difficoltà nel percorso di orientamento.

L'articolazione dei rapporti che contribuisce a rendere complesso il quadro e non immediate le possibilità di orientamento per gli utenti e per gli operatori stessi, riguarda anche gli intrecci fra Azienda Ospedaliera e Azienda Sanitaria Locale (ULSS 16). Le due istituzioni sono distinte sul piano formale ed hanno specifici punti di articolazione, ma questa distinzione non è né abituale né immediata. Rimanendo entro i confini della

Regione Veneto, ad esempio, sono solo due le realtà che si caratterizzano per questo tipo di distinzione articolata: quella di Padova e quella di Verona. Tutte le altre, al contrario, prevedono una totale corrispondenza di organizzazione socio-sanitaria ed organizzazione ospedaliera. Tenendo conto di questa peculiarità, le linee di demarcazione per individuare le relative competenze non risultano facili da mettere a fuoco. Le stesse mappe mentali attraverso cui gli operatori strutturano il loro sistema di orientamento non corrispondono sempre in modo adeguato alla realtà amministrativa e se questo è vero per gli operatori lo è a maggior ragione per l'utenza e, all'interno di questa, per l'utenza immigrata. Tenendo conto che la popolazione immigrata, infatti, si caratterizza, rispetto a quella autoctona, per una maggiore mobilità sul territorio, le informazioni acquisite grazie al fatto di aver utilizzato analoghe strutture in altre aree del territorio nazionale possono talvolta fare da ostacolo, invece che costituirsi come elementi di facilitazione. È plausibile, quindi, che la disparità organizzativa presente sul territorio nazionale costituisca un elemento di difficoltà ulteriore di cui gli operatori non sono necessariamente consapevoli, ma che andrà plausibilmente a caratterizzare alcune dinamiche interpretative nel corso della relazione con l'utenza.

Topografia

L'ubicazione della struttura - come dicevamo una sorta di città nella città - è nel cuore del Comune di Padova, in un'area che in parte interseca il vecchio centro storico. La cartina qui di seguito riportata ne raffigura la configurazione.



Come risulta evidente, il complesso edilizio è piuttosto esteso: vi si trovano più di venti edifici intersecati da una rete viaria non lineare, andando a costituire un sistema che richiede l'uso di una buona segnaletica per orientarsi al suo interno.

L'organizzazione ospedaliera è strutturata in 212 Unità Operative suddivise in 80 Reparti e 132 Ambulatori, alle quali occorre aggiungere un Centro Unico Prenotazioni, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, il Servizio Sociale, il Servizio Continuità delle Cure, il servizio Cartelle Cliniche, il Servizio Distribuzione Farmaci.

L'Azienda conta un numero considerevole di operatori: oltre 5.000 complessivi, dei quali quasi 700 convenzionati con l'Università, a cui si aggiunge l'operato di 86 Associazioni di Volontariato, con 820 volontari.

Il volume di lavoro, per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, è di circa 80.000 ricoveri l'anno (di cui più di due terzi in regime di ricovero ordinario e quasi un terzo in regime diurno), corrispondenti a più di 1.600 posti letto ed a circa 500.000 giornate di degenza ordinarie. A questi dati vanno poi aggiunte, annualmente, circa 6 milioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale per esterni.

Numeri che fanno dell'A.O.P. una delle più vaste/grandi imprese del territorio.

I servizi per gli stranieri in ambito ospedaliero

Nel 1998-99 l'Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'A.O.P. ha iniziato a ricevere segnalazioni relative a difficoltà connesse alla presenza in ospedale di utenti stranieri. In particolare:

- sono pervenute alcune richieste relative alla possibilità di avere degli ausili per la traduzione linguistica nel caso di pazienti cinesi e di lingua araba che non parlavano altre lingue veicolari come l'inglese o il francese;
- alcuni infermieri hanno segnalato situazioni di disagio rispetto alla mancata presenza di determinati standard di pulizia in alcuni utenti stranieri;
- da parte di pazienti italiani si sono manifestate proteste per analoghe situazioni connesse alla condivisione degli spazi;
- sul versante dell'utenza straniera, nel medesimo tempo, sono state effettuate segnalazioni di comportamenti definiti come razzisti.

In una prima fase si è risposto alle esigenze soprattutto di tipo linguistico facendo riferimento a reti informali di conoscenze utilizzate nella forma del volontariato. Successivamente ci si è attivati per l'istituzione di un servizio a domanda e, in seguito a pubblico bando, è stata appaltata la gestione di un servizio di mediazione linguistico-culturale in una prima fase ad un gruppo di studenti universitari di varia provenienza che si erano costituiti in associazione, poi ad una cooperativa sociale composta in buona misura da mediatori che nel frattempo, assieme ad altre, aveva cominciato ad operare sul territorio.

È, pertanto, attivo, all'interno dell'A.O.P. un servizio di mediazione linguistico-culturale. Il Servizio è organizzato 'a domanda', in modo da rispondere, 24 ore su 24, alle richieste provenienti dalle diverse Unità Operative.

La possibilità d'uso del servizio è articolata sulla base della seguente procedura:

- le Unità Operative formulano specifica richiesta di mediazione all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.);

- l'U.R.P. predispone un modulo in cui riporta i dati della richiesta e provvede a contattare la Cooperativa che gestisce l'appalto (quando l'U.R.P. è chiuso, cioè in orario serale/notturno e in orario festivo, la funzione viene svolta in modo analogo da un altro ufficio di competenza);
- sulla base della richiesta formulata, la Cooperativa invia all'A.O.P. un proprio operatore ritenuto idoneo a rispondere alla specifica domanda (un mediatore che parla la lingua dell'area geografica di provenienza del paziente) nell'orario richiesto;
- l'operatore si presenta presso il servizio U.R.P., dove gli viene consegnato il modulo e gli vengono fornite le informazioni necessarie per recarsi all'appuntamento;
- l'operatore si presenta nella sede stabilita con il modulo predisposto e lo consegna agli operatori che ne hanno fatto richiesta, per ritirarlo completo dei dati relativi alla sua prestazione al termine di essa e riconsegnarlo, quindi, debitamente compilato all'U.R.P.

Sulla base dell'opuscolo concordemente stilato e divulgato dall'A.O.P., le lingue a cui la cooperativa risulta in grado di rispondere sono: inglese, albanese, cinese, francese, serbocroato, spagnolo, pakistano, russo, arabo, rumeno e lingue locali del Congo e della Nigeria.

Per quanto riguarda la realtà ospedaliera del territorio padovano, al di là dell'A.O.P. occorre segnalare che in nessuna delle altre strutture è presente un analogo servizio; parziale eccezione riguarda l'Ospedale S. Antonio, dove per un breve periodo è stato sperimentato un servizio di mediazione linguistico-culturale con l'utilizzo di operatori forniti da un'altra cooperativa.

Uso del Servizio Ospedaliero

In questa sezione riportiamo una serie di dati statistici che ci consentono di mettere in evidenza quale sia la mole di lavoro che caratterizza l'A.O.P., centrando l'attenzione su alcune caratteristiche che andremo di volta in volta ad enunciare. I dati che mettiamo in relazione fra loro sono in linea di massima relativi al periodo 2004-2008. La scelta di questo arco temporale si deve al fatto che nel periodo precedente l'organizzazione ospedaliera territoriale e, di riflesso, l'organizzazione dei dati, aveva delle caratteristiche significativamente diverse da quella attuale, tanto da rendere difficilmente confrontabili i dati stessi. Quando l'arco temporale di riferimento risulta più ristretto, la ragione del restringimento si deve al fatto che non risulta possibile risalire ai dati relativi agli anni mancanti, in quanto non rilevati con analoghi criteri dalla struttura ospedaliera.

Come già accennavamo nei capitoli precedenti, L'Azienda Ospedaliera di Padova rappresenta un punto di riferimento per tutta la ULSS 16, ma la sua capacità di ricezione si estende anche oltre i confini territoriali, andando a coinvolgere la Regione Veneto e la complessità del territorio nazionale. La tabella creata qui di seguito consente di vedere quale sia la mole di lavoro svolto a livello di ricoveri ospedalieri, evidenziando questa molteplicità d'uso su base territoriale grazie al fatto di riportare l'origine geografica della totalità degli utenti che sono stati dimessi dalla struttura in termini di residenza o di domicilio dichiarato.

Come si può vedere, circa la metà dell'utenza risiede al di fuori del territorio della ULSS 16 ed un terzo circa, che in numeri assoluti corrisponde a 23-28.000

ricoveri/dimissioni l'anno) proviene da fuori provincia. Fra questi ultimi, 14-17.000 l'anno risiedono nell'ambito della medesima Regione (Veneto), 8-10.000 l'anno provengono dalla rimanente parte dell'Italia e 1.000 circa l'anno hanno residenza all'estero. Dati, questi, che confermano la permanente vocazione dell'A.O.P. a costituirsi come punto di riferimento per le problematiche sanitarie ben al di là dei confini territoriali della ULSS di appartenenza.

Tab. 4

Dimissioni Azienda Ospedaliera										
	2004		2005		2006		2007		2008	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Comune di Padova	27.240	31,6	26.246	31,6	25.007	31,7	23.438	31,4	23.067	31,8
ULSS 16	45.530	52,8	43.948	52,9	41.799	53,0	39.514	53,0	38.804	53,6
Provincia di Padova	57.573	66,7	55.321	66,6	52.548	66,7	49.901	66,9	48.522	67,0
Regione Veneto	75.094	87,0	71.964	86,6	68.388	86,8	65.075	87,2	63.243	87,3
Italia	85.127	98,6	81.782	98,4	77.708	98,6	73.523	98,5	71.459	98,6
Totale	86.298	100,0	83.071	100,0	78.826	100,0	74.608	100,0	72.463	100,0

Il rapporto numerico italiani-stranieri

I dati che abbiamo riportato finora non differenziano fra autoctoni ed immigrati nell'uso dei Servizi Ospedalieri. Risulta d'altra parte interessante indagare proprio se le due popolazioni di utenti abbiano o meno un comportamento analogo nel rivolgersi all'A.O.P.. Rispetto a questo, occorre prendere in considerazione il fatto che, per quanto si legge nella letteratura di settore, ci sarebbe da aspettarsi un utilizzo tendenzialmente inferiore dei servizi sanitari ed ospedalieri da parte della popolazione immigrata rispetto a quella autoctona. Un dato, questo, che, lo anticipiamo, ha scarsa corrispondenza con la percezione degli operatori dell'Azienda Ospedaliera i quali tendono, invece, a rimarcare l'ipotesi di un utilizzo del servizio ospedaliero che si configura come elevato ed esorbitante le necessità, fino a parlare anche di diffuse forme di abuso. Risulta, pertanto, importante soffermarci ad analizzare i dati numerici in nostro possesso, in modo da costruire un quadro realistico della situazione ed avere le informazioni adeguate per orientare la lettura/interpretazione di quanto percepito da operatori ed utenti. Proponiamo pertanto, qui di seguito, in primo luogo delle tabelle che mettano a fuoco la situazione degli accessi ospedalieri in relazione alle presenze territoriali, in modo da effettuare un confronto fra i dati che ci consenta di formulare delle ipotesi interpretative sulle ragioni di questa discordanza.

Ricoveri

La domanda di fondo con cui procedere ad una disamina di massima dei dati statistici riguarda, quindi, in primo luogo il fatto che gli immigrati facciano o meno uso del servizio ospedaliero in modo quantitativamente corrispondente a quello degli italiani. Tenendo presente le tabelle precedentemente proposte, si può procedere in questa analisi andando in primo luogo a verificare se, statisticamente parlando, vi sia un'analogia a livello di percentuali d'uso per quanto riguarda la distribuzione territoriale dell'utenza. Questo elemento può consentire di valutare se e fino a che punto gli stranieri si rivolgano alla struttura ospedaliera su base territoriale ed anche in buona misura provenendo da territori relativamente distanti (in questo caso, quindi, presumibilmente, sulla base di una scelta, invece che in virtù della semplice contiguità), così come avviene per gli italiani.

La tabella n. 5, che riportiamo qui di seguito, indica, in termini di valori assoluti e di percentuali, il numero di dimissioni che rispettivamente corrispondono alla residenza degli utenti a livello comunale (Comune di Padova), del territorio della ULSS 16, della Regione Veneto e a livello nazionale.

La tabella n. 6 riporta gli stessi dati per via sottrattiva, consentendo di evidenziare in modo più immediato il numero di utenti che provengono da territori via via più distanti dal livello comunale e della ULSS 16.

La tabella n. 7, invece, fornisce i dati relativi alle presenze territoriali degli stranieri (numeri assoluti e percentuali), in questo caso ricavati non dalle statistiche ospedaliere, ma dalle rilevazioni ISTAT, adottate in quanto tali dalle Amministrazioni Locali e riferite ai residenti regolarmente presenti (senza, quindi la correzione effettuata considerando le presenze irregolari, rispetto alle quali ricordiamo che l'indicazione della stima si attesta fa il 10 ed il 18% di quelle regolari).

Il confronto fra i dati della tabella 5 con quelli della tabella 7 consente di mettere in relazione la distribuzione territoriale con quella ospedaliera e, quindi, di formulare delle ipotesi sull'uso dell'A.O.P. da parte della popolazione immigrata rispetto a quella autoctona.

Tab. 5

Dimissioni Azienda Ospedaliera											
		2004		2005		2006		2007		2008	
		n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Comune di Padova	Italiani	25.194	92,5	24.121	91,9	22.823	91,3	21.263	90,7	20.423	88,5
	Stranieri	2.046	7,5	2.125	8,1	2.184	8,7	2.175	9,3	2.644	11,5
	<i>Totale</i>	<i>27.240</i>		<i>26.246</i>		<i>25.007</i>		<i>23.438</i>		<i>23.076</i>	
ULSS 16	Italiani	42.637	93,6	40.948	93,2	38.609	92,4	36.335	92,0	35.004	90,2
	Stranieri	2.893	6,4	3.000	6,8	3.190	7,6	3.179	8,0	3.800	9,8
	<i>Totale</i>	<i>45.530</i>		<i>43.948</i>		<i>41.799</i>		<i>39.514</i>		<i>38.804</i>	
Provincia di Padova	Italiani	54.116	94,0	51.796	93,6	48.768	92,8	46.104	92,5	44.159	91,0
	Stranieri	3.457	6,0	3.525	6,4	3.779	7,2	3.797	7,5	4.393	9,0
	<i>Totale</i>	<i>57.573</i>		<i>55.321</i>		<i>52.547</i>		<i>49.901</i>		<i>48.552</i>	
Regione Veneto	Italiani	70.909	94,4	67.606	93,9	63.836	93,4	60.373	92,9	57.904	91,6
	Stranieri	4.185	5,6	4.358	6,1	4.552	6,6	4.702	7,2	5.339	8,4
	<i>Totale</i>	<i>75.094</i>		<i>71.964</i>		<i>68.388</i>		<i>65.075</i>		<i>63.243</i>	
Italia	Italiani	80.697	94,8	77.147	94,3	72.873	93,8	68.540	93,3	65.806	92,1
	Stranieri	4.430	5,2	4.635	5,7	4.835	6,2	4.983	6,7	5.653	7,9
	<i>Totale</i>	<i>85.127</i>		<i>81.782</i>		<i>77.708</i>		<i>73.523</i>		<i>71.459</i>	
Totale	Italiani	80.752	93,6	77.201	92,9	72.935	92,5	68.581	91,9	65.847	90,9
	Stranieri	5.546	6,4	5.870	7,1	5.891	7,5	6.017	8,1	6.616	9,1
	<i>Totale</i>	<i>86.298</i>		<i>83.071</i>		<i>78.826</i>		<i>74.598</i>		<i>72.463</i>	

Tab. 6

Dimissioni Azienda Ospedaliera						
		2004	2005	2006	2007	2008
Comune di Padova	Italiani	25.194	24.121	22.823	21.263	20.423
	Stranieri	2.046	2.125	2.184	2.175	2.644
	<i>Totale</i>	<i>27.240</i>	<i>26.246</i>	<i>25.007</i>	<i>23.438</i>	<i>23.076</i>
ULSS 16 (escluso il Comune di Padova)	Italiani	17.443	16.827	15.786	15.072	14.581
	Stranieri	847	875	1.006	1.004	1.156
	<i>Totale</i>	<i>18.290</i>	<i>17.702</i>	<i>16.792</i>	<i>16.076</i>	<i>15.737</i>
Provincia di Padova (escluso il territorio ULSS)	Italiani	11.479	10.848	10.159	9.769	9.155
	Stranieri	564	525	589	618	593
	<i>Totale</i>	<i>12.043</i>	<i>11.373</i>	<i>10.748</i>	<i>10.387</i>	<i>9.748</i>
Regione Veneto (esclusa la Provincia di Padova)	Italiani	16.793	15.810	15.068	14.269	13.745
	Stranieri	728	833	773	905	946
	<i>Totale</i>	<i>17.521</i>	<i>16.643</i>	<i>15.841</i>	<i>15.174</i>	<i>14.691</i>
Italia (esclusa la Regione Veneto)	Italiani	9.788	9.541	9.037	8.167	7.902
	Stranieri	245	277	283	281	314
	<i>Totale</i>	<i>10.033</i>	<i>9.818</i>	<i>9.320</i>	<i>8.448</i>	<i>8.216</i>
Totale (Italia + estero)*	Italiani	55	54	62	41	41
	Stranieri	1.116	1.235	1.056	1.034	963
	<i>Totale</i>	<i>1.171</i>	<i>1.289</i>	<i>1.118</i>	<i>1.075</i>	<i>1.004</i>

Tab. 7

Stranieri residenti (regolarmente presenti)*										
	2004		2005		2006		2007		2008	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Comune di PD	16.281		18.263	8,7	19.661	9,3	22.000	10,5	25.996	12,1
ULSS 16	24.016	5,9	27.416	6,7	30.049	7,3	34.966	8,5		
Provincia di PD	46.060		52.755	5,9	58.498	6,5	69.321	7,6	79.878	8,7
Regione Veneto	287.732	6,1	320.793	6,8	350.215	7,3	403.985	8,4	454.453	9,3
Italia	2.402.157	4,1	2.670.514	4,5	2.938.922	5,0	3.432.651	5,8	3.891.295	6,5

* Dati ISTAT

Prendendo come punto di riferimento l'anno 2007, il confronto fra le tabelle riportate consente di evidenziare che le percentuali relative alla popolazione ospedaliera ed a quella territoriale non sono pienamente sovrapponibili in quanto ad una percentuale di stranieri presente sul territorio comunale che corrisponde al 10,5% (cui occorre aggiungere la stima degli irregolari), fa riscontro una distribuzione percentuale di ricoveri ospedalieri pari al 9,3%. Un dato, questo, che tende ad avvalorare l'ipotesi di un minore utilizzo della struttura ospedaliera da parte della popolazione immigrata rispetto a quella autoctona e che trova riscontro a livello del territorio ULSS (8,5 % di presenza territoriale regolare, cui occorre aggiungere la stima degli irregolari, rispetto all'8,0% di presenza ospedaliera) e, sebbene in proporzioni minori, anche a livello provinciale (7,6 di presenze territoriali regolari, contro il 7,5% di ospedaliere) e poi di nuovo a livello regionale (8,4 contro il 7,2%). Il rapporto tende invece ad invertirsi quando si passa al livello nazionale, poiché in questo caso ad una presenza territoriale di soli regolari pari al 5,8 fa riscontro una ospedaliera superiore, che si attesta al 6,7%. A fianco alla tendenza ad un minore utilizzo della struttura da parte della popolazione immigrata ad essa contigua rispetto a quanto avvenga per gli italiani, sembra quindi collocarsi una sorta di scelta elettiva della medesima struttura sul versante della popolazione immigrata presente sul territorio nazionale. Per una considerazione più attenta di questi dati ci soffermiamo sul livello territoriale della ULSS 16.

Come risulta dalla tabella 1 precedentemente riportata, nel territorio della ULSS 16 è presente una percentuale di stranieri che possiamo stimare fra il 9,2 ed il 9,7 % del totale; il loro utilizzo dei servizi sanitari si concentra soprattutto sulla realtà ospedaliera e, in tale ambito, in via privilegiata sull'Azienda Ospedaliera di Padova. Dall'analisi dei residenti con quella dei ricoveri risulta quanto segue:

Tab. 8

	Residenti ULSS 16				Dimissioni A.O.P.				
	Totali	%	Irregolari (stima)	%	Totale A.O.P.	% italiani/stranieri	Di cui residenti ULSS 16	% ULSS/tot	% rispetto alle presenze territoriali
ITALIANI									
2004	379.619	94,1		93,5-93,0	80.752	93,6	42.637	93,6	11,2
2005	379.440	93,3		92,6-92,1	77.201	92,9	40.948	93,2	10,8
2006	378.893	92,7		91,9-91,3	72.935	92,5	38.609	92,4	10,2
2007	378.182	91,5		90,8-90,2	68.591	91,9	36.335	92,0	9,6
2008					65.847	90,9	35.004	90,2	
STRANIERI									
2004	24.016	5,9	2.400-4.300	6,5-7,0*	5.546	6,4	2.893	6,4	11,0-10,2
2005	27.416	6,7	2.700-5.000	7,4-7,9*	5.870	7,1	3.000	6,8	10,0- 9,3
2006	30.049	7,3	3.000-5.400	8,1-8,7*	5.891	7,5	3.190	7,6	9,7 - 9,0
2007	34.966	8,5	3.500-6.300	9,2-9,8*	6.017	8,1	3.179	8,0	8,3 - 7,7
2008					6.616	9,1	3.800	9,8	
TOTALE									
2004	403.635				86.298		45.530		
2005	406.856				83.071		43.948		
2006	408.942				78.826		41.799		
2007	413.148				74.608		39.514		
2008					71.463		38.804		

* Irregolari: le tendenze nazionali si attestano su proiezioni che vanno dal 10% al 18% del totale

In definitiva, a questo livello di analisi dobbiamo confermare quanto affermato precedentemente, cioè che la percezione di un eccessivo utilizzo della struttura ospedaliera da parte degli utenti stranieri è da considerare erronea: i dati percentuali evidenziano, infatti, che i ricoveri ospedalieri sono tendenzialmente inferiori nella popolazione straniera rispetto a quanto avvenga per gli autoctoni (il 9,6% degli italiani, se prendiamo come anno di riferimento il 2007, rispetto al 7,7-8,3% degli stranieri), con una percentuale di utilizzo, cioè, più bassa della presenza territoriale (l'8,3% della popolazione straniera ospedaliera rispetto ad una presenza sul territorio del 9,2% che corrisponde ad una stima degli irregolari pari al 10%, percentuale che scende al 7,7 se si considera una presenza di irregolari del 18%, corrispondente quindi ad un dato territoriale pari al 9,8%). Prendendo in considerazione quanto si legge in letteratura rispetto al profilo di salute degli immigrati, il dato numerico potrebbe quindi avvalorare l'idea di un'immigrazione costituita da soggetti mediamente più sani rispetto agli autoctoni (almeno per quanto riguarda le patologie che richiedono un intervento ospedaliero).

Occorre però andare un po' più a fondo nell'analisi e verificare fino a che punto questa minore percentuale di ricoveri ospedalieri sia riscontrabile ai diversi livelli, in primo luogo per quanto riguarda l'uso del Servizio di Pronto Soccorso, che viene in genere particolarmente indicato come la struttura che fa registrare il maggior numero di usi impropri/abusi.

Pronto Soccorso

Le cose cambiano sensibilmente se, invece della percentuale dei ricoveri, si prendono in considerazione gli accessi a livello di Pronto Soccorso. L'analisi delle tabelle che seguono ci consente, infatti, di effettuare altre considerazioni.

La tabella n. 9 è relativa al Pronto Soccorso Generale dell'A.O.P., mentre la numero 10 riporta i dati riferiti al Pronto Soccorso Pediatrico. In entrambi i casi vengono riportati gli accessi in termini di numeri assoluti e di percentuali calcolate in relazione all'utenza italiana e confrontandoli anche con le presenze territoriali di immigrati ed autoctoni.

Tab. 9

Accessi Pronto Soccorso A.O.P.									
	Residenti ULSS 16				Accessi PS. A.O.P.				
	Totali	%	Irregolari (stima)	%	Totale A.O.P.	% italiani/stranieri	Di cui residenti ULSS 16	% ULSS/tot	% rispetto alle presenze territoriali
ITALIANI									
2006	378.893	92,7		91,9-91,3	80.399	83,4	62.561	86,4	16,5
2007	378.182	91,5		90,8-90,2	75.418	82,4	58.760	85,9	15,5
2008					72.050	81,7	56.787	84,9	
STRANIERI									
2006	30.049	7,3	3.000-5.400	8,1-8,7*	15.983	16,6	9.878	13,6	29,9-27,9
2007	34.966	8,5	3.500-6.300	9,2-9,8*	16.134	17,6	9.626	14,1	25,00-23,3
2008					16.088	18,3	10.089	15,1	
TOTALE									
2006	408.942				96.382		72.439		
2007	413.148				91.552		68.384		
2008					88.138		66.876		

Tab. 10

Accessi Pronto Soccorso Pediatrico									
	Residenti ULSS 16				Accessi PS. Pediatrico				
	Totali	%	Irregolari (stima)	%	Totale	% italiani/stranieri	Di cui residenti ULSS 16	% ULSS/tot	% rispetto alle presenze territoriali
ITALIANI									
2006	378.893	92,7		91,9-91,3	21.994	83,7	16.134	82,1	4,3
2007	378.182	91,5		90,8-90,2	20.623	81,8	15.157	80,9	4,0
2008					20.515	80,1	15.159	79,4	
STRANIERI									
2006	30.049	7,3	3.000-5.400	8,1-8,7*	4.269	16,3	3.321	16,9	10,0-9,4
2007	34.966	8,5	3.500-6.300	9,2-9,8*	4.600	18,2	3.584	19,1	9,3-8,7
2008					5.089	19,9	3.934	20,6	
TOTALE									
2006	408.942				26.263		19.635		
2007	413.148				25.223		18.741		
2008					25.604		19.093		

Mentre per quanto riguarda i ricoveri/dimissioni i numeri riferiti all'utenza immigrata si discostavano percentualmente di poco rispetto a quella autoctona e quasi sempre nella direzione di un utilizzo inferiore rispetto a quest'ultima, nel momento in cui si prendono come riferimento gli accessi al Pronto Soccorso, sia che si tratti di adulti che di minori, le percentuali fanno rilevare una discordanza ben maggiore ed in direzione opposta alla precedente. Sempre prendendo come riferimento l'anno 2007, emerge infatti che, mentre gli italiani fanno un uso del servizio di P.S. generale (età superiore ai 16 anni) del 15,5% rispetto alla presenza territoriale a livello di ULSS 16, gli immigrati vi si rivolgono in modo molto superiore, arrivando a livelli percentuali che si attestano fra il 23,3 e il 25 % della presenza territoriale (prendendo in considerazione la stima relativa alla presenza degli irregolari). Una situazione di disparità maggiore emerge poi a livello di Pronto Soccorso Pediatrico (età inferiore ai 16 anni), poiché in questo caso la percentuale risulta più che doppia, passando dal 4% nel caso degli italiani all'8,7 – 9,3% per quanto riguarda gli immigrati. La percezione degli operatori di un forte utilizzo della struttura ospedaliera da parte degli immigrati trova, quindi, giustificazione in questi dati, che, sebbene non consentano ancora di parlare di uso inadeguato o improprio, evidenziano chiaramente il fatto che, come avremo modo di discutere dettagliatamente più avanti, il servizio di Pronto Soccorso rappresenta per gli immigrati un punto di riferimento di assoluto rilievo per la gestione delle problematiche di salute.

Prestazioni ambulatoriali

Sarebbe di sicuro interesse realizzare un'analisi analoga anche per quanto riguarda le prestazioni ambulatoriali che, in termini di numeri assoluti, rappresentano un dato di forte peso fra le attività ospedaliere. Sempre prendendo come punto di riferimento l'anno 2007, risulta infatti che l'A.O.P. ha erogato 5.359.809 prestazioni ambulatoriali interne (cioè a favore di utenti in regime di ricovero) e 6.096.642 esterne (a favore di utenti non ricoverati). A questo livello non risulta, però, possibile procedere nell'analisi in modo attendibile, in quanto il dato relativo alla nazionalità è con frequenza non valorizzato (in 162.200 casi interni e in 343.721 casi esterni) o non noto (in 3.968 casi interni ed in 11.988 casi esterni). Se non si prendono in considerazione i casi non valorizzati e non noti, per quanto riguarda il 2007 la percentuale di prestazioni effettuate a favore di utenti esterni fa emergere un dato di 14,3 prestazioni esterne pro capite per gli italiani e di 9 per gli stranieri, in questo indirizzando ancora una volta verso l'ipotesi di un minore utilizzo, e forse di un sottoutilizzo, delle prestazioni usufruibili a livello sanitario da parte dell'utenza immigrata.

QUADRO TEORICO

La sperimentazione dei *Migrant Friendly Hospitals*

Fra universalismi ed ‘eccessi di culture’

Esotismo, scetticismo, criticismo

Disease, illness, sickness

La dimensione comunicativo-relazionale

La comunicazione in primo piano

Comunicazione: aspetti pragmatici

Al cuore della comunicazione umana

Ermeneutica e fraintendimento

L’onnipresenza del pregiudizio

La complessità dell’ascolto

Narrare

La sperimentazione dei Migrant Friendly Hospitals

I cambiamenti recentemente intercorsi nella composizione demografica italiana hanno richiesto che, come già avvenuto altrove, si riflettesse sulla possibilità che la presenza della popolazione immigrata comporti specifiche necessità anche in contesto sanitario e che, proprio al fine di garantire l'equità delle prestazioni, si renda opportuno approntare degli interventi mirati, che introducano modifiche a diversi livelli, prendendo in considerazione sia gli aspetti organizzativi, sia la formazione degli operatori. In varie parti del territorio nazionale sono state, di conseguenza, approntate specifiche ricerche e sperimentazioni volte a mettere a fuoco le necessità e ad apportare cambiamenti e ritocchi alla macchina istituzionale, nonché percorsi informativi, di sensibilizzazione e di formazione *ex novo* ed *in itinere* delle varie figure professionali. Una sperimentazione che ha visto l'introduzione di una vasta gamma di modifiche relativamente all'organizzazione globale del rapporto con l'utenza in considerazione della presenza degli immigrati è, in particolare, quella dei *Migrant Friendly Hospitals* (M.F.H.). Si tratta di un'iniziativa realizzata su scala europea a partire dal 2002 in seguito alla messa a punto di un progetto a sua volta nato all'interno della rete internazionale dell'OMS degli Ospedali per la Promozione della Salute (rete H.P.H., *Health Promoting Hospitals*) e presente anche nel territorio italiano.

A monte della sperimentazione italiana dei M.F.H. si situano alcune ricerche condotte in ambito sanitario, le quali hanno indicato che la popolazione immigrata presenta una condizione di salute generalmente peggiore rispetto alla media degli autoctoni⁵. Una problematica che non sembrerebbe ricollegarsi in via privilegiata alla situazione di origine, poiché, se si fa fede a quanto ha asserito Salvatore Geraci, facendo a sua volta riferimento ad un'ampia letteratura in merito, il percorso migratorio, in una sua prima fase, godrebbe di quello che è stato definito 'effetto migrante sano'. Chi emigra sarebbe, infatti, in genere, colui che ha maggiori *chance* di riuscita nel progetto migratorio, quindi in primo luogo chi, in virtù di un'autoselezione effettuata nel paese di origine, al momento della partenza può essere considerato in buone condizioni di salute, cioè mentalmente e fisicamente integro⁶. Questa ipotesi di fondo contrasta con il dato relativo alle condizioni di salute rilevate nella popolazione immigrata in confronto con quella italiana e rende almeno in parte ragione, invece, del verificarsi del cosiddetto 'intervallo di benessere' (cioè dell'intervallo di tempo che intercorre fra l'arrivo in Italia ed il primo utilizzo delle strutture sanitarie) che caratterizzerebbe la medesima popolazione nella sua prima fase di permanenza nel nuovo territorio. La condizione di salute dei migranti sarebbe, quindi, ottimale al momento della partenza, ma tenderebbe ad aggravarsi nel paese d'immigrazione in virtù dei disagi cui va incontro, in quanto nel territorio di approdo si è resi particolarmente vulnerabili da condizioni socio-economiche disagiate, in quanto si effettua un percorso che espone (o ha esposto) a traumi ed in quanto, infine, nella nuova situazione non si riceve un adeguato sostegno sociale. Sulla base di quanto afferma Antonio Chiarenza facendo riferimento alle indagini condotte in tal senso, ad inasprire questa situazione di problematicità si aggiungerebbe poi il fatto che la popolazione immigrata, nella sua permanenza nel

⁵ Chiarenza A., *Servizi sanitari migrant-friendly ed aperti alle diverse culture: l'esperienza dell'Azienda USL di Reggio Emilia*, in: Baraldi C., Barbieri V., Giarelli G., *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, Franco Angeli, Milano, 2008.

⁶ Geraci S., Marceca M., Mazzetti M., *Migrazioni e salute in Italia. Dossier di ricerca in Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*. Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo, Roma, 2000.

territorio italiano, incontra anche delle difficoltà di accesso alle cure. Anche quando i servizi sono disponibili, infatti, i migranti non li utilizzerebbero appieno poiché non ne conoscono o non ne capiscono il funzionamento ed anche perché non risultano adeguati alla loro cultura e religione. Questo mancato o tardivo utilizzo si verificherebbe, peraltro, tanto di più se le condizioni di irregolarità della presenza nel territorio nazionale rischia di metterli nella condizione di far emergere la loro situazione di irregolarità giuridica, dando adito al conseguente timore di denuncia.

Per queste ragioni, nel periodo 2002-2004, un gruppo di 12 ospedali, collocati in altrettanti paesi della Comunità Europea⁷, ha messo a punto uno specifico percorso progettuale, proponendosi di costruire le condizioni in base alle quali i cittadini con *background* etnici e culturali diversi rispetto a quello in cui erano situate le strutture sanitarie da loro utilizzate potessero fruire in modo appropriato dei servizi e gestire in forma più efficace le loro problematiche di salute. Con la costituzione della rete M.F.H. è stato effettuato un percorso di sperimentazione che, ridefinendo lo stile organizzativo dei 12 ospedali pilota, ne modificasse strutture, processi e servizi, in modo da renderli “culturalmente competenti”⁸, facendoli così divenire più adeguati alle specificità di una popolazione differenziata sul piano etnico-culturale.

Per quanto riguarda l’Italia, la sperimentazione ha coinvolto l’Azienda Sanitaria di Reggio Emilia (da cui è partita l’ideazione stessa del progetto). In essa, come riferisce Antonio Chiarenza, responsabile per l’area italiana, l’intervento si è caratterizzato per una serie di azioni volte a:

- “inserire l’attenzione alla diversità culturale nei documenti di programmazione (mission, sistema della qualità, piano delle azioni, piano di formazione aziendale...)”;
- “migliorare l’accesso ai servizi e alle strutture ospedaliere mediante la produzione di materiale informativo e la predisposizione di segnaletica multilingue”;
- “superare le barriere linguistiche e culturali mediante la realizzazione di un servizio strutturato e coordinato di mediazione interculturale in grado di servire tutto il territorio;”
- “sviluppare adeguate procedure di ammissione, ricovero, trattamento e dimissioni”;
- “migliorare il comfort e l’accoglienza in ospedale fornendo menù adeguati e un supporto alle esigenze spirituali e di culto”;

⁷ La rete degli ospedali MFH ha coinvolto ospedali di diverso genere (universitari, psichiatrici, generici, piccoli e grandi, pubblici e privati) situati in ognuno dei 12 paesi partner del progetto: Austria, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Spagna, Svezia e Regno Unito.

⁸ “La competenza culturale è un insieme di comportamenti, atteggiamenti e politiche che diventano patrimonio comune di un sistema, di un’agenzia o fra professionisti e che mette in grado quel sistema, quell’agenzia o quei professionisti di lavorare efficacemente in un contesto interculturale. La parola cultura è usata perché comporta il modello integrato di comportamenti umani che comprende il modo di pensare, di comunicare, di agire, le tradizioni, le credenze, i valori e le istituzioni di un gruppo sociale. La parola competenza è usata perché implica la capacità di operare in modo efficace.” (Chiarenza A., *Servizi sanitari migrant friendly ed aperti alle diverse culture: l’esperienza dell’Azienda USL di Reggio Emilia*, in Baraldi C., Barbieri V., Giarelli G., *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, Franco Angeli, Milano, 2008, p. 48)

- “fornire adeguata attenzione alla continuità delle cure, assicurando i necessari collegamenti con i servizi del territorio e fornendo informazioni sulla gestione della malattia e lo stile di vita appropriato”;
- “monitorare i bisogni e le potenzialità dei soggetti coinvolti (pazienti, personale sanitario, famiglie, comunità) e l’appropriatezza dei servizi”;
- “integrare le “competenze inter-culturali” con quelle professionali ed organizzative”.

Come si evince in modo chiaro dall’elenco delle azioni effettuato, i diversi interventi che sono stati attuati nel polo di Reggio Emilia hanno intrecciato fortemente l’area organizzativa. Questo aspetto risulta ancora più evidente se si prende in considerazione il fatto che alle azioni precedentemente elencate si aggiungono quelle che, in quello stesso ambito, sono state intraprese per ricercare una “integrazione fra servizi ospedalieri e territoriali e fra politiche di sanità pubblica e politiche sociali mediante lo sviluppo di *partnership* e di collaborazioni fra istituzioni, associazioni sociali, operatori e comunità immigrate” e che hanno previsto, fra l’altro, “la realizzazione di un servizio centralizzato e coordinato di mediazione interculturale”⁹.

Oltre ad introdurre queste modifiche, la sperimentazione condotta ha consentito ai ricercatori di evidenziare la presenza di tre diversi tipi di sfide/necessità connesse alla presenza degli immigrati e relative a:

- accesso ai servizi ed alla qualità delle cure;
- *health literacy* dei pazienti;
- competenza/sensibilità del personale sanitario.

Per quanto riguarda l’accesso ai servizi ed alla qualità delle cure, l’accento è stato posto prevalentemente sulla presenza di barriere linguistico-culturali, in quanto ritenute responsabili di una limitazione e/o di un vero e proprio impedimento all’accesso ed all’uso appropriato dei Servizi, e quindi di una salute peggiore, nonché di un senso d’insoddisfazione rispetto alla qualità delle cure ed all’assistenza. Come ha affermato Chiarenza nell’ambito di una conferenza tenuta nel contesto dell’Università di Padova¹⁰, infatti, è per queste ragioni che si verificano con relativa frequenza una serie di difficoltà: “il medico non capisce esattamente i sintomi, il paziente non riesce a spiegare i suoi bisogni, aumentano gli errori diagnostici e i trattamenti inappropriati, le prescrizioni divengono numericamente superiori, non si ha una *compliance* efficace, economicamente tutto diviene più dispendioso, non aumenta la simmetria informativa nella relazione a svantaggio del paziente, si ha difficoltà a gestire le dimissioni protette e la continuità delle cure, si hanno difficoltà di prevenzione (meno *screening*), è difficile fare promozione, intervenire su comportamenti e stili di vita”.

Per quanto riguarda la *health literacy*, cioè l’insieme di competenze cognitive e sociali che determinano la motivazione e l’abilità degli individui nel rivolgersi ai Servizi, risulta verificarsi un più basso livello di competenze sul versante dei pazienti stranieri rispetto agli autoctoni. Emerge infatti che “gli immigrati spesso mancano delle informazioni necessarie relative all’accesso ed al funzionamento dei servizi ospedalieri

⁹ Le informazioni relative al polo di Reggio Emilia riportate in questo capitolo sono tratte da: Chiarenza A., *Strategie per lo sviluppo di servizi sanitari “migrant-friendly” e culturalmente competenti*, comunicazione presentata al convegno *La cura dell’altro*, effettuato a Padova nel periodo 22-23 Giugno 2006 in virtù di una collaborazione avviata con l’U.L.S.S. 16 in relazione all’avvio della presente attività di ricerca

¹⁰ *Luoghi e pratiche dell’intercultura*, Padova, Aula Magna di Palazzo Bo’, 9-10 giugno 2005; convegno organizzato dal CIRSSI, Centro Interdipartimentale di Ricerca e Servizi per gli Studi Interculturali dell’Università di Padova.

ed ambulatoriali disponibili o a questioni di carattere generale di salute nel contesto specifico delle diverse realtà locali”. Questa situazione di fondo “rende il paziente meno autonomo, meno competente, meno attivo, ed un paziente meno competente e meno informato ha meno capacità e motivazione ad attivarsi nella gestione della malattia, per cui si rendono necessarie iniziative di *empowerment* (informativo-educativo) e cambiamenti degli ambienti di cura in modo da favorire il livello di conoscenze e competenze degli immigrati”.

Per quanto riguarda, infine, la competenza/sensibilità del personale sanitario, si registrano una bassa capacità di gestire la relazione interculturale ed una bassa conoscenza e sensibilità verso le culture diverse. “L’operatore sanitario ha difficoltà a gestire efficacemente la relazione interculturale in una dimensione professionale o di organizzazione del proprio servizio. Ha difficoltà a stabilire l’alleanza terapeutica, manca di competenza culturale. Si ha la crescita di pregiudizi, di stereotipi, invece che di conoscenze sulle culture diverse. Occorre acquisire consapevolezza che la condizione di migrante rende svantaggiati rispetto ad altri, così come occorre rendersi conto delle diverse credenze, del diverso modo in cui vengono percepiti i sintomi e comunicati, del modo in cui ci si avvicina ai servizi e si intraprendono percorsi di cura”.

Fra universalismi ed ‘eccessi di culture’

Lo sviluppo delle competenze la cui carenza è stata messa in luce dalla sperimentazione dei *Migrant Friendly Hospitals* è di diretto interesse per le situazioni che mettono in gioco la relazione con gli utenti immigrati. Questo tipo di investimento va, d’altra parte, pensato in una prospettiva più generale, volta a comprendere il rapporto con l’utenza in senso lato e quindi anche con tutte le forme di diversità che la caratterizzano, senza limitarsi alla sola dimensione della diversa origine geografico-culturale. Le culture in gioco, infatti, non sono solo quella degli immigrati nel confronto con quella degli autoctoni, ma, in un senso ben più estensivo, anche quella del Servizio rispetto a quella dei suoi fruitori, così come quella degli operatori rispetto alle molteplici categorie di persone vi si rivolgono (uomini e donne, bambini e anziani, portatori di handicap e di altre forme di svantaggio, ecc.). In tal senso, le sfide/necessità di cui si è parlato nel precedente capitolo possono essere considerate delle vere e proprie sfide/opportunità per un miglioramento dei servizi per tutti. La stessa locuzione di *Migrant friendly hospital*, come affermano i ricercatori che hanno operato in quell’ambito, non va, infatti, intesa solo nel senso stretto di ‘ospedali amici degli immigrati’, ma, in senso più lato, in riferimento a delle strutture ospedaliere che siano ‘adeguate a’ rispondente ai bisogni differenziati della popolazione.

Una questione che si pone in modo particolare nel momento in cui si focalizza l’attenzione sull’origine geografica riguarda poi il fatto che, così facendo, si corre il rischio di ipostatizzare le culture¹¹. Il fatto di muoversi nella direzione di sviluppare una

¹¹ Un rischio ulteriore è poi quello di cui parla Pizza nel suo *Antropologia medica*: “La definizione delle differenze in termini di ‘razza’ ed ‘etnia’ occulta il problema della disuguaglianza economica e sociale. Il concetto di ‘razza’ (che com’è noto non ha alcun valore biologico obiettivo) e quello di ‘etnia’ (che è una nozione dal preciso significato politico) sono usati molto concretamente per deprivare dei diritti fondamentali specifici gruppi sociali impedendo di concepire la disuguaglianza sociale come la conseguenza di una differente distribuzione delle risorse. La differenza di ‘razza’ o di ‘etnia’, quindi, utilizzata per spiegare la sofferenza, occulta le disuguaglianze sociali, ‘biologizzandole’ o ‘eticizzandole’” [Pizza G., *Antropologia medica*, Carocci, Roma, 2005, p. 102].

competenza culturale¹², allora, non va inteso nel senso di delimitare la cultura dei migranti in modo tale da mettere a punto un prontuario di accorgimenti che garantirebbero da ogni possibilità di errore. Si tratta, invece, di porre al centro dell'attenzione l'individuo con tutta la sua storia e la sua sfera di vita, senza possibilità alcuna di venire esonerati da qualsivoglia responsabilità di scelta sul piano relazionale. Questo porta con sé proprio il fatto di evitare un atteggiamento "culturalizzante" che tenda a chiudere l'altro in una dimensione stereotipata ed induca a giudicare le situazioni sulla base di pregiudizi e costrutti culturali generici. In altri termini, a questo livello si pone la questione di cosa debba intendersi per 'cultura' e, per riprendere il titolo del noto testo di Marco Aime¹³, di trovare la giusta collocazione fra gli estremi di un "eccesso di culture" che differenziano in base ad appartenenze chiaramente delimitare e statiche e di una prospettiva omologatrice a carattere universalistico. Le ripartizioni effettuate su base nazionale o etnica, infatti, se da una parte aiutano a differenziare rispetto ad una tendenza uniformante sul piano culturale, dall'altra rischiano di predisporre delle catalogazioni rigide ed improprie che inducono a non considerare adeguatamente il divenire intrinseco di ogni forma di vita. Sull'altro versante, le tendenze universalistiche fanno dell'essere umano qualcosa a-storico, sempre identico con il variare dei luoghi, dei tempi, dei contesti, facendosi forti, in questo, della prospettiva oggettivante tipica della scienza. Le culture, invece, potremmo dire che al contempo esistono e non esistono: non esistono in senso forte in quanto non hanno consistenza materica e non sono circoscrivibili in forma chiusa e statica, ciononostante costituiscono livelli di realtà la cui pregnanza è tale da forgiare menti e corpi, sistemi di relazione e forme di comunicazione, in quanto ognuno è frutto della storia dei propri rapporti, del depositarsi di appartenenze a gruppi molteplici, di un coordinarsi più o meno armonico di diverse appartenenze in un sistema mobile di significati storicamente/culturalmente connotato e sempre in divenire. L'uomo è nella sua essenza 'animale sociale', come si sostiene dai tempi di Aristotele, e questa realtà di fondo lo rende per ciò stesso 'etnico', cioè 'appartenente', culturalmente determinato e determinabile. Le etnie, inoltre, possono anche non preesistere all'atto di nominarle, ma sta di fatto che nel momento in cui la loro presenza viene definita come reale, questo stesso atto ha la capacità di renderle davvero esistenti, come testimoniano gli effetti che la loro datità produce. Se da un parte è vero, per esempio, che non esiste una 'cultura senegalese', possiamo cominciare a parlare di cultura senegalese nel momento in cui una persona si individua come senegalese, poiché a partire da questo possiamo andare ad indagare che cosa fa sì che si riconosca come esponente di quel particolare gruppo. Le culture, quindi, al contempo esistono e non esistono in quanto sono in continuo atto di farsi. In tal senso, è altrettanto impropria la prospettiva dell'universalismo omologante quanto quella della differenziazione netta, rigida, e statica. La questione del collocarsi in modo adeguato fra negazione ed 'eccessi di culture' è, quindi, quella del non ipostatizzare una dimensione intrinsecamente in divenire bloccando le posizioni delle persone in appartenenze reificanti, ma anche del riconoscere la possibilità di

¹² Sebbene esista più di una definizione del concetto di "competenza culturale", vi è una generale convergenza su quella fornita da Cross et. al. nel 1989: "La competenza culturale è un insieme di comportamenti, atteggiamenti e politiche che diventano patrimonio comune di un sistema, di un'agenzia o fra professionisti e che mette in grado quel sistema, agenzia o quei professionisti di lavorare efficacemente in un contesto interculturale. La parola cultura è usata perché comporta il modello integrato di comportamenti umani che comprende il modo di pensare, di comunicare, di agire, le tradizioni, le credenze, i valori e le istituzioni di un gruppo sociale. La parola competenza è usata perché implica la capacità di operare in modo efficace".

¹³ Aime M., *Eccessi di culture*, Einaudi, Torino, 2004.

permanenza di spinte molteplici nella complessità dei vissuti interiori e nella declinazione dei comportamenti.

Possiamo trovare una chiara trattazione di questa problematica in alcuni lavori maturati in campo etnopsichiatrico ed anche nella riflessione condotta da Marco Mazzetti, il quale, nel suo testo, *Il dialogo transculturale*, riportando degli esempi tratti da una casistica relativa alle relazioni di cura in contesti interculturali, invita a porre attenzione alle due tendenze opposte della sopravvalutazione e della sottovalutazione della differenza culturale.

Esempi di sopravvalutazione si trovano comunemente anche facendo attenzione al semplice livello linguistico in cui si fa uso dei pronomi personali. È quanto si riscontra, ad esempio, nel fatto che, come afferma Mazzetti, “se un italiano si comporta in modo maleducato, pensiamo semplicemente che *lui* è maleducato” mentre “se così si comporta un immigrato albanese abbiamo l’impulso a pensare che *loro* sono maleducati”. In queste situazioni la diversità culturale emerge in primo piano ed invade la scena, tanto che tendiamo a dimenticare di avere a che fare con una persona e ad interpretare ogni azione ed ogni elemento comportamentale come un tratto culturale “come se ogni individuo fosse una sorta di archetipo del mondo da cui proviene”. Scivolamenti di questo genere sono di portata comune e li si riconosce facilmente fuori e dentro il contesto sanitario.

Forse più difficile da riconoscere, sebbene altrettanto insidiosa, è, invece, la prospettiva della sottovalutazione culturale. Alcune situazioni riferite da Mazzetti nel testo appena citato ci consente di mettere a fuoco questo livello di problematicità:

Un paziente bengalese si lamenta di sentire “calore nel corpo”: la collega lo visita con cura, e poi stabilisce che “non ha niente”, lo rassicura con garbo e lo licenzia. Poi spiega a Francesco [il volontario che lo affianca nell’attività ambulatoriale]: “Ogni tanto vengono queste persone dal Bangla Desh, con questa storia del calore nel corpo, ma non hanno mai niente. Li visito sempre da capo a piedi, gli misuro anche la temperatura, ma non c’è mai febbre; in realtà non hanno niente”. La scena si ripete poco dopo, quando un altro paziente, anch’egli proveniente dal subcontinente indiano, si lamenta di sentirsi debole e di non respirare bene. Altra visita meticolosa, e stessa diagnosi: non c’è nulla. Francesco è perplesso: la collega è competente, esperta, e ha anche dei modi di fare gentili; non sembra un tipo né superficiale né presuntuoso. Tuttavia egli pensa che se una persona si scomoda per andare dal medico, qualche motivo deve averlo.¹⁴

Sara è una giovane mamma congolese, arrivata in Italia da poche settimane, con Masha, una bambina di un anno e mezzo, a raggiungere il marito. Una sera sente la piccola respirare con difficoltà, la prende in braccio e si spaventa: oltre a respirare male ha un’espressione molto sofferente, fatica anche a piangere, ha una sostanza bianco-giallastra che le ostruisce il naso. Corre al pronto soccorso e fa visitare la bimba. Continua a ripetere, angosciata, al medico, che la bambina non respira. Il pediatra visita Masha, ma è seccato: non si va al pronto soccorso per un banale raffreddore. Prescrive del paracetamolo in caso di febbre, e rimanda a casa madre e figlia con poche parole sbrigative: non è niente di grave, tornino a dormire. Ma Sara a casa non è tranquilla: non ha mai visto un bambino respirare così male, le pare che debba morire. Ha dato le gocce della medicina a Masha,

¹⁴ Mazzetti M., *Il dialogo transculturale*, Carocci, Roma, 2003, p. 49.

ma non si è visto nessun miglioramento. Dopo un paio d'ore torna al pronto soccorso.¹⁵

Come fa notare Mazzetti, il medico, in questi casi, tende ad avvicinarsi ai pazienti con un atteggiamento 'universalista' - secondo, quindi, una prospettiva che vede gli esseri umani come tutti uguali - ed adottando come valido esclusivamente l'impianto della medicina appresa nel proprio percorso di studi. Non a caso, entrambi i tipi di situazioni vengono liquidati piuttosto sbrigativamente: in un caso e nell'altro l'impianto teorico e strumentale utilizzati dal professionista non fanno rilevare niente che darebbe adito ad un qualche diagnosi di rilevanza sanitaria. A ben guardare, però, le cose non sono così semplici. Tutti e due i tipi di situazioni rivelano la presenza di impianti culturali disomogenei sul versante dell'operatore sanitario e di quello dell'utente, che non vengono adeguatamente considerati dal medico, il quale si avvale esclusivamente di quanto maturato nel contesto della cultura medico-sanitaria entro cui opera.

Afferma Mazzetti: "Se un paziente sente calore nel corpo, significa che pensa di avere la febbre. Se non ce l'ha, non ha niente. Se si lamenta di non respirare bene, ma all'esame obiettivo evidenzia campi polmonari che si espandono bene, murmure vescicolare e fremito vocale tattile nella norma, assenza di rumori patologici, e magari anche prove di funzionalità respiratorie normali, allora significa che non ha niente"¹⁶. Facendo riferimento alle situazioni riportate nel primo dei due esempi, è in base a questo modo di procedere che il medico decide che i pazienti "non hanno niente": l'accertamento non procede oltre in quanto non risulta alcuna corrispondenza fra quanto viene affermato dagli utenti (calore nel corpo, difficoltà di respiro) e quanto è rilevato dal professionista all'indagine oggettiva. Non si cerca di capire quali significati potevano avere per il paziente i sintomi riferiti, di conseguenza non si effettua alcuna indagine anamnestica per approfondire quanto dichiarato, dando credito a quanto riferito, esplorando le origini dei sintomi, chiedendo di specificare da quanto tempo li si percepisce, come sono cominciati, se ne soffrono altri membri del proprio gruppo familiare o del proprio *entourage* o quanto altro si ritiene opportuno per mettere a fuoco adeguatamente il problema. Così facendo, il medico non costruisce le condizioni in base alle quali poter scoprire se vi sia effettivamente o meno una problematica di pertinenza sanitaria. L'ipotesi formulata da Mazzetti è, d'altra parte, che dietro ai sintomi possa essere riscontrato "un *Dhat*, un disturbo diffuso nel subcontinente indiano, le cui origini nosografiche sono vecchie di millenni" e correlato alla perdita (vera o presunta) di sperma, che l'*Ayurveda* considera come l'essenza più preziosa dell'essere umano: un vero e proprio concentrato di energia il cui spreco inciderebbe sulle condizioni generali dell'individuo il quale, proprio come avviene nei casi riferiti, in virtù di questa perdita "si sente astenico, respira male, è ansioso, depresso ed ha bisogno di aiuto"¹⁷. Quello che si configura in tal modo è un caso di sottovalutazione della dimensione culturale che, come dalle parole di Piero Coppo, segnala chiaramente che le culture hanno una funzione patoplastica, cioè una vera e propria capacità di mettere in forma delle specifiche patologie¹⁸, ed indica al contempo quale sia la forza insita nella posizione interpretativa della medicina occidentale.

La seconda situazione riportata, ben lungi dal presentare un caso che mette in campo un sofisticato impianto diagnostico, indica, d'altra parte, in modo estremamente chiaro,

¹⁵ *Ibidem*, p. 58.

¹⁶ *Ibidem*, p. 57.

¹⁷ *Ibidem*, p. 58.

¹⁸ Coppo P., *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.

fino a che punto possa estendersi la differenza di percezione nella relazione sanitaria quando si ha a che fare con la differenza culturale. In questo caso la percezione dell'operatore sanitario e dell'utente sono radicalmente diverse non in quanto fanno intravedere la possibilità di diagnosi differenti dal punto di vista nosografico, ma in quanto ad una medesima diagnosi corrispondono diverse percezioni di gravità. Se, infatti, per il medico italiano, quella delle malattie da raffreddamento può essere considerata un'esperienza comune, per quanto riguarda l'utente si verifica un'assoluta mancanza di consuetudine in questo campo, tanto che i sintomi presentati assumono, nella sua prospettiva, una veste del tutto impressionante ed ansiogena. Sottovalutare questa differenza comporterà un inevitabile reiterato ricorso alla struttura sanitaria poiché, nella prospettiva dell'utente, si struttura un vissuto di grave pericolo: "mia figlia non riesce a respirare, e senza respirare si muore"¹⁹.

Risulta evidente, pertanto, la necessità di trovare di volta in volta un punto di equilibrio fra l'universalismo omologante e la sopravvalutazione della differenza culturale. Un compito non facile per l'operatore sanitario, il quale è portatore di una specifica cultura, trasmessagli attraverso un percorso di formazione che non comprende al proprio interno l'apertura ad altre dimensioni culturali e corroborata da un'esperienza sul campo che, fino a quel momento, l'ha messo in relazione con pazienti culturalmente isomorfi alle proprie aspettative.

Esotismo, scetticismo, criticismo

L'incontro dell'operatore sanitario con la differenza culturale rappresentata dall'immigrazione è, in Italia, piuttosto recente. In alcune aree del territorio nazionale più che in altre, d'altra parte, si è ormai declinato per un periodo sufficientemente lungo da consentire ai ricercatori di ipotizzarne un processualità che si articola in fasi successive relativamente tipiche. Una riflessione in tal senso è stata condotta da Riccardo Colasanti e Salvatore Geraci, i quali hanno seguito lo svilupparsi della situazione relazionale con l'utenza immigrata in ambito sanitario a partire dall'osservatorio della Caritas di Roma (uno dei primi ambulatori dedicati agli immigrati che sono sorti in Italia a metà degli anni '80). Dalle riflessioni effettuate in quell'ambito, è emersa l'ipotesi di un'articolazione in tre momenti successivi: fase dell'esotismo, dello scetticismo e del criticismo.

Il primo approccio degli operatori con gli utenti immigrati in area sanitaria sarebbe, quindi, quello tipico della 'fase dell'esotismo', la quale sarebbe a sua volta caratterizzata, se utilizziamo la locuzione coniata dai medesimi autori, da una vera e propria 'sindrome di Salgari'.

Come dalle parole di Colasanti, Emilio Salgari, senza aver mai visitato i paesi tropicali, "scriveva sognando ad occhi aperti di mondi dove quei dati di diversità che egli traeva dalla consultazione nelle biblioteche, servivano ad alimentare la categoria del meraviglioso dei suoi libri". Come Salgari, afferma a sua volta Geraci, "i più bei nomi della medicina accademica italiana, senza aver conosciuto la medicina dei migranti, senza aver forse mai visitato un immigrato, hanno scritto nei termini di un meraviglioso arrivo di patologie misteriose che moltitudini di Sandokan e Tremal-naik importerebbero nei nostri paesi". Ne sono conseguite improbabili aspettative di scoperta da parte dei ricercatori ed anche un'idea, generalmente diffusa, dello straniero come 'agente contaminante'. In questa fase "il medico o l'infermiere", - è ancora Salvatore Geraci che parla -, di primo acchito "si aspetta di trovare il paziente affetto da chissà

¹⁹ Mazzetti M., op. cit. p. 59.

quali strane malattie” per cui “lo inquadra come vettore di morbi esotici o malattie inconsuete” ed “ogni sintomo si ammanta di una sua presunta 'eccezionalità' rispetto alla patologia 'addomesticata' nostrana”.

Un efficace esempio di una situazione di questo genere può essere riscontrato dalla situazione di cui riferisce Marco Mazzetti nel suo testo sul dialogo transculturale:

Una collega ha appena visitato un paziente del Congo: un uomo giovane e robusto, ma visibilmente assennato. Ha qualche sospetto e ne parla con lo psichiatra del servizio: “Vorrei che gli dessi un’occhiata anche tu: sono già due o tre volte che lo vedo, è sempre come un po’ intontito, assennato, non vorrei che... insomma, ho paura che possa essere una tripanosomiasi”.

Lo psichiatra accetta di buon grado: la terribile malattia del sonno a Roma? Diamo subito un’occhiata. Introduce il paziente nel suo studio, e nel breve volgere di qualche minuto arriva a diagnosticare l’origine dell’ipersomnia del soggetto con uno dei brillanti interventi per cui va giustamente famoso. Il giovane uomo, in condizioni economiche non troppo floride, non ha potuto affittare una camera, in città, e nemmeno un letto. Ha dovuto accontentarsi di alcune “ore-letto”. In altre parole ha affittato un letto in una camera in società con un amico: per ragioni professionali questo usa il letto di notte, mentre il nostro, che fa l’aiuto panettiere, lo usa di giorno. Quando viene a farsi visitare in ambulatorio perde il suo turno di riposo, e quindi è assennato. L’esotica tripanosomiasi non era dovuta al morso delle mosche tzè-tzè, ma a più prosaiche ragioni di portafoglio.²⁰

In una fase caratterizzata da questo tipo di aspettative emergono anche, inevitabilmente, le paure di contaminazione. Questa considerazione della probabile presenza di malattie d’importazione, infatti, se da una parte nutre il desiderio di scoperta del ricercatore, dall’altra alimenta l’idea dell’immigrato inteso come 'agente contaminante', rafforzando negli autoctoni le ansie ed i timori che si connettono in genere alla presenza dello straniero, nonché la correlativa richiesta di misure cautelative. La forza di questo orientamento può essere facilmente rinvenuta in quelle comunicazioni, che, nel periodo in cui si è svolta la ricerca che è oggetto di questo scritto, abbiamo incontrato spesso in convegni ed in altri contesti ‘formativi’: il relatore si avvale di una presentazione serrata di dati statistici sulla presenza di specifiche forme morbose nelle aree di origine delle principali categorie di immigrati, senza effettuare alcuna distinzione fra il grado di rilevanza del fenomeno nelle zone di emigrazione e la sua effettiva incidenza fra le comunità di immigrati e creando una sorta di cortocircuito interpretativo che si risolve in un’associazione immediata fra area di provenienza e probabilità statistica, senza che venga contemplata alcun’altra variabile interveniente o forma di selezione. La conseguenza è quella di vedere corroborata l’idea di una pericolosità di fondo insita nel contatto con gli utenti immigrati in ragione di un loro possibile effetto contaminante rispetto a patologie che risulterebbero pressoché debellate fra gli autoctoni.

Senza volere minimizzare il problema, poiché, come ricorda lo stesso Geraci nel medesimo articolo, “storicamente non possiamo nascondere come i movimenti di popolazione abbiano accompagnato la trasmissione di alcune malattie”, le ricerche condotte successivamente non hanno fatto in genere registrare la presenza di forme morbose d’importazione; ne è risultato, invece, un profilo di salute che, per quanto riguarda la tipologia delle condizioni patologiche, “in gran parte si sovrappone a quello della popolazione autoctona di pari età seppur condizionato dall’effetto di scadenti condizioni di vita presenti soprattutto nelle prime fasi dell’immigrazione nel nostro paese”. In considerazione di questo e proprio in contrapposizione alle aspettative che

²⁰ Mazzetti M., op. cit., p. 66.

caratterizzano la 'sindrome di Salgari', come abbiamo accennato precedentemente, si è poi parlato di un 'effetto migrante sano' che caratterizzerebbe la prima fase della presenza degli immigrati nel territorio nazionale.

Le aspettative ed i timori degli operatori trovano, quindi, scarsissima giustificazione dal punto di vista statistico. Ciononostante, una preoccupazione pregiudiziale sembra essere comunemente presente ed attiva nella relazione con l'utente straniero in contesto sanitario. Come, infatti, sagacemente rileva Geraci, "L'incontro con persone di altre culture è un ambito straordinario per costruire pregiudizi. Il fascino e il timore dell'esotico, tra cui ci bilanciamo nell'incontro con persone che vengono da altri mondi, sono per noi fonti di idee preconcepite che possono interferire, e anzi generalmente interferiscono, nella nostra relazione con gli immigrati. (...) Lo studio del pregiudizio in chiave di rappresentazione culturale dell'altro implica quindi un'attenta considerazione anche delle anticipazioni condivise da chi è impegnato nel campo della tutela della salute degli immigrati."²¹ Il timore pregiudiziale non si limita, infatti, ad essere silenziosamente presente nella relazione con l'utente straniero in ambito sanitario, è anche attivo nella prassi ed in tal senso fa inevitabilmente da sfondo a comportamenti e modalità interpretative, rendendosi percepibile attraverso vari segnali: "si richiedono non solo più analisi, ma anche indagini più sofisticate alla ricerca di una sicura malattia tropicale o comunque infettiva ben occultata. La ricerca di un malato, che sia tale in virtù di un suo contatto con il pericolo esotico, implica anche una maggior protezione dal potenziale contagio: il medico si lava più spesso le mani, adotta maggiori precauzioni - ad es. i guanti - nel contatto con il corpo del paziente"²².

Se sul versante degli operatori si verificano questi tipi di aspettative, con le paure ad esse conseguenti, è da attendersi che anche dal lato dell'utenza immigrata si producano specifiche attese ed eventuali timori. Occorre chiedersi, in particolare, che cosa accada nella prospettiva dell'utente immigrato nel momento in cui si produce la consapevolezza di essere aprioristicamente percepito come portatore di determinate patologie, poiché tale aspettativa non può non incidere sulla forma del rapporto e sulle possibilità e modalità con cui ci si rivolge alla struttura sanitaria. Inoltre, come sul versante medico prende forma la sindrome di Salgari, su quello dell'utenza è rinvenibile una sorta di 'sguardo esotico' o di 'esotismo capovolto', per cui l'utente manifesta l'aspettativa di incontrare un universo medico fatto di efficientismo e di tecnologia all'avanguardia, ogni problema sanitario incontra la più grande competenza, si ha rapidità dei tempi e possibilità di risoluzione definitiva dei problemi. Una sorta di sindrome da 'General Hospital' in cui "ci si trova nella strana situazione del medico che tendenzialmente è portato a credere il migrante come il 'buon selvaggio' rousseauviano e del paziente immigrante che abituato ai telefilm di Dallas o General Hospital che vengono trasmessi a Kinshasa come a Dar el Salam si aspetta di essere trattato come in un ospedale per Wasp bostoniani"²³. Tale situazione non comprende affatto, da parte dell'utente, un affidarsi passivo/privo di condizioni alla Struttura, come invece il medico si attenderebbe, ma la volontà di vedere ottemperate le proprie aspettative, le quali, fondandosi sull'immagine utopica di una tecnologia totalmente efficiente, si concretizzano in prima istanza nell'attesa di una sua disponibilità totale, incondizionata e risolutiva.

²¹ Geraci S., *La sindrome di Salgari... 20 anni dopo*, in: *Per una salute senza esclusioni*, Atti del IX Consensus Conference sull'immigrazione, VII Congresso nazionale SIMM, Palermo, 27 – 29 Aprile 2006.

²² *Ibidem*.

²³ *Ibidem*.

Se questo può essere considerato il primo momento che tipicamente si affaccia sulla scena sanitaria nella relazione operatore-paziente con il mutare delle caratteristiche demografiche dell'utenza, in una seconda fase, sul versante opposto rispetto agli atteggiamenti allarmistici, si sono collocate poi – e si collocano tuttora - le situazioni caratterizzate da “scetticismo”, le quali hanno sullo sfondo l'idea di una sostanziale ‘normalità’ della condizione di salute del migrante. Questo atteggiamento può avere alle spalle più determinanti in quanto, se da una parte può rappresentare una fase più matura del processo che caratterizza l'approccio con l'utente immigrato, per cui ci si pone nella condizione di tenere conto dei dati che contrastano con l'idea iniziale di esoticità e di progredire rispetto alla disillusione iniziale del ricercatore, dall'altra può risultare da irriflesse abitudini interpretative. Nel “periodo dello scetticismo”, poiché agli occhi dell'operatore si presenta un quadro che non manifesta segni correlabili con specifici problemi, la domanda di cura viene tendenzialmente ridimensionata. L'assenza dei segnali attesi può, però, a sua volta, essere effettivamente indicativa dell'assenza di patologie particolari, oppure essere frutto di un diverso modo di esprimersi, di manifestare il dolore, di interpretare e dare significato ai segnali del corpo ed alle richieste formulate dagli operatori in quanto può mancare, quel “modello interpretativo della malattia culturalmente condiviso” che consentirebbe agli interlocutori d'intendersi. Se, sul versante dei servizi offerti, “è questa la fase in cui si registra il più alto numero di abbandoni da parte dei volontari o il maggiore disinteresse e ‘disattenzione’ negli operatori sanitari pubblici”, il rischio che s'intravede per l'utente è quello della sottovalutazione del problema presentato, della percezione di ipocondria da parte del medico, se non di vero e proprio etichettamento del paziente in termini di dissimulazione per quanto riguarda specifici comportamenti adottati. In queste condizioni, c'è anche un'accresciuta possibilità che si verifichino inconsapevoli forme di discriminazione e più manifeste percezioni ed accuse di razzismo, le quali risulteranno a loro volta tanto più probabili quanto maggiore sarà stata l'idealizzazione effettuata a monte, da parte dell'utente, della sanità presente nel paese di immigrazione. “Di fronte all'aspettativa di una sanità occidentale ipertecnologica, pronta ed efficiente”, infatti, l'utente che riceve “risposte lente, apparentemente inconsistenti, a volte sgarbate, rinvii” non interpreta queste evenienze in termini di malfunzionamento del sistema. Questo è semmai quanto potrebbe fare, più facilmente, l'utente autoctono, in quanto maggiormente propenso a considerarle “cose usuali forse per noi che ben conosciamo la realtà di alcuni ospedali”; per chi ha alle spalle aspettative di alta efficienza assumono, invece, “il senso di sgarbi premeditati, ingiustizie volute, incapacità professionale”. Se, sul versante dell'operatore sanitario, si produce con facilità l'idea che l'altro non presenta alcuna problematicità di rilievo e che, pertanto, gli faccia perdere tempo con richieste inadeguate ed inopportune, su quella dell'utente tende specularmente a prodursi la percezione che il medico non sia una persona professionalmente valida o che lui venga curato in modo inadeguato proprio in quanto straniero.

In tutto questo, paradossalmente, un ruolo di rilievo può essere giocato proprio dall'idea, presente fra gli operatori, di un'uguaglianza di base di tutto quanto concerne l'umano, ivi compresa l'uniformità delle patologie e delle loro manifestazioni. È in virtù di questa posizione di fondo, infatti, che l'operatore si attende di ricevere dagli utenti alcune indicazioni e non altre rispetto al problema per cui si rivolgono al Servizio. Nella misura in cui questi segnali vengono a mancare, le coordinate di cui l'operatore si avvale tendono più facilmente a direzionarlo verso l'idea di un'assenza di morbosità che verso una laboriosa ridefinizione del proprio sistema di orientamento. La stessa struttura del discorso medico-scientifico, oltre che la psicologia umana, tendono a favorire questa modalità di approccio, l'una in quanto volta a de-soggettivare il proprio discorso pensandolo come assolutamente obiettivo ed universale, l'altra in quanto propensa ad

affidarsi agli automatismi che di volta in volta si costituiscono in quanto consentono un considerevole risparmio rispetto alle fatiche cognitive ed emotive che comporterebbe l'adozione di un approccio che debba sempre ricostituirsi *ex-novo*.

I due approcci che caratterizzano la fase dell'esotismo e quella dello scetticismo non esauriscono, però, lo spettro delle alternative possibili: una terza modalità potrebbe essere quella che indirizza verso una dimensione autoriflessiva, la quale andrebbe così a costituirsi come superamento dialettico delle due precedenti. Nella struttura processuale a tre fasi di cui parla Geraci, il momento più avanzato della riflessione è, infatti, quello che vede l'accesso ad una posizione di "criticismo" in cui, come avviene per ogni percorso dialettico, si realizza uno scarto rispetto all'antitesi del livello inferiore. Qui la problematicità dell'incontro etero-culturale è tutta in gioco, senza possibilità di sconti rispetto alla sua complessità potenziale. A questo livello, infatti, il salto qualitativo è rappresentato da una centratura dell'attenzione non più esclusivamente sull'utente-oggetto, ma sull'incontro di due soggettività e questo complica moltissimo le cose, poiché amplia lo spettro delle variabili intervenienti. La possibilità di inquadrare con precisione l'utente entro un sistema 'cartesiano' di coordinate che fa dell'esattezza il punto di riferimento obbligato per ogni intervento successivo non risulta praticabile: se si ha un orecchio musicalmente educato, ci si accorge che applicare automaticamente la procedura abituale produce un eccesso di stonature. In questa fase l'operatore non rifugge dal problema forzando la mano in direzione dell'esotismo o della normalizzazione, ma prendendo atto ed attraversando la "crisi dei codici consueti di comunicazione e d'anticipazione". Il fatto di continuare ad applicare in modo irriflesso degli schemi di orientamento che vengono implicitamente dati per scontati nella loro validità, come accadeva per ognuna delle posizioni precedenti, sebbene rappresentassero l'una la negazione dell'altra, diviene ora a sua volta problematico. Si verifica una sospensione critica che non si configura, però, come perdita di ogni possibilità di appoggio, ma come necessità di apertura, poiché quello che implicitamente si rende necessario non è la messa in discussione della validità dei propri punti di riferimento, ma della possibilità di erigerli a coordinate assolute. Ci si accorge che probabilmente, nel momento in cui ci è irrigiditi in una specifica posizione, non si è "capito nulla della persona-paziente", che, anzi, questa dimensione è sfuggita in buona parte alla percezione e prende forma l'idea che se "non è il virus o il miceto ad essere inconsueto", può invece esserlo "la percezione del corpo, della salute e della malattia". La questione che si pone, allora, non è quella di centrare l'attenzione in modo attento ed esclusivo sull'utente-malattia, ma di rimodulare l'ascolto sull'interazione e di apprendere a riorientarsi procedendo anche ad una messa a fuoco critica "lenta, faticosa, sempre relativa, dei propri criteri di giudizio". Come fa intravedere Geraci riflettendo sul doppio senso del termine "criticismo", questa fase non va quindi intesa solo nel senso dell'attraversamento di una "crisi", ma anche in quello della messa a fuoco di un ulteriore "criterio". Per farlo occorre prendere atto di quali sono state le immagini dell'altro che ci hanno implicitamente guidato fino a quel momento e cercare di oltrepassarne il limite, così da "incontrare il soggetto, interprete assoluto di una cultura, di una storia, di una realtà psicofisica, di una vicenda esistenziale". In questa fase cambia la posizione dell'operatore, ma, in virtù di questo, anche quella del paziente il quale "acquista una più reale consapevolezza su ciò che è possibile chiedere e su ciò che il medico e l'infermiere possono concretamente rispondere".

Si tratta in qualche misura di una fase 'ideale', che per essere davvero percorsa in tutta la sua articolazione richiede un forte dispendio di energie a molti livelli. In primo luogo viene messo in campo l'investimento emotivo degli operatori, in quanto il fatto di attraversare criticamente il proprio sistema di presupposizioni comporta, inevitabilmente, il mettere in gioco le proprie sicurezze: una questione che ci sembra sia

particolarmente pregnante sul versante dei medici, ma che non risparmia in alcun modo il personale infermieristico e che coinvolge anche i vari operatori di sportello ed ogni altro ausiliario. Non sono, poi, affatto secondarie le problematiche di tipo amministrativo, poiché mettere in atto la prospettiva implicitamente presente nella fase del 'criticismo' richiede un investimento anche in termini di riformulazione organizzativa, con la necessità di accettare che le procedure codificate possano subire delle modifiche, che la macchina organizzativa debba riconoscere la necessità di un maggiore investimento di tempo da riservare all'ascolto, che si predisponga l'introduzione di specifici ausili, che gli operatori abbiano la possibilità di accedere ad adeguati percorsi formativi *in itinere* che comprendano la possibilità di un reale confronto e non si risolvano, invece, in un mero passaggio di informazioni, per quanto articolato esso possa essere. In considerazione della complessa fisionomia di questi due livelli di implicazione, occorre probabilmente presumere di doversi muovere in una prospettiva utopica che, in quanto tale, non prevede il definitivo raggiungimento della meta implicata, ma che risulta prefigurabile come guida ed ideale regolativo per le scelte da effettuare. Non occorre peraltro dimenticare, in tal senso, qual è stato il presupposto da cui ha preso le mosse la nostra riflessione: la considerazione che ogni percorso di ogni utente nell'ambito della sanità è strutturalmente problematico e che, a ben guardare, non vi si danno relazioni che siano pienamente iso-culturali. In definitiva, ogni miglioramento che può essere apportato dal lato della relazione con l'utente immigrato è pressoché inevitabile che ricada anche sul rapporto con quello autoctono.

Disease, illness, sickness

Parte delle considerazioni effettuate sopra trova collocazione nella riflessione operata in ambito medico intorno al concetto di malattia, laddove vengono introdotte delle distinzioni terminologiche che corrispondono ai diversi modi di intendere quanto di volta in volta viene considerato salute e malattia nella prospettiva dell'operatore sanitario, dell'utente e dei loro rispettivi *entourage*. Risulta, infatti, pressoché inevitabile che medico e paziente si trovino nella condizione di comunicare a partire da modelli esplicativi diversi di salute e malattia, i quali possono rimanere più o meno latenti, ma che entrano comunque in gioco nel contesto di ogni singolo incontro fra operatore sanitario ed utente. La questione, in questi termini, può essere considerata strutturale nella comunicazione fra medico e paziente; non riguarderebbe, quindi, esclusivamente la dimensione dell'incontro fra un operatore sanitario ed un utente che hanno origini geografico-culturali diverse, ma risulterebbe trasversale al rapporto con tutta l'utenza. In tal senso, nell'ambito dell'antropologia medica, in particolare con la scuola di Harvard, appoggiandosi all'articolazione terminologica del concetto di malattia che si riscontra nella lingua inglese, è stata messa a fuoco in primo luogo la differenza fra *disease* ed *illness*, e successivamente la possibilità d'inquadrare la malattia anche in termini di *sickness*.

Per una definizione di questi termini ci avvaliamo di quanto formulato da Giovanni Piazza nel suo testo *Antropologia medica*, laddove si afferma che:

Tutti e tre questi termini 'significano' la malattia, ma sono stati assunti dall'antropologia medica anglosassone per indicare tre dimensioni della malattia talmente diverse da essere osservate come realtà distinte: *illness* è l'esperienza soggettiva del malessere, il vissuto del disagio, lo stato di sofferenza così come è percepito dal sofferente stesso; *disease* è invece la condizione biomedica di malattia, la 'condizione patologica' oggettivata come alterazione dell'organismo e denominata in un'etichetta nosologica nei

saperi della medicina occidentale in base a segni e sintomi interpretati da un punto di vista esterno al corpo del sofferente (lo sguardo diagnostico del medico); *sickness* è invece il significato sociale dello star male, 'il ruolo sociale del malato formalizzato all'atto della diagnosi'.²⁴

Troviamo, quindi, l'articolazione di tre distinti orizzonti, tutti contemporaneamente in gioco nella dinamica della relazione che intreccia curante e curato, sebbene i personaggi in carne ed ossa possano essere solo due:

- *Illness*: è la malattia così come viene vissuta e percepita dal paziente, con tutta la sua cultura, i suoi sentimenti, le sue emozioni. Designa, quindi, la sua esperienza diretta, il suo vissuto, il suo disagio, la sua sofferenza in quanto effettivamente percepiti; il suo sentirsi malato. Ne fanno parte le sensazioni fisiche, i sentimenti che proviamo ed i pensieri che formuliamo, oltre che i comportamenti che mettiamo in atto quando ci sentiamo malati. È una dimensione personale fortemente influenzata dalla cultura. Detto con una celebre formula, *illness* è “quello che vive e sente il paziente quando va dal medico”.
- *Disease*: è la malattia intesa come realtà oggettiva, cioè misurabile con metodi matematici/sperimentali e con la visualizzazione dei diversi organi intesi come separati dal contesto culturale; un'entità nosologica ritenuta avere una sua autonomia di sviluppo. Il termine si riferisce alla concettualizzazione della malattia da parte del professionista, quindi fa riferimento al *nosos*, cioè all'interpretazione medica in forma di entità clinica o anatomo-fisiologica, ma comprende anche il *pathos*, cioè le perturbazioni anatomiche e fisiologiche in quanto constatate oggettivamente. Detto in altri termini, *disease* è “quello che il paziente ha quando torna dall'ambulatorio”;
- *Sickness*: è la malattia in quanto incarnata in un ruolo. Il concetto di *sickness* consente di distinguere fra 'essere malato' (sentirsi tale) e 'essere un malato' (essere riconosciuto come tale) e rispetto a questo indica quanto il contesto sociale predispone per quel singolo caso in quanto rappresentativo di una categoria. Ha a che fare con la percezione della malattia da parte dell'ambiente non medico che circonda il soggetto, con il ruolo sociale che al malato viene riconosciuto nel suo contesto di vita.

La distinzione è stata cavalcata a partire dagli anni '80 dapprima in una forma duplice, mettendo cioè a fuoco i soli concetti di *disease* ed *illness*. In tal senso ha fornito degli importanti spunti di riflessione mettendo in evidenza la possibilità che proprio una non coincidenza dei due modelli esplicativi possa essere responsabile di una *non-compliance*. Come evidenzia Ivo Quaranta:

Un esempio è quello fornitoci dallo studio dell'ipertensione che Blumaghen (1980) ha condotto in Nordamerica: i pazienti fanno riferimento a modelli interpretativi popolari, che identificano la natura del problema con lo stress e le tensioni che le persone esperiscono nella propria vita (*illness*), laddove i medici configurano il problema in termini di pressione arteriosa (*disease*). Questi differenti modelli portavano alla *non-compliance* nella misura in cui, passate le fasi critiche della propria vita, i pazienti, non sentendosi più sotto pressione, smettevano di prendere i farmaci prescritti, che invece, data la natura cronica del disturbo, avrebbero dovuto assumere quotidianamente.²⁵

²⁴ Pizza G., *Antropologia medica*, Carocci, Milano, 2005, pp. 83-4.

²⁵ Ivo Quaranta (a cura di), *Antropologia medica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006, p. XI.

Illness e *disease* possono darsi indipendentemente l'una dall'altra. Risulta fondamentale considerare il fatto che nella relazione di cura vanno considerate entrambe le dimensioni poiché, se ad esempio non ci si preoccupa di curare la *illness*, oltre alla *disease*, difficilmente l'utente percepirà l'intervento come rispondente ai suoi bisogni, pertanto difficilmente gli darà credito e collaborerà al trattamento, anche se quanto propostogli risponderà alle esigenze della clinica medica. È infatti possibile che la persona si senta benissimo nonostante le venga diagnosticata una grave malattia, o anche che, al contrario, possa sentirsi malissimo in assenza di malattia. Il primo caso è emblematicamente quello delle cosiddette malattie asintomatiche, in cui si dà *disease* senza *illness* ed in cui risulta particolarmente difficile aggirare le resistenze che ostacolano la *compliance*; il secondo concerne la presenza di *illness* senza *disease* e pone altri problemi al rapporto sanitario soprattutto in virtù della presenza di aspettative non corrisposte, questa volta sul versante del paziente.

Le situazioni in cui si verifica una *disease* senza *illness* sono state relativamente studiate ed infatti non mancano, in lettura, esempi di casi e specifiche riflessioni. È quanto emerge, per esempio, dal testo di Mazzetti, già precedentemente citato, in cui uno specifico spazio viene riservato al tema delle malattie croniche.

Carmen è una signora boliviana, ricoverata in ospedale per i problemi che le ha determinato il diabete di cui soffre. Dopo alcuni giorni è stata dimessa con la glicemia compensata, la prescrizione delle terapie e l'invito a ripresentarsi per un controllo dopo un mese. Torna puntuale al centro antidiabetico dell'ospedale: ha seguito la cura, e le sue condizioni cliniche permangono sotto controllo. Il medico che la visita dice che va bene, la invita a prendere un appuntamento per un controllo a distanza di tempo e la saluta. Non vede più Carmen per molto tempo. Quando si incontrano, sono passati quasi due anni, e non si vedono in ambulatorio: il medico la visita durante una consulenza, perché è ricoverata nel reparto di patologia ostetrica. È ormai al sesto mese di gravidanza, il feto è molto grosso, ben oltre il 90° percentile, e il quadro clinico chiaramente scompensato. Il medico la sgrida, le chiede perché non si è fatta più vedere. Carmen risponde, candidamente: "Dottore, mi aveva detto che tutto andava bene. Pensavo di essere guarita". Il collega è anche stupito che essi siano arrivati al sesto mese di gravidanza prima di accorgersi dello scompenso metabolico della paziente, e sta cominciando a pensare male del ginecologo che la segue, quando la paziente gli dice di non aver mai fatto visite, prima: "Sa, da noi non si usa andare dal medico, se si sta bene...".²⁶

Situazioni di questo genere si verificano con facilità laddove si ha a che fare con malattie asintomatiche, con situazioni di cronicità e con pazienti provenienti da aree culturali in cui non si è avvezzi a rivolgersi alle strutture sanitarie per controlli di carattere preventivo. Oltre ai casi di diabete, esempi di particolare gravità in tal senso sono rappresentati dalla tubercolosi, che richiede un trattamento prolungato anche dopo che la fase iniziale, sintomatica, è stata superata, così come dalla terapia anti-retrovirale nei pazienti HIV positivi.

Difficile trovare in letteratura, invece, esempi di situazioni in cui si ha *illness* senza *disease*, oppure di situazioni in cui risulta preponderante la dimensione della *sickness*, anche se esempi in tal senso possono essere costituiti dai casi che abbiamo riportato

²⁶ Mazzetti M., Op. cit., p. 102.

precedentemente per mettere in luce la tendenza a sottovalutare la dimensione culturale²⁷.

Al di là di ogni lacuna che il modello può presentare, in definitiva, esso risulta utile ed efficace in quanto aiuta a mettere in evidenza l'ineludibile compresenza di fatto di diverse prospettive interpretative nell'incontro con i professionisti che operano in ambito sanitario. Infatti, per quanti sforzi possa fare, il paziente non potrà mai sbarazzarsi del tutto della sua esperienza di malattia (*illness*) - così come per il medico non sarà mai possibile assumere realmente l'esperienza del paziente - la quale rimarrà inevitabilmente in gioco nel momento della comunicazione medica (*disease*) e contribuirà a determinare gli esiti del percorso di cura in rapporto alle possibilità contemplate dai ruoli sociali incarnati dagli interlocutori e dai loro rispettivi *entourage*, nonché dai significati socio-culturalmente definiti (*sickness*). Il modello *disease-illness-sickness* rappresenta, pertanto, una mappa concettuale utile per avventurarsi nella lettura di un territorio strutturalmente identico ad ogni latitudine ed anche un sussidio operativo che può aiutare a mettere a fuoco alcune peculiarità.

La dimensione comunicativo-relazionale

Il percorso di ricerca che costituisce l'ossatura di questo lavoro riguarda il rapporto fra operatori ed utenti immigrati in area sanitaria e prende in considerazione in modo particolare quanto si verifica a questo livello in contesto ospedaliero. Al centro dell'attenzione si situa, quindi, la dinamica relazionale e tutto quanto concerne il delinarsi della comunicazione.

Relazione e comunicazione intessono rapporti articolati e complessi, tanto che risulta un compito titanico quello di delimitarne i confini. Per certi versi potremmo dire che i due ambiti non sono chiaramente distinguibili, né, tantomeno, separabili: l'immagine che ci sembra più adeguata per mettere a fuoco la fisionomia dei loro rapporti è quella della relazione figura-sfondo. Quando ci si appresta a dipingere, il fondale può venire del tutto coperto dalle immagini, cessando con questo di esistere come tale, ma può anche prendere consistenza attraverso il delinarsi delle forme, permanendo a mo' di cornice che inquadra il dipinto o costituendo la condizione residuale che consente alle raffigurazioni di emergere; talvolta, inoltre, lo sfondo può divenire esso stesso figura, fino al punto di rendere indistinguibile che cosa costituisca il fondale del dipinto e che cosa, invece, ne rappresenti il proscenio, come avviene per le immagini gestaltiche, che pongono in uno stato di oscillazione permanente l'alternanza figura-sfondo, costringendo lo spettatore ad un continuo gioco di ribaltamento percettivo. La molteplicità di questo insieme d'intrecci ed alternanze trova espressione anche per il nostro argomento, per cui risulta di volta in volta possibile parlare in termini di comunicazione o di relazione dando progressivamente risalto ad uno solo dei termini in gioco, fino ad assorbire del tutto l'altro, oppure inserire una tematica entro il perimetro dell'altra consentendogli in tal modo di assumere una forma specifica, o anche oscillare dall'una all'altra dimensione ponendole su un piano di sostanziale equipollenza e complementarità.

Al di là di quanto emerso nell'ambito della sperimentazione europea dei *Migrant Friendly Hospitals* e delle altre riflessioni riportate finora, la letteratura che affronta il tema dell'uso dei servizi sanitari da parte dell'utenza immigrata difficilmente centra

²⁷ A questo proposito si rimanda a quanto riportato precedentemente nell'ambito del capitolo *Fra universalismi e 'eccessi di culture'*.

l'attenzione sulle problematiche relazionali e comunicative tenendo in considerazione la complessità di questi rapporti ed anche la ricerca in materia non sembra essersi addentrata in modo analitico in questo ambito, andando ad indagare le dinamiche e le configurazioni che si producono in modo più o meno tipico nel campo della relazione/comunicazione nei contesti sanitari in cui si ha significativamente a che fare con utenti immigrati. Questa scarsa attenzione per certi versi non stupisce. Come, infatti, esplicitamente afferma Marco Mazzetti, il nostro sistema medico, seppure meritorio su molti versanti, è tipicamente carente per quanto riguarda l'attenzione alla relazione ed alla sua forza curante. È peraltro paradossale che questa disattenzione sia sviluppata al punto tale da non far prevedere alcuna attività o esame centrato sulla relazione medico-paziente in tutto il percorso di formazione universitaria del medico nelle università italiane, in genere neppure a livello di specializzazione, mentre la scienza medica sa bene che la dimensione relazionale rientra fra i fattori aspecifici della cura ed influisce in modo particolare sulla *compliance* dei pazienti (cioè sulla loro adesione alle prescrizioni mediche)²⁸. Fa eccezione a quanto appena asserito una parte della riflessione maturata in contesto etnopsichiatrico, nel cui ambito relazione e comunicazione vengono tendenzialmente poste al centro dell'attenzione come riflesso della necessità di individuare ed istituire specifici *setting* e di mettere in campo una pluralità di risorse ed artifici che consentano alle diverse posizioni di esprimersi, trovando accoglienza ed ascolto²⁹.

Il giunto relazione/comunicazione, d'altra parte, risulta particolarmente problematico proprio laddove si ha a che fare con situazioni caratterizzate in senso eteroculturale, poiché esse mettono emblematicamente in campo diverse abitudini ed aspettative, diversi sistemi di significato, diversi modi di percepire ed esprimersi. Ciononostante, proprio in quest'ambito è tutt'altro che infrequente la tendenza a considerare la problematica in modo più o meno riduttivo e semplicistico, riconducendola all'ingombrante presenza di pochi elementi macroevidenti. Capita, pertanto, con relativa facilità, che tutta la questione del disagio percepito nella relazione con il paziente straniero venga ricondotta al mancato possesso di un linguaggio veicolare comune da parte degli interlocutori, che consenta il passaggio delle informazioni ritenute essenziali. La dinamica relazionale e comunicativa in gioco nei singoli contesti relazionali, qualora considerata nei suoi molteplici risvolti, rende, invece, evidente la presenza in campo di una molteplicità di variabili che vanno ben oltre la dimensione puramente verbale e dello scambio informativo, che mettono in campo la questione stessa dell'identità personale e la cui presenza configura in modo peculiare e distinto le diverse situazioni.

Una delle tendenze più comunemente presenti è quella di considerare la relazione come il prodotto dell'interazione fra soggetti chiaramente individuati e distinti, preesistenti alla relazione stessa, che entrano in comunicazione a partire da ciò che ipostaticamente sono. Anche se si ha a che fare con soggetti umani, in tale prospettiva le individualità vengono considerate alla stregua di dati originari indipendenti e statici. In quest'ottica, A e B possono venire accostati secondo specifiche regole di combinazione e, come in un'equazione matematica, produrre delle relazioni in quanto entità sussistenti di per sé:

²⁸ Nel suo testo *Il dialogo transculturale*, Marco Mazzetti riporta, questo proposito, che “uno studio inglese (Stimson, 1974) ha valutato che la *non-compliance* dei pazienti raggiunge almeno il 30% delle terapie prescritte, e questo in una relazione terapeutica isoculturale” per cui fa osservare che è tutt'altro che inverosimile pensare che tale percentuale possa essere ben maggiore in una relazione fra soggetti eteroculturali, dove i livelli di incomprensione sono in genere molto più elevati (Mazzetti M., *Il dialogo transculturale*, CarocciFaber, Roma, 2003, pp. 30-31).

²⁹ Cfr. a questo proposito soprattutto gli scritti di Tobie Nathan, in particolare *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était...* *Principes d'ethnopsuchanalyse*, La Pensée sauvage, 1993.

la relazione si struttura in conseguenza del loro incontro e non ne intacca in alcun modo la fisionomia.

In una prospettiva diametralmente opposta, la relazione può essere considerata un fenomeno originario le cui componenti, ben lungi dal sussistere in sé, acquisiscono uno specifico statuto di esistenza proprio in virtù della relazione che le fa essere. Sulla base di questo punto di vista, non risulta possibile affermare che i soggetti in campo si configurerebbero allo stesso modo qualora cambiasse il carattere della relazione. Se ci rivolgiamo al campo degli umani, prendendo a prestito le parole di Umberto Galimberti, in questo caso si è costretti a dire che “l’individuo si costituisce sempre a partire da una relazione” e non, invece, “come individualità isolata che instaura relazioni”³⁰.

In una prospettiva d’insieme è forse possibile salvaguardare le due possibilità, includendole in una dimensione più vasta capace di comprenderle e di superarle entrambe. Che si faccia riferimento all’una o all’altra prospettiva, infatti, sistemicamente parlando, la relazione ed i suoi termini non possono essere pensati secondo le linee di una - troppo semplice - corrispondenza biunivoca. Come dalla celebre formula della scuola gestaltica, “il tutto è più della somma delle parti”, non è semplicemente o solo diverso da essa. Sul piano euristico è forse possibile percorrere entrambe le vie, ma né l’una né l’altra, se assolutizzate, sembrano poter rendere ragione della complessità. I poli, con la loro interazione, fanno essere il campo magnetico, il quale a sua volta consente ai poli di sussistere, poiché non vi sarebbe alcun elemento polare senza una relazione di reciprocità; nessuno dei fattori in gioco esiste in sé e per sé. La questione diviene, allora, quella del livello di analisi o, per meglio dire, della mappa concettuale che utilizziamo per ritagliare e comprendere il reale, con la complicazione, in questo caso, che la posizione del soggetto che indaga entra a sua volta, con il proprio atto, a determinare quanto viene indagato, in un’interdipendenza continua ed ineludibile dei termini dell’indagine.

In questa complessità trova dimora il concetto di identità per come viene attualmente teorizzato nel campo delle Scienze Umane e Sociali, quindi l’idea che l’identità, ben lungi dal costituirsi come una dimensione statica, o comunque definita in modo lineare e progressivo nel corso della storia individuale di ognuno, rappresenti, invece, una complessità articolata, capace di assumere configurazioni diverse. L’identità di ogni singolo individuo, in questa prospettiva, non inerisce la sua essenza in modo statico, è semmai in continuo atto di farsi, in un processo di costruzione *in fieri* che prende forma in relazione all’alterità³¹. Non è, quindi, possibile affermare che noi siamo semplicemente identici a noi stessi nelle diverse situazioni. Come dalla parole del celebre saggio di Bandiagara, Amadou Hampâté Bâ, il quale riporta a sua volta un detto bambara, risulta possibile affermare che “le persone di una persona, sono numerose in ogni persona”³², attribuendo a quest’affermazione non solo l’idea che ognuno di noi è internamente articolato in una molteplicità già definita, ma anche il senso ulteriore di un’articolazione che non ha esito compiuto una volta per tutte.

³⁰ Galimberti Umberto, *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torno, 1994.

³¹ Cfr. in particolare Remotti F., *Contro l’identità*, Laterza, Roma-Bari, 1996.

³² Il racconto dello scrittore maliano è molto efficace in tal senso: “Mia madre, quando voleva vedermi, aveva l’abitudine di chiedere a mia moglie: “Quale delle persone di mio figlio abita qui oggi? Il toubab? L’uomo di religione oppure mio figlio?”. Se mia moglie rispondeva “Tuo figlio” allora entrava in casa senza cerimonie e mi diceva cosa voleva. Se diceva “E’ l’uomo di Dio”, mia madre si limitava a fare proposte, ma se mia moglie rispondeva “Il toubab”, allora mia madre ripartiva senza neppure provare a incontrarmi”. Amadou Hampâté Bâ, *Jesus Gesù visto da un musulmano*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000.

La portata di questa prospettiva è di forte rilievo per la dinamica relazionale e comunicativa, poiché porta a considerare il fatto che le situazioni che di volta in volta si creano assumono la loro configurazione non semplicemente in virtù di dati di fatto inamovibili, ma in quanto rendono attuali delle potenzialità. In questo, pertanto, è insito un forte fattore di responsabilità, che mette a confronto con la possibilità di scelta. Risultano, allora, di particolare rilievo soprattutto le considerazioni fatte precedentemente a proposito della presenza di impostazioni contrastanti in direzione universalistica o culturalizzante, poiché quello che di volta in volta può verificarsi, in un caso e nell'altro è la messa in atto di una dimensione procedurale che non semplicemente fa essere ciò che già era, ma che ricalca le linee di fondo di una vera e propria 'profezia che si autoadempie', peraltro particolarmente studiata proprio nel settore della comunicazione che si interroga su quali siano i suoi aspetti pragmatici³³.

La comunicazione in primo piano

Il complicato gioco di rapporti che intreccia il tema della comunicazione con quello della relazione è tendenzialmente misconosciuto. Nella percezione degli operatori socio-sanitari che prestano la loro opera in contesti in cui il rapporto con il paziente straniero si verifica con relativa frequenza non è d'altra parte assente una percezione di problematicità a questo livello. Non a caso, l'indagine condotta trasversalmente ai 12 ospedali pilota della sperimentazione dei *Migrant Friendly Hospitals* attraverso somministrazione di uno specifico questionario ha consentito di mettere a fuoco una scala delle problematicità e delle necessità percepite che pone in primo piano la dimensione comunicativa e da cui non sono assenti fattori che richiamano il contesto relazionale. In particolare, sono state individuate sei categorie prioritarie di bisogni percepiti:

1 lingua e comunicazione	segnalato da 12 ospedali
2 informazione + educazione del paziente	segnalato da 12 ospedali
3 barriere culturali / mancanza di competenze operatori	segnalato da 10 ospedali
4 visite delle famiglie	segnalato da 7 ospedali
5 menù adeguati alle diverse culture	segnalato da 6 ospedali
6 sostegno sociale e spirituale	

Come si evince dalla sintesi appena riportata, l'analisi comparata dei bisogni ha fatto emergere che il problema della comunicazione (per l'esattezza il problema 'lingua e comunicazione') viene indicato come prioritario (a fianco di 'informazione e educazione del paziente') da 12 ospedali su 12. Fra i risultati della ricerca non compare, invece, la voce 'relazione', ma più di una delle categorie considerate ha una stretta attinenza con essa. L'assenza della categoria 'relazione' e l'accorpamento in un raggruppamento unico di 'lingua e comunicazione' interroga, d'altra parte, su come le varie categorie vengano tenute presenti nelle loro possibilità di articolazione reciproca: la tendenza prevalente è quella di focalizzare l'attenzione in modo prioritario sulla comunicazione, dando particolare risalto alla comunicazione linguistica e, nell'ambito di essa, alle problematiche connesse al possesso di un medesimo linguaggio verbale. La rilevazione dei bisogni percepiti in un contesto di peculiare sensibilizzazione al rapporto con

³³ Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D, 1971.

l'utenza straniera, d'altra parte, non manca di evidenziare la presenza di necessità che si situano anche a livello extralinguistico e che vanno a coinvolgere l'area relazionale anche in considerazione della fisionomia degli operatori. Questi ultimi affermano, infatti, di percepire la presenza di barriere in senso lato 'culturali', oltre che in senso stretto linguistiche, rispetto alle quali percepiscono di avere un insufficiente/mancante livello di competenze. D'altra parte, la voce 'educazione del paziente' evoca con una certa facilità scenari relazionali problematici e richiama la tendenza a mettere in primo piano prevalentemente la posizione dell'altro, individuandovi carenze ed inadeguatezze.

Prima di addentrarci nella problematica comunicativo/relazionale che rimanda in senso stretto al rapporto fra operatori e pazienti, è opportuno introdurre una distinzione terminologica a proposito dei termini informazione e comunicazione. I due concetti, infatti, non sono intercambiabili, sebbene la delimitazione dei rispettivi ambiti di specificità sia, al contempo, tutt'altro che facile da realizzare. Se quella dell'informazione può essere considerata una connotazione specifica della comunicazione, una dimensione ad essa interna ed alla quale la problematica comunicativa viene spesso ricondotta non senza realizzarne un sostanziale impoverimento, ha anche rappresentato, d'altra parte, una prospettiva a sé nel novero degli studi sulla comunicazione, un ambito di riflessione le cui radici affondano in una tradizione filosofica specifica³⁴. In questa sede non ci addentriamo nella disamina concettuale e, semplicemente, ci limitiamo a rilevare la presenza di una problematicità all'interno dei vari tentativi di delimitazione dei due domini, limitandoci a rilevare che, in termini generali è possibile affermare che l'informazione, per poter essere veicolata adeguatamente, necessita di un insieme di riferimenti sostanzialmente analogo per emittente e ricevente ed in cui ogni elemento abbia adeguata collocazione, mentre nel campo della comunicazione questa uniformità non è vincolante. In una dimensione eminentemente informativa, organizzata secondo quanto appena enunciato, ciò che interviene a rendere problematica la trasmissione dei segnali informativi prende il nome di "rumore". In tal senso, può essere considerato "rumore" non solo ogni fenomeno fisico che, producendo sensazioni sgradevoli alla ricezione acustica, ne compromette la qualità, ma ogni forma di disturbo che entri in gioco nel processo. In una prospettiva generale, si può affermare che costituisce rumore ogni interferenza indecifrabile che, interponendosi fra emittente e ricevente, non può divenire informazione (cioè ordine, varietà strutturata) proprio in quanto esce dalle possibilità di codifica contemplate (in quanto, cioè, non c'è un sistema adeguato a dargli senso). In un apparato informativo il ricevente cui pervengono messaggi che, in base al proprio codice, non hanno significato, li 'cataloga' come rumore e, in tal senso, o non li prende assolutamente in considerazione, o non considera la possibilità di attribuire loro altro significato che quello del rumore stesso, pertanto non vi risponde. Quella che avrebbe potuto essere eventuale informazione viene, così, perduta come tale: è e resta interferenza. Il sistema della comunicazione umana ha difficilmente un aspetto così lineare, ciononostante, il modello appena tratteggiato può risultare utile per orientarsi in alcune problematiche riguardanti il passaggio d'informazioni dalla struttura all'utente, che si sia in presenza o meno della mediazione di un operatore.

Per iniziare ad addentrarsi nella problematica comunicativa/relazionale, un'analisi che incontriamo in letteratura è, invece, quella effettuata da Geraci³⁵ e Colasanti³⁶, i quali,

³⁴ Harré R., Lamb R., Mecacci L., *Psicologia. Dizionario enciclopedico* (1983), Laterza, Roma-Bari, 1986.

³⁵ Ricordiamo che Salvatore Geraci ha posto l'attenzione sulla dimensione relazionale articolando la distinzione fra fase dell'esotismo, dello scetticismo e del criticismo in quanto caratterizzanti l'approccio del medico in momenti successivi dell'incontro con il paziente immigrato. Con tale analisi la dimensione relazionale entra in gioco, sebbene non venga analizzata in tutti i suoi risvolti, mettendo in evidenza come

intrecciando la dimensione in senso stretto linguistica con quella culturale invitando a tenere presente cinque diversi livelli d'incomprensione comunicativa/difficoltà relazionale che si riscontrano nell'incontro con pazienti eteroculturali: prelinguistico, linguistico, metalinguistico, culturale, metaculturale.

Le incomprensioni/difficoltà che si situano a livello prelinguistico riguardano in buona misura la dimensione della *illness* in quanto distinta dalla *disease*, quindi i vissuti interiori e la loro possibilità di espressione: il fatto che si abbia consapevolezza o meno della loro presenza, che si sia in grado di verbalizzarli, che sussistano specifiche censure ed autocensure rispetto alla possibilità di una loro espressione. Per prendere adeguatamente in considerazione questa dimensione occorre chiedersi qual è l'approccio con l'interiorità tipicamente presente nelle diverse culture, considerare se nei linguaggi in uso ci siano le parole adeguate ad esprimerne specifici tratti, valutare se esse siano comprensibili per chi appartiene ad un'altra dimensione culturale. È questo il caso, ad esempio, dell'utente africano che non esprime le proprie idee rispetto all'origine di alcune sofferenze (fatture, stregoneria, possessione o altri fattori di influenzamento che ritiene siano a monte del disagio psichico, dell'infertilità, dell'aborto, delle malformazioni fetali o altro) quando interloquisce con il medico occidentale, per lo meno finché non ha instaurato con lui un rapporto di particolare fiducia, quindi che si autocensura nel dire in considerazione di quello che ritiene siano le aspettative dell'operatore sanitario.

Spostandosi dal livello prelinguistico a quello linguistico, s'incontrano le difficoltà tipicamente connesse al mancato possesso di una lingua comune, siano esse lessicali o semantiche. In questo ambito, peraltro, occorre rilevare che, mentre le difficoltà lessicali tendono a ridursi con la permanenza nel nuovo territorio, via via che si acquisisce un sufficiente competenza nell'esprimersi nella lingua di accoglienza, quelle semantiche tendono semmai ad aumentare proprio con la progressione della competenza lessicale. Accade, pertanto, a questo livello, che ad un'apparente facilità di comprensione corrisponda una difficoltà di comprensione reale. Un esempio in tal senso è riferito da Colasanti e Geraci:

“[...] in somalo kili vuol dire reni, ma kili in somalo identifica l'area cutanea addominale antero-laterale, mentre in italiano per reni si intende, nel linguaggio quotidiano, l'area dorsale latero-rachidea. [...] Un italiano quando dice che ha mal di reni vuol dire che ha una lombalgia. In somalo può voler significare un dolore della regione del colon ascendente o discendente.”³⁷

Dall'esempio si evince chiaramente che, laddove in ambito isoculturale l'uso di un termine comporta la condivisione del suo significato, per cui si può dare per scontato di essersi capiti quando si fa uso di un medesimo lessico, nella comunicazione eteroculturale allo stesso termine possono corrispondere significati diversi, per cui alla condivisione lessicale può facilmente corrispondere un fraintendimento di fatto.

Risulta evidente, a questo livello, quale sia l'importanza di utilizzare figure di mediazione linguistico-culturale che siano adeguatamente formate, nonché la correlativa pericolosità insita nel fatto di ricorrere a traduttori più o meno improvvisati, sebbene apparentemente competenti.

le aspettative ed i timori dei due interlocutori costituiscano la cornice entro cui vengono percepiti gli accadimenti, contribuendo a creare l'immagine dell'altro ed a prefigurare quanto di volta in volta accadrà.

³⁶ Colasanti R., Geraci S., *I livelli di incomprensione medico-paziente migrante*, in: Geraci S., *Approcci transculturali per la promozione della salute*, Caritas Diocesana, Roma, 2000

³⁷ *Ibidem*, pp. 85-6.

Ad un terzo livello s'incontra la dimensione metalinguistica. In questo ambito le incomprensioni/difficoltà si connettono all'alone semantico che complessivamente circonda i termini utilizzati e che, nelle situazioni etero culturali, risulta non essere condiviso in un senso più vasto di quanto non emerga al livello precedente. La portata di questa problematica emerge chiaramente dall'esempio proposto da Mazzetti nel suo *Il dialogo transculturale*:

“[...] era un periodo che non stavo bene, avevo avuto delle mestruazioni dolorose, mi sentivo debole... sono andata in ambulatorio, e il medico mi ha visitato e mi ha fatto fare delle analisi. Quando sono tornata, mi ha detto che avevo l'anemia: mi sono sentita morire, ho avuto una paura grandissima, non ho detto niente e sono tornata a casa, e poi sono scoppiata a piangere. Quella sera dovevo telefonare a mia mamma, ma non l'ho fatto, non avevo il coraggio per dirglielo... Continuavo a pensare a mia zia, che aveva appena partorito, e aveva avuto la malaria; stava malissimo, e quando l'abbiamo portata all'ospedale il dottore ha detto che aveva l'anemia, e poi il giorno dopo è morta... mi vedevo già morta.”³⁸

Risulta evidente che termini appartenenti banali e scontati quando vengono utilizzati entro una prospettiva, possono ammantarsi di ben altre risonanze emotive e cognitive laddove si entra in altre dimensioni di senso. Così, una banale questione di squilibrio alimentare, in realtà piuttosto tipica quando si ha a che fare con processi migratori che costringono a cambiare le proprie abitudini senza che vi siano le condizioni per padroneggiarle adeguatamente, si trasforma in una situazione di marcato allarme, apparentemente insensato, in quanto le sue conseguenze vengono associate alla malaria. Situazioni di questo genere riguardano con facilità l'uso di termini che fanno riferimento a situazioni che, mentre nella nostra area culturale non evocano allarme di alcun genere, in altre rappresentano le più frequenti cause di morte (è il caso della malaria, appunto, o anche delle situazioni di origine infettiva che danno adito ad una 'semplice' diarrea).

Il quarto livello della tassonomia di Colosanti e Geraci è quello culturale. In questo caso ci si sposta al di fuori dell'area della comunicazione verbale in senso stretto per addentrarsi in quella dimensione che delinea i valori e l'identità stessa delle persone, senza che, però, se ne abbia chiara consapevolezza. Ne fanno quindi parte le abitudini acquisite, così come la percezione di sé e del mondo nella misura in cui non sono soggette a riflessione esplicita, pienamente consapevole. È a questo livello, per esempio, che si situano le abitudini apprese che disciplinano la prossemica così come ogni *imprinting* comportamentale che mette in forma le interazioni. Esempio paradigmatico di questo livello di incomprensioni/difficoltà è quello relativo alla diversa distanza che gli interlocutori assumono durante una conversazione: il grado di vicinanza che di volta risulta adeguato o tollerabile cambia, infatti, a seconda della dimensione culturale che ha forgiato le nostre abitudini, dando adito, di conseguenza, a diverse attitudini e percezioni di adeguatezza, così come a sensazioni di disagio e di vera e propria inappropriatezza che influiscono sull'insieme della comunicazione ed orientano in diverso modo la relazione.

Ad un quinto livello, infine, l'aspetto culturale assume una veste metariflessiva. La dimensione ideologica, filosofica, religiosa, pervengono qui a consapevolezza, consentendo l'esplicitazione delle regole e potendo, pertanto, consentire la messa in atto di un qualche processo di negoziazione. Esempi tipici di questo livello di problematicità sono le prescrizioni religiose che, di caso in caso, forniscono specifiche regole comportamentali cui attenersi. Uno degli esempi più comunemente formulati a questo proposito riguarda le prescrizioni connesse al Ramadan. Le difficoltà/incomprensioni che si situano a questo livello risulterebbero più chiaramente individuabili e gestibili in quanto hanno una veste esplicita in riferimento al dettato del Corano. D'altra parte, le

³⁸ Mazzetti M., op.cit., p. 42.

cose non sono da considerare così lineari poiché, se da una parte è vero che a questo livello ci si situa in una dimensione di sostanziale consapevolezza, dall'altra la disponibilità all'interpretazione in un senso o nell'altro delle medesime affermazioni risente di altri bisogni, che assumono una veste diversa nel contesto di origine rispetto a quello d'immigrazione, tanto più se ci si trova a vivere una situazione di crisi com'è tipicamente quella innescata dalla malattia. Proprio la dimensione di crisi rappresentata dalla malattia sollecita, infatti, in modo forte, il senso di appartenenza, il quale, paradossalmente, tende a farsi sentire in modo imperativo in contesto di immigrazione. La possibilità di derogare da determinati obblighi, percepita come reale e sostanzialmente aproblematica in un contesto, può divenire inaccettabile in un altro a seconda del bisogno di identificazione e di ancoraggio alla propria matrice religioso-culturale.

La tassonomia precedentemente riportata, come probabilmente ogni altra che si potrebbe produrre in quest'ambito, lascia alcuni margini di perplessità, in primo luogo per il fatto che la distinzione dei livelli non è affatto agevole da realizzarsi in quanto le dimensioni di pertinenza di ognuno di essi si intrecciano spesso con quelle degli altri. Essa ha comunque il merito di cercare di organizzare la moltitudine complessa di problematiche che si verificano nei contesti relazionali/comunicativi caratterizzati da differenza culturale. In particolare, ci sembra importante mantenerla sullo sfondo in quanto consente di tenere d'occhio la tendenza pervasiva e fuorviante a ricondurre e ridurre il problema del rapporto con l'utenza immigrata al fatto di possedere o meno un linguaggio che consenta il passaggio delle informazioni che si ritiene necessario veicolare. Così facendo, infatti, la dimensione relazionale viene messa in scacco: si opera una progressiva riduzione della complessità che non rende ragione della portata del problema, tanto da rideterminare in modo peculiare ed impoverito la stessa idea di relazione.

Comunicazione: aspetti pragmatici

La chiave teorica attraverso cui abbiamo affrontato il tema della relazione fra operatore autoctono ed utente immigrato in ambito sanitario fa uso in particolare, oltre che dei riferimenti di cui abbiamo parlato finora, di alcuni 'classici' della ricerca che si è sviluppata nel campo delle Scienze Sociali ed anche della speculazione filosofica contemporanea e la cui pubblicizzazione editoriale risale agli anni '60 del Novecento. Nonostante la 'datazione' relativamente lontana di tali studi, essi rappresentano, infatti, a nostro parere, ancora oggi, dei validissimi strumenti di lettura delle dinamiche della comunicazione in ambito interumano e forniscono delle coordinate concettuali importanti per orientarvisi assumendo un'ottica critica. Sono quindi stati nostro riferimento privilegiato gli studi condotti in area statunitense nell'ambito della scuola di Palo Alto (a partire dalle riflessioni pionieristiche di Gregory Bateson e prendendo in considerazione la sistematizzazione teorica che Waltzlawick, Beavin e Jackson hanno proposto con la *Pragmatica della comunicazione umana*) e le riflessioni maturate in terra germanica che hanno dato i natali alla moderna Ermeneutica filosofica (in particolare con la formulazione pionieristica di Schleiermacher e la proposta innovativa formulata da Hans George Gadamer con il suo *Verità e metodo*). Su questa scia, un lavoro che si è rivelato di particolare interesse è poi quello, ben più recente, della socio-antropologa Marianella Sclavi, la quale, con il suo *Arte di ascoltare e mondi possibili*, elabora ulteriori riflessioni e strumenti di lavoro per una lettura delle medesime dinamiche in un'ottica ermeneuticamente orientata e coerente con i presupposti batesoniani e gadameriani.

Tutti questi lavori inducono a considerare la relazione interumana e la comunicazione come ambiti soggetti ad una molteplicità di dinamiche di non facile individuazione, la cui consapevolezza tende spesso a sfuggire in primo luogo agli attori in gioco. Fra queste dinamiche svolge, peraltro, un ruolo di spicco il fraintendimento, che si presenta come un compagno assiduo della comunicazione, per sua stessa natura tendenzialmente sfuggente alla consapevolezza.

Per quanto riguarda i lavori maturati nell'ambito della scuola di Palo Alto, con particolare riferimento alla *Pragmatica della comunicazione umana*, ci sembra imprescindibile richiamare la teorizzazione dei cinque assiomi della comunicazione che delineano la mappa concettuale in virtù della quale procedere all'analisi degli scambi comunicativi, nonché la centralità del meccanismo del feedback.

Il termine *feedback*, che le scienze della comunicazione hanno mutuato dalla cibernetica, indica il meccanismo di retroazione dell'informazione in virtù del quale si è messi nella condizione di poter verificare se il messaggio sia passato dal mittente al ricevente e con quali caratteristiche. In una lettura di tipo sistemico dell'accadere comunicativo, il *feedback* è quanto fa sì che la circolazione delle informazioni perda carattere di linearità ed il sistema divenga ricorsivo, cioè capace di ritornare su se stesso e di correggersi. Se affrontiamo la cosa in relazione ai due diversi interlocutori, è la presenza del *feedback* a metterli nella condizione di poter ricevere un'informazione sugli effetti prodotti dalla loro azione e, di conseguenza, a creare le condizioni (necessarie, non sufficienti) per reiterarla consapevolmente o per modificarla attraverso riconsiderazioni e trasformazioni del contenuto dei messaggi e delle vie della loro veicolazione e per consentirgli, quindi, di mettere in atto un processo di aggiustamento reciproco e di negoziazione. La presenza/assenza del *feedback*, pertanto, è un elemento di forte significatività e la sua manipolazione può costituire un meccanismo di potere tanto più influente quanto più le relazioni hanno le caratteristiche di asimmetria che sono tipiche del rapporto operatore-paziente, ancor più se aumentata dal fatto di situarsi in una posizione di assoluta disparità linguistica, come avviene nel caso di colui che appartiene al gruppo maggioritario rispetto a chi non padroneggia la lingua del luogo.

Questi, invece, gli assiomi codificati dai ricercatori, rispetto ai quali il feedback gioca un ruolo di volta preponderante e trasversale:

1. *Non si può non comunicare.*
2. *Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione.*
3. *La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti.*
4. *Gli esseri umani comunicano sia col modulo numerico che con quello analogico. Il modulo numerico ha una sintassi logica assai complessa e di estrema efficacia ma manca di una semantica adeguata nel settore della relazione, mentre il linguaggio analogico ha la semantica ma non ha alcuna sintassi adeguata per definire in un modo che non sia ambiguo la natura della relazioni.*
5. *Tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza.*

Il primo assioma della *Pragmatica* è apparentemente molto semplice: "Non si può non comunicare". La portata di questa affermazione, però, non viene sempre colta in tutto il suo spessore, al contrario, ci si limita spesso a riportare il postulato come se si trattasse di un'acquisizione scontata rispetto alla quale procedere oltre. E' infatti ovvio - come

dicono gli autori del testo che per decenni ha costituito il riferimento principe di molte riflessioni sul tema - che “l’attività o l’inattività, le parole o il silenzio hanno tutti valore di messaggio” e che “il semplice fatto che non si parli o che non ci si presti attenzione reciproca non costituisce eccezione a quanto è stato appena asserito”, che, quindi, poiché è impossibile “non comportarsi” è perciò stesso impossibile “non comunicare”. La prima considerazione che ne segue è che comunicazione e linguaggio non rappresentano dei domini sovrapponibili, che l’ambito della comunicazione non si esaurisce affatto nella verbalità, che esso comprende anche la vasta area del non verbale e del paralinguistico e che non può essere confinato al dominio del linguaggio (verbale o non verbale che sia) in quanto concerne ogni comportamento possibile. Al di là di questa prima considerazione, piuttosto ovvia, è opportuno rilevare, però, anche che il semplice e lapidario enunciato del primo assioma apre un coacervo di insidie. Se è vero che non si può non comportarsi e che ogni comportamento può assurgere a comunicazione, ne consegue, infatti, per ognuno, una responsabilità dai tratti estenuanti: quella di dover decidere di volta in volta che cosa dei comportamenti manifestati si voglia considerare comunicazione e che cosa, invece, s’intende ignorare pur sapendo che altri potrebbero effettuare valutazioni del tutto diverse. Se formuliamo la questione in questi termini, essa viene ad assumere una veste piuttosto complicata ed insidiosa in quanto apre lo scenario all’effettività di scelte che possono restare del tutto implicite/inconsapevoli e non garantite e che richiedono l’assunzione di una forte dose di impegno da parte degli interlocutori. La ‘semplice’ formulazione del primo assioma fa assumere alla comunicazione un aspetto pervasivo poiché tutto, su quella base, *può* essere considerato comunicazione: non lo è in ogni caso, ma può divenirlo di fatto a seconda delle scelte implicitamente o esplicitamente formulate da ciascuno degli interlocutori, consapevoli o inconsapevoli che siano del meccanismo di selezione attuato. Diviene per ciò stesso impossibile il padroneggiamento totale delle dinamiche della comunicazione e lo scenario resta costantemente aperto su una dimensione di ulteriorità e di rischio. Non per questo, si può, tuttavia, asserire che una cosa vale l’altra, poiché il *deficit* comunicativo ha, anch’esso, svariate forme, che a loro volta possono essere analizzate in una molteplicità di modi. Fra i fattori in campo un ruolo determinante è, allora, quello giocato dalle capacità/modalità di ascolto (dell’altro e di sé).³⁹

Se il primo assioma non indica di per sé che ogni messaggio è comunicazione ma che *può* esserlo, anche indipendentemente dalla volontà dell’emittente, il secondo mette in qualche modo sull’avviso che l’impossibilità di non comunicare non riguarda tanto gli aspetti di contenuto dei messaggi veicolati, quanto quelli di relazione (che a sua volta retroagiscono su quelli di contenuto): “Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione, di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione”. Si tratta, di conseguenza, di vedere come di volta in volta questa dimensione sia presente ed agisca nel processo comunicativo. Risulta, in tal senso, interessante la classificazione delle risposte che viene codificata dai teorici della Scuola di Palo Alto in riferimento ai risvolti relazionali del secondo assioma. Gli Autori individuano, infatti, una gamma di messaggi di risposta che si articola in tre diverse modalità di reazione (conferma, rifiuto e squalifica) alle quali corrispondono a sua volta due impostazioni relazionali distinte: i messaggi di conferma e di rifiuto, positivi o negativi che siano, portano avanti una dialettica di riconoscimento, quelli di squalifica s’inseriscono in una logica di disconferma. Nel primo caso l’eventuale negazione dei contenuti del messaggio ricevuto comporta comunque un riconoscimento dell’atto comunicativo retrostante: ad esso si risponde esprimendo dissenso (come a voler dire

³⁹ Cfr. a questo proposito, più avanti, all’interno di questa stessa sezione, il cap. “La complessità dell’ascolto”.

“Hai torto”), ma questo non comporta la squalifica della relazione proprio in quanto la risposta viene espressa tenendo in conto il discorso formulato; nel secondo caso, al contrario, si comunica “in modo da invalidare le proprie comunicazioni o quelle dell’altro”, il che sta a significare che il messaggio non viene messo in discussione nei suoi contenuti, ma ignorato/squalificato: così facendo non ci si assume la responsabilità relazionale del disaccordo e la stessa presenza dell’altro (con i suoi tentativi di comunicazione) viene implicitamente negata (come a voler dire “Non esisti”)⁴⁰. In questo secondo caso l’interlocutore può trovarsi invalidato nella sua persona, come accade nelle vere e proprie patologie della relazione, oppure, più limitatamente, la squalifica/disconferma può interessare “solo” alcune sue modalità d’essere che non trovano possibilità di riconoscimento ed ascolto nella dinamica della relazione. Come già si era messo in luce relativamente al primo assioma, anche il secondo ha, quindi, un’apparenza di ovvietà, ma il suono pacato della sua prima parte, in cui si afferma semplicemente che a fianco della dimensione di contenuto della comunicazione va sempre considerato un piano relazionale, diviene ben poco rassicurante nella sua continuazione: “di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione”. La seconda parte, infatti, introduce una ricorsività che rende particolarmente tortuoso il meccanismo: se ogni comunicazione fornisce dati, informazioni, notizie (contenuto), al contempo immette in un tipo di rapporto con l’altro che risulta fondamentale per la determinazione del senso di ciò che andiamo comunicando; questo secondo aspetto (relazionale) ha un carattere metacomunicativo in quanto fornisce l’informazione in base alla quale intendere il contenuto stesso del messaggio; ciò che viene detto, di conseguenza, non si risolve nel significato letterale, poiché quest’ultimo assume senso in virtù di altre variabili, in primo luogo relazionali. Per quanto è implicito nel primo assioma, inoltre, la scelta di che cosa di volta in volta prendere in considerazione per decidere il senso del messaggio può e deve essere effettuata sempre di nuovo, senza che vi siano assicurazioni di garanzia circa la coincidenza delle interpretazioni.

Anche il terzo assioma porta con sé delle conseguenze che potrebbero risultare rilevanti per la nostra analisi.

Se, infatti, “la natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti”, l’interpunzione che viene di volta in volta implicitamente effettuata dagli interlocutori relativamente agli scambi comunicativi che li vedono coinvolti produce l’effetto di orientare la relazione. Il termine “punteggiatura”, preso a prestito dalla grammatica, indica, infatti, l’atto attraverso il quale si tende ad organizzare le sequenze verbali secondo una scansione che attribuisce loro un ritmo ed una direzione: in tal modo delle serie ininterrotte di parole acquistano senso. Allo stesso modo, la pragmatica della comunicazione rende evidente che gli scambi comunicativi vengono normalmente interpretati organizzandoli: punteggiando, cioè, in un modo o nell’altro, le sequenze di eventi. Quando cerchiamo di spiegare a noi stessi o agli altri come si sono svolte le cose in una determinata situazione, invariabilmente tendiamo ad individuare un punto d’inizio da cui ricostruire la successione e, a partire da questo, a costruire delle descrizioni quanto più possibile lineari degli eventi, nella convinzione di poterne in tal modo evidenziare con chiarezza (ed oggettività) le caratteristiche. Così facendo, tuttavia, tendiamo a non accorgerci che, al di là di quella da noi effettuata, ci sono anche altre punteggiature possibili dello stesso evento e, dimenticando che ci muoviamo entro contesti sistemici, giungiamo a costruire spiegazioni che, per semplificare, sminuiscono. Ognuno dei modi di punteggiare la sequenza utilizzato dagli interlocutori può anche essere legittimo ed adeguato, ma è, al contempo, parziale, come parziale è ogni lettura degli scambi

⁴⁰ Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., Op.cit.

comunicativi che si rifaccia ad operazioni di questo tipo, che hanno una connotazione sostanzialmente egocentrica. L'esito, d'altra parte, è particolarmente significativo per lo strutturarsi dei reciproci universi di significato e valore: come affermano i ricercatori della scuola di Palo Alto, ciò che in tal modo si verifica è, infatti, lo strutturarsi della "convinzione, saldamente radicata e di solito indiscussa, che esista soltanto *una* realtà, il mondo come lo vedo *io*, e che ogni opinione diversa dalla mia dipenda necessariamente dalla irrazionalità dell'altro o dalla sua mancanza di buona volontà." Anche in questo caso, al di là dell'apparente ovvietà dell'assioma, quello che rende particolarmente insidioso il meccanismo è il fatto che, con esso, si rende evidente che il destinatario del messaggio non può venire semplicemente collocato al termine del percorso che il messaggio stesso compie dal momento della sua emissione a quello della decodifica: egli è presente da subito nel sistema di aspettative dell'emittente, che in tal modo ne definisce il carattere, contribuendo in realtà a determinarlo. Con tutto questo, infatti, si produce un vero e proprio 'effetto di realtà'. E' il meccanismo della "profezia che si autodetermina", che può essere assimilato ad una sequenza tale per cui un dato comportamento finisce con il provocare negli altri una reazione alla quale quel comportamento si configurerebbe come la risposta adeguata. Un esempio tipico in tal senso è quello della persona che agisce in base alla premessa 'non piaccio a nessuno': avendo alle spalle questa dimensione di senso è probabile che si comporterà in modo sospettoso, difensivo o aggressivo, per cui altrettanto probabilmente gli altri reagiranno con antipatia al comportamento manifestato, confermando in tal modo la premessa da cui il soggetto era partito⁴¹. Tutto si risolve in una sorta di "come volevasi dimostrare". L'aspetto tipico della sequenza (che poi è ciò che lo rende un problema di punteggiatura) è che l'individuo che si trova implicato in questo meccanismo crede di reagire ad atteggiamenti che sta, invece, provocando.

E' possibile, allora, che, se a monte della relazione sono anche inconsapevolmente presenti specifici stereotipi, essi vi trovino puntuale verifica non in quanto corrispondono ad una realtà sussistente di per sé, ma in quanto la situazione che prende forma in quello specifico frangente li crea come realtà di fatto. Nella comunicazione, anche il semplice 'dare la cosa per scontata' si può, infatti, considerare l'equivalente della 'profezia che si autodetermina'.

In base a quanto si asserisce con il quarto assioma "Gli esseri umani comunicano sia col modulo numerico che con quello analogico. Il modulo numerico ha una sintassi logica assai complessa e di estrema efficacia ma manca di una semantica adeguata nel settore della relazione, mentre il linguaggio analogico ha la semantica ma non ha alcuna sintassi adeguata per definire in un modo che non sia ambiguo la natura della relazioni". Il quarto assioma, in altri termini, esplicita il fatto che l'essere umano ha a disposizione

⁴¹ Questo tipo di fenomeno è stato particolarmente studiato in contesto scolastico, nel cui ambito è noto con il nome di "effetto pigmalione". Facciamo conto di essere in un'aula scolastica e di avere a che fare con un insegnante che agisce in base alla premessa che i suoi allievi "non ce la faranno mai": è probabile che tenderà a comportarsi in modo svilente, inviando con il proprio comportamento continui messaggi di scoraggiamento che finiranno col rafforzare le premesse del proprio discorso, rendendole, da false che erano, profetiche. Facciamo conto, viceversa, di avere a che fare con un allievo convinto del fatto che "quell'insegnante ce l'ha con me": è probabile che tenderà a leggere ogni comportamento del docente come negativamente rivolto nei suoi confronti, ad inviargli messaggi di rifiuto/difesa che alla fine finiranno con l'exasperare l'insegnante, il quale non potrà non iniziare effettivamente ad "avercela con lui".

Un'altra riflessione che ci sembra opportuno richiamare in questo ambito, per caratterizzare il funzionamento della profezia che si autoverifica, è quello che trova enunciazione nel cosiddetto 'teorema di Thomas': "basta definire una cosa come reale perché essa abbia effetti reali".

moduli comunicativi distinti (numerico⁴² ed analogico⁴³), i quali possono essere usati anche in contemporanea. In tal modo l'interpretazione della dinamica comunicativa viene resa ancor più complessa, soprattutto qualora, facilitati dal fatto di fare simultaneamente uso di linguaggi distinti, si inviino messaggi discordanti ai due diversi livelli (quello di contenuto e quello di relazione). È questa, infatti, una delle difficoltà tipiche della comunicazione umana che mette in gioco interlocutori che condividono un analogo *background* culturale. Quando si ha, d'altra parte, a che fare con situazioni in cui i soggetti in gioco provengono da aree geografico-culturali disomogenee, s'introducono difficoltà anche a livello dei due distinti codici di comunicazione isolatamente considerati. La forma numerica (di cui il linguaggio verbale è un'esemplificazione, eccezion fatta per l'onomatopea) si caratterizza per il fatto di istituire un rapporto convenzionale – e, grazie a questo, assolutamente arbitrario e puntuale – con gli “oggetti” di riferimento. Sulla base di quanto asserito con il quarto assioma, il linguaggio numerico, assertivo, denotativo, adatto a comunicare a livello di contenuto, risulterebbe, grazie al suo carattere di arbitrarietà, dotato di una complessità ed una versatilità interne tali da consentire l'elaborazione di ragionamenti complessi anche e soprattutto su un piano assolutamente astratto; preciso e puntuale nell'espressione dei *contenuti* è anche fornito di “una sintassi logica assai complessa e di estrema efficacia” per muoversi su questo piano, manca però “di una semantica adeguata nel settore della relazione”. Trovare “le parole per dirlo” non è facile se non ci si appoggia anche ad altri strumenti di comunicazione. Anche quando la traduzione da un modulo all'altro sembra adeguata, dicono, infatti, Watzlawick, Beavin e Jackson, “la comunicazione numerica a livello di *relazione* può restare curiosamente poco persuasiva”. Quando si ha a che fare con contesti multiculturali è plausibile attendersi che le difficoltà siano non solo maggiori, ma anche ulteriori, in questo ambito si pongono, infatti, in più, anche le questioni relative alle competenze lessicali e semantiche di cui si è parlato a proposito del livello linguistico che caratterizza lo schema a cinque livelli di Colasanti e Geraci.

La forma analogica, al contrario di quella numerica, non è, invece, assolutamente arbitraria: essa ha la peculiarità di realizzare un qualche grado di isomorfismo fra la modalità espressiva prescelta e gli elementi da essa designati (suo prototipo può essere considerata la rappresentazione iconica, ma in genere si tende a presumere che ogni comunicazione non-verbale abbia, almeno in parte, questo carattere). Si tratta, in questo caso, di un linguaggio non-indicativo, connotativo, che manca di quel complesso

⁴² L'espressione “modulo numerico” (così come la corrispondente “modulo analogico”) è estrapolata dal contesto degli studi relativi agli organismi artificiali. Il termine “numerico” si deve al fatto che i “calcolatori numerici” fondamentalmente operano con numeri o, comunque, con cifre che vengono fatte corrispondere alle informazioni che si vogliono manipolare: questi numeri sono “nomi di codice assegnati arbitrariamente”, senza che abbiano somiglianza con le grandezze reali (così come avviene per i numeri di telefono rispetto agli abbonati cui sono assegnati).

⁴³ Il termine “analogico” deriva dal fatto che ciò che i calcolatori analogici manipolano sono “analoghi dei dati”. Alla base del modulo analogico, pertanto, è posto il principio di analogia invece che quello di arbitrarietà. Nella comunicazione analogica, in altri termini, ciò che viene utilizzato per esprimere qualcosa è in una qualche misura simile ad essa. Per evidenziare la differenza fra modulo numerico ed analogico, i ricercatori di Palo Alto utilizzano l'esempio dell'apprendimento linguistico affermando che non sarà mai possibile a nessuno giungere a capire una lingua straniera solo ascoltandola alla radio (pertanto facendo esclusivamente uso del modulo puramente arbitrario della verbalità e senza poter istituire le debite regole di corrispondenza), mentre è possibile dedurre informazioni dalla semplice osservazione dei “movimenti di intenzione”. Sono pertanto da considerare analogici, in genere “la posizione del corpo, i gesti, l'espressione del viso, le inflessioni della voce, la sequenza il ritmo e la cadenza delle stesse parole, e ogni altra espressione non verbale di cui l'organismo sia capace, come pure i segni di comunicazione immancabilmente presenti in ogni *contesto* in cui ha luogo una interazione” (a quest'ultimo proposito si può vedere l'esempio da noi presentato più avanti relativamente al valore pragmatico-comunicativo degli arredi scolastici).

sistema di segni e regole di combinazione che fanno la grandezza del modulo numerico, ma che risulta, d'altra parte, ben più espressivo ed adeguato a formulare proposte di relazione, ad invocarle in modo penetrante ed immediato. Qui i problemi, qualora ve ne siano, risultano particolarmente difficoltosi da riconoscere e dirimere. In primo luogo occorre porre attenzione al fatto che il termine *proposte* non è, qui, accessorio: il linguaggio analogico *propone*, non asserisce, "invoca relazioni", non le designa in modo chiaro ed univoco. Come affermano gli Autori "con il mio comportamento posso accennare o proporre che voglio amare, odiare, combattere, ecc., ma tocca a voi attribuire alle mie proposte il futuro valore di verità positivo o negativo". Si rende necessario, per intendersi a questo livello, un serrato gioco di negoziazioni per cui, con le parole dei medesimi ricercatori, "non c'è bisogno di dire che questo processo è all'origine di innumerevoli conflitti di relazione". Oltre a questo livello di problematicità, che caratterizza sia le relazioni isoculturali che quelle eteroculturali, in quest'ultimo ambito s'introducono delle difficoltà aggiuntive. Se, infatti, la dimensione non verbale della comunicazione, viene da una parte tendenzialmente considerata di carattere analogico, dall'altra, quando ci si muove in contesti multiculturali, non è possibile affermare che il suo carattere di iconicità la caratterizzi per il fatto di essere dotata di chiavi di lettura univoche. Facendo ancor a una volta riferimento la tassonomia a cinque livelli di Colasanti e Geraci, in questo ambito si pongono le questioni problematiche che ineriscono il livello numero quattro: quello culturale.

L'ultimo assioma individua due modalità fondamentali di organizzazione degli scambi relazionali: complementarità e simmetria. Come, infatti, recita, la formulazione del quinto assioma, "Tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza".

In un'ottica sistemica nessun comportamento può o deve essere analizzato separatamente dall'insieme di comportamenti ad esso collegati, i quali, al contrario, contribuiscono a determinarne il senso. Sulla base di quanto già sappiamo dalla riflessione sul terzo assioma, inoltre, l'azione di A non può essere considerata causa del comportamento di B più di quanto il comportamento di B non sia a sua volta configurabile come causa di quello di A. Ciò che si tratta di mettere a fuoco ora, è la struttura della relazione che intercorre fra A e B e che si rende evidente dal momento in cui accettiamo di adottare una chiave di lettura di tipo sistemico: ne emergono due modelli di relazione che, più che riguardare gli stili comunicativi delle persone, ineriscono i sistemi che di volta in volta si costituiscono.

Il primo modello è quello che gli autori definiscono *complementare*. In esso, i *partner* della relazione si rapportano l'un l'altro "completandosi" a vicenda, incastrandosi, cioè, in un gioco di riconoscimenti reciproci per cui l'uno è indispensabile all'altro nella strutturazione dell'identità. Le due posizioni sono reciprocamente necessarie: non c'è genitore senza figlio, così come non si dà insegnante senza allievo o paziente senza medico. Il gioco della complementarità si fonda sulla differenza ineludibile delle posizioni e colloca comunque gli interlocutori su posizioni diverse, generalmente definite come *one-up* e *one-down*.

Il secondo modello è definibile come *simmetrico*. Al contrario dello stile di relazione a carattere complementare, in questo caso gli scambi comunicativi sono realizzati all'insegna dell'uguaglianza: i *partner* della relazione si pongono sullo stesso piano, non ci sono servi e padroni o comandanti e comandati, e i comportamenti si rispecchiano rafforzandosi nella loro similarità.

Sulla base dell'analisi compiuta dai ricercatori della scuola di Palo Alto, i due stili relazionali non sono di per sé né buoni né cattivi, né funzionali né disfunzionali: sono in genere presenti in forma alterna nelle storie relazionali di ognuno, giungendo a caratterizzarne gli specifici momenti. Entrambi gli stili, tuttavia, portano con sé i germi

di patologie potenziali. Il modello di relazione a carattere complementare può irrigidirsi fino all'estremo di ingabbiare le persone in ruoli fissi e stereotipati. La struttura relazionale di tipo simmetrico, analogamente, può innescare processi di *escalation* che inducono i *partner* ad una sorta di competizione, come se si rincorressero reciprocamente nel tentativo di evidenziare e rafforzare sempre più gli elementi che li caratterizzano in modo simile; in una relazione simmetrica, infatti, è sempre presente il pericolo della competitività: dispute, litigi, sono in genere l'esito di interazioni simmetriche che hanno perduto la loro stabilità⁴⁴. Una modalità ottimale di funzionamento, al contrario, vedrebbe gli interlocutori attivare forme di relazione ora dell'uno, ora dell'altro tipo, in modo funzionale allo specifico delle situazioni e comunque in forma alternata, così da arginare l'innestarsi delle suddette dimensioni patologiche.

Al cuore della comunicazione umana

I ricercatori della scuola di Paolo Alto, con la sistematizzazione da loro operata ne *La pragmatica della comunicazione umana*, forniscono una mappa piuttosto articolata di concetti di indubbia utilità per l'analisi degli scambi comunicativi. Per mettere ulteriormente a fuoco la dinamica della comunicazione umana nei suoi tratti caratterizzanti, ci sembra, d'altra parte, di particolare interesse rivolgersi anche ad un altro insieme di considerazioni, che ci derivano dai testi freudiani e dalla filosofia.

Nella speculazione freudiana, particolarmente idonea alla messa in luce del carattere intimamente sfuggente alla consapevolezza che hanno le produzioni umane quando le si voglia analizzare nella loro complessità, incontriamo una storiella, appositamente inventata dal padre della psicoanalisi, che riporta uno scambio comunicativo dai caratteri piuttosto singolari:

Due ebrei si incontrano in treno, in una stazione della Galizia.

- 'Dove vai?' domanda il primo.

- 'A Cracovia', risponde l'altro.

- 'Guarda che bugiardo - brontola il primo. - Se dici che vai a Cracovia, vuoi farmi credere che vai a Leopoli. Ma io so che vai proprio a Cracovia. Perché menti dunque?'⁴⁵

Con questo aneddoto si è costretti a mettere dei punti interrogativi su che cosa debba intendersi realmente per intesa nel campo della comunicazione umana, senza dare per scontato che dietro alla corrispondenza fra le azioni manifeste si situino necessariamente un'armonia di senso. La dinamica relazionale che intercorre fra gli interlocutori vi risulta, infatti, tutt'altro che lineare e sovrapponibile.

In realtà, quando ricorre a questa narrazione, Freud non procede con il nostro medesimo intento, cioè con lo scopo di mettere in luce alcuni aspetti che caratterizzano la comunicazione interumana in modo peculiare, poiché l'aneddoto compare nel contesto di una riflessione generale su *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio* (come

⁴⁴ La struttura sanitaria è un luogo di relazioni in cui sono favoriti soprattutto gli scambi di tipo complementare fra operatori ed utenti, ma non mancano neanche situazioni in cui è evidente la presenza di una modalità simmetriche di comunicazione/relazione. In nessuno dei casi è insito, di per sé, niente di disfunzionale o patologico; questo tipo di scambi possono, tuttavia, degenerare in tal senso qualora si cristallizzino in un'unica dimensione e, in tal senso, nel corso della trattazione avremo modo di incontrare sia l'uno sia l'altro tipo di dinamica.

⁴⁵Ibidem, p. 105.

dal titolo stesso dell'opera). Nella speculazione freudiana le storielle ebraiche, di cui quella riportata costituisce un caustico esempio, vengono, infatti, utilizzate - dall'ebreo Freud - come strumento privilegiato di riflessione in una molteplicità di settori: in questo caso l'intento è quello di analizzare le diverse forme del motto di spirito per delucidare, al di là dei meccanismi del comico, l'intima connessione di tutto l'accadere psichico e per individuare le vie percorribili per una psicoanalisi⁴⁶. La storiella occupa una posizione piuttosto singolare in questo contesto, in quanto consente di aggiungere una tipologia a sé alla casistica dei motti di spirito: quella dei "motti scettici", che si differenziano dagli altri in quanto la loro analisi pone delle questioni di pertinenza epistemologica⁴⁷. La portata dei "motti scettici", nella prospettiva di Freud, è, infatti, di rilievo per tutta la speculazione sulla conoscenza in quanto costringono ad interrogarsi sui criteri di verità, a sospendere l'ipotesi di una verità di tipo descrittivo che si appaga dell'idea di una corrispondenza semplice con la realtà e non s'interroga sui contesti d'interlocuzione. Quella in gioco nell'aneddoto è una verità problematica, non cristallina, mai perseguibile *in toto* perché sempre interna ad un gioco di scambi che rilancia di continuo l'interpretazione: una verità tutta interna alla relazione fra umani, cioè inerente le possibilità e i limiti della comunicazione.

Se è questo il contesto generale nel quale s'inserisce la storiella freudiana, abbiamo scelto di utilizzarla in questa sede, dandole pieno risalto, poiché, nella nostra prospettiva, ha anche una valenza ulteriore, diversa rispetto a quella delineata da Freud, ma con essa coerente: mette in luce qual è struttura della comunicazione umana nella sua complessità e lo fa profilando la presenza scomoda - ed al contempo imprescindibile - del fraintendimento. Possiamo, infatti, dire con sicurezza che fra i due interlocutori della storiella interviene una qualche forma di fraintendimento e che esso non si profila semplicemente come un errore comunicativo, ma come una possibilità che non preclude affatto l'intesa. Una dimensione della comunicazione umana che ne caratterizza forse la peculiarità, facendo del fraintendimento un elemento interno ad ogni scambio di messaggi.

In realtà non è affatto facile definire che cosa s'intenda per fraintendimento.

È piuttosto comune caratterizzarlo come un'evenienza della comunicazione dai caratteri esclusivamente negativi, come se in esso agisse, *sic et simpliciter*, un vero e proprio errore di valutazione; come se si trattasse, cioè, di un equivoco provocato da un'interpretazione deformata della realtà delle cose o da un'incompletezza dei dati a disposizione. Nel fraintendimento, in tal senso, sarebbe in gioco una falsità interpretativa, qualcosa che ha esclusivamente a che vedere con l'errore e/o con l'inganno ed in quanto tale è foriero e frutto di dissapori o di disaccordi che vengono

⁴⁶ Freud intreccia in un tessuto organica le *disiecta membra* degli studi fino a quel momento condotti e, così facendo, vengono riconosciuti diversi attributi al motto di spirito (attività, relazione con il contenuto dei nostri pensieri, giudizio giocoso, accostamento di elementi dissimili, contrasto di rappresentazione, senso dell'assurdo, succedersi di stupore e illuminazione, rivelazione di ciò che è celato, concisione, sono gli attributi indicati da Freud), fino a rivelarne il carattere altamente significativo per la conoscenza generale dei meccanismi psichici e facendo di esso una delle vie privilegiate d'accesso all'inconscio.

⁴⁷ Come afferma Freud, ben al di là della dimensione del comico e delle sue diramazioni più o meno dissacranti nei confronti di istituzioni e persone, infatti: "la sostanza più seria di questo motto è però il problema su quale sia il criterio della verità. Il motto, una volta ancora, fa sentire l'esistenza di un problema e sfrutta l'incertezza di uno dei nostri concetti più consueti. C'è forse verità quando si descrivono le cose così come sono e non ci si preoccupa di come colui che ci ascolta capirà le nostre parole? O si tratta solo di una verità gesuitica, mentre la reale veridicità consiste piuttosto nel tener conto di chi ascolta, offrendogli un quadro fedele di ciò che sappiamo? Io considero i motti di questa specie sufficientemente diversi dagli altri per riservare loro un posto particolare. Essi non assalgono una persona o una istituzione, ma la sicurezza della nostra conoscenza stessa, uno dei nostri beni speculativi". *Ibidem*, p. 105.

maldestramente gestiti. Non a caso nella lingua italiana un suo sinonimo è ‘malinteso’. Proprio in quanto sinonimi, i due termini non possono, però, venire considerati identici nel loro significato. Quando in una lingua sono presenti due parole analoghe esse celano, nella similitudine, una differenza di fondo che rende impossibile portare avanti *in toto* l’analogia. Occorre, allora, provare a differenziare fra le due espressioni.

Se, per farlo, ricorriamo ad un dizionario linguistico (il Devoto-Oli, per esempio), troviamo che la distinzione terminologica non si pone in maniera vincolante e chiara: i due vocaboli vengono definiti in modo sostanzialmente sovrapponibile, anche se, per quanto riguarda ‘malinteso’ si può intravedere una maggiore accentuazione in direzione dell’equivoco (un equivoco, peraltro considerato come ‘non colpevole’, dovuto cioè ad un’interpretazione ‘non colpevolmente deformata’ della realtà delle cose) rispetto a quanto avvenga per ‘frintendimento’.

Ricorrendo, invece, a specifici studi sul tema, delle riflessioni di un certo interesse sono quelle che incontriamo nei testi di Jankelewitch⁴⁸ e La Cecla⁴⁹. In essi gli autori non effettuano una distinzione fra malinteso e frintendimento, ma analizzano e mettono a fuoco una serie di situazioni caratterizzate da malinteso, organizzandole in una casistica articolata in quattro dimensioni:

- 1. Doppio malinteso.** È la situazione in cui gli interlocutori si “frintendono” reciprocamente. In questi casi si è dentro una “pseudo relazione” dai caratteri piuttosto spiacevoli, in cui nessuno, forse, saprà mai la verità in quanto nessuno ha capito di non essersi capito. L’incontro di due incoscienze che crea una situazione senza uscita, di “puro frintendimento”, di vero e proprio “equivoco”, in cui nessuno è nella condizione di poter fare il primo passo affinché si trasformi in altro. Una relazione da soggetto passivo a soggetto passivo in cui si è ciechi e sordi, in cui ogni parola suscita infinite complicazioni. La diffidenza dell’uno rafforza la freddezza dell’altro, mentre la freddezza di quest’ultimo a sua volta giustifica i dubbi del primo; un amore corrisposto che rimane per sempre sconosciuto ai due amanti.
- 2. Inganno.** In questa situazione A “frintende”, ma B, l’interlocutore, comprende/si accorge che A sta frintendendo. Si è dentro una relazione in cui si ha un soggetto passivo ed uno attivo ed in cui la relazione è in primo piano, venendo ad assumere più importanza della sincerità. È la situazione in cui tipicamente si incontrano le bugie formulate per salvare la faccia, per evitare tensioni e conflitti, per guidare l’interazione, per espandere o ridurre le relazioni, per guadagnare potere. Quella che viene a crearsi non è, d’altra parte, più una situazione senza uscita: è sufficiente un solo interlocutore per spezzare il cerchio del frintendimento o per intraprendere definitivamente la via dell’inganno.
- 3. Malinteso beninteso.** Qui la situazione è capovolta rispetto a quanto avviene nella precedente. Non ci sono una vittima e un carnefice in senso lineare, bensì c’è una falsa vittima che ha coscienza di un equivoco da sfruttare e finge di frintendere, mentre il suo interlocutore “si trova frinteso a sua insaputa”. Il gioco che s’instaura comporta il lasciar credere all’altro di aver capito di non aver capito.
- 4. Malinteso doppiamente beninteso.** In quest’ultima situazione, entrambi gli interlocutori sanno che c’è stato fra loro un malinteso e preferiscono lasciare le cose come stanno. Quella che si delinea non è più una falsa relazione, ma una falsa situazione: si finge di essere d’accordo, ma si sa che questo non corrisponde al vero e

⁴⁸ Jankélévitch V. (1998), *Du mensonge*, Flammarion (tr. it. di Motto M. *La menzogna e il malinteso*, Cortina, Milano, 2000).

⁴⁹ La Cecla F., *Il malinteso*, Laterza, Bari, 1997.

questo a sua volta costituisce una tappa di una strategia che gli interlocutori mettono in atto per conseguire i rispettivi fini. È la convenzione dello spettacolo, la finta convinzione dell'avvocato, una strategia per la gestione dei conflitti e anche - afferma La Cecla - il caso tipico delle relazioni interculturali.

Il modo di inquadrare la tematica adottato da Jankelewitch e La Cecla consente senz'altro di mettere in luce diversi aspetti del problema. Non ci sembra, d'altra parte, possibile affermare che la dimensione di fraintendimento che caratterizza lo scambio comunicativo presentato nell'aneddoto freudiano rientri pienamente in nessuna delle quattro categorie analizzate. Apparentemente sembra essere la prima circostanza (quella, cioè, tipica del doppio malinteso), a corrispondere alla dinamica della scenetta freudiana. La situazione che si crea nel caso dello scambio comunicativo fra i due ebrei della Galizia non ha, però, come esito l'incontro impossibile dei due innamorati inconsapevoli che è prefigurato dalla situazione di doppio malinteso, bensì l'incontro reale a Cracovia dei due interlocutori. In questo caso il fraintendimento, in altri termini, sembrerebbe portare con sé una vera e propria possibilità d'intesa, che ci fa sporgere al di là del limite costituito dalla semplice incomprensione. Paradossalmente il fraintendimento viene a configurarsi anche come luogo di intesa.

Raffigurando il concetto in questi termini ci si avvicina al dibattito che, in modo relativamente sviluppato, si è svolto in ambito filosofico, in particolare nel contesto dell'ermeneutica contemporanea, e che ha operato una sorta di rivalutazione del fraintendimento, così come ha condotto ad una vera e propria riabilitazione del pregiudizio. È in questo ambito, infatti, che incontriamo delle analisi che inducono a considerare il fraintendimento alla stregua di una caratteristica consueta della dinamica comunicativa che non si risolve affatto negli aspetti poco edificanti dell'inganno e del malinteso, così come incontriamo una considerazione del pregiudizio da intendersi come vero e proprio motore della comprensione, grazie al fatto di collocare entrambi i termini entro una dimensione processuale che fa della circolarità ermeneutica la struttura del comprendersi.

Ermeneutica e fraintendimento

Nel declinarsi della storia dell'ermeneutica, è con Schleiermacher, nel '700, che il tema del fraintendimento viene in primo piano, per poi essere ripreso da Gadamer nel 1960 all'interno del suo principale lavoro *Verità e metodo*.

Il contesto di riferimento di Schleiermacher è stato, così com'era avvenuto per la speculazione precedente, in primo luogo quello dell'interpretazione dei testi sacri, ma con lui la questione ermeneutica si è estesa fino ad emanciparsi dall'intento di base e giungere ad interessare ogni fatto linguistico ed ogni dinamica comunicativa che faccia uso del linguaggio. Anche l'intreccio di ermeneutica e fraintendimento, già presente *in nuce* nelle riflessioni anteriori, assume ora una veste ben più estensiva. Il fraintendimento (*Missverstehen*) diviene accadimento di base in ogni dialogo fra interlocutori reali e la possibilità della comprensione (*Verstehen*) viene pensata in relazione all'idea che esso debba essere considerato come una sua dimensione strutturale. Le considerazioni di Schleiermacher assumono, così, una veste provocatoria in quanto il *Missverstehen*, ben lungi dal risultare un mero accidente comunicativo, diviene, al contrario, momento costitutivo del procedere della comunicazione; di conseguenza, la comprensione non viene più pensata come la naturalità dell'accadere comunicativo (la regola principale della comunicazione o il suo immediato prodotto), quanto come una sua eccezione: essa non si verifica spontaneamente o normalmente

poiché ciò che dobbiamo ritenere che accade da sé è, semmai, proprio il fraintendimento. L'ermeneutica viene ad essere l'arte attraverso cui affrontare una naturale condizione di deiezione dell'accadere comunicativo.

Può sembrare imprescindibile che comprensione e fraintendimento vengano inquadrati in una riflessione congiunta, ma non è sempre stato così (né prima, né dopo la riflessione di Schleiermacher). Lo stesso procedimento ermeneutico, per quanto ci dice l'autore, può, infatti, assumere una veste diversa ed essere pensato in modo più o meno rigoroso a seconda che il fraintendimento venga considerato (come in genere è stato) un semplice accidente da cui guardarsi (quindi richiedendo che vengano messe in campo alcune particolari attenzioni ed affinando specifiche abilità) o, invece (come avviene nella nuova prospettiva) una condizione strutturale della relazione interumana (quindi con la necessità di rapportar visi in maniera più articolata e complessa rispetto alla messa in campo di semplici accorgimenti tecnici). Si tratta di una duplicità di alternative che trova a sua volta fondamento in un diverso modo di intendere il rapporto fra umani, accentuando o, addirittura, assolutizzando, i due poli dell'identità e dell'alterità. Nel caso meno rigoroso, che corrisponde grosso modo alla mentalità comune, l'idea cui ci si affida è quella di un'identità di fondo degli interlocutori che si riflette in una sostanziale a-problematicità della relazione. Non riconoscendo le differenze, gli elementi in gioco vengono appiattiti sull'idea di un'identità che garantisce contro ogni inquietudine ed il fraintendimento diviene un accidente di percorso. È, per esempio, il caso che tipicamente concerne le tendenze universalistiche che caratterizzano la medicina convenzionale (e, plausibilmente, l'operatività del personale sanitario) nel suo approccio alle problematiche di salute. Nel secondo caso, al contrario, si tiene in forte considerazione proprio quanto viene altrove misconosciuto, quindi le differenze (di linguaggio, di modo di ragionare ed ordinare i pensieri, di significato), le peculiarità di ogni singolo discorso, le individualità, le particolarità in quanto non riconducibili alla totalità di cui sono parte. A questo secondo livello il fraintendimento è pensato come strutturale invece che accidentale e richiede, per essere gestito, ben più di qualche accorgimento tecnico. Partendo dall'idea di una eterogeneità di fondo degli umani, di una messa in valore delle differenze, non possiamo, infatti, attenderci uno sgorgare spontaneo della comprensione: essa, per realizzarsi, deve essere attivamente ricercata, con volontà e tenacia, al di là di un incedere tecnicamente codificato, poiché l'individualità è un mistero che non si lascia mai svelare completamente.

Se questo rappresenta l'estremità del secondo polo in cui si articola la questione, l'eterogeneità degli umani non può, d'altra parte, essere pensata come assoluta: identità e differenza coesistono ed è proprio questa duplicità a far pensare al fraintendimento non esclusivamente come ad un momento di arresto, come ad una trappola in cui è bene - a tutti i costi - cercare di evitare di imbattersi, ma al motore stesso del procedimento interpretativo, che, qualora correttamente impostato, consentirà di raggiungere la piena comprensione⁵⁰.

Viene qui chiaramente in luce la differenza fra *Missverstehen* e *Nichtverstehen*, poiché il fraintendimento (*Missverstehen*) non può più essere considerato alla stregua della

⁵⁰ Nella prospettiva di Schleiermacher la comprensione può essere raggiunta ricorrendo ai meccanismi dell'interpretazione grammaticale e poi al dispositivo dell'interpretazione psicologica (i due momenti da lui codificati come dinamiche procedurali). L'interlocutore potrà, quindi, perseguire la comprensione, ma la potrà raggiungere effettivamente solo grazie ad una sorta di 'atto divinatorio' (interno al momento dell'interpretazione psicologica) reso possibile dalla sussistenza di un legame originario fra le individualità, quindi in virtù di una congenialità di fondo che non può essere recuperata attraverso la ragione ed il concetto (i quali incontrano, qui, un limite), ma attraverso una comprensione immediata, simpatetica e congeniale, la cui possibilità si fonda su un precedente legame che unisce tutte le individualità.

mera incomprendione (*Nichtverstehen*). Perché si generi fraintendimento occorre vi sia un'intesa di base, una qualche forma di congenialità fra gli elementi in gioco: estraneità e familiarità sono entrambe presenti in ogni fraintendimento, così come in ogni comprensione raggiunta. È proprio per questo che esso può diventare motore della comprensione: perché, diversamente dalla pura incomprendione, si fonda su una consonanza che costituisce la condizione stessa del suo superamento. La comprensione risulta perseguibile a partire dal fraintendimento, che si configura come vero e proprio motore del processo, e grazie ad un procedimento metodico che, se da una parte mette in atto un continuo rimando fra parti e tutto, che è proprio della circolarità ermeneutica, dall'altra consente di uscirne in virtù di una consonanza di base recuperabile in un atto di immedesimazione intuitiva.

Sulla scia di questa riflessione s'inserisce il discorso di Gadamer, il quale riprende la questione aperta da Schleiermacher a proposito della circolarità ermeneutica e ne adotta in parte l'impianto, ma cerca al contempo di riformularla in quanto ritiene che il circolo della comprensione di cui parla il filosofo settecentesco abbia un carattere di viziosità ricorsiva⁵¹. Avvalendosi della riflessione di Heidegger, Gadamer pensa, infatti, ad una condizione di congenialità che non rimanda tanto ad una datità originaria, preesistente al movimento dell'interpretazione e recuperabile con un salto all'indietro delle individualità, come avveniva nella prospettiva di Schleiermacher, quanto allo stare insieme in un cammino. La circolarità ermeneutica, in questo caso, non consiste più solo nei reiterati rimandi parti-tutto, ma diviene al contempo procedere dell'interpretazione e sua condizione preliminare, ed in tale prospettiva anche il fraintendimento assume un ulteriore interesse. Sebbene, infatti il filosofo settecentesco avesse teorizzato il fraintendimento come "permanente molla interna del processo della comprensione"⁵², facendolo divenire vero e proprio motore dell'incedere ermeneutico, si era sempre mosso nell'ottica di un suo evitamento (in questo caso come condizione di partenza invece che come accidente di percorso). Per lui risultava, infatti, fondamentale il recupero di una condizione originaria esente da fraintendimenti. Con Gadamer, invece, è nel percorrere un cammino che si produce la condizione stessa della comprensione: essa non consiste tanto in una comunione di anime, quanto nella partecipazione ad un senso comune. Il fraintendimento, in tale prospettiva, non rappresenta più solo una sorta di momento energetico che alimenta la ricerca, ma diviene il prezioso alleato del cammino di costruzione di un orizzonte comune, poiché il comprendere non ha più a che fare con il riprodurre⁵³. Quando in generale si comprende, afferma Gadamer, "si comprende diversamente"⁵⁴. L'ermeneutica, da "arte di evitare il fraintendimento" diviene coscienza della determinazione storica ed in quanto tale s'interroga su quale sia la "maniera giusta" di stare dentro la circolarità

⁵¹ Schleiermacher teorizza un'attività metodica costituita da un reiterato rimando parti-tutto che provoca un continuo allargamento dei contesti e, non potendo portare avanti all'infinito questo movimento, per giungere alla comprensione è costretto ad invocare il recupero della congenialità originaria di autore ed interprete attraverso un atto di immedesimazione intuitiva. La viziosità presente in tale discorso è al contempo di tipo logico (poiché "il tutto in base a cui il particolare deve essere compreso non può essere dato prima del particolare stesso") e metodologico (poiché alla codifica di un percorso da effettuare passo dopo passo si è costretti ad aggiungere un vero e proprio atto divinatorio come quello dell'immedesimazione intuitiva).

⁵² Come fa chiaramente vedere Vattimo nel suo, *Schleiermacher filosofo dell'interpretazione*, è a partire da una condizione iniziale di instabilità, quindi non di assoluto *nichtverstehen*, che si cerca di capire ed è in tal modo che nascono i fraintendimenti.

⁵³ Più ancora che in Schleiermacher, il quale "giunge ad affermare che si tratta di comprendere un autore meglio di quanto egli stesso si comprenda" (Gadamer, *ibidem*, p. 232).

⁵⁴ Gadamer H.G., *ibidem*, p. 346.

ermeneutica (di renderla circolarità virtuosa) invece che cercare di uscirne (in quanto circolarità viziosa).

Il concetto di 'frintendimento', in definitiva, in quest'ottica, introduce una dimensione più dialogica rispetto a quanto implicato nell'uso del termine 'malinteso', il quale richiama quasi immediatamente l'idea che ci sia una giusta versione, quindi un 'beninteso' che si contrappone ad un malinteso. 'Frintendimento' lascia maggiormente aperto l'orizzonte interpretativo verso l'idea di un gioco relazionale che coinvolge gli interlocutori in un terreno di scambi; mette in evidenza l'esistenza di un 'fra' (fr-intendersi, rispetto a male-intendersi) che consente alle diversità di esprimersi e che non necessariamente indirizza verso l'ipotesi di una soluzione univoca della diatriba, che sarebbe a sua volta resa possibile dalla presenza di una verità retrostante, disvelabile in forma univoca al di là del frintendimento stesso. In tal senso, ci sembra che il termine frintendimento meglio si adatti a caratterizzare in maniera complessa la dinamica della comunicazione umana rispetto a 'malinteso', consentendo di spingersi oltre di esso, fino a mettere in luce la presenza di un ulteriore aspetto, peculiare della relazione interumana: quello che rende gli scambi comunicativi efficaci seppure non vi sia la piena corrispondenza dei sistemi di significato o delle prospettive di senso e quello che ne accentua il carattere di responsabilità interpretativa. Nel frintendimento, infatti, non necessariamente s'intende male: s'intende diversamente, senza che però vi sia piena/chiaro consapevolezza della difformità interpretativa. Un elemento da gestire, più che da evitare.

L'onnipresenza del pregiudizio

Un esito tutto sommato analogo è quello cui va incontro anche il concetto di pregiudizio nella riflessione dell'ermeneutica contemporanea.

Anche al termine pregiudizio viene in genere attribuito un significato negativo. Questo alone semantico che circonda il concetto è rinvenibile nell'uso comune del termine ed anche nella letteratura specialistica, prima, durante e dopo la rivalutazione schleiermacheriana del frintendimento. "Che fra i pregiudizi ve ne possano essere di veri" afferma, infatti, Gadamer "è cosa che a Schleiermacher non viene neanche più in mente", ma il pregiudizio (il "giudizio formulato prima di..."), ragione principe del frintendimento, è in realtà la condizione di ogni comprensione possibile. La comprensione, infatti, consiste tutta nell'elaborazione di quella sorta di progetto preliminare che è insita nell'incontro con le varie produzioni linguistiche, poiché ogni testo (scritto o orale che sia) esibisce il proprio senso solo in quanto lo si legge/ascolta con determinate attese. È su questa base che si struttura la circolarità ermeneutica, per cui ogni coscienza ermeneuticamente avvertita deve ripensare e riformulare i termini del proprio rapporto con la dimensione pregiudiziale presente in ogni incontro. Ridurre il pregiudizio a pregiudizio negativo, come ha fatto anche buona parte della ricerca nel campo delle scienze sociali, se da una parte mette in luce alcuni meccanismi insiti nel suo funzionamento, dall'altra rischia di non farci capire molto della sua presenza strutturale nel campo della comunicazione umana. L'esclusione del pregiudizio non è strutturalmente realizzabile e l'inganno in cui si rischia di cadere permanendo su questa via è quello della sua inconsapevole sostituzione. Ciò in cui ha senso cimentarsi è, semmai, nella realizzazione di una presa d'atto del suo agire e, a partire da questa, dalla consapevolezza della sua specifica presenza ed azione, nella creazione delle condizioni per un suo diverso operare. "Sono i pregiudizi di cui non siamo consapevoli", afferma, infatti, Gadamer, "quelli che ci rendono sordi alla voce del testo". "Una coscienza

ermeneuticamente educata deve essere preliminarmente sensibile all'alterità del testo" e "tale sensibilità non presuppone né un'obiettiva 'neutralità' né un oblio di se stessi, ma implica una precisa presa di coscienza delle proprie pre-supposizioni e dei propri pregiudizi. Bisogna essere consapevoli delle proprie prevenzioni perché il testo si presenti nella sua alterità e abbia concretamente la possibilità di far valere il suo contenuto di verità nei confronti delle presupposizioni dell'interprete."⁵⁵ Comprendere è interpretare.

La comprensione ha, quindi, la struttura della circolarità ermeneutica. Il pregiudizio ne è elemento costitutivo: esso non si supera in quanto tale, poiché la pretesa di un suo superamento tende in genere a coincidere con la sua inconsapevole sostituzione. In tutto questo, niente, infatti risulta garantito in termini di padroneggiamento. Essere storici, afferma Gadamer – in linea con la rivoluzione psicoanalitica - significa non potersi risolvere in auto trasparenza. Il fraintendimento cessa, d'altra parte, di essere assimilato alla mera incomprendimento e, distinguendosi dalla negatività del malinteso, diviene la normalità dell'accadere comunicativo. Una normalità che, qualora adeguatamente considerata, colloca gli interlocutori in una dimensione di senso rispetto alla quale sono chiamati ad assumere una posizione dialogica. La questione che si pone a questo punto, è quella, tutta gadameriana, della giusta modalità di stare dentro alla circolarità ermeneutica, invece di presumere di uscirne.

La complessità dell'ascolto

L'insieme delle riflessioni precedenti, ivi compresa la coda gadameriana appena enunciata, come già abbiamo preannunciato, a nostro avviso trova adeguata continuazione nella riflessione di Marianella Sclavi.

La socio-antropologa, nel suo lavoro *Arte di ascoltare e mondi possibili*, elabora, infatti, una proposta teorico-pratica in cui pressoché tutti i concetti utilizzati finora fungono da cornice per l'inquadramento di un percorso di fenomenologia sperimentale che consente di addentrarsi nella lettura delle interazioni umane. La sua proposta si articola attorno ai tre cardini dell'ascolto attivo, dell'autoconsapevolezza emozionale e della gestione creativa dei conflitti, in quanto considerate dimensioni interconnesse e proprie della comunicazione/relazione che caratterizza i sistemi complessi. Quello che, in altri termini, la ricercatrice mette a punto, è un vero e proprio esercizio in cui le tre dimensioni appena enunciate si richiamano reciprocamente. Fra i punti di partenza del discorso intrapreso figura proprio l'idea che il padroneggiamento pieno e consapevole delle dinamiche comunicativo-relazionali non sia né un dato di partenza, né un requisito acquisibile. La condizione tipica della relazione fra umani, soprattutto in quanto si ha a che fare con la diversità insita nelle distinte appartenenze culturali, è, infatti, quella dei sistemi complessi in cui le difficoltà che vengono di volta in volta incontrate, più che essere risolvibili grazie al dispiegamento delle variabili ed al possesso delle informazioni necessarie alla loro comprensione, sono gestibili a condizione di maturare un *savoir faire* adeguato alla loro complessità. La distinzione fra sistemi semplici e sistemi complessi, di cui la società multiculturale è esempio paradigmatico, passa, infatti, per Marianella Sclavi, attraverso una serie di caratteristiche rispetto alle quali non è possibile codificare una precettistica che sia poi applicabile nelle diverse situazioni, ma che possono, tuttavia, essere maturate mettendo in atto un reale percorso di formazione.

⁵⁵ Gadamer H.G., *ibidem*, p. 316.

La distinzione fra sistemi semplici e sistemi complessi, per l'autrice, passa attraverso le seguenti caratteristiche⁵⁶:

SISTEMI SEMPLICI	SISTEMI COMPLESSI
Dove "le stesse cose" hanno lo stesso significato	Dove "le stesse cose" hanno significati differenti
Stesse premesse implicite	Diverse premesse implicite
Ciò che diamo per scontato ci aiuta a comunicare	Ciò che diamo per scontato ci impedisce di comunicare
Valutazione delle scelte dentro quel contesto	Apprezzamento di quel contesto alla luce di un altro
Io ho ragione, tu hai torto (o viceversa)	Tutti hanno ragione, anche chi dice che non possono aver ragione tutti
Mondo mono-culturale. Uni/verso	Mondo pluri-culturale. Pluri/verso

Data questa diversità di fondo, anche la forma di pensiero adeguato ai sistemi semplici ed a quelli complessi è piuttosto diversa. Nel primo caso vigono le consuete regole della 'logica classica', quelle procedure logiche, cioè, che caratterizzano la 'razionalità analitica e lineare'. L'abitudine maturata nell'ambito dei sistemi semplici tende poi a far sì che ci si rivolga a quelli complessi come se la distinzione fra gli uni e gli altri risiedesse sostanzialmente nella numerosità delle variabili in gioco. La differenza, invece, non si situa su un piano meramente quantitativo, bensì qualitativo, e riguarda, più che il numero di variabili, il loro essere distinte ed al contempo fortemente interconnesse in modo circolare ed autoriflessivo. Il tentativo di tenere in conto una quantità crescente di variabili ed i nessi fra loro intercorrenti, ma secondo modalità lineari di interconnessione, che è il modo con il quale il pensiero del primo tipo cerca di afferrare la complessità, non produce, pertanto, un esito ad essa adeguato. Quello che occorre è una *forma mentis* che sia capace di circolarità autoriflessiva, in cui alle consuete modalità di ascolto si sostituiscano le dinamiche dell'ascolto attivo, in cui si rivolga particolare attenzione alle premesse implicite ed in cui l'osservatore sia considerato parte integrante del fenomeno. In questo secondo ambito, "provare e sbagliare" non si configura più come un errore da evitare nella misura in cui può essere adeguatamente previsto, ma diviene un passo pressoché ineludibile. Occorre, però, imparare a gestirlo, mettendosi nella condizione di sbagliare ed al contempo di osservare che cosa facciamo nel momento in cui cerchiamo di correggerci, poiché il punto critico della situazione sta proprio nel fatto che è proprio cercando di correggersi che la situazione peggiora: occorre, afferma l'autrice, "provare e sbagliare, provare e sbagliare, provare e sbagliare...", ma ad un certo punto "smettere di perseverare (e spostarsi sulle premesse implicite)"⁵⁷. Ed occorre assumere anche che tutti hanno ragione: A e B ed anche, in modo incoerente con la logica classica/ lineare, chi dice che non possono avere ragione entrambi.

In tutto questo sono in primo piano soprattutto le dinamiche dell'ascolto. L'autrice distingue, in particolare, fra due diverse forme di ascolto, differenziando fra 'ascolto' ed 'ascolto attivo'. La differenza di fondo fra le due modalità passa

⁵⁶ Sclavi M., *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Le vespe, Milano, 2000, pp. 42-43.

⁵⁷ *Ibidem*, pp.38-43.

sostanzialmente attraverso la capacità di riposizionarsi rispetto a se stessi: di rendersi conto di quali premesse implicitamente orientano il nostro sistema percettivo e di considerarsi fattivamente implicati nella costruzione del quadro fenomenico di cui siamo prodotti oltre che produttori (potremmo dire, gadamerianamente, come giocatori di un gioco da cui veniamo al contempo giocati⁵⁸). Le due diverse dinamiche sono rispettivamente adeguate alle caratteristiche dei sistemi semplici e di quelli complessi. Nel caso dei sistemi semplici, caratterizzati da un'omogeneità di fondo dei linguaggi e degli insiemi di significato (pertanto mono-culturali), poiché "le 'stesse cose' hanno lo stesso significato" e vi è una sostanziale analogia degli impliciti, le normali dinamiche dell'ascolto sono adeguate e sufficienti alla comprensione: "ciò che diamo per scontato ci aiuta a comunicare"; nel caso dei sistemi complessi, caratterizzati da una sostanziale disomogeneità dei significati in quanto "le 'stesse cose' hanno significati differenti" e le premesse che implicitamente orientano le attribuzioni di senso sono diverse (pluri-culturalità), occorre una modalità più "attiva" di ascolto poiché, al contrario, "ciò che diamo per scontato ci impedisce di comunicare". Nei sistemi complessi, in altri termini, "Tutti hanno ragione, anche chi dice che non possono aver ragione tutti" e la valutazione delle scelte non può essere effettuata semplicemente all'interno del contesto, rimanendo ancorati ai propri presupposti, ma in virtù di uno sforzo di ricontestualizzazione, cioè di un "apprezzamento di quel contesto alla luce di un altro" che è reso possibile proprio dalla disponibilità a farsi orientare anche da altri presupposti.

Tali dinamiche vengono formalizzate dall'autrice nelle sette regole dell'arte di ascoltare:

1. Non avere fretta di arrivare a delle conclusioni. Le conclusioni sono la parte più effimera della ricerca.
2. Quel che vedi dipende dal tuo punto di vista. Per riuscire a vedere il tuo punto di vista devi cambiare punto di vista.
3. Se vuoi comprendere quel che un altro sta dicendo, devi assumere che ha ragione e chiedergli di aiutarti a vedere le cose e gli eventi dalla sua prospettiva.
4. Le emozioni sono degli strumenti conoscitivi fondamentali se sai comprendere il loro linguaggio. Non ti informano su cosa vedi, ma su come guardi. Il loro codice è relazionale e analogico.
5. Un buon ascoltatore è un esploratore di mondi possibili. I segnali più importanti per lui sono quelli che si presentano alla coscienza come al tempo stesso trascurabili e fastidiosi, marginali e irritanti, perché incongruenti con le proprie certezze.
6. Un buon ascoltatore accoglie volentieri i paradossi del pensiero e della comunicazione. Affronta i dissensi come occasioni per esercitarsi in un campo che lo appassiona: la gestione creativa dei conflitti.
7. Per divenire esperto nell'arte di ascoltare devi adottare una metodologia umoristica. Ma quando hai imparato ad ascoltare, l'umorismo viene da sé.

In tutto questo la socio-antropologa fornisce degli ausili metodologici anche in termini di suggerimenti di schematizzazioni da effettuare, per esempio attraverso l'uso di matrici bisociative, cioè di doppie descrizioni effettuate affiancando elementi percettivo-valutativi che vengono semplicemente elencati o, in modo più complesso,

⁵⁸ Gadamer, *Verità e metodo*, pp. 132.42.

confrontando narrazioni alternative che consentano di mettere a fuoco quanto le caratterizza e di risalire, attraverso questo, agli impliciti retrostanti.

Uno strumento particolarmente utilizzato in tal senso è, appunto, quello delle narrazioni. Alla dimensione narrativa, riserviamo, pertanto, l'ultimo capitolo di questa introduzione teorica.

Narrare

Al di là della posizione privilegiata che Marianella Sclavi riserva alla dimensione narrativa, questa tematica è stata ed è oggetto di riflessioni molteplici nel campo delle scienze umane e sociali. Tale centralità si deve in primo luogo ai lavori di Jerome Bruner – al contempo psicologo, epistemologo e pedagogista –, il quale individua nella narrazione lo strumento per eccellenza della ricerca del significato. Nella sua prospettiva, infatti, i racconti vengono considerati importanti strumenti di orientamento, diffuse modalità di organizzazione dei vissuti e degli accadimenti, fondamentali procedure semantiche capaci di direzionare la percezione del mondo e la stessa interpretazione di sé, finanche a poterci dire chi siamo, poiché le identità, nella loro essenza, sono narrazioni dialogiche costruite in rapporti comunicativi di reciprocità. Orali o scritte che siano, alle narrazioni affidiamo da sempre gran parte dei nostri tentativi di costruzione del senso: esse sembrano intervenire per dare fisionomia e coerenza a ciò che altrimenti permarrebbe come caotico assommarsi di sensazioni e stimoli. Il narratore, come il demiurgo, non crea dal nulla, è produttivo artefice di mondi plasmati da un materiale grezzo, che resterebbe altrimenti insignificante, incapace di parlare; in virtù della sua abilità ordinatrice, incanalando orienta, dà senso e voce alle cose, ed apre così alla possibilità di sviluppi ulteriori; rende possibile l'evolvere in una direzione. Le narrazioni, assi portanti delle nostre vite, sono, così, al contempo 'strutturate da' e 'strutturanti' i diversi accadimenti che le attraversano; in questo testimoniano di un marcato carattere di ambivalenza. Sono luoghi dell'apertura, della molteplicità e del dialogo, ma, nella complessa articolazione del loro movimento, possono costituirsi anche come ambiti di alienazione, poiché la loro strutturazione può essere tale da indurre il soggetto a chiudersi rispetto ad ogni alternativa possibile, fino a negarsi ad ogni opportunità di trasformazione. È forse proprio in virtù di questo loro carattere ambivalente e fecondo che, nel declinarsi della storia, le narrazioni tornano ripetutamente in scena come forme del discorso e, al contempo, come strumenti di riflessione e come luoghi a cui attingere un coacervo di idee.

Al di là del riconoscimento di validità a questa centralità recuperata, quello che si è indotti a chiedersi è se ci siano modalità narrative che agevolino, invece che ostacolare, la possibilità dell'apertura, il poter affacciarsi su uno scenario e rideterminarlo. Le forme della narrazione sono, infatti, molteplici e con il loro pluralismo coprono una gamma decisamente vasta di possibilità, fino a comprendere stili del tutto antitetici. La riflessione condotta da Marianella Sclavi induce, per esempio, a distinguere fra tre diverse modalità narrative, proponendo a questo proposito un esercizio di messa in parallelo dei rispettivi enunciati.

Una prima modalità narrativa è quella tipica della scienza: una sorta di narrazione senza soggetto in cui il linguaggio diviene impersonale, 'oggettivo'; non si tratta, infatti, con essa, di promuovere o raccontare esperienze, ma, semmai, di elevarle all'astrazione dell'universale, di emendarle dalla particolarità della posizione singolare in modo da riuscire a mettere in forma un discorso ultimativo, astorico, invece che il racconto di un soggetto spazio-temporalmente situato. La narrazione scientifica chiede l'esclusione da

sé di tutto quanto richiami la presenza di un punto di vista, di una posizione interpretativa, di un modo di sentire. Nel gioco delle narrazioni parallele essa si caratterizza come quel tipo di resoconto che, nell'intento di perseguire la piena neutralità espositiva, esclude ogni considerazione delle emozioni eventualmente sottese, perseguendo l'estromissione di ogni matrice percettivo-valutativa in direzione della più pura 'esposizione dei fatti'.

Una seconda modalità fa assumere alla narrazione un preciso andamento interpretativo, ancorandola saldamente alla fissità di un punto di vista. La peculiarità di questa posizione concerne il fatto di mettere in scena una dimensione soggettiva, senza, però, che ve ne sia effettiva consapevolezza da parte del soggetto narrante. Questi, al contrario, riveste una condizione di sostanziale ignoranza rispetto alla particolarità delle cornici percettivo-valutative da lui stesso utilizzate per inquadrare gli eventi. Ne risulta una narrazione etnocentrica, unilaterale, tipica di una modalità di ascolto che è possibile definire come 'passivo' nella misura in cui si rivela indisponibile alla revisione del proprio sistema di coordinate. Una sorta di 'falso ascolto' del tutto orientato da un sistema valoriale preesistente che ha definito a priori la propria posizione come l'unica legittima e, quindi, come la sola che sia davvero degna di considerazione ed ascolto. Si tratta, anche in questo caso, di una modalità del tutto abituale, anzi, potremmo dire, della consuetudine narrativa per eccellenza, di cui ci nutriamo da sempre. È in primo luogo contro di essa, non a caso, che la scienza ha indirizzato i suoi strali più critici, mettendo in luce quanto sia emotivamente - invece che razionalmente - orientata. Il soggettivismo di cui si ammanta è, appunto, inconsapevole di sé, un soggettivismo che induce a scambiare per verità quello che è solo un punto di vista, che insegue il bisogno di conferma, di rassicurazione, e non si accorge delle distorsioni interpretative cui è indotto. L'errore che per eccellenza viene compiuto in tale prospettiva è, appunto, quello di farsi muovere dalle emozioni, quindi di mettere in atto processi interpretativi affrettati, vere e proprie scorciatoie cognitive che estromettono la logica - la ragion-logica - per ottenere ragione del proprio particolare, indiscusso punto di vista.

Il terzo genere di narrazioni della tipologia-Sclavi ci immette in una situazione significativamente diversa rispetto alle altre. Qui il soggetto è pienamente in gioco con il suo posizionarsi, ma all'analoga situazione delle narrazioni precedenti fa riscontro, ora, la piena accoglienza dell'elemento di alterità, con la valorizzazione della dimensione di urto, di contrasto, di disarmonia che la sua intromissione comporta.

Questo potrebbe avvenire - perché no? - anche con le narrazioni del primo tipo (quelle che, per comodità retorico-espositiva abbiamo definito di tipo 'scientifico'), ma rispetto ad esse il movimento che viene intrapreso dal soggetto narrante si caratterizza non per lo sforzo di obbedire ad un canone logico-razionale che estrometta ogni elemento di soggettività (è quasi paradossale: il soggetto che cerca di escludere se stesso), ma per l'avvio di un movimento riflessivo che faccia proprio del soggetto il punto di forza del percorso conoscitivo-esperienziale. In questo terzo tipo di narrazioni assumo un ruolo di primo piano gli incidenti di percorso (imbarazzi, spiazzamenti, senso del ridicolo, conflitti), i quali vengono positivamente valorizzati, usandoli come occasioni - come risorse conoscitive - per esplorare "altri mondi possibili", ed assumono un ruolo di primo piano le emozioni (le dinamiche del coinvolgimento-distacco ed il loro collegamento con quelle dell'attesa-intesa).

Schematicamente, le caratteristiche di questi tre diversi tipi di narrazioni possono essere caratterizzate come segue:

NARRAZIONI PARALLELE

	Ruolo delle matrici percettivo-valutative	Incidenti di percorso (imbarazzo, spiazzamento, senso del ridicolo, conflitto)		Emozioni	
A	Vengono esposti i “fatti” prescindendo dalle matrici	Incidenti ignorati	Attenzione a dare informazioni evitando giudizi di valore	Le emozioni sono da eliminare in quanto, come i giudizi di valore, distorcono la conoscenza	Scienza/ positivismo
B	Si afferma una sola matrice negando la legittimità o l'esistenza dell'altra	Incidenti edulcorati	L'incidente è ammesso, ma non è posto al centro: il centro è cosa è vero/ falso, chi ha ragione/torto, c'è urgenza di assicurarsi e assicurare	Le emozioni distorcono la conoscenza rendendola unilaterale. O coinvolgimento o distacco.	Senso comune/ etnocentrismo
C	Si afferma la pari legittimità di entrambe le matrici percettivo-valutative	Incidenti valorizzati	L'incidente viene posto al centro dell'attenzione, usandolo come occasione (come risorsa conoscitiva) per esplorare altri mondi possibili	Le emozioni sono molte, ma non c'è distorsione. Coinvolgimento e distacco	Ascolto attivo

NOTA METODOLOGICA

Individuazione del contesto in cui effettuare la ricerca

Problemi di avvio

La scelta dell'ambito di ricerca

Individuazione della tematica su cui focalizzare la ricerca

Materiale utilizzato

Osservazione sul campo

Materiale prodotto nell'ambito del corso di formazione

Interviste

Griglia di analisi

Individuazione del contesto in cui effettuare la ricerca

Problemi di avvio

Il percorso di ricerca che ha consentito il reperimento del materiale utilizzato per la realizzazione di questo elaborato ha subito delle modifiche significative rispetto al progetto originario, sia per quanto riguarda la procedura di ricerca, sia relativamente ai suoi obiettivi.

Il lavoro, per quanto inizialmente programmato, avrebbe dovuto vertere sulla definizione degli impliciti culturali retrostanti le domande di cura degli immigrati e l'attività di rilevazione del materiale avrebbe dovuto essere effettuata nelle strutture territoriali extra-ospedaliere presenti nel contesto dell'Unità Socio Sanitaria Locale n. 16. Si ipotizzava, infatti, che i Distretti territoriali ed i relativi Ambulatori e Consultori, proprio in quanto disseminati capillarmente nel territorio ed in quanto dotati di personale idoneo a rispondere sia alle problematiche sanitarie, sia a bisogni di carattere sociale, fossero le strutture più idonee ad accogliere le necessità della popolazione immigrata ed a farne emergere la fisionomia specifica. L'indagine, inoltre, avrebbe dovuto far parte di un più ampio lavoro di ricerca ed intervento portato avanti dal neonato Centro Interdipartimentale di Ricerca e Servizi per gli Studi Interculturali (CIRSSI), sorto nel 2004 all'interno dell'Ateneo di Padova. In particolare, nell'ambito del CIRSSI, si intendeva effettuare una rilevazione della situazione in atto e, a partire da questa, procedere alla formulazione di ipotesi d'intervento che consentissero un'eventuale riorganizzazione di alcuni settori del servizio socio-sanitario e la messa a punto di percorsi di aggiornamento e formazione del personale che tenessero conto delle esigenze emergenti. Il progetto relativo alla messa a fuoco degli impliciti culturali s'inseriva in questa più vasta prospettiva d'insieme.

In tale prospettiva, sono state effettuate le necessarie indagini per individuare quali potessero essere gli interlocutori adeguati alla realizzazione della ricerca. Una prima rilevazione di dati informativi ha fatto emergere l'esistenza di un settore istituzionale specificamente deputato alla gestione delle problematiche connesse alla sempre maggiore presenza di utenti immigrati: la Struttura Alta Professionalità Immigrazione, che era recentemente sorta nell'ambito della ULSS 16. In un primo tempo l'interlocuzione è stata, pertanto, orientata verso i responsabili di tale area. Dai colloqui effettuati è emersa un'esplicita dichiarazione di disponibilità e d'interesse alla collaborazione, sia relativamente alla possibilità di portare avanti il percorso di ricerca, sia, soprattutto ed in maniera del tutto esplicita, in relazione alla possibilità di realizzare degli specifici momenti informativi e formativi rivolti al personale sanitario. Questa seconda prospettiva configurava, infatti, un'esigenza già emersa nel contesto della ULSS; proprio per questo, ha immediatamente preso forma, da parte della Struttura Alta Professionalità Immigrazione, una richiesta di aiuto per la realizzazione di un convegno che trattasse le tematiche d'interesse comune. In virtù della collaborazione avviata per l'organizzazione del convegno, ci è stato possibile partecipare alle riunioni periodiche di un tavolo di coordinamento recentemente istituito e volto a creare un'interlocuzione fra i diversi attori che, nel contesto territoriale, si trovavano ad interagire, direttamente o indirettamente, nella gestione delle problematiche socio-sanitarie presentate dall'utenza immigrata. Attraverso la partecipazione a tali incontri, si è avuto modo di interloquire con molteplici attori e figure istituzionali e di cogliere diversi aspetti della dimensione organizzativa, formale ed informale, riguardante le iniziative territoriali in questo ambito.

In modo del tutto imprevisto, la partecipazione al tavolo di coordinamento e la concreta collaborazione all'ideazione e realizzazione del convegno hanno consentito di evidenziare la presenza di una nutrita serie di problematiche e di ostacoli che hanno indotto a rivedere la procedura di ricerca a partire proprio dall'individuazione del contesto in cui effettuare l'indagine. È, infatti, progressivamente emerso che, nonostante le esplicite dichiarazioni di collaborazione, non sarebbe stato possibile accedere direttamente ai dati relativi all'utenza, sia che si trattasse di cartelle cliniche, sia che si avesse a che fare con rilevazioni statistiche, in quanto gli stessi venivano costantemente filtrati prima di renderli disponibili. Allo stesso modo, non risultava possibile effettuare una vera e propria attività di rilevazione dati sul campo che si concretizzasse anche con un'osservazione diretta delle situazioni d'interazione, recandosi negli ambulatori o presso gli sportelli. Le richieste in tal senso venivano apparentemente accolte, ma, nella realtà, di volta in volta si presentavano ostacoli che le rendevano inattuabili. Al contempo, l'osservazione effettuata attraverso la partecipazione all'organizzazione del convegno ed al tavolo di coordinamento faceva emergere diversi problemi relativamente all'attendibilità delle informazioni veicolate intorno alla dimensione organizzativa propria della Struttura Alta Professionalità Immigrazione ed alle iniziative da essa di volta in volta poste in essere. La stessa configurazione del "tavolo" ha ben presto rivelato non poche difficoltà. Testimonianza evidente ne è stato il fatto che mentre, da una parte, la lista degli inviti si faceva via via più lunga ed articolata, si rilevava, dall'altra, che gli interlocutori, dopo una partecipazione iniziale, difficilmente si ripresentavano agli incontri successivi; di conseguenza, gli attori in gioco cambiavano continuamente e risultava pressoché impossibile delineare la fisionomia del gruppo, mentre nel passaggio da una riunione all'altra si verificava una totale discontinuità di contenuti. Si trattava di un chiaro segnale di difficoltà di funzionamento e della progressiva messa in luce del fatto che, a dispetto della denominazione di fondo del "tavolo", con esso non stava prendendo forma alcuna effettiva realtà di coordinamento.

Alcuni mesi di attività hanno, d'altra parte, consentito di portare a termine la realizzazione del convegno ipotizzato, il quale ha assunto come tema "La cura dell'altro"⁵⁹. Grazie all'organizzazione di questa attività è stato possibile addentrarsi capillarmente nel sistema organizzativo sanitario locale ed avviare una serie di relazioni che hanno consentito di portare a maturazione una diversa prospettiva di lavoro.

Ci sembra importante riportare questi elementi informativi in quanto, come avremo modo di accennare in alcuni specifici punti di questo lavoro, gli ostacoli da noi incontrati mettono in luce la presenza di una problematica di fondo che interviene significativamente nel delineare la forma del rapporto con l'utenza. Questa prima fase di lavoro, pertanto, al di là del fatto di essere risultata improduttiva dal punto di vista della messa in atto della procedura di ricerca per come era stata ipotizzata originariamente, è risultata, poi, preziosa in quanto ha fornito materiale informativo che talvolta si è rivelato utile per la lettura delle difficoltà rilevate nella fase di osservazione sul campo in ambito ospedaliero, nonché nell'interpretazione di alcuni specifici dati.

La scelta dell'ambito di ricerca

Verificata l'impossibilità di procedere in ambito ULSS, sono stati effettuati altri colloqui con funzionari dell'amministrazione sanitaria ed è stata messa a fuoco una possibilità alternativa di lavoro, questa volta rivolgendosi, invece che ai servizi territoriali, all'area ospedaliera. Unità Locale Socio Sanitaria n. 16 e Azienda

⁵⁹ "La cura dell'altro", Padova, Palazzo Moroni, 22-23 Giugno 2006.

Ospedaliera di Padova, infatti, come già abbiamo avuto modo di accennare⁶⁰, si costituiscono come due istituzioni distinte, seppure coordinate da un Direttore Generale comune. Effettuando l'indagine in contesto ospedaliero, pertanto, sarebbe stato possibile arginare l'ostacolo rappresentato dalla presenza della Struttura Alta Professionalità Immigrazione, dato che la medesima agiva solo in ambito territoriale con esclusione dell'Azienda Ospedaliera⁶¹.

Dopo una prima fase di lavoro protrattasi per alcuni mesi, ha quindi preso avvio un secondo periodo di consultazioni volto a mettere a fuoco quale avrebbe potuto essere il terreno di ricerca in ambito ospedaliero. Per prima cosa si è proceduto ad individuare se anche in questo ambito vi fosse una struttura deputata alla gestione delle problematiche relative alla presenza degli immigrati che avrebbe dovuto costituirsi come nostro interlocutore privilegiato. Nel caso dell'Azienda Ospedaliera non risultava essere presente un organismo appositamente creato (com'era avvenuto per la ULSS e la corrispondente Struttura Alta Professionalità Immigrazione), poiché la scelta effettuata era stata quella di attribuire l'incarico della gestione delle problematiche che si configurano nel rapporto con l'utenza immigrata ad un settore preesistente, in quanto considerato idoneo a tale scopo: l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP). E' stato, quindi, l'URP il nostro referente privilegiato, in particolare attraverso la figura del suo Dirigente.

Fra le competenze dell'URP che potessero essere di interesse per la nostra attività risultavano in particolare:

- la gestione di un'attività di sportello rivolta all'utenza, volta a fornire le informazioni necessarie ad orientarsi all'interno all'Azienda, nonché ad accogliere ogni eventuale problema manifestatosi;
- la stesura del materiale informativo (carta dei servizi ed altri opuscoli) attraverso cui l'Azienda comunica con l'utenza;
- la gestione di un servizio sociale deputato all'accoglienza delle problematiche di carattere sociale ed alla consulenza interna;
- la gestione di un servizio di mediazione linguistico-culturale appositamente istituito per andare incontro alle esigenze di operatori ospedalieri ed utenti immigrati. Servizio amministrato dall'Ufficio ed appaltato ad una cooperativa di mediatori operante nel territorio.

Grazie al rapporto istituito con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, risultava possibile sia accedere direttamente ai dati statistici relativi ai ricoveri ospedalieri⁶², sia programmare un periodo di lavoro sul campo che consentisse di osservare direttamente l'interazione fra operatori ed utenti. Sembrava, quindi possibile procedere alla realizzazione dell'indagine per così com'era stata originariamente pensata, seppure spostando l'attenzione sul contesto ospedaliero invece che sulla più generale area dei servizi socio-sanitari. In realtà, anche in questo caso, le cose non sono procedute negli

⁶⁰ Vedere capitolo "L'azienda ospedaliera di Padova"/"Una realtà articolata e complessa" all'interno della sezione relativa al "Contesto".

⁶¹ Come abbiamo visto nella sezione dedicata al contesto, a Padova sono presenti due realtà ospedaliere pubbliche, ma la mole di attività e la quantità di utenti (italiani ed anche stranieri) che si rivolge alle diverse strutture è del tutto sbilanciata in direzione dell'A.O.P. (80% circa in confronto al 20% dell'ospedale S. Antonio), che rappresenta, comunque, l'unica struttura ospedaliera avente un'amministrazione autonoma rispetto a quella dell'Azienda ULSS.

⁶² I dati presentati nei capitoli precedenti sono delle elaborazioni effettuate grazie alla possibilità di accedere ad una serie di dati rilevati direttamente all'interno dell'A.O.P. ed a cui l'U.R.P. ha la possibilità di accedere e che ci, ha pertanto, messo a disposizione.

stessi termini che avevamo originariamente previsto e questo per il subentrare di alcune evenienze che hanno reso opportuno ripensare gli obiettivi ed impostare diversamente l'attività.

Il percorso di ricerca, per così come era stato originariamente ipotizzato, prevedeva che venissero prese ad oggetto le dinamiche relazionali che s'instaurano nei contesti sanitari a cui gli immigrati si rivolgono, facendo particolare attenzione alla fenomenologia dei fraintendimenti che si realizzano in tale ambito, allo scopo di individuare gli impliciti culturali retrostanti. Per rispondere a tale esigenza, si era ipotizzato di effettuare un periodo di osservazione diretta che consentisse di prendere nota dell'interazione fra operatore ed utente e di enucleare alcuni 'episodi chiave' da considerare emblematici in termini di difficoltà di comprensione e/o relazione nel rapporto con l'utenza migrante. Gli episodi in tal modo individuati sarebbero poi stati trasposti in forma narrativa ed in tale veste sarebbero stati presentati all'interno di gruppi costituiti da rappresentanti delle diverse aree culturali, in modo da stimolare dei momenti di analisi/discussione che consentissero di far emergere gli impliciti culturali ad essi retrostanti, nonché possibili strategie di risoluzione della conflittualità potenzialmente o effettivamente presente⁶³. L'indagine in tal modo realizzata si sarebbe, poi, collegata con le altre attività di ricerca messe in opera dal Centro Interdipartimentale di Ricerca e Servizi per gli Studi Interculturali dell'Università di Padova, in modo da mettere a punto delle ipotesi d'intervento utili alla costruzione di percorsi formativi rivolti agli operatori ed alla sperimentazione di innovazioni organizzative nell'ambito delle strutture sanitarie.

Individuazione della tematica su cui focalizzare la ricerca

Nel corso del periodo di osservazione effettuato nelle varie aree ospedaliere sono ben presto emersi con evidenza alcuni elementi di riflessione che hanno indotto a rivedere anche gli obiettivi della ricerca a partire dall'individuazione della tematica su cui centrare l'attenzione. In particolare si sono evidenziati da subito:

- la complessità organizzativa della struttura ospedaliera e la difficoltà ad orientarsi al suo interno, non solo da parte dell'utenza ma anche da parte degli operatori stessi;
- il carattere 'minimale' dell'interazione spesso realizzata con l'utenza.

Il presentarsi di queste due problematiche costituiva già di per sé una ragione di riflessione intorno alla possibilità di portare avanti la procedura originariamente ipotizzata. Il carattere davvero minimale delle interazioni a cui in genere risultava possibile assistere rendeva, infatti, piuttosto improbabile incontrare situazioni che si

⁶³ Questo impianto di ricerca è stato ipotizzato in considerazione del lavoro condotto da Tobin, Wu e Davidson (*Infanzia in tre culture*, Cortina, Milano, 2000) sugli impliciti educativi che orientano la scuola dell'infanzia in Giappone, Cina, Stati Uniti. L'impianto di tale indagine è, infatti, in linea, con i nostri medesimi presupposti teorici. Nel loro caso, la circolarità ermeneutica entra in campo a partire dalla realizzazione di una serie di filmati che interrogano in prima luogo gli stessi realizzatori/registi intorno alle loro stesse modalità di ripresa (facendo emergere gli impliciti culturali in virtù dei quali si sono inconsapevolmente orientati nel momento della registrazione) e che consentono l'individuazione di alcuni episodi-chiave potenzialmente adeguati a far emergere i diversi sistemi di significato retrostanti la prassi. Gli episodi selezionati vengono analizzati a più livelli, mostrandoli in contesti di gruppo mono e pluriculturali: ricorrendo a questa procedura vengono sollecitati una serie di scambi dialogici (fra ricercatori e operatori educativi, fra americani e cinesi, fra americani e giapponesi, fra cinesi e giapponesi) che mostrano l'intervento dei diversi sistemi interpretativi e consentono di pervenire a narrazioni e ri-narrazioni dello stesso evento significativamente distinte. In definitiva, l'ottica di fondo è quella del lavoro inter-culturale, anziché semplicemente cross-culturale/comparativo.

protraessero per un tempo sufficiente a far emergere delle problematiche che mettessero in gioco delle variabili culturali significative e le narrazioni che si potevano costruire risultavano davvero poco articolate o idonee a tale scopo. D'altra parte, emergevano, con evidenza, delle problematiche di base, da noi non ipotizzate precedentemente, la cui presenza risultava così forte e diffusa da inficiare molte possibilità alternative di sviluppo del rapporto. In altri termini, ci sembrava che il progetto originario potesse più adeguatamente essere sviluppato in una seconda fase di lavoro, laddove fossero maturate delle condizioni maggiormente adeguate alla declinazione di relazioni più articolate e meno inficiate da problematiche di base quali la mancanza di tempo da destinare all'interazione.

Contemporaneamente allo svolgersi del periodo di osservazione (che in genere si articolava in una settimana per ogni Unità Operativa) si stavano, intanto sviluppando due situazioni che richiedevano, comunque, una revisione del percorso di ricerca. Il Centro Interdipartimentale universitario da cui aveva preso avvio l'ideazione della procedura d'indagine aveva subito un cambiamento organizzativo in virtù del quale non si rendeva più possibile procedere alla realizzazione del percorso nella sua interezza⁶⁴. La ricerca da noi condotta, pertanto, non si sarebbe più inserita in un contesto più vasto che prevedesse al suo interno la formulazione di percorsi di formazione e di ipotesi di intervento da realizzare nell'ambito della struttura con cui si era avviata la collaborazione. D'altra parte, così come era avvenuto nel caso della Struttura Alta Professionalità Immigrazione, anche in ambito ospedaliero erano maturate delle esigenze che avevano condotto gli operatori e l'Ufficio Relazioni con il Pubblico a puntare sulla realizzazione di interventi di sensibilizzazione e di formazione sulle problematiche relative al rapporto con l'utenza immigrata. Tale esigenza e richiesta di collaborazione veniva formulata con tratti di particolare urgenza e necessità.

In considerazione di questo insieme di fattori si è, pertanto, deciso di aderire pienamente alla prospettiva di una ricerca-azione che definisse i propri obiettivi in funzione di quanto si andava sviluppando anche in virtù della propria presenza. Di conseguenza, si è valutata l'opportunità di accantonare l'obiettivo originario, indirizzato alla ricerca degli impliciti culturali retrostanti le domande di cura della popolazione immigrata, per centrare l'attenzione su una situazione di problematicità più generale, che prendesse anche in considerazione le richieste che stavano emergendo in modo reiterato. La ridefinizione dell'obiettivo ha portato a mettere l'accento sulla delineazione delle problematiche presentate da un'organizzazione ospedaliera relativamente al rapporto fra operatori ed utenti immigrati in contesto di globalizzazione e, per operare in tale direzione, si è valutato di utilizzare in modo privilegiato, accanto allo strumento dell'osservazione sul campo, l'occasione fornita dalla reiterata richiesta di organizzare specifici momenti formativi centrati sulla relazione con il paziente straniero.

Materiale utilizzato

In considerazione di quanto sopra, il percorso di ricerca, oltre a prendere in considerazione i dati statistici messi a disposizione dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico, si è sviluppando utilizzando tre diverse modalità di lavoro:

- osservazione sul campo con metodo etnografico;
- analisi del materiale prodotto nell'ambito del percorso di formazione;

⁶⁴ Tale cambiamento ha peraltro condotto ad un progressivo ridimensionamento delle attività fino alla sua sospensione pressoché totale, per giungere, poi ad una riformulazione dello statuto che non prevede più la possibilità di erogare servizi.

- interviste ad utenti ed a 'figure intermedie'.

Osservazione sul campo

Si è proceduto dapprima individuando le aree idonee all'osservazione sul campo, selezionandole all'interno del vasto numero di Aree Funzionali (38) e di Unità Operative/reparti (79) presenti al loro interno. Date le enormi dimensioni dell'A.O.P., non risultava, infatti, possibile procedere ad un'osservazione che si articolasse su tutti i settori da cui è costituita la struttura. La scelta delle Aree e delle Unità in cui effettuare l'osservazione è stata realizzata concordemente con la dirigenza URP, sulla base delle indicazioni possedute relativamente alla numerosità delle presenze di immigrati in ognuna di esse e tenendo conto delle effettive disponibilità ad accogliere l'osservatore. Sulla base della scelta effettuata, sono state inviate dalla dirigenza URP delle lettere ai responsabili delle aree in cui effettuare le osservazioni, nonché, per conoscenza, alla Direzione Ospedaliera. Ha così preso avvio il periodo di osservazione, il quale si è articolato in un settimana per ognuna delle aree previste, come dall'elenco riportato qui di seguito:

- Ostetricia e Ginecologia (comprendente nido, puerperio e sala parto);
- Clinica pediatrica 3° piano
- Clinica pediatrica 2° piano (comprensiva di scuola materna)
- Servizio di Patologia Infettiva Pediatrica dell'Immunodepresso e Neuropsichiatria Infantile
- Pronto soccorso pediatrico e Pediatria d'urgenza
- Pronto Soccorso
- Ortopedia e Traumatologia
- Chirurgia 3 (comprensiva di Ambulatorio medicazione e Ambulatorio accettazione)

Oltre alle aree menzionate sopra, l'osservazione si è poi sviluppata anche in altri ambiti, in quanto si è reso possibile affiancare alcuni operatori in servizio nel contesto dei diversi settori gestiti dall'Ufficio Relazioni Pubbliche. In particolare sono stati effettuati ulteriori periodi di osservazione nell'ambito dei seguenti Servizi:

- Sportello dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- Servizio Sociale;
- Servizio di Mediazione linguistico-culturale.

Per un'ulteriore messa a fuoco delle situazioni osservate, si è ritenuto, infine, opportuno effettuare un confronto con una situazione sanitaria esterna all'Azienda Ospedaliera di Padova. Ai periodi di osservazione elencati sopra occorre, pertanto, aggiungere due giornate di osservazione effettuate nel contesto socio-sanitario di Reggio Emilia, nell'ambito della sperimentazione europea dei Migrants Friendly Hospitals, in particolare negli ambulatori del Centro per la Famiglia Immigrata.

Materiale prodotto nell'ambito del corso di formazione

L'Azienda Ospedaliera, nel corso del 2007, ha avviato un primo percorso di formazione destinato a due gruppi di n. 25 operatori ciascuno ed articolato in due giornate formative per ognuno dei gruppi. Nel corso dell'anno successivo, il 2008, la formazione è stata estesa a quattro gruppi che potevano accogliere fino a 50 operatori ciascuno e si è articolata in quattro giornate formative per ognuno dei gruppi. In totale hanno partecipato ai corsi oltre 300 operatori, quasi tutti infermieri ed operatori di sportello (nonostante la possibilità di partecipazione fosse estesa ad ogni figura professionale, ivi

compresi i medici, vi ha aderito un solo medico). Poiché ci è stato possibile partecipare direttamente alle diverse fasi di organizzazione del corso ed alla realizzazione di ognuna delle giornate di formazione previste per entrambi gli anni, si è ricavata una considerevole mole di materiale che abbiamo poi sottoposto ad analisi. In particolare:

- sono stati registrati e trascritti buona parte degli interventi dei relatori (operatori della stessa Azienda Ospedaliera, della ULSS 16, o testimoni per le diverse aree culturali);
- sono stati registrati e trascritti i dibattiti che di volta in volta si sono sviluppati fra i relatori e gli operatori che partecipavano al corso;
- sono stati analizzati gli elaborati prodotti dagli operatori in qualità di discenti del corso.

Più in dettaglio, per quanto riguarda le relazioni ed i relativi dibattiti è stato trascritto il materiale concernente n. 53 incontri della durata di 90 minuti ciascuno e relativi a:

- organizzazione e gestione del servizio di mediazione linguistico-culturale;
- problematiche connesse alla presenza di malattie infettive;
- problematiche presenti in area psichiatrica;
- problematiche connesse alla presenza di pazienti HIV positivi;
- problematiche di carattere giuridico-amministrativo;
- la relazione con i gli utenti di area arabo-islamica;
- la relazione con gli utenti africani;
- la relazione con gli utenti provenienti dall'estremo oriente;
- la relazione con gli utenti provenienti dall'Europa dell'Est;
- la relazione con gli utenti latino-americani.

Agli operatori che partecipavano al corso è stato chiesto di raccontare, in forma scritta, un caso che avevano incontrato nel corso della loro attività lavorativa. Il racconto, che avrebbe dovuto essere il più analitico possibile, doveva mettere in luce come si era sviluppato il rapporto fra operatore e paziente nella singola situazione considerata. Questa la consegna fornita ai partecipanti:

Racconta più dettagliatamente possibile un episodio che si è verificato nel contesto del tuo lavoro nel rapporto con l'utenza straniera, descrivendo la successione delle affermazioni e dei comportamenti di tutte le componenti in gioco, sia utenti che operatori, ed esplicitando come ti sei sentito in quella situazione (le tue reazioni emotive, oltre che comportamentali).

In tal modo sono stati raccolti 297 "racconti", di cui 206 sono stati elaborati anche in una doppia stesura poiché agli operatori è stata data la possibilità di ampliare o correggere quanto inizialmente fornito a distanza di quindici giorni circa dalla prima redazione e dopo aver partecipato ad una parte degli incontri di formazione.

Interviste

Sono state effettuate delle interviste/chiacchierate informali con utenti e con quelle che nel corso di questo scritto abbiamo indicato come 'figure intermedie' (cioè, persone che non sono a pieno titolo includibili né nella categoria degli operatori autoctoni, né in quella degli utenti immigrati, ma che per varie ragioni interagiscono o hanno interagito con la struttura ospedaliera in relazione alla presenza di utenti stranieri: (mediatori linguistico-culturali, operatori a loro volta immigrati, coniugi italiani di utenti immigrati, ecc.).

Per quanto riguarda gli utenti, abbiamo focalizzato l'attenzione in modo particolare sugli immigrati di provenienza africana (Maghreb ed area sub sahariana, francofona ed anglofona). La scelta privilegiata di questa tipologia di utenti è dovuta al fatto che, oltre a rappresentare un settore numericamente significativo dell'utenza immigrata che si rivolge al servizio ospedaliero, nel loro caso si verificava la possibilità di avvalersi di un buon livello di confidenza e fiducia iniziale che avrebbe facilitato la possibilità di accedere a informazioni altrimenti di difficile reperibilità. Soprattutto in riferimento all'area francofona, infatti, ci si poteva avvalere di contatti pregressi maturati in occasione di altre progettualità; più difficoltosa, a questo proposito, è stato, invece, il rapporto con la comunità nigeriana, con la quale l'esperienza pregressa era meno articolata ed approfondita. Nel caso della comunità nigeriana, per individuare un seppure ristretto numero di persone che fossero disponibili a raccontare la loro esperienza ospedaliera si è cercata, pertanto, fra le altre cose, l'intermediazione di una figura che rappresentasse un significativo riferimento per la comunità. È stato, in particolare, contattato il sacerdote nigeriano che segue la comunità anglofona nelle attività religiose: grazie alla sua intermediazione è stato possibile effettuare un intervento nell'ambito di una funzione religiosa che ha reso, poi, possibile interloquire con alcuni rappresentanti della comunità nigeriana che si erano avvalsi della struttura ospedaliera e che si rendevano disponibili per delle chiacchierate informali a tale proposito⁶⁵. Per quanto riguarda gli utenti abbiamo potuto, in definitiva, effettuare:

- n. 14 interviste individuali;
- n. 2 interviste in piccolo gruppo (di 4-5 persone ciascuno, provenienti rispettivamente dalla Nigeria e dall'area francofona sub sahariana);
- n. 2 incontri in gruppo allargato (cui hanno partecipato rispettivamente una decina di uomini ed una quindicina di donne marocchine, oltre a tre operatori ospedalieri ed alla mediatrice linguistico-culturale di lingua araba).

La caratterizzazione di tali interviste/chiacchierate è stata molto diversa di caso in caso, sia per il contesto formale o informale che di volta in volta si costituiva, sia per le modalità di conduzione. Si è, infatti, scelto di non avvalersi di alcuna griglia di domande predefinita e di strutturare le interviste/chiacchierate sulla base della situazione che di volta in volta risultava possibile utilizzare evitando di forzare l'interlocuzione entro modalità, tempi e contenuti specifici. Alcune interviste/chiacchierate, pertanto, si sono svolte in luoghi di fortuna, risultando costantemente interrotte dall'irrompere sulla scena di bambini o di altri esponenti della comunità che occasionalmente si trovavano a passare nello stesso luogo, mentre altre sono state effettuate direttamente nelle case

⁶⁵ Questo, a grandi linee, il testo della comunicazione effettuata nel contesto della funzione religiosa, in uno specifico momento dedicato alle comunicazioni di rilevanza per la comunità: "I am here because I am doing a research with the Hospital in Padua and I need your collaboration for this. I do the research with the Office for the Relations with the Public, the same office that organizes the service of linguistic and cultural mediation. With this research I would like to understand what are the problems that the immigrants meet when they go to the hospital. I know that the Nigerians use a lot the hospital of Padua. I have already talked with the doctors and with the nurses about this, and now I would like to speak directly with you to know your point of view and to understand what is good and what is not good in the hospital, by your opinion. When I'll finished the research I'll prepare a report for the hospital, so I think is important for you that I understand well what are the problems that you meet. For this reason I would like to meet some of you for a talk. I can meet you separately or in little groups, as you prefer. We can meet at your house or we can meet here or in other places, as you wont. Now I ask you to think about this and, if you wont, the next Sunday we'll return to agree for some appointments. Now if there is someone who wants to understand better, we stay here for some minutes to answer your questions. Otherwise you can speak with me next Sunday. I hope it is clear that this work that I do is important not only for me but also for you, because the report that I will prepare is not only for my research but also for the hospital. I thank you for the collaboration and I hope we'll have the possibility to speak together."

degli intervistati, seguite da situazioni più o meno conviviali. A tale proposito, ci sembra importante evidenziare il fatto che le interviste hanno spesso assunto la veste di vere e proprie chiacchierate informali in modo del tutto intenzionale. Questo aspetto rappresenta una scelta ponderata, che pensiamo possa essere indicata come un vero e proprio elemento caratterizzante la procedura di ricerca, forse anche come un suo punto di forza. La possibilità di fornire informazioni su tematiche inerenti la salute rappresenta, infatti, per alcune popolazioni più che per altre, una questione piuttosto delicata, che incontra talvolta ostacoli particolarmente resistenti. Il fatto di potersi avvalere di situazioni relativamente informali, spesso non ideali per la realizzazione di un'intervista, ma che andavano incontro alle esigenze di volta in volta manifestate dagli intervistati, ci sembra possa avere, talvolta, consentito un livello di confidenza altrimenti difficilmente perseguibile. In queste situazioni è risultato, infatti, spesso, possibile cogliere delle espressioni che venivano effettuate un po' di sfuggita, senza che gli si desse troppo peso rimarcandole o ponendovi specifica attenzione, ma che, ciononostante, sembravano fare emergere degli elementi di particolare interesse. Un prototipo di questo tipo di situazioni può essere rappresentato, ad esempio, dal fatto che una frase apparentemente insignificante, ma capace di aprire nuove prospettive di lettura, venisse pronunciata a commento dell'affermazione di un commensale, o quasi come una battuta di spirito sulla porta di casa al momento del saluto, mentre difficilmente sarebbe emersa in una situazione più strutturata e formale. Non sono, d'altra parte, mancate anche delle situazioni di vera e propria intervista, organizzate in modo anche molto formale. Nel caso della comunità marocchina, inoltre, si è proceduto organizzando anche degli incontri molto formali cui hanno partecipato anche degli operatori ospedalieri; nel loro caso è stato possibile ricevere, inoltre, alcune brevi informazioni in forma scritta, forniteci preliminarmente alla riunione, in modo da individuare alcune tematiche di interesse.

Analogamente a quanto verificatosi per l'osservazione sul campo, anche relativamente alle interviste con gli utenti si è ritenuto opportuno confrontare i dati che stavano di volta in volta emergendo con situazioni relative ad altre aree; anche in questo caso l'occasione è stata fornita dall'attività realizzata nell'ambito della sperimentazione dei *Migrant Friendly Hospitals* di Reggio Emilia, nel cui ambito ci è stato possibile assistere a tre *focus group* (rispettivamente di uomini, di donne e misto uomini/donne giovani) centrati su analoghe tematiche.

Si è ritenuto, infine, opportuno effettuare delle interviste a quelle che abbiamo individuato come 'figure intermedie'. Persone, cioè, che si trovavano in una situazione particolare e che godevano di un punto di vista privilegiato rispetto alla tematica di nostro interesse in quanto mediatori linguistico-culturali (2), operatori sanitari di provenienza straniera (6), oppure mogli/mariti italiani di utenti immigrati (3). Anche in questo caso le interlocuzioni sono state effettuate con modalità diverse, realizzando vere e proprie interviste articolate e relativamente strutturate, oppure utilizzando contesti meno formali di interlocuzione, sebbene la prevalenza sia stata di interviste formalmente impostate e protratte anche per lungo tempo, oppure articolate in più fasi (per una media di 3 ore circa ciascuna).

Articolazione temporale

In termini di scansione temporale, sono stati dapprima esaminati alcuni dati statistici resi disponibili dall'URP. In tal modo è stato possibile individuare le aree in cui effettuare i periodi osservazione e successivamente si è proceduto all'osservazione sul campo, destinando una settimana circa ad ogni singola area ed avendo cura di includere nell'osservazione sia giornate feriali che festive, sia le diverse fasce orarie, ivi compreso

il periodo notturno. Si è, poi, proceduto ad una considerazione più analitica dei dati statistici, che sono stati peraltro utilizzati anche nell'ambito dei corsi di formazione. In tale contesto si sono rivelati particolarmente utili, in quanto hanno consentito di aprire delle discussioni intorno alla percezione di un eccessivo utilizzo della struttura ospedaliera da parte dell'utenza immigrata, soprattutto relativamente all'area del Pronto Soccorso. In una fase successiva sono stati effettuati i due diversi percorsi di formazione per gli operatori e si è proceduto alla trascrizione degli incontri. Contemporaneamente sono state effettuate le interviste agli utenti ed alle 'figure intermedie', per poi procedere all'analisi che riportiamo nei capitoli successivi.

Griglia di analisi

L'analisi del materiale è stata sviluppata per via empirica, individuando dei raggruppamenti tematici a posteriori sulla base di quanto emergeva dalla lettura delle trascrizioni effettuate relativamente ai diversi momenti: periodo di osservazione, corsi di formazione, interviste. La griglia così realizzata, qui di seguito riproposta, ha fatto emergere una serie di raggruppamenti per molti dei quali risulterebbe possibile procedere ad approfondimenti ulteriori.

COMPETENZE LINGUISTICHE	Degli utenti	Orali	
		Scritte	
	Degli operatori	Non conoscenza di altre lingue	
		Uso di linguaggio specialistico	
COMUNICAZIONE	Verbale	Dire sempre sì	
		Comunicazione delle emozioni	
	Non verbale	Comportamenti	
		Comunicazione delle emozioni	
INFORMAZIONI	Informazioni in possesso/mancanti	Da parte degli utenti	
		Da parte degli operatori	
	Raccolta di informazioni	Dati anagrafici	
		Anamnesi	
		<i>Cosa chiedere e come</i>	
		<i>Cose che mettono in difficoltà</i>	
	Informazioni da fornire	Cosa dire	
Come informare			
DINAMICA RELAZIONALE	Mancanza di privacy		
	Mancanza di interlocuzione		
	Ascolto		
	Difficoltà	Razzismo	
		Aggressività	
		Maleducazione	Degli utenti
			Degli operatori
	Rifiuto/mancanza di relazione		
Situazioni di escalation			

STILE ORGANIZZATIVO	Intercambiabilità degli operatori	Turn over	
		Mancanza di un referente fisso	
	Presenze multiple	Di operatori	
		Di pazienti	
	Regole	Orari	
		Visite	
	Burocrazia	Anagrafica/Documenti	Età
			Nome
			Documenti
		Consenso informato	
Ticket			
PERCORSO DI CURA	Da parte degli utenti	Prevenzione	
		Prima di rivolgersi al servizio ospedaliero	Rinvio nel rivolgersi ai servizi
			Medico di base
			Guardia medica
		Pronto Soccorso	
		Interruzioni	Uscita dall'ospedale
			Dimissioni
		Accessi plurimi	
		Rifiuto prestazioni	
		Non effettuazione delle prescrizioni	Compilazione strumenti operativi
	Visite – analisi		
	Farmaci o altro		
Interventi in proprio	In aggiunta		
	In alternativa		
Da parte del servizio	Non presa in carico	Non idoneità del paziente alla prestazione	
ALTRE AREE TEMATICHE	Incomprensioni	Richiesta di prestazioni che risultano già eseguite	
		Dichiarazioni di ignoranza sulle ragioni della presenza in ospedale	
	Rapporto con la tradizione		
	Rapporto con la morte	Autopsia	
		Donazione di organi	
		Eutanasia	
		Ritualità	
		Morte di bambini	
		In ospedale	
	Dolore		
		Maternità (paternità)	Età
		Anticoncezionali	
		Procreazione assistita	
		Gravidanza	Corsi pre-parto
			Diagnosi prenatale
Nascita	Ritualità		

Gravidanza, parto, puerperio	Parto	Travaglio	
		Epidurale	
		Cesareo	
		Momento del parto	
		Residui del parto	
		Dopo il parto	
	Caratteristiche del figlio	Sesso del bambino	
		Anomalie congenite	
		Gemelli	
	Adozione		
	Puerperio	Allattamento	
	Aborto	IVG	
	Ginecologia	Modificazioni genitali	Circoncisione
			MGF
Incesto			
Atteggiamento verso i malati			
Genere	Rapporto fra generi		
	Rapporti con operatori		
	Donne		
Alimentazione	Dentro ospedale		
	Fuori ospedale		
Pronto soccorso	Accesso non congruo/abuso	Orari per ammalarsi	
		Interpretazioni	
		Percezione di gravità	
		Rapporto con la morte	
		Mmg/Pediatra di base	
		Presunzione di sapere	
Mediazione			
Solitudine del paziente			
Malattia-cura			
Minori non accompagnati			
Donazione di organi			
Prelievi			
Igiene	Pulizia		
Infettivi	HIV-AIDS		
	MTS		
	TBC		
Psichiatria			
Sistemi sanitari altri			

La maggior parte dei raggruppamenti tematici emersi e riportati nella griglia è stata trattata diffusamente nella redazione di questo scritto. Alcune aree sono rimaste, invece, prive di trattazione specifica in quanto la voce in oggetto risulta essere comparsa sporadicamente in pochi e brevi passaggi delle interviste o dei resoconti scritti.

DENTRO LA RICERCA

LA RELAZIONE OPERATORE-PAZIENTE

STILE ORGANIZZATIVO

PERCORSO DI CURA

QUESTIONI PARTICOLARI

LA RELAZIONE OPERATORE-PAZIENTE

LINGUAGGIO

Marginalità della questione linguistica

'Tanto torneranno/torneremo a casa'

'Bene o male qualche parola di italiano la sanno parlare'

'Fingono di non capire'

Marginalità della questione linguistica?

Stereotipi difensivi

'Lì non c'è il servizio di mediazione'

Strategie informali di 'mediazione'

Centralità della questione linguistica

Scelte di campo

Le competenze linguistiche di operatori ed utenti

Oralità e scrittura

COMUNICAZIONE

Le difficoltà dell'ascolto: *La mamma ti fa mettere la coperta quando lei ha freddo*

Dalla parola al gesto: *La gestualità italica*

Leggere le emozioni: *La persona e la maschera*

Fra comunicazione e relazione

Mancanza di percezione e percezione della mancanza

'Non è il Servizio che è male, ma l'interagire'

L'oscillazione gestaltica di relazione e comunicazione

RELAZIONE

Condizioni di base

Il tempo della relazione

Lo spazio dell'interazione

La malattia e il malato: la relazione con il personale medico

Una questione centrale

Pregiudizi preventivi

L'onnipresenza del razzismo

Gli ambiti del pregiudizio razziale

Razzismo?

Ineducazione

Dal razzismo (degli operatori) alla maleducazione (degli utenti)

Ineducazione al rapporto

La spirale dell'aggressività

FORME DEL FRAINTENDIMENTO

Interferenze linguistiche

Eppur si muove

Bestialità

Questioni semantiche

Ça va? Ça va.

Questioni lessicali

Fra comunicazione e linguaggio

'Dire sempre sì'

Scherzi del non-verbale

LINGUAGGIO

Sulla base di quanto emerso dalle ricerche condotte nell'ambito dei *Migrant Friendly Hospitals*, il bisogno 'lingua e comunicazione' viene percepito come prioritario dagli operatori, senza che, in quella sede, si distingua fra la dimensione strettamente linguistico-verbale e gli altri fattori che intervengono nel processo comunicativo⁶⁶. Anche nell'ambito della nostra ricerca la problematica linguistica (che, peraltro, non è stata mai indagata direttamente, cioè non è mai stata evocata esplicitamente dall'intervistatore o sollecitata con domande dirette) è risultata talmente forte e prioritaria da giungere spesso a fagocitare il contesto globale della comunicazione e della relazione in genere (mentre in altri casi, come avremo modo di vedere, la relazione assume un rinnovato e forte rilievo figurativo). Nel contesto dell'osservazione effettuata ci è parso, d'altronde, che quella della comunicazione costituisca globalmente un'area di elevata problematicità, ben al di là della dimensione linguistica in senso stretto. Poiché dalle interviste con gli utenti, dalle discussioni effettuate nell'ambito del corso di formazione e dai resoconti forniti dagli operatori emerge con una certa frequenza una focalizzazione sul fattore linguistico isolatamente considerato, in questo primo momento ci soffermeremo su di esso, mentre nei prossimi capitoli amplieremo la riflessione per considerare globalmente tutta la dimensione comunicativa e per vedere come possa intervenire in modo diversificato nella dinamica della relazione.

Marginalità della questione linguistica

'Tanto torneranno/torneremo a casa.'

Come appena segnalato, il problema linguistico assume una veste di priorità nelle affermazioni degli utenti. Esso ha una sua validità globale, ma non è, tuttavia, assoluto, tanto che non mancano, fra gli utenti, alcune affermazioni che indicano come talvolta venga sottovalutato proprio dalle persone stesse che vi soggiacciono. Quasi paradossalmente, proprio nel contesto di discorsi che indicano quello linguistico come il problema per eccellenza, alcuni parlano, infatti, della presenza, all'interno della loro comunità, di un'insufficiente consapevolezza relativamente alla sua importanza:

1. *Noi nigeriani abbiamo un problema. Quando arriviamo in Italia non vogliamo mai imparare italiano.*
2. *Occorre che gli immigrati vengano informati del fatto che devono imparare la lingua. I nigeriani sono indietro in questo: deve diventare obbligatorio, non facoltativo [perché] i nigeriani sono pigri nell'apprendimento della lingua [italiana]. Pensano non sia così importante... tanto torneranno a casa. C'è una 'mancanza della cultura del crescere'.*

Le due affermazioni riportate sopra non rimandano a specifici episodi che si siano verificati nell'interazione degli utenti con la struttura ospedaliera: chi le ha formulate faceva riferimento ad un modo di essere da loro individuato come caratterizzante la

⁶⁶ Cfr. a questo proposito cap. "La comunicazione in primo piano", nella sezione relativa al "Quadro teorico")

comunità nigeriana di Padova (un gruppo che viene indicato come particolarmente ‘difficile’ dai nigeriani intervistati che si sono insediati in un’area limitrofa); al di là di questo, la problematica viene riportata anche da altri esponenti dell’immigrazione nigeriana in Italia che non risiedono nell’area padovana⁶⁷. Questo dato è apparentemente marginale, ma ha un forte rilievo se lo consideriamo in rapporto ad altri che sono emersi nel periodo di ricerca. Se, infatti, mettiamo in relazione le due affermazioni appena riportate con il fatto che la mancanza di competenze linguistiche nella lingua di immigrazione chiede agli operatori ed alla struttura di attivare delle risorse aggiuntive per la comunicazione con gli utenti (che a sua volta comportano un dispendio monetario e difficoltà organizzative) vediamo immediatamente delinearsi uno scenario foriero di conflittualità potenziali. Non mancano, infatti, da parte degli operatori, considerazioni che, analogamente a quella che riportiamo qui di seguito, implicitamente o esplicitamente, richiamano da una parte la presenza del problema e, dall’altra, una difficoltà ad affrontarlo che sfocia in irrigidimento ed indisponibilità:

3. *L’ostacolo principale talvolta è rappresentato dai miei superiori che, quando vedono che mi ‘dilungo’ in spiegazioni, mi fanno notare che ‘non abbiamo tempo da perdere con certe persone’ e che ‘se non capiscono, che prima imparino a parlare la nostra lingua se vogliono stare qui’.*

Mettendo in relazione queste tre affermazioni s’intravede il palesarsi di uno specifico livello di problematicità sul piano della dinamica relazionale. Esso potrà risultare tanto più evidente quanto maggiormente terremo in considerazione alcuni meccanismi della comunicazione umana. Avremo modo di parlarne più avanti in quanto ci condurranno ad analizzare delle altre questioni che sono state segnalate in modo ricorrente: le accuse di razzismo che gli utenti rivolgono agli operatori ed il corrispettivo realizzarsi di situazioni di *escalation* dell’aggressività⁶⁸. Al momento ci limitiamo a rilevare che la presenza di resistenze linguistiche da parte degli utenti, che viene segnalata da alcuni degli utenti stessi, viene percepita anche da una parte degli operatori e che questo fatto può alimentare specifiche prese di posizione e dare adito a particolari interpretazioni degli accadimenti, nel contesto di una dinamica non priva di possibilità di fraintendimento. In termini generali, senza cioè far riferimento a nessuna determinata area di provenienza degli immigrati, un operatore afferma, infatti, ad esempio che:

4. *Una prerogativa dell’utenza straniera è quella di non capire (o non voler capire!) la nostra lingua, il che impedisce un corretto e adeguato dialogo, limitando la comprensione delle informazioni che vengono rivolte loro (spesso di educazione sanitaria).*

Non è chiaro se questa affermazione sul ‘non voler capire’ faccia riferimento alla stessa tipologia di resistenze di cui si parlava nei casi n. 1 e n. 2, o se, invece, questa ed altre dichiarazioni analoghe debbano essere intese come una sorta di accuse relative alla messa in atto di un comportamento furbesco (il punto esclamativo apposto dall’operatore potrebbe delineare un carattere ironico dell’affermazione, orientando verso una posizione interpretativa che verrà meglio delineata più avanti). Lasciando momentaneamente aperta la questione, è però importante rilevare quanto afferma il medesimo operatore nella continuazione del suo discorso, poiché ci fa intravedere altre problematiche che tutto questo porta con sé:

⁶⁷ E’ quanto implicitamente afferma, ad esempio, il rappresentante della comunità nigeriana che ha partecipato ad uno dei *focus group* organizzati dall’Azienda di Reggio Emilia per la valutazione delle strategie idonee per *La comunicazione interculturale nei Servizi Sanitari*: in risposta all’ipotesi di organizzare ulteriori corsi di lingua per gli immigrati, come richiesto da altri componenti del gruppo, si dichiara scettico, affermando esplicitamente che, a suo parere, è “difficile ‘imporre’ di conoscere la lingua”.

⁶⁸ Cfr. sez. La relazione operatore-paziente, cap. Ineducazione, *La spirale dell’aggressività*.

5. *Questa incomprendimento fa sì che gli stranieri (non tutti naturalmente, ma la maggior parte) non eseguano correttamente tutto l'iter diagnostico consigliato, si rivolgano agli ambulatori sbagliati, non conoscano la necessità di avere la tessera sanitaria e l'importanza di rivolgersi ad un medico di base che hanno il diritto di scegliere. [...]*

Al di là di tutte le questioni interpretative, emerge, allora, che le conseguenze connesse ad un insufficiente padroneggiamento linguistico possono essere molte e rilevanti per tutto il percorso di cura. Come avremo modo di vedere nella prosecuzione del lavoro, esse sono, anzi, ben più ampie di quelle brevemente enunciate nell'affermazione riportata.

Alla luce di questo, diviene ovvio anche quanto poco sopra poteva apparire 'bizzarro' o *naïf* nelle parole di una delle intervistate: "la questione dei problemi linguistici e quella della mancanza di informazioni vanno tenute insieme: occorre che gli immigrati vengano informati del fatto che devono imparare la lingua". Sembra mancare talvolta, infatti, nella percezione stessa degli immigrati, la consapevolezza della vastità di conseguenze a cui vanno incontro sottovalutando l'importanza della competenza linguistica. Prima di addentrarsi nelle questioni appena poste, indichiamo, però, la presenza di altre forme di sottostima della problematica linguistica.

"Bene o male qualche parola di italiano la sanno parlare."

Per quanto riguarda gli operatori, sembra presente un altro meccanismo interpretativo che rivela la presenza di un sistema di sottovalutazione, o, comunque, di un'insufficiente presa in carico del problema. Per introdurre questo secondo aspetto, riportiamo, a titolo esemplificativo, una situazione relativa alla casistica del Servizio Sociale presente all'interno dell'A.O.P., traendola dal diario di osservazione:

6. Il Servizio Sociale viene interpellato per la gestione di una situazione di infezione tubercolotica che coinvolge un'intera famiglia pakistana. La conoscenza della famiglia da parte del Servizio risale ad un periodo precedente rispetto a questa chiamata, precisamente ad una segnalazione che era partita dal Dipartimento di Pediatria relativamente allo stato di salute di un minore appartenente a quello stesso ambito familiare. L'Assistente Sociale, prima ancora di recarsi a far visita al paziente adulto ora segnalato e ricoverato nel reparto di infettivologia, ritiene opportuno mobilitare il servizio di mediazione linguistico-culturale. La visita, quindi, viene effettuata a tre (paziente, assistente sociale e mediatore) ed in quel contesto risulta evidente che l'espressione e la stessa comprensione in lingua italiana da parte dell'utente è molto faticosa. Dal reparto di infettivologia in cui il paziente era ricoverato da qualche giorno, ciononostante, non era stata inoltrata alcuna richiesta al servizio di mediazione perché 'comunque ci si capisce'.⁶⁹

Quanto rilevato dall'Assistente Sociale nel momento in cui si è recato in reparto per la visita non rappresenta un caso isolato: se, infatti, la tipologia medica del problema (infezione tubercolotica) e la gravità ad esso connessa (coinvolgimento di un'intera famiglia) possono essere considerati relativamente infrequenti, il modo di procedere che ha preceduto l'attivazione del Servizio Sociale, cioè la mancata attivazione del Servizio di Mediazione linguistico-culturale, si è rivelato piuttosto diffuso fra tutte le categorie di operatori durante tutto il periodo di osservazione.

Dal diario di osservazione:

7. In reparto è ricoverato un paziente che viene definito 'sconosciuto', arrivato dal Pronto Soccorso nel pomeriggio del giorno precedente. Il paziente viene indicato come straniero e risulta privo di documenti; è domenica e nei giorni festivi il personale in servizio, affermano gli operatori, è composto da 'un'unità in meno': la 'rilevazione dati' viene

⁶⁹ Il resoconto riporta quanto riferitomi dall'Assistente Sociale il giorno dopo aver effettuato la visita al paziente.

pertanto demandata al settore ‘accettazione’ per il giorno successivo, lunedì. Nessuno, in reparto, accenna all’opportunità di pre-allertare il servizio di mediazione linguistico-culturale in modo da predisporre la presenza di un mediatore: il paziente, dicono gli operatori, ‘parla pochissimo italiano, ma un po’ ci si capisce’⁷⁰. Più, tardi in occasione del giro effettuato dai medici per la medicazione delle ferite risulterà chiaro che il paziente, il quale ancora risponde in modo un po’ rallentato, come già era implicito nell’affermazione dell’operatore, non è abile nell’esprimersi in italiano. Talvolta chiede il significato dei termini con cui gli si rivolgono le domande (“cos’è saliva?”), mostrando quindi una certa prontezza, talvolta manca una qualsiasi forma di risposta da parte sua e non è affatto chiaro se stia capendo o meno la domanda che gli viene rivolta. La difficoltà ad esprimersi ed a rispondere prontamente in virtù del suo stato di salute sembra sovrapporsi a quella della mancata proprietà linguistica e non viene messa in campo nessuna strategia per affrontare il problema linguistico. La medicazione viene portata a termine ed il commento dell’operatore è che “la barriera lingua si supera facilmente”.

Questo resoconto osservativo, analogo a molti altri, evidenzia ancora una volta la marginalizzazione del problema linguistico da parte degli operatori. Per cercare di capire fino a che punto l’occasionalità di queste situazioni rifletta un modo di procedere abituale, uno strumento indiretto possono essere i dati statistici relativi all’uso del servizio di mediazione linguistico-culturale all’interno della struttura ospedaliera. Se, infatti, confrontiamo il numero di ricoveri ospedalieri di stranieri con quello delle attivazioni del servizio di mediazione linguistico-culturale per il periodo 2006-2008 troviamo che la percentuale globale di utilizzo del Servizio è compresa fra l’8,4% del 2006 e l’11,3 % del 2008. La percentuale in sé non ci dice molto, ma possiamo ritenere che non sia affatto elevata rispetto alla centralità che la questione linguistica sembra assumere nelle interviste effettuate. Perché, allora, questa sottostima del problema?

Per quanto abbiamo avuto modo di vedere, sono molti i fattori che entrano in gioco e riguardano una pluralità di aspetti; fra di essi ci sembra possibile annoverare anche una sorta di non consapevolezza della complessità della problematica linguistico-comunicativa che, come affermano gli operatori del resoconto n. 7, induce appunto a ritenere che “la barriera lingua si supera facilmente” e che, pertanto, bene o male “ci si capisce”. È possibile che questa facilità sia, almeno talvolta, più presunta che reale e che, pertanto, questa idea di fondo possa contribuire, invece che al superamento delle difficoltà, anche all’erezione di barriere ulteriori che possono andare a detrimento dello stesso percorso di cura.

Una questione analoga è emersa anche durante il corso di formazione, laddove gli operatori hanno espresso con una certa frequenza, delle posizioni come la seguente:

8. *Nell’ambito dell’ambulatorio dove io lavoro da diverso tempo non ho avuto episodi di rilievo da raccontare, perché bene o male questi stranieri o extracomunitari qualche parola di italiano la sanno parlare.*

L’affermazione in questo caso è una delle tante analoghe che gli operatori hanno fornito in risposta alla richiesta di raccontare un episodio che si fosse verificato nel loro contesto lavorativo (o a cui avessero assistito in ambito ospedaliero). Essa, però, ricalca solo in parte quanto abbiamo detto finora. La questione di fondo in questo caso non è solo “bene o male ci si capisce”, ma diviene anche: perché il fatto che gli utenti parlino ‘bene o male’ (solo) qualche parola di italiano non viene percepito come un problema che chiede di essere affrontato con adeguate strategie e viene invece ritenuto sufficiente per un’interazione adeguata al contesto di cura?

In definitiva: la conoscenza di poche parole del lessico della lingua italiana viene ritenuta sufficiente dagli utenti che manifestano l’atteggiamento di ‘pigrizia’ di cui si parla nelle affermazioni n. 1 e n. 2 e, specularmente, i molti operatori che formulano

⁷⁰ Vedremo altrove, nella sezione relativa allo Stile organizzativo, cap. Identità di carta, gli sviluppi del caso.

considerazioni analoghe alla n. 8 ‘ritengono sufficiente’ per la comprensione l’utilizzo di quelle (poche) parole che vengono effettivamente pronunciate nel corso dell’interazione. Se tutto questo non desse adito ad altri problemi si potrebbe essere soddisfatti dello stato delle cose, ma, come risulterà evidente dal seguito di questo lavoro, la problematicità assume molte forme ed è foriera di diverse conseguenze.

“Fingono di non capire.”

Come avevamo accennato, è relativamente diffusa, fra gli operatori, anche una terza categoria di affermazioni che tendono a svalORIZZARE la questione della padronanza linguistica. Alcuni segnalano, infatti, la presenza di problemi legati non tanto ad un’insufficiente competenza (da parte degli utenti immigrati), quanto ad un loro atteggiamento ‘furbesco’ nell’uso della lingua, messo in atto a seconda delle circostanze. Su questa scia sembrano collocarsi alcune affermazioni che individuano gli utenti come presunti mentitori in quanto, pur conoscendo la lingua italiana, ‘fanno finta di non capire’:

9. *A livello generale si riscontra spesso una ‘finta incomprensione’ della lingua italiana per argomenti non graditi dalle pazienti, mentre per i fatti di maggior interesse (es. menù) dimostrano di saper anche leggere l’italiano.*
10. *Ti senti in difficoltà, perché non sai se sei tu che non riesci ad esprimerti, a farti capire, o se fanno finta di non capire.*
11. *Lavorando in un servizio ambulatoriale le maggiori difficoltà che incontriamo giornalmente con l’utenza straniera sono legate alla difficoltà con la lingua, e quindi comunicazione, sia per loro nel presentare i loro problemi che per noi per capirli [...] spesso si crea anche una forma di diffidenza (razzismo) tra noi e loro. Lavorando anche con una programmazione predefinita con loro abbiamo grosse difficoltà sia nella prenotazione, nel rispettare l’orario dell’appuntamento e il maggiore ostacolo è spiegare il pagamento del ticket: molte volte non capiscono, o fanno finta di non capire? Le difficoltà sono parecchie e aumentano giornalmente specialmente quando il tempo è sempre poco da dedicare a chi abbiamo davanti.*
12. *Una mattina si presenta un signore marocchino con un’impegnativa per rimozione apparecchio gessato, ma senza regolare appuntamento. Alla mia richiesta di documentazione che dichiarasse il tempo di ingessatura e altri particolari per l’espletazione della pratica, questo mi risponde che non ha nessun’altra documentazione con sé, ma che forse è in Pronto Soccorso. Ho tentato di spiegare che questo non era possibile e che forse doveva avere un’ ulteriore documentazione, ma questo faceva finta di non capire (dico finta perché non so se veramente non capiva), ripetendomi che lui doveva togliere il gesso perché aveva delle cose importanti da fare. Ho tentato allora di spiegarmi meglio, ho detto che per inserirlo per la rimozione dell’apparecchio gessato dovevo avere altra documentazione, ma questo strappando l’impegnativa e gettandola dentro allo sportello mi ha detto “mi dici così perché sei razzista” e se ne è andato.*

Questo gruppo di affermazioni mostra la sussistenza di un modo di inquadrare il problema linguistico-comunicativo che, correttamente o meno, rivela una scarsa propensione al riconoscimento di una difficoltà nell’interlocutore ed orienta, invece, verso l’idea di un uso strumentale di abilità che (seppure con gradi diversi di sicurezza/dubbio) si ritiene siano possedute dall’interlocutore.

Non è affatto escluso che nelle diverse fasi del percorso di cura si presentino momenti in cui il ‘far finta’ ricorre in vari gradi e siamo consapevoli del fatto che le considerazioni che proponiamo qui di seguito sono fortemente spostate ‘dalla parte dell’utente immigrato’, d’altro canto in questo momento ci preme rendere evidente come un certo modo di inquadrare il problema possa avere alle spalle una mancata o debole considerazione di alcuni altri fattori. In altri termini, seppure si riconoscano le

ragioni degli operatori⁷¹, ci interessa ora mettere in luce la presenza di alcune ‘trappole interpretative’ che, qualora non considerate, mettono comunque in scacco la relazione, indipendentemente, cioè, dalla correttezza delle interpretazioni alternative.

Nel corso del periodo di osservazione si sono verificate delle situazioni in cui taluni operatori hanno commentato degli episodi di difficoltà relazionale, che erano accaduti da poco, formulando affermazioni analoghe a quelle che raggruppiamo qui di seguito:

13. *Sosteneva di non capire/parlare l'italiano e poi si è rivolto in italiano ad un altro paziente.*

A me diceva di non capire/parlare la lingua italiana, e poi se n'è andato imprecando in italiano.

Con noi faceva la parte di chi non capiva/parlava italiano e poi l'ho incontrato giù che stava parlando al telefono in italiano.

In altri termini: la ‘prova’ della correttezza dell’interpretazione di quanto avvenuto in una determinata situazione sarebbe costituita dal fatto che, cambiando scenario o contesto, la situazione si presenta diversamente. Indipendente da ogni valutazione ulteriore, ci sembra che in questo modo di inquadrare il problema siano presenti alcuni impliciti che ostacolano la possibilità di effettuare altre considerazioni: in primo luogo l’idea che la comunicazione linguistica sia un dato astratto svincolabile dal contesto di interazione e che sia un assoluto del tipo ‘tutto-niente’. Questo modo di impostare le cose non consente di accorgersi di quanto, dall’altra parte, rilevano alcuni dei mediatori incontrati nel periodo di osservazione, cioè del fatto che gli operatori non siano consapevoli che spesso gli immigrati che loro incontrano nelle corsie ospedaliere:

14. *...hanno imparato un linguaggio di sopravvivenza... il linguaggio del supermercato, dell'acquisto e non della sanità...*

15. *...possiedono un numero ridotto di categorie linguistiche ed un linguaggio di tipo referenziale, con l'utilizzo di verbi al presente e senza parole elaborate o astratte, come invece fanno nella lingua madre.*

16. *...sono talvolta in una situazione tale che non sono comprensibili in nessuna lingua. Quando si tranquillizzano, molti che non sapevano una parola d'italiano quell'italiano lo sanno.*

In altri termini, quello che mettono in evidenza alcune ‘figure intermedie’ in relazione alla problematica che stiamo trattando, riguarda il fatto che si può essere tratti facilmente in inganno relativamente alla valutazione delle competenze linguistiche. Si può, infatti, padroneggiare un linguaggio settoriale, o un vocabolario d’uso, e ciononostante avere un livello di conoscenza linguistica insufficiente per una comprensione effettiva. Ad un primo livello si può anche avere una certa facilità a capire (soprattutto se viene padroneggiata una lingua che ha una struttura relativamente simile a quella d’immigrazione), ma il passaggio al livello della concettualizzazione è complesso e non sempre avviene. Si renderebbe, pertanto, opportuno, che l’operatore, anche se l’utente dichiara di capire, facesse delle verifiche per esempio formulando delle richieste apparentemente pedissequae: “Me lo vuol ridire lei così siamo sicuri di esserci intesi?”. Questo tipo di accertamento, invece, in genere non viene effettuato, come emblematicamente ha mostrato anche il caso n. 7.

Come indica l’affermazione n. 16, inoltre, non sono secondari neanche i fattori d’ansia che eventualmente possono intervenire. Quest’ultima considerazione è stata effettuata da un operatore di area psichiatrica, che, in quanto tale, è plausibile abbia una maggiore propensione di altri a considerare l’intervento di questo genere di fattori nella comunicazione e che ha a che fare con un’utenza particolarmente sensibile a questo tipo

⁷¹ Avremo modo di tornare sulla questione del ‘finger’ a più riprese nello sviluppo di questo scritto, poiché si tratta di una percezione che, seppure non generalmente diffusa, ricorre con realtiva frequenza.

di interferenze. Al di là di tutto questo, fatte le debite proporzioni, quanto afferma l'operatore non è certo di esclusiva pertinenza psichiatrica e può indirizzare verso la messa in luce di variabili che sono strutturalmente presenti in ogni comunicazione, tanto più se essa concerne problematiche come quelle che si incontrano in area ospedaliera. Non è d'altra parte senza rilevanza, per il nostro discorso, considerare che l'affermazione n. 16, formulata nell'ambito del corso di formazione, ha suscitato reazioni di diverso genere. Fra di esse non è mancata quella di chi ha comunque ribadito con fermezza la propria diversa posizione interpretativa, affermando ad esempio che:

17. *Credo più a un cinese che non sa la lingua che a un africano. Secondo me capiscono ma non vogliono capire.*

Si tratta di un segnale che evidenzia la presenza di altri modi di intendere il problema e di impostare la circolarità ermeneutica. Una posizione interpretativa che apre anche alla questione delle provenienze geografiche che, per quanto riguarda le competenze linguistiche, marcano sicuramente delle differenze di rilievo (anche se non è a queste che, probabilmente, fa riferimento l'operatore con la sua affermazione).

Marginalità della questione linguistica?

Stereotipi difensivi

Le affermazioni riportate finora hanno tendenzialmente un carattere molto generale e solo in qualche caso hanno fatto riferimento a specifici gruppi etnici o ad aree linguistico-culturali, com'è avvenuto nel caso delle dichiarazioni degli utenti per l'area nigeriana o nell'ultimo caso riportato per l'area cinese. Dai resoconti e dalle interviste effettuate emerge, d'altra parte, una serie di affermazioni che fa focalizzare l'attenzione su un altro 'gruppo' che è fortemente presente nel territorio: quello arabo-islamico e più specificatamente marocchino, femminile in particolare. In questo caso non si tratta di affermazioni sporadiche, ma di un ricorrere piuttosto frequente di posizioni interpretative specifiche.

Nell'ambito delle discussioni realizzate durante i corsi di formazione, gli operatori hanno sovente fatto riferimento, non senza irritazione, a situazioni in cui 'la donna araba' o 'la donna musulmana'⁷² parla attraverso l'intermediazione del marito (o di altre figure maschili del proprio *entourage*). Intorno a questa questione ruotano una serie di problematiche che affronteremo più avanti e che non mettono al centro il problema della competenza linguistica in sé, ma il suo intrecciarsi con quello dei rapporti di genere: il fatto, cioè, che si ritenga che in ambito arabo-islamico non ci sia interesse al fatto che la donna impari la lingua italiana, mantenendola con questo in un rapporto di dipendenza dall'uomo. Le due cose sono, infatti, spesso percepite come strettamente intrecciate.

La questione della mancanza di competenza linguistica femminile è estremamente diffusa fra gli operatori e, ad un primo approccio, sembra trovare conferma anche dalla parte degli utenti. Rispondendo alla specifica richiesta di aiutarci a capire quali sono i bisogni della sua comunità, sulla scia del ricordo del periodo in cui le sue competenze linguistiche erano ancora scarse, una (ex)utente del servizio ospedaliero afferma, infatti, con decisione, che la necessità è:

18. *Prima di tutto la lingua: le persone della comunità araba devono imparare la lingua per poter comunicare e essere compresi.*

Quel 'devono' che compare nell'affermazione ha un suono piuttosto categorico (che in buona misura ricalca le testimonianze già emerse a proposito della comunità nigeriana:

⁷² I due termini vengono in genere utilizzati in modo interscambiabile.

cf. n. 1 e n. 2) ed in tal senso sembra, però, fare riferimento ad una posizione che non viene condivisa con altrettanta risolutezza da altre donne della comunità marocchina. Facendo riferimento a quanto afferma una mediatrice di area araba incontrata nel periodo di osservazione, infatti:

19. *In Marocco ci sono tre tipi di donne, una donna che vive nelle zone rurali, che non è istruita perché le scuole sono distanti e per paura delle violenze rimane a casa, un'altra vive in città, ha un'istruzione minima, è quella che conosce tre parole ma le utilizza bene, e infine la donna istruita, laureata... la donna istruita quando viene qui vuole imparare la lingua, la donna analfabeta invece ha raggiunto il suo obiettivo... l'Islam dice che la donna ha tre uscite nella vita, l'uscita dalla pancia materna, l'uscita dalla casa paterna verso la casa del marito e, infine, l'uscita che accompagna all'ultimo passaggio, la morte....*

Anche questa rappresenta una posizione interpretativa piuttosto particolare, non necessariamente condivisibile *in toto*. L'affermazione ci serve comunque per mettere in luce che all'interno della comunità sono plausibilmente presenti posizioni diverse che, proprio in quanto tali, possono rendere ragione di una disparità di esigenze ed innescare dinamiche relazionali a loro volta diversificate. Le difficoltà linguistiche sono di diverso grado e, soprattutto, è possibile che, mentre l'apprendimento linguistico viene percepito come importante e necessario da alcune, venga messo in secondo piano da altre che ritengono prioritari altri obiettivi. Può allora non stupire che, fra gli utenti, vi siano coloro che segnalano l'opportunità che sul territorio venga ampliata l'offerta dei corsi per l'apprendimento della lingua italiana, in modo da far sì che essi stessi si rendano linguisticamente autosufficienti, o che, invece, ve ne siano altri che percepiscono come bisogno preminente quello di incrementare il servizio di mediazione linguistica. In quest'ultimo caso, d'altra parte, per quanto emerge dalle affermazioni di alcuni utenti, la questione non sembra legarsi tanto ad una difficoltà linguistica in senso lato (e, tanto meno, ad una non volontà di apprendimento), quanto al fatto che occorre che:

20. *...ci siano mediatrici che aiutino a comprendere il linguaggio medico, che è troppo complesso e articolato per noi che stiamo appena imparando l'italiano.*

Questa affermazione mette in luce un ulteriore aspetto del problema su cui avremo modo di tornare e che riguarda in modo particolare la relazione medico-paziente (più che quella generale operatore-paziente). Al di là di questo, è importante tenere in considerazione il fatto che è presente una multiformità di posizioni rispetto alla problematica linguistica e, di conseguenza, che occorre affinare delle abilità che consentano di riconoscere le caratteristiche che di volta in volta qualificano i contesti relazionali. Sul versante degli operatori questa differenziazione sembra, però, tendenzialmente non emergere e la categoria 'donna arabo-islamica' viene ad assumere una fisionomia piuttosto uniforme e stereotipica. Tutto questo sembra essere importante anche in considerazione del fatto che, come ha segnalato un operatore di area araba che sta svolgendo un periodo di formazione in un'altra struttura sanitaria, fra i colleghi è talvolta presente una specifica forma di travisamento del problema:

21. *Dicono che la musulmana non ha l'intenzione di imparare la lingua italiana. Invece no. Molti di noi vanno a scuola, imparano la lingua, solo che non riescono perché trovano sempre l'ostacolo tra l'infermiere, l'operatore sanitario e l'utente, trovano sempre un ostacolo e non riescono... Non è perché i nostri utenti non sono in grado di parlare l'italiano, ma vengono bloccati perché... non vengono considerati come si deve, come il cittadino italiano. Sono maltrattati, non vengono ascoltati.*

In questo caso l'operatore, forse in quanto avoca a sé il doppio ruolo di appartenente alla comunità marocchina ed alla categoria degli operatori sanitari, riesce ad individuare con una certa immediatezza la presenza di altre difficoltà che si frappongono al rapporto operatore sanitario-utente e che esulano dalla dimensione in senso stretto linguistica, seppure non prenda forma in modo chiaro ed esplicito quale sia il nome dell'ostacolo.

Più oltre lo stesso operatore, per concretizzare quanto dichiarato, riferisce di un episodio a cui ha avuto modo di assistere nell'ambito del proprio lavoro:

22. *La donna è stata trattata male perché... lei non capiva l'italiano, ci hanno detto. Non l'hanno considerata come una donna italiana che non parlava magari per un'afasia o per un altro problema. Ci hanno detto "lei è da tanto che è qui, perché non parla neanche una parola italiana?". Le hanno detto di alzarsi, lei non ha capito cosa le è stato detto, non si è alzata..., di spostarsi perché la volevano spostare da un letto a un altro, lei non ha capito quello che le è stato detto, non ha fatto niente ed è stata sgridata davanti a noi, e ci hanno detto "perché non le avete imparato neanche una parola in italiano?" Non hanno considerato che la donna poteva essere anche italiana e avere un'alterazione dei bisogni di comunicazione... E poi per le donne anziane, la maggior parte di loro vengono qua già anziane, qualche parolina la possono dire, ma non possono imparare l'italiano come si deve...*

Negli ultimi tre stralci di comunicazione che abbiamo riportato la problematica linguistica è, in definitiva, al contempo centrale e marginale: centrale in quanto l'utente evidenzia che l'operatore fa uso di formulazioni linguistiche inadeguate alla comprensione (n. 20) ed in quanto gli operatori rivolgono agli utenti specifici rimproveri/accuse in tal senso (genericamente nel resoconto n. 21, in modo specifico nel n. 22), marginale in quanto in tutti e tre i casi la focalizzazione sul deficit linguistico mette in ombra la centralità del deficit relazionale. Nelle tre affermazioni i medici si mostrano scarsamente attenti alle dinamiche della comunicazione (n. 20) e gli operatori in genere sembrano non accorgersi dello stato di difficoltà degli utenti (n. 21) fino a divenire del tutto inadeguati nella gestione del problema (n. 22): con tutta evidenza, non dando il dovuto rilievo alle difficoltà connesse ad una mancata padronanza della comunicazione linguistica, si apre anche una vasta area di fraintendimento reale/potenziale. Si evidenzia, infatti, una non sovrapposibilità delle percezioni: la difficoltà che segnalano gli operatori rispetto alle donne arabo-islamiche (il loro non parlare autonomamente, in prima persona) non viene riconosciuta negli stessi termini dagli esponenti della comunità marocchina e questo fa pensare che vi siano dei sistemi di orientamento (stereotipi, pregiudizi) che agiscono in modo diverso. Il movimento circolare dell'interpretazione che prende forma nelle dinamiche comunicative può con facilità assumere orientamenti divergenti che, come avremo modo di vedere più avanti, nel caso specifico si intrecciano con la questione di genere conducendo ad esiti non sovrapposibili in termini di attribuzione di senso. Occorre chiedersi, ancora una volta, quali conseguenze ha/può avere tutto questo per il percorso di cura.

"Lì non c'è il servizio di mediazione."

Uscendo dall'area arabo-islamica, l'affermazione con cui abbiamo chiuso il penultimo paragrafo (la n. 17) ci aiuta ora ad introdurre la 'questione cinese'.

Come risulta dai dati riportati nella prima parte di questo scritto, anche quella cinese è una comunità numerosa del territorio padovano, la cui presenza sembra peraltro essere in costante aumento. Non ci è stato possibile addentrarci anche in quest'area effettuando interviste con rappresentanti della comunità (salvo qualche eccezione in fase di orientamento e proprio per avere degli elementi che consentissero di valutare su quali aree focalizzare l'attenzione) poiché questo avrebbe richiesto lunghe e laboriose strategie di avvicinamento per guadagnare la fiducia preliminare necessaria, che non avevamo il tempo di mettere in atto. D'altra parte, già da una prima analisi effettuata sui dati statistici emerge con evidenza che anche quella cinese costituisce un'area di particolare interesse, rilevanza e problematicità.

Durante il periodo della ricerca, allo scopo di avere dei termini di confronto con le osservazioni compiute nel territorio padovano, sono state effettuate delle giornate di osservazione in alcune strutture dell'area sanitaria del Comune di Reggio Emilia. In

occasione di una di tali giornate ci si è imbattuti in una situazione peculiare: un utente cinese proveniente da Padova aveva attraversato due regioni, percorrendo molti chilometri e pagando il relativo biglietto ferroviario, per effettuare una prestazione che avrebbe potuto senza alcun problema eseguire anche in area padovana (negli ambulatori ospedalieri o in altri presenti nel territorio). Interpellato su questo, la spiegazione da lui fornita relativamente alla scelta effettuata è stata che “a Padova, diversamente da Reggio Emilia, non ci sono i mediatori”. A questo proposito l’utente ha anche raccontato una sua vicenda pregressa: proprio in considerazione della (presunta) mancanza del servizio di mediazione linguistica, aveva in passato accettato di pagare ben 200 euro un connazionale affinché lo accompagnasse allo sportello in cui gli avrebbero potuto rilasciare il tesserino per Stranieri Temporaneamente Presenti; pur essendo ora in possesso di tale documento, continuava, però, a non accedere alle prestazioni a Padova, poiché, ha ribadito, lì ‘non c’è il servizio di mediazione’.

Questa situazione, per quanto non si verifichi con quotidianità, sulla base di quanto affermato dagli operatori della struttura di Reggio Emilia, si presenta tuttavia con una certa frequenza.

Tornando a Padova, come abbiamo già rilevato, gli stessi dati statistici mostrano che il servizio di mediazione linguistico-culturale è plausibilmente sottoutilizzato rispetto alle necessità. Se, sulla base di quanto emerso sopra, una delle ragioni risiede nell’idea che ‘in qualche modo ci si capisce’, per quanto riguarda l’area cinese questa motivazione non sembra emergere in primo piano: gli operatori tendono infatti a riferire che, diversamente da quanto avvenga con gli immigrati che provengono dalle altre aree del mondo, con i cinesi è particolarmente difficile comunicare:

23. *Bene o male con gli africani ci si intende, con i cinesi... hanno un sacco di dialetti, fanno fatica anche tra loro a capirsi. Ti passano per telefono qualcuno... cosa gli dici per telefono?*

In termini di dati statistici, questa affermazione viene corroborata dal fatto che la mediazione linguistico-culturale per l’area cinese viene effettivamente attivata in numero maggiore rispetto alle altre aree.

Il problema linguistico viene quindi avvertito con forte rilievo dagli operatori e diviene quasi centrale nella loro percezione, ma, paradossalmente, il servizio di mediazione viene comunque scarsamente attivato: sebbene venga attivato in misura maggiore che per altri gruppi linguistico-culturali, cioè, non vi si ricorre con una frequenza adeguata/pari alla difficoltà rilevata - tanto che gli utenti maturano talvolta la convinzione che non esista affatto.

Le ragioni di questa scarsa utilizzazione di un servizio disponibile sono di diverso genere e sicuramente riguardano anche delle questioni connesse alla dimensione comunicativa propria dell’organizzazione, in particolare alla problematica veicolazione delle informazioni all’interno della Struttura. Sono tutt’altro che infrequenti, infatti, affermazioni di questo tenore:

24. *Nel mio reparto non abbiamo molti pazienti stranieri, 8-10 la settimana. Mi sembra che da parte nostra ci sia tanta disponibilità nei loro confronti, forse perché non c’è un grande boom... li agevoliamo anche tanto. Con la lingua c’è chi conosce l’inglese, il francese, però a volte è vero che nessuno sa... non abbiamo mai chiamato il mediatore culturale per farci capire: non so neanche se è possibile, si possono spostare all’interno dell’Azienda?*

La domanda finale evidenzia quanto accennavamo a proposito della circolazione delle informazioni. A parte questo specifico aspetto del problema, sul quale torneremo in quanto decisamente rilevante, questo genere di dichiarazioni evidenzia, però, anche la tendenza ad adattarsi su una *routine* di funzionamento che mette inesorabilmente in

ombra la dimensione relazionale e comunicativa. A fronte della consapevolezza del fatto che è disponibile un servizio di mediazione (la domanda finale è relativa alle modalità di funzionamento del servizio, non alla consapevolezza della sua presenza), pur al cospetto di effettive difficoltà linguistico-comunicative (fra gli operatori “a volte è vero che nessuno sa...” nessun’altra lingua al di là dell’italiano) che plausibilmente si ripetono (“non abbiamo molti pazienti stranieri”, ma comunque “8-10 la settimana”), dal resoconto n. 24 emerge, infatti, che non si è comunque mai interpellato l’ufficio che gestisce il servizio di mediazione. La *routine* di funzionamento non viene intaccata, la difficoltà comunicativa non diviene elemento di attenzione e non si formula alcun interrogativo sui possibili risvolti che questo può avere per l’utenza. Una delle conseguenze è che il percorso di cura rischia di venire ostacolato, come il caso dei cinesi evidenzia a chiare lettere con la difficoltà – che talvolta diventa impossibilità percepita - di rivolgersi alle strutture dell’area di dimora.

In tal modo si alimenta, fa l’altro, la convinzione di essere in presenza di ‘comunità chiuse’, autoreferenziali (lo stereotipo che tipicamente circola nella popolazione autoctona rispetto alla comunità cinese). I cinesi appaiono agli operatori come degli utenti difficili da conoscere e prendere in carico: lo sono e lo divengono di fatto anche in virtù della messa in atto di un circolo vizioso che prende la forma di una sorta di profezia che si autoadempie. Come riportato anche da relatori esperti del settore in occasione di convegni sul tema⁷³, l’impressione che i cinesi hanno degli operatori del servizio sanitario in Italia sembra, infatti, essere quella di uno scarso interesse nei loro confronti, espresso anche con la forte frustrazione per la difficoltà che incontrano nel ricevere feedback e riscontri.

La ricorsività del circolo assume una forma piuttosto evidente:

- gli utenti cinesi, in quanto godono dell’appartenenza ad una comunità fortemente auto-organizzata, trovano con relativa facilità delle vie alternative per affrontare le problematiche di ordine sanitario;
- nel momento in cui, ciononostante, scelgono di rivolgersi alle strutture italiane, incontrano un blocco comunicativo e percepiscono una non disponibilità/interesse nei loro confronti che alimenta la loro tendenza ad una auto-referenzialità a carattere comunitario;
- gli operatori si convincono allora, sempre più, di quello che lo stereotipo già li orienta a pensare, cioè che è difficile comunicare con gli utenti cinesi perché sono ‘naturalmente’ chiusi;
- gli operatori non attivano le misure che pure avrebbero a disposizione e si trovano confermati nell’ipotesi iniziale dal fatto che fioriscono le scoperte relative alla presenza di circuiti clandestini di cura nell’ambito della comunità cinese.

Che il problema sia di reciprocità comunicativa e non esclusivamente legato alle peculiarità di una comunità è testimoniato dal fatto che esperienze come quelle condotte a Reggio Emilia⁷⁴, evidenziano che, qualora introdotta la figura del mediatore (alla presenza di specifiche attenzioni), i dati relativi al ricorso alle strutture del servizio sanitario da parte della comunità cinese ricevono un’impennata (come implicitamente indica anche il caso riportato, che testimonia di una forte capacità degli utenti cinesi di

⁷³ *La cura dell’altro*. Salute e immigrazione: problematiche e sperimentazioni, Padova, 22-23 Giugno 2006.

⁷⁴ Dalle relazioni presentate nell’ambito dei vari corsi di formazione e dei convegni organizzati dal CIRSSI e in ambito ULSS risulta che esperienze analoghe sono state effettuate anche a Bologna, Prato e Roma.

mobilitarsi, spostandosi anche da regione a regione, qualora si ritenga che possa esservi una struttura adeguata ad accoglierli).

Il caso mostra che attribuire scarso rilievo alla problematica linguistica produce degli effetti di vasta portata, che vanno ad interagire con tutto il percorso di cura e si estendono ben al di là di esso.

L'ultima considerazione effettuata viene avvalorata anche da altre testimonianze di situazioni che coinvolgono utenti di diversa origine geografico-culturale. Mantenendo la focalizzazione sul percorso di cura, in particolare sul momento del ricovero, un caso che esplicita il forte, reciproco disagio connesso alla non adeguata valorizzazione della dimensione linguistico-comunicativa è quello che riportiamo qui di seguito, in cui un operatore riferisce una situazione capitatagli tre anni prima (periodo in cui il servizio di mediazione era comunque già attivo) in relazione ad un paziente nigeriano:

25. *Nel reparto è stato ricoverato un ragazzo giovane nigeriano con lesioni alla colonna vertebrale, in seguito ad un incidente stradale e in stato di agitazione psico-fisica. Le consegne mi sono state passate in modo frettoloso per i ritmi incalzanti del reparto e quando sono entrata nella sua stanza mi sono resa conto che il caso da gestire era complicato. Il paziente infatti non capiva e non parlava italiano. Nei giorni seguenti è stata chiesta la consulenza psichiatrica. La specialista ha prescritto una terapia sedativa molto pesante, ma nonostante questo lo stato di agitazione e aggressività del paziente persisteva. Lunghi e difficili sono stati quei giorni di assistenza senza un mediatore culturale, senza l'appoggio dei familiari. Il paziente è persino stato contenuto a letto con bracciali e cavigliere perché non si muovesse. Eravamo esasperati, continuava a slegarsi, mettendo ancora più in pericolo il suo stato di salute. Noi non avevamo mezzi per comunicare, riuscivamo solo, e con enormi difficoltà, a somministrargli la terapia. In alcuni momenti dovevamo andare lì in più persone per contenerlo. Sporadiche le visite della moglie, si presentava con due bambini piccoli (...) neanche lei capiva e parlava italiano. In tutti questi giorni non è mai stata fatta richiesta di un mediatore culturale, un assistente sociale da parte del caposala e io non sapevo dell'esistenza di questo servizio (...) È stata una brutta esperienza, mi sono sentita impotente. Anche se ho cercato di fare del mio meglio, seppur con qualche momento di sconforto, sono convinta che questa persona meritava un'assistenza migliore. Non siamo stati all'altezza della situazione. Ho trovato una barriera davanti a me che non mi ha permesso di capire la persona che avevo davanti e che mi ha impedito di essere capita. Amo il mio lavoro, ma in quelle condizioni mi sono chiesta: quanto contano i miei interventi per rispondere ai bisogni primari della persona e per somministrare le terapie, se manca la comunicazione che è alla base di ogni rapporto umano?*

In questo resoconto sono presenti molti fattori che vedremo più avanti (come la questione dello scarso tempo a disposizione, che qui prende la forma del 'ritmo incalzante' di lavoro e che, nel caso specifico, comporta una scarsa cura nel 'passaggio delle consegne'); uno degli elementi che ci sembra assumano particolare rilievo è poi quello relativo all'intervento specialistico di area psichiatrica, poiché in questo caso si è proceduto unicamente con un intervento farmacologico (che l'operatrice definisce peraltro 'molto pesante') senza alcuna vera interlocuzione con il paziente, né con un qualche suo familiare (neanche la moglie parla/capisce l'italiano), con il risultato che il paziente sarà – giustamente! - aggressivo e continuerà a lungo ad agitarsi 'mettendo ancora più in pericolo il proprio stato di salute'.

Strategie informali di 'mediazione'

Come già si è accennato, il servizio di mediazione è piuttosto sottoutilizzato rispetto a quelle che ci sembrano essere le effettive necessità: questo dato è emerso spesso ed in ogni fase della ricerca. Le ragioni sono molteplici. Se prendiamo in considerazione le affermazioni riportate nel paragrafo precedente, già dalla n. 23 si intravede la presenza di un ulteriore ordine di riflessioni in aggiunta a quelle già evidenziate: il servizio di

mediazione talvolta non viene mobilitato in quanto l'operatore ritiene idoneo e sufficiente quanto l'utente fa di sua iniziativa, attivandosi autonomamente con delle strategie volte ad arginare la difficoltà linguistica.

Nell'affermazione n. 23 la tattica utilizzata dall'utente è stata quella di mettere in atto una sorta di intermediazione telefonica, probabilmente realizzata in modo del tutto artigianale, attraverso la chiamata ad una persona che resta sconosciuta all'operatore; per quanto riguarda l'episodio di Reggio Emilia l'utente si è rivolto ad un membro della comunità cinese che si era espressamente 'reso disponibile' sul mercato; in altre situazioni avviene che l'utente si faccia accompagnare da amici o familiari, o che si ricorra all'aiuto di persone che, più o meno fortuitamente, si trovano in loco. L'operatore tende ad acconsentire a queste situazioni (talvolta anche a sollecitarle fattivamente), probabilmente sollevato rispetto ad una difficoltà reale, ma non sempre rendendosi conto dei retroscena e di altre difficoltà ad esse connessi.

Uno di questi problemi è evidente in ciò che il caso di Reggio Emilia ha fatto emergere: la presenza di un reticolo di persone che, con diversi gradi di onestà, profittano della situazione di disagio degli utenti. L'episodio riportava, infatti, il racconto di un pagamento decisamente oneroso, effettuato per accedere ad una prestazione (il rilascio del tesserino STP) che viene fornita gratuitamente, per legge, dalle istituzioni pubbliche; una realtà che risulta essere niente affatto infrequente. Situazioni di questo genere, al di là della questione dell'onestà, fanno anche sorgere degli interrogativi a proposito dell'adeguatezza del servizio fornito dalle diverse tipologie di prestatori occasionali: come ha riportato una relatrice che era stata appositamente interpellata per l'area orientale nell'ambito del convegno *La cura dell'altro*, gli utenti cinesi si avvalgono con una certa frequenza di persone che "non danno informazioni corrette come dovrebbero" e questa problematica, con caratteristiche diverse di caso in caso, si presenta con frequenza anche con utenti di altra area.

La non correttezza delle informazioni veicolate può non essere affatto dovuta ad una intenzionalità del traduttore, ma prodursi anche per una difficoltà linguistica sottostante all'interazione comunicativa. Come i professionisti del settore ben sanno, le traduzioni richiedono, infatti, una competenza articolata e complessa, che quasi mai corrisponde a quella posseduta dai vari accompagnatori di cui operatori ed utenti occasionalmente si avvalgono.

A quelle appena formulate si aggiunge, d'altra parte, anche una serie di altre considerazioni relative a tutta la dinamica relazionale:

26. ... spesso i pazienti vengono accompagnati magari da 1-2-3 familiari che a sua volta chiedono, non capiscono, non sanno cosa fare, ... e il malato vede l'agitazione dei familiari e si agita ancora di più. Quindi il problema è il rapporto con il paziente, ma anche con i familiari.
27. La visita è un po' problematica perché o vengono accompagnati da qualcuno che parla italiano, che capisce e può spiegare, chiedere le informazioni sulla gravidanza, gli esami che dovrà fare, i controlli successivi.... quindi la visita è molto fredda, manca la parte relazionale.

Si aprono gli scenari delle reazioni emotive che interferiscono con il percorso di cura e sono particolarmente difficili da gestire proprio in considerazione della scarsa competenza linguistico-comunicativa degli attori in gioco, e quello delle difficoltà ad instaurare delle relazioni adeguate sul piano affettivo in presenza di soggetti terzi di cui non si conoscono ruoli e caratteristiche e che non sono necessariamente attenti alle sfumature di contesto. Ciononostante il ricorso a 'modalità informali di mediazione' è decisamente presente e diffuso:

28. Riporto un episodio con un paziente "INDIANO". I pazienti prima di accedere al servizio ambulatoriale nel quale lavoro vengono contattati da me telefonicamente. Alla chiamata telefonica il signore capisce il giorno e l'ora in cui presentarsi al servizio. Quando arrivo

mi viene riportato, dal collega che gli ha fatto già i prelievi e l'ECG, che ci sono delle difficoltà di comprensione e che il paziente ha preferito non consegnare il questionario anamnestico. Io chiamo il paziente per spiegare la dinamica della giornata e mi rendo conto che le difficoltà ci sono e non poche; chiedo se è accompagnato da qualcuno che capisce l'italiano e mi dice di no, chiedo anche se conosce qualcuno che può contattare perché venga lo stesso giorno ad aiutarci, ma mi risponde che chi conosce non può venire. Dopo pochi minuti arriva il medico che dovrà fare la visita al paziente, spiegare l'intervento chirurgico e far firmare il consenso, il quale dopo pochi minuti di colloquio mi dice che è IMPOSSIBILE comunicare e di spiegare al paziente che deve tornare un altro giorno con qualche conoscente che CI CAPISCE. Chiedo aiuto alla caposala, la quale mi dice di provare a chiedere all'URP. Chiamo. Riferisco al medico che posso far venire un interprete ma che c'è da aspettare. Il DOTTORE non può, deve andare in sala operatoria... OK! Mi accordo con URP per giorno, ora, durata del tempo in cui far venire l'operatore culturale. Al paziente cerco di spiegare che quel giorno non si può fare niente e gli do un nuovo appuntamento. Lui CAPISCE ma mi fa notare più volte che PERDE un altro giorno di lavoro e che il datore di lavoro gli fa storie... io DISPIACIUTA e RAMMARICATA... non ho alternative... Il giorno stabilito, il mediatore culturale il medico ortopedico prima e l'anestesista poi parlano e visitano il signore che quel giorno fra l'altro ha portato anche un amico che capiva poco di più di lui.

L'episodio ha una ricca articolazione e ci consente di evidenziare la presenza di molti elementi:

- poiché l'utente 'bene o male qualche parola in italiano la sa parlare' questo viene ritenuto sufficiente (forse anche perché la 'mancanza di tempo' non consentiva all'operatore di rivolgere all'utente quelle poche domande ulteriori che lo avrebbero messo nella condizione di valutare più attentamente il grado di competenza linguistica; facciamo notare peraltro che le virgolette apposte al termine 'indiano' probabilmente segnalano che l'operatore non era neanche sicuro di quale fosse l'area di provenienza dell'utente);
- il servizio di mediazione pertanto non viene attivato in previsione dell'incontro, sebbene ci sarebbe stato tutto il tempo per organizzarsi in tal senso;
- la prestazione risulta da subito carente di dati informativi (l'utente "ha preferito non consegnare il questionario anamnestico") che presumiamo siano importanti ai fini diagnostici;
- di fronte alla incomunicabilità linguistica la prima strategia a cui ricorre l'operatore è quella di chiedere all'utente di attivarsi per trovare lui un aiuto per la traduzione (senza alcun interrogativo circa l'opportunità della cosa anche in termini di adeguatezza ed efficacia);
- la strategia individuata dal medico è esattamente la stessa di quella dell'infermiere (anche in questo caso rivelando un'assenza di problematizzazione e forse anche la mancanza di conoscenza dell'esistenza del servizio);
- in assenza di alternative viene infine attivato il servizio di mediazione, ma trovandosi ora nella condizione di dover rinviare la visita, creando problemi all'utente per quanto riguarda la sua vita lavorativa e forse anche la dilazione del percorso di cura e mettendo in atto quel circolo vizioso della perdita di tempo di cui si è parlato sopra, con una moltiplicazione degli interventi su uno stesso caso;
- qualora il paziente si fosse presentato da subito con l'accompagnatore il problema linguistico si sarebbe comunque presentato, con l'aggravante di affidarsi ad una persona la cui precaria competenza avrebbe con ciò stesso rischiato di creare malintesi di vario genere.

Questo genere di circostanze si verifica in modo reiterato, arrivando talvolta a creare situazioni di grosso disagio, com'è accaduto in casi estremi, ma non infrequenti, come quello riportato qui di seguito:

29. *L'episodio che si è verificato nella mia struttura mi ha fatto riflettere. La paziente era una signora cinese. Il problema era l'iperglicemia. Si è rivolta al nostro servizio per una visita diabetologica. Noi operatori dovevamo 1) inserire i dati 2) rilevare: peso, pressione, glicemia e spiegare che poi sarebbe stata visitata dalla dottoressa. Quando abbiamo chiamato il suo cognome la signora è entrata tranquillamente, ma poi alla prima domanda di verifica dei dati si è letto chiaramente sul suo viso che c'era il panico. A gesti abbiamo cercato di chiederle se era sola. Finalmente siamo riuscite a capire che fuori ad attenderla c'era la figlia di circa 10 anni che faceva la traduttrice. Interrogata la figlia dovevamo capire se era attendibile o no nel tradurre le stesse cose. Accertato ciò abbiamo iniziato il nostro lavoro ma prima di ogni parola che la figlia diceva si notavano comunque il disagio e l'insicurezza della madre. Abbiamo dovuto sforzarci di chiedere di tradurre i termini più semplici e appropriati anche per l'età della bimba. La verifica poi è stata positiva in quanto la bimba ha affrontato la situazione positivamente ed il riscontro lo abbiamo avuto in quanto nei successivi controlli la situazione della madre è migliorata.*

In questo resoconto colpisce, fra le altre cose, il fatto che l'operatore, pur notandolo, sorvoli sul disagio della madre e sulla difficoltà in cui è stata messa la figlia, preoccupato solo di verificare l'attendibilità della traduzione.

Due altri resoconti, analoghi a quello riportato sopra per quanto riguarda i contenuti, mettono d'altra parte chiaramente in risalto la problematicità emotiva presente in questo genere di situazioni:

30. *Una mattina durante l'ambulatorio di senologia si è presentata una signora, che veniva per la prima volta, proveniente dal Marocco accompagnata dalla figlia di 12 anni. La bambina parlava italiano, la madre non lo capiva e non lo parlava. Non si è ricorsi al mediatore linguistico perché i tempi erano ristretti. Il medico dopo aver guardato i referti e aver visitato la signora, si è trovato nella situazione di dover comunicare alla donna che, molto probabilmente, aveva un tumore maligno e doveva essere operata al più presto. Dopo molte titubanze ha dovuto parlare con la bambina della salute della madre cercando di essere più dolce possibile. Io mi sono sentita veramente toccata perché pensavo a questa povera bimba che era abbastanza grande da capire la gravità ma non in grado di gestire le sue emozioni. (...) Purtroppo quando si contatta il mediatore i tempi di arrivo sono molto lunghi e nel mio caso specifico eravamo alla fine dell'ambulatorio di senologia. Ora ho un forte dubbio. Forse ho sbagliato, magari dovevo cercare di convincere il medico ad aspettare il mediatore culturale, oppure bisognava spostare la visita (in tempi brevi vista la gravità della diagnosi) in una giornata dove sarebbe stato presente il mediatore culturale. In questo modo avremmo risparmiato alla figlia di svolgere un compito così grande e così impegnativo per la sua giovane età.*
31. *Ho dovuto eseguire più volte degli esami audiometrici ad una donna marocchina, operata da noi all'orecchio, che non capiva l'italiano ed era sempre accompagnata dal figlio di 8 anni che faceva da interprete. Durante la visita, il bambino, mentre guardava il monitor su cui si seguivano le immagini del tamponamento dell'orecchio, ad un certo punto si è sentito male ed è stato accompagnato fuori dall'ambulatorio da un'infermiera. Per l'esame audiometrico che sua madre doveva eseguire era molto importante la collaborazione attenta del paziente. Ci sono state però delle difficoltà nel far capire bene alla paziente le modalità dell'esame (soprattutto perché le venivano spiegate da un bambino che aveva anch'egli delle difficoltà linguistiche!).*

Centralità della questione linguistica

Scelte di campo

Tutte le strategie di arginamento del problema di cui si è fatto menzione finora indicano la presenza di un implicito nella cultura degli operatori che non necessariamente la accomuna a quella degli utenti: nonostante il fatto che il problema linguistico sia fra quelli maggiormente segnalati, è altrettanto presente fra gli operatori l'idea che le situazioni possano essere gestite adeguatamente anche senza ricorrere all'intervento dei mediatori, mentre gli utenti tendono a riferire che la difficoltà permane al di là delle apparenze e che è presente in modo pervasivo nella loro relazione con il servizio sanitario, indipendentemente dal possesso di un vocabolario di sopravvivenza con il quale affrontano specifici ostacoli fuori e dentro l'ospedale. In un certo senso, gli interlocutori sembrano considerare il problema linguistico esclusivamente in funzione del proprio disagio percepito, senza porre molta attenzione a quale sia la posizione che caratterizza l'altro polo della relazione. Se, per quanto riguarda gli operatori, finora abbiamo centrato l'attenzione sulla presenza di forme di minimizzazione del problema, da parte degli utenti sono ricorrenti espressioni come quelle raggruppate qui di seguito:

32. *Quando si arriva alla struttura non si riesce ad esprimersi.*

Quando mi trovo davanti al medico non sono in grado di esprimermi in lingua italiana.

Quando vai a parlare con l'infermiera, magari ti esprimi male, non hai i termini giusti per dire quello che senti.

La straniera che arriva e deve prenotare una visita, si presenta fisicamente allo sportello e deve prenotare e non sa come parlare.

Quella della difficoltà linguistica degli utenti non è, d'altra parte, una dimensione sconosciuta agli operatori, i quali, sebbene molto meno frequentemente rispetto ad altri tipi di osservazioni, hanno fornito anche dei resoconti che evidenziano come sul versante degli utenti vi siano delle difficoltà di comprensione non così facilmente aggirabili. È quanto emerge, ad esempio, dal seguente resoconto:

33. *Un paziente extracomunitario si presenta (non so se solo o accompagnato) all'accettazione del nostro servizio per prenotare l'esame. Non parla correttamente l'italiano e lo capisce male. Presenta un'impegnativa corretta di ecografia del collo con biopsia e viene prenotato per una certa data. Per motivi di incomprensione (presumo) non si presenta nel giorno corretto (chiaramente indicato in un foglio che evidentemente ha letto male), ma la settimana seguente. Inoltre si presenta all'esecuzione dell'esame da solo senza portare alcuna documentazione relativa alle motivazioni d'esame, a precedenti eventuali esami diagnostici. Parla male l'inglese, così come lo parlo male io, e dopo un po' di tempo non trascurabile (pazienti prenotati in attesa inferociti) riesco (o almeno credo) a chiarire la motivazione per cui si sottopone all'ecografia e alla biopsia e in quale sede essa debba essere eseguita. Completata la procedura, il paziente, che riceve in tempo reale la risposta all'ecografia, è tenuto a ritirare la risposta della biopsia presentandosi ad un servizio fisicamente lontano dal nostro. Consegno le istruzioni per il ritiro dell'esame convinto che il paziente non abbia capito nulla di cosa dovesse fare. Non sono riuscito a comunicare a nessun medico curante (impegnativa illeggibile) e a nessun eventuale assistente o accompagnatore le mie impressioni e considerazioni. Fortunatamente la patologia del paziente non richiedeva interventi particolari o rapidi, comunque non so come le cose poi si siano sviluppate.*

Vediamo che, in questo caso, prende forma una dinamica comunicativa ‘senza uscita’, il cui esito, dalla parte dell’operatore, è una percezione di inefficacia che paventa, sul versante dell’utente, la possibilità di una mancata prosecuzione dell’iter diagnostico per incomprensione sulla procedura da seguire.

Il n. 33 è un resoconto piuttosto anomalo, in quanto mostra una certa attenzione ad entrambi i poli della relazione. Si tratta di uno stile di riflessione che è raramente presente nelle dichiarazioni degli operatori da noi rilevate, le quali evidenziano in genere una maggiore propensione a focalizzarsi su uno solo dei poli e ad utilizzare espressioni ben più perentorie rispetto a quelle di cui si avvale l’operatore in questo caso. Oltre a questo, la narrazione ci sembra di particolare interesse per una pluralità di altri motivi.

La circolarità ermeneutica che struttura il racconto è piuttosto evidente e mette in luce la presenza di un atteggiamento pregiudiziale positivo dell’operatore che orienta l’interpretazione. Nel confronto con altre narrazioni, risalta, infatti, la tendenza a tenere in conto ed a mettere in primo piano le difficoltà di comprensione/espressione dell’utente, invece che un suo eventuale atteggiamento furbesco volto ad eludere le regole del funzionamento istituzionale. Il fatto di tenere aperto lo sguardo su entrambi i poli della relazione a partire da una specifica prospettiva interpretativa fa sì che il campo della comunicazione evidenzi tutta la sua problematicità ed è plausibile ritenere che lo stesso episodio avrebbe tutt’altra valenza se venisse narrato a partire dall’assunzione di un diverso punto di vista, per esempio, prendendo avvio da un atteggiamento pregiudiziale di tipo negativo/sfavorevole nei confronti dell’utente o occultando la presenza della propria posizione interpretativa.

Con una finalità eminentemente euristica, se proviamo, a riscrivere la narrazione tenendo conto di altri stili narrativi, essa potrebbe, per esempio, assumere caratteristiche analoghe alle seguenti:

Un paziente extracomunitario si presenta all’accettazione del nostro servizio per prenotare l’esame. Qualche parola di italiano la parla. Presenta un’impegnativa corretta di ecografia del collo con biopsia, viene prenotato per una certa data e gli viene fornita anche un’indicazione scritta. Il giorno stabilito non si presenta e viene, invece, la settimana seguente. Inoltre, si presenta all’esecuzione dell’esame da solo, senza portare alcuna documentazione relativa alle motivazioni d’esame, a precedenti eventuali esami diagnostici. Cerco di ribadirgli la cosa anche in inglese e dopo un po’ di tempo non trascurabile (pazienti prenotati in attesa inferociti) riesco a chiarire la motivazione per cui si sottopone all’ecografia e alla biopsia ed in quale sede essa debba essere eseguita. Completata la procedura, il paziente, che riceve in tempo reale la risposta all’ecografia, è tenuto a ritirare la risposta della biopsia presentandosi ad un servizio fisicamente lontano dal nostro. Gli consegno, quindi, le istruzioni per il ritiro dell’esame.

Questo secondo, ipotetico resoconto, seppure costruito fittiziamente in parallelo con quello reale, ci sembra altrettanto plausibile dell’altro e, per quanto ci è stato possibile cogliere dello stile prevalente fra gli operatori, ben più rispondente ad una modalità diffusa di costruzione narrativa. Sebbene in apparenza dica le stesse cose, è, però, di segno ad esso opposto.

Questa difformità può risultare più facilmente percepibile se disponiamo le due narrazioni in modo sinottico, evidenziando le parti che hanno subito una modifica, un’omissione o un’aggiunta:

Narrazione dell'operatore

*Un paziente extracomunitario si presenta (**non so se solo o accompagnato**) all'accettazione del nostro servizio per prenotare l'esame*

Non parla correttamente l'italiano e lo capisce male.

Presenta un'impegnativa corretta di ecografia del collo con biopsia e viene prenotato per una certa data.

Per motivi di incomprensione (presumo) non si presenta nel giorno corretto (chiaramente indicato in un foglio che evidentemente ha letto male), ma la settimana seguente.

Inoltre si presenta all'esecuzione dell'esame da solo senza portare alcuna documentazione relativa alle motivazioni d'esame, a precedenti eventuali esami diagnostici

***Parla male l'inglese, così come lo parlo male io,** e dopo un po' di tempo non trascurabile (pazienti prenotati in attesa inferociti)*

*riesco (**o almeno credo**) a chiarire la motivazione per cui si sottopone all'ecografia e alla biopsia e in quale sede essa debba essere eseguita.*

Completata la procedura, il paziente, che riceve in tempo reale la risposta all'ecografia, è tenuto a ritirare la risposta della biopsia presentandosi ad un servizio fisicamente lontano dal nostro.

*Consegno le istruzioni per il ritiro dell'esame **convinto che il paziente non abbia capito nulla di cosa dovesse fare.***

Non sono riuscito a comunicare a nessun medico curante (impegnativa illeggibile) e a nessun eventuale assistente o accompagnatore le mie impressioni e considerazioni.

Fortunatamente la patologia del paziente non richiedeva interventi particolari o rapidi, comunque non so come le cose poi si siano sviluppate.

La narrazione effettuata dall'operatore, diversamente da quella riformulata da noi, fa emergere la centralità del disagio linguistico, cioè delle difficoltà implicate da una non completa padronanza della lingua, e questo a sua volta consente di evidenziare la presenza:

- di una prima scelta interpretativa da parte dell'operatore: l'utente parla/capisce male, invece che "qualche parola la sa";
- di una seconda scelta analoga alla precedente: l'utente si è presentato in un momento diverso da quello previsto "per motivi di incomprensione"/perché "evidentemente ha letto male" e non in quanto sta cercando di fare il furbo/non rispetta le regole;

Riscrittura

Un paziente extracomunitario si presenta all'accettazione del nostro servizio per prenotare l'esame.

Qualche parola di italiano la parla.

Presenta un'impegnativa corretta di ecografia del collo con biopsia, viene prenotato per una certa data

e gli viene fornita anche un'indicazione scritta.

Il giorno stabilito non si presenta e viene, invece, la settimana seguente.

Inoltre si presenta all'esecuzione dell'esame da solo, senza portare alcuna documentazione relativa alle motivazioni d'esame, a precedenti eventuali esami diagnostici.

Cerco di ribadirgli la cosa anche in inglese

e dopo un po' di tempo non trascurabile (pazienti prenotati in attesa inferociti)

riesco a chiarire la motivazione per cui si sottopone all'ecografia e alla biopsia ed in quale sede essa debba essere eseguita.

Completata la procedura, il paziente, che riceve in tempo reale la risposta all'ecografia, è tenuto a ritirare la risposta della biopsia presentandosi ad un servizio fisicamente lontano dal nostro.

Gli consegno, quindi, le istruzioni per il ritiro dell'esame.

- della considerazione, da parte dell'operatore, anche delle proprie difficoltà linguistiche e non solo di quelle dell'utente: "parla male l'inglese così come lo parlo male io";
- di un surplus di tempo dedicato al paziente per cercare di capirsi ("dopo un po' di tempo non trascurabile"), con la presumibile difficoltà di gestire la presenza/reazione di "pazienti in attesa inferociti";
- di una centratura dell'attenzione sulla dinamica comunicativa che consente all'operatore di accorgersi che è possibile/probabile che l'utente sia del tutto disorientato: l'emergere della sensazione che "il paziente non abbia capito nulla";
- della frustrazione di non aver trovato il modo di affrontare adeguatamente il problema: "non sono riuscito a comunicare a nessuno...".

La seconda narrazione effettua una scelta interpretativa antitetica, non considerando affatto il disagio linguistico e le difficoltà ad esso connesse e questo è correlativo a tutt'altro genere di inquadramento della posizione dell'utente e dell'operatore stesso. Come abbiamo evidenziato, si tratta di una narrazione ipotetica, ma che riteniamo possa essere del tutto plausibile - anzi, decisamente probabile; d'altra parte la questione che ci poniamo non è relativa alla sua corrispondenza con una verità esterna preesistente alla narrazione stessa (in tal senso l'una o l'altra potrebbero essere collocate sullo stesso piano), ma quello di un essere verosimile della rappresentazione che, in virtù di questo suo carattere ha una forte capacità di produrre effetti di realtà.

Sulla base di quanto appena affermato, ci sembra possibile esplicitare il senso di questo 'esercizio' che abbiamo deciso di inserire: nell'uno e nell'altro caso l'utente è in primo luogo la persona che viene costruita nella dinamica della relazione (qui il rapporto figura-sfondo assume i caratteri dell'alternanza) anche in virtù delle scelte interpretative che si compiono al suo interno.

In entrambi i casi, inoltre, si è nella condizione di mettere a fuoco la presenza di specifici problemi e non di altri. Per quanto riguarda la narrazione ricostruita in via ipotetica si tratta di problemi che stanno tutti dalla parte dell'utente; nel caso di quella realmente prodotta dall'operatore si ha a che fare con una situazione ben più ricca, in cui i problemi si collocano su diversi versanti ed intersecano più livelli: uno di essi riguarda una carenza (linguistica) che alcuni operatori hanno esplicitamente rilevato nella loro formazione, un altro la questione della comunicazione scritta, un altro ancora il vasto scenario dei fraintendimenti che, potenzialmente e realmente, intercorrono nella dinamica comunicativa.

Le competenze linguistiche di operatori ed utenti

L'operatore del resoconto n. 27 parla esplicitamente, seppure di sfuggita, di un suo tentativo di comunicare in una lingua terza con l'utente e di una scarsa competenza, da parte di entrambi, nella lingua da lui scelta: l'inglese.

La questione della competenza linguistica di operatori ed utenti, in questo caso intesa come conoscenza di lingue altre rispetto a quella materna ed a quella d'immigrazione, costituisce il terreno di una serie di considerazioni che sono esplicitamente emerse sia sul versante degli operatori, sia su quello degli utenti del Servizio.

Nell'ambito del percorso di formazione organizzato nel periodo della ricerca, ad alcuni gruppi di partecipanti è stato chiesto di indicare su che cosa avrebbero focalizzato l'attenzione qualora si fossero trovati nella condizione di poter progettare loro un corso di formazione per gli operatori sanitari o di poter introdurre delle modifiche

organizzative in ambito aziendale. Alcune delle risposte fornite pongono l'accento sulla non conoscenza di lingue diverse dall'italiano da parte di un gran numero di operatori e segnalano, di conseguenza, l'opportunità di organizzare degli appositi corsi di lingua, in particolare per l'apprendimento dell'inglese (più raramente, per qualche altra lingua veicolare) o comunque favorendo la partecipazione dei dipendenti a corsi organizzati da strutture esterne all'Azienda.

Raggruppiamo qui di seguito alcune espressioni di tenore analogo relative a questa questione:

34. *Bisognerebbe che noi operatori che siamo a contatto con il pubblico sapessimo un po' di inglese.*

Per il mio servizio dovrei probabilmente io imparare una lingua, per esempio l'inglese.

Il problema fondamentale è sicuramente la lingua, quindi, almeno per me, sarebbe importante conoscere bene almeno l'inglese.

Eventualmente poter fare un corso di lingua inglese visto che a volte gli immigrati conoscono questa lingua.

Organizzerei dei corsi di lingua obbligatori per operatori sanitari.

Aumenterei e accrediterei i corsi di lingue straniere, soprattutto 'specializzati' con termini medici.

Organizzerei una formazione continua nelle lingue più frequenti.

In ogni reparto dovrebbe esserci una persona che parla inglese e che sia presente quando il paziente parla con il medico.

Oppure, in maniera più articolata:

35. *Io credo che soprattutto per gli operatori che lavorano in prima linea (Pronto Soccorso) sia realmente necessaria la comprensione della lingua, altrimenti i loro bisogni non siamo in grado di comprenderli e succede che a caldo è il pregiudizio a dominare il rapporto con questa utenza e che la non comprensione della lingua determina anche la non comprensione delle loro richieste che per loro sono sempre urgentissime anche quando potrebbero aspettare e fare la visita seguendo i normali canali (cioè la prenotazione e il non ricorso selvaggio al pronto soccorso). Ritengo pertanto necessario che vengano attuati dei corsi di lingua per gli operatori, per poter meglio gestire la relazione.*

La richiesta ci pare del tutto ragionevole, anche se sembra andare contro le linee dell'Azienda, la quale - segnalano gli operatori - sta invece portando avanti una strategia opposta, non organizzando più corsi di inglese per gli operatori, né incentivando in alcun modo la frequentazione di corsi esterni, anzi, al contrario, non riconoscendo neanche più la possibilità di parteciparvi in orario di lavoro e/o di avvalersi dei relativi crediti qualora si decida di frequentarli comunque. Una situazione piuttosto paradossale, viste le problematiche di cui si è parlato finora.

In linea con gli operatori ospedalieri e del tutto in antitesi con la tendenza aziendale, un medico di origine congolese che opera nel territorio padovano si è addirittura espresso a tale proposito affermando che da parte sua, se dovesse organizzare un corso di formazione per gli operatori, penserebbe per prima cosa all'introduzione di un'altra lingua ("almeno l'inglese") in quanto:

36. *...è più importante la comunicazione diretta rispetto alla presenza del mediatore.*

Ci sembra che questa affermazione richieda un'attenzione particolare per non ingenerare equivoci. Una competenza linguistica approssimativa, come risulterà evidente anche da alcuni casi riportati più avanti, può, infatti, essere foriera di ulteriori difficoltà: il ricorso alla figura del mediatore resta, in tal senso, un importante ausilio per la comunicazione. Ciò che il medico intervistato sta cercando di mettere in luce con la sua affermazione è, piuttosto, l'opportunità che vi sia, da parte dell'operatore, una

competenza in una lingua terza che sia tale da agevolare l'instaurarsi di una produttiva dinamica relazionale, più che servire alla comunicazione linguistica in senso stretto. Si tratta di un aspetto che lasciamo momentaneamente in sospeso poiché lo analizzeremo con profusione più avanti allargando il contesto dalla comunicazione linguistica alla dinamica relazionale. Per tornare, invece, al tema che è al centro del presente paragrafo (l'ampiezza dello spettro linguistico entro cui si muovono operatori ed utenti), la letteratura di settore riferisce che la mancata conoscenza di lingue diverse dall'italiano, avvertita come carenza da ovviare da un certo numero di operatori, rappresenta un vero e proprio elemento di fastidio nella percezione degli utenti. Nelle nostre indagini, d'altra parte, questo dato non è emerso in modo esplicito, se non in rari casi. Una delle poche affermazioni in cui gli utenti hanno rimarcato tale carenza è quella che riportiamo qui di seguito. Essa non fa emergere a chiare lettere il fastidio, ma fa tuttavia intravedere qualcosa a questo livello attraverso l'accostamento della situazione tipica dell'italiano con quella diffusa fa gli immigrati:

37. *...qui c'è solo una lingua comune che è l'italiano e tanti immigrati hanno difficoltà. Non è che tutti gli italiani parlano francese o inglese. La media degli immigrati parlano sia francese o anche inglese come prima lingua..*

In questo, come in altri casi, il fastidio non emerge con evidenza. D'altra parte, se consideriamo la molteplicità di competenze linguistiche che possono vantare in media gli immigrati rispetto agli italiani, possiamo ipotizzare che un qualche elemento di avversione possa intervenire facilmente nell'interazione, tanto più in quanto gli italiani sembrano spesso non essere consapevoli di tanta disparità, come mostra, indirettamente, la reazione di sorpresa che coglie l'operatore del seguente episodio:

38. *Una paziente è venuta a fare una visita per essere inserita in lista di trapianto di rene. E' nigeriana ed è stata accompagnata dalla figlia residente in Veneto da parecchi anni per cui parlava benissimo l'italiano, anzi fa anche da interprete in tribunale come lavoro. La madre risiede qui da un anno circa. E' venuta in Italia per problemi di salute, infatti fa la dialisi, non sa parlare l'italiano. Alla visita il medico prova a parlare con la signora ma ci rendiamo conto che non capisce l'italiano, allora proviamo a parlare in inglese e questo riesce a comprenderlo. Premetto che la signora ha sessanta anni. Resto sbalordita che lei possa capire l'inglese in quanto mi rendo conto della mia "ignoranza" perché io l'inglese non so né parlarlo né scriverlo mentre la signora ha un'appropriatezza del linguaggio ottima. Il medico spiega che è molto importante, perché in caso di trapianto la presenza della figlia come interprete non sarà sempre possibile, per cui c'è la necessità che lei capisca bene l'inglese per capire dopo bene le terapie che dovrà assumere e tutte le indicazioni che le verranno comunicate. Sia io che il medico siamo partiti prevenuti quando abbiamo visto la signora in quanto: anziana, che non ci capiva.*

Lo sconcerto dell'operatore è eloquente ed indica a chiare lettere il basso grado di aspettative che talvolta orienta la relazione con questa tipologia di utenti. Esso va in parallelo, inoltre, con una scarsa consapevolezza della molteplicità di lingue (e culture) di cui sono costituite le diverse comunità nazionali (e che talvolta gli utenti sono in grado di padroneggiare, magari senza la conoscenza della corrispettiva lingua coloniale o, comunque, di una lingua europea).

Questa non consapevolezza degli operatori orienta le loro aspettative rispetto alle competenze degli utenti, tendenzialmente mantenendone basso il livello e predisponendoli a percepirne ed evidenziarne le carenze piuttosto che le abilità; oltre a questo, facilita la possibilità di scivolamento in errori di valutazione che si rivelano come tali solo nel momento dell'attivazione del servizio di mediazione linguistico-culturale. Nel periodo di osservazione non sono, infatti, mancati episodi di errata attivazione del Servizio (con conseguente disagio per gli utenti e per gli operatori stessi, rinvio della prestazione, onerosità per la struttura).

Oralità e scrittura

Un ulteriore livello di problematicità presente nel resoconto n. 27 è quello relativo alla comunicazione scritta. In quel caso si era al cospetto di un utente che non si era presentato quando stabilito, pur essendo in possesso di un foglio scritto che riportava le indicazioni necessarie; l'operatore aveva fatto la scelta di pensare ad un 'errore di lettura' invece che ad altro genere di ragioni.

La documentazione scritta che viene talvolta consegnata agli utenti rappresenta, anch'essa, un ambito di controversie. Nei resoconti consegnatici alcuni operatori hanno espresso il loro disappunto a tale riguardo in quanto talvolta, pur essendosi prodigati per fornire all'utente tutte le informazioni che ritenevano necessarie ed avendo anche avuto cura di metterle per iscritto, si erano trovati a constatare che il foglio da loro consegnato all'utente non era stato da lui tenuto in conto. Anche nel periodo di osservazione ci è stato possibile assistere a dei commenti in tal senso, formulati come una sorta di sfogo dopo un'interazione con qualche utente straniero: in quei casi l'operatore, perplesso, presagiva che il documento consegnato all'utente sarebbe stato cestinato a breve. Si tratta di una cosa che sembra effettivamente verificarsi, se diamo credito a quanto ha affermato un operatore durante uno dibattitoti realizzati in occasione del corso di formazione:

39. *Non è facile con loro, le cose vengono dette, poi ridette, a volte scriviamo anche per dare loro la possibilità di capire meglio e quando vanno fuori la prima cosa che fanno buttano il foglio nel cestino.*

Molti operatori sembrano concordare su questo. Il resoconto che riportiamo qui di seguito apre tuttavia una prospettiva divergente rispetto a quella *in nuce* nella posizione appena illustrata, che implicitamente allude ad una sorta di negligenza degli utenti:

40. *Mi è capitato di essere stata fermata da una signora straniera che non spiccicava una parola d'italiano, sventolava un foglio su cui era scritto malamente quello che doveva fare. Partendo dal presupposto che nemmeno io parlo nessun'altra lingua mio malgrado, ho provato a parlare sillabando ma mi rendevo conto che era inutile, sguardo perso nel vuoto e allora, sentendomi impotente anch'io, ma desiderando fortemente di riuscire a darle una mano, ho deciso di accompagnarla personalmente nell'ambulatorio dove doveva recarsi.*

La 'mala scrittura' di cui si fa menzione nel testo riportato sembra andare di pari passo con quel "Non sono riuscito a comunicare a nessun medico curante (impegnativa illeggibile)" di cui si parla al termine del resoconto n. 27 e risulta essere il tratto distintivo di molti operatori della sanità, dei medici in particolare. Si tratta di uno stile espressivo che, plausibilmente, fa intravedere una scarsa considerazione della dimensione comunicativa e che non manca di creare disagi agli utenti, così come agli altri operatori ed a tutta l'organizzazione istituzionale⁷⁵.

In analogia con quanto emerge dal resoconto n. 34, nel corso del periodo di osservazione ci è capitato più di una volta di imbatterci in situazioni di utenti che, pur in possesso di documentazione, vagavano in lungo e in largo per la struttura ospedaliera alla ricerca di informazioni, cercando di intercettare chiunque potesse dare loro una mano. Ne riportiamo una a titolo esemplificativo:

41. Al termine di un 'giro visite' un utente che aveva aspettato fino a quel momento in sala d'attesa interpella il medico. Il colloquio si svolge in una stanzetta a parte. L'utente è visibilmente disorientato: sembra comprendere abbastanza bene la lingua, ma l'espressione del medico è a tratti piuttosto 'tecnica' e questo rende non facile la comprensione effettiva anche a me che sono italiana. Il medico dice all'utente che il

⁷⁵ Decifrare la scrittura dei medici, per quanto riporta Attila Bruni è una delle importanti abilità pratiche che impegna gli operatori del servizio sanitario (cfr. pp. 70-72 del suo testo *L'accesso ai servizi sanitari*, Carocci, 2007).

dolore che prova non dipende dal chiodo inserito nel braccio, ma dal fatto che il braccio era ‘frantumato’. L’utente continua a manifestare disorientamento. Gli viene letteralmente messo in mano un foglio, scritto a mano, senza alcuna spiegazione ulteriore. L’utente chiede che cosa deve fare per l’INAIL. Il medico gli dice di presentarsi con quel foglio e lo congeda senza aggiungere altro. Più tardi vedo il paziente in giro per il corridoio che sta chiedendo un po’ a tutti. Ad un certo punto interpella nuovamente il medico il quale, in modo sbrigativo e scortese, aggiunge un rigo al foglio precedentemente consegnato al paziente e glielo rimette nuovamente in mano. Dopo questo ulteriore tentativo il paziente continuerà a vagare per il corridoio chiedendo spiegazioni a chiunque incontri che indossi un camice.

Al di là della grafia e di altre considerazioni che avremo modo di effettuare più avanti, anche in questo caso il fattore ‘competenza linguistica’ non sembra venga messo a fuoco dagli operatori (in primo luogo dal medico, ma anche dagli altri operatori a cui di volta il paziente si è rivolto alla ricerca di chiarimenti). Le ‘espressioni tecniche’ inserite nel discorso orale fanno da ostacolo alla comprensione e non sembra essere chiaramente presente all’attenzione neanche il fatto che parlare (‘bene o male’) una lingua e leggerla richiedono competenze diverse (e gli operatori sembrano non porsi mai nella condizione di verificarne il possesso).

Come, a questo proposito, fanno spesso rilevare gli utenti, infatti:

42. *Molti non sanno leggere.*

Si possono parlare molte lingue senza necessariamente saperle scrivere o leggere.

Alcuni sono analfabeti o non conoscono l’alfabeto italiano.

L’italiano si impara parlando, scrivere e leggere è diverso, soprattutto se si è sempre scritto in arabo, o in cinese, o in russo... comunque in lingue che hanno alfabeti diversi.

Prima di dare per scontato che il foglio scritto messo dagli operatori nelle mani del paziente abbia un’effettiva possibilità di essere preso in considerazione in modo adeguato ci sono, pertanto, molti fattori da considerare, anche se è plausibilmente altrettanto vero, come afferma un utente, che:

43. *Anche chi non sa leggere ha un parente o un amico che sa farlo.*

A proposito della comunicazione scritta a carattere istituzionale, non mancano peraltro, in Italia, specifici studi che ne mettono in rilievo la problematicità. Molti di essi, condotti in diversi ambiti, ivi compresi i contesti sanitari, evidenziano che nei documenti che vengono abitualmente consegnati agli utenti è presente un gran numero di elementi che rendono la comprensione particolarmente ostica per ‘i non iniziati’, anche quando si tratta di comunicazioni molto semplici da effettuare. Questa difficoltà, che riguarda la comunicazione istituzionale in genere, si moltiplica poi a livello esponenziale quando si ha a che fare con persone che appartengono ad aree linguistiche e culturali diverse da quella di chi ha redatto il documento.

Secondo la terminologia di chi si occupa specificamente di quest’area, la comunicazione istituzionale assume in genere la forma di quella che Italo Calvino ha chiamato ‘antilingua’⁷⁶, la quale si caratterizza per il fatto di prediligere la quantità, l’astrazione formale, la complessità, il cosiddetto “stile alto”, tutti elementi che fanno diventare la comunicazione altamente problematica in termini di comprensibilità, immediatezza ed efficacia e la rendono con ciò stesso inaccessibile ad ampie fasce della popolazione. Se tutto questo, come risulta dalla letteratura di settore, riguarda gli italiani (quella popolazione, cioè, che condivide la stessa lingua utilizzata per la redazione dei testi), vale a fortiori per gli stranieri, i quali devono sommare a tutte le altre difficoltà anche quella di una diversità linguistica di base. In tal caso può essere non secondario,

⁷⁶ Italo Calvino, *Per ora sommersi dall’antilingua*, “Il Giorno”, 3 febbraio 1965 (ora in *Una pietra sopra*, Torino, Einaudi, 1980, pp.122.26).

per esempio, anche il fatto che determinate espressioni, diffuse nella cultura dei servizi offerti in Italia, a volte non trovano precisi riscontri lessicali o semantici nelle lingue di altri Paesi, dove gli stessi servizi non sono offerti o hanno un'organizzazione diversa”.

COMUNICAZIONE

Dal primo assioma della *Pragmatica della comunicazione umana* consegue che quello della comunicazione e quello del linguaggio non sono domini sovrapponibili, come, invece, sembrano sottendere alcune dichiarazioni degli operatori e come abbiamo rilevato anche in una parte delle affermazioni degli utenti stranieri (con la propensione, in quest'ultimo caso, a ricondurre il campo della comunicazione a quello del linguaggio verbale). Rispetto a queste tendenze riduttive occorre richiamare il fatto che l'ambito della comunicazione non si esaurisce nella verbalità, ed anche che lo scenario della comunicazione mantiene incessantemente aperto il problema della responsabilità della scelta rispetto a cosa di volta in volta s'intenda considerare.

Le difficoltà dell'ascolto: *La mamma ti fa mettere la coperta quando lei ha freddo*

Se tutto può essere considerato comunicazione, un ruolo determinante nel direzionare le scelte è quello giocato dalle capacità/modalità di ascolto (dell'altro e di sé). Un questione che porta con sé un coacervo di problemi, la cui presenza è ben evocata da un operatore ospedaliero di origine nigeriana che afferma quanto segue:

60. I medici hanno bisogno di una formazione per togliergli i pregiudizi che hanno in testa, perché così possono ascoltare. I medici non hanno pazienza di ascoltare in modo da 'leggere la domanda'. Hanno una loro idea/immaginazione, magari fondata su stereotipi e questo fa da barriera e c'è il non-ascolto. Il paziente arriva, racconta i sintomi e il medico non ascolta davvero, 'non rilegge', e prescrive un'analisi da fare che magari non c'entra con il problema; il paziente va a fare l'esame e porta i risultati al medico, il quale dice che tutto va bene; allora il paziente va da un altro medico che fa la stessa cosa, ma il problema continua ad esserci; il paziente cambia, va in un altro posto, ripete la domanda, il medico fa la stessa cosa... e questo continua finché non trova un medico abbastanza paziente per ascoltare, per 'leggere la domanda'.

Nella terminologia comune si parla spesso di 'mancanza di ascolto' per designare una serie di difficoltà che non si riducono al semplice non udire. Si tratta di una locuzione da prendere in parte alla lettera ma che è da considerare anche in modo metaforico/allusivo in quanto vi rientra, al di là del 'non udire' in senso stretto, anche e soprattutto il non dare peso alle parole dell'altro, il non valorizzarle e, quindi, il non inserirle nel bagaglio di 'informazioni' che orientano l'agire successivo. In termini estensivi, inoltre, 'ascolto' assume metaforicamente il senso di attenzione generalizzata. Il problema di una eventuale 'mancanza di ascolto', allora, assume particolare vigore quando entra in campo la disomogeneità linguistica, ma si estende al di là delle questioni eminentemente legate al possesso di un linguaggio comune ed anche al di là della comunicazione verbale in genere.

Nello stralcio di intervista appena riportato, la questione dell'ascolto viene posta con forza ed evidenza come porti con sé una serie di conseguenze per il percorso di cura dei pazienti e per la stessa istituzione sanitaria. Rende evidente, inoltre, come l'ascoltare non corrisponda affatto al registrare le parole dell'altro: i medici a cui fa riferimento l'affermazione n. 60 presumibilmente ascoltano (ed in virtù di questo

formulano la loro diagnosi), ma forse ‘non ascoltano davvero’ in quanto si fanno guidare da propri presupposti/pregiudizi senza dare vera possibilità di cittadinanza al discorso dell’altro. Giusta o sbagliata che sia la diagnosi dal punto di vista strettamente medico, quello che risulta determinante nella percezione del paziente è la sensazione di non ascolto e questo comporterà una reiterazione della domanda, dilazionando indefinitamente il percorso di cura ed attivando più volte analoghe figure istituzionali sullo stesso problema. Nel caso n. 60 la centratura dell’attenzione è sulla relazione con il personale medico, ma con essa viene messa in luce la presenza di un modo di procedere che, per le sue caratteristiche strutturali, evidenzia un’attitudine piuttosto diffusa anche al di là di questa categoria di operatori.

Afferma un medico togolese:

61. Spesso gli operatori ed anche i volontari di fronte a un problema propongono delle soluzioni che non risultano praticabili. Sarebbero praticabili per loro, perché loro percepiscono le cose in quel modo lì, ma non vanno bene per il paziente straniero che ha altri riferimenti e altre abitudini. Molte volte si fa come le mamme... la coperta è quella cosa che la mamma ti fa portare quando lei ha freddo.

In questo secondo stralcio di intervista il termine ascolto non compare fra quelli direttamente utilizzati. La struttura del problema ci sembra, però, del tutto inerente ed analoga alla precedente in quanto evidenzia come le scelte effettuate conseguano da un’impostazione che non tiene adeguatamente in conto la realtà dell’altro, probabilmente per il fatto di dare per scontata la presenza e validità di una determinata impostazione di vita. In altri termini, quello che occorre chiedersi, in termini di capacità/possibilità di ascolto, è fino a che punto gli interlocutori siano in una condizione di reciprocità tale da consentire alle rispettive posizioni di esprimersi ed essere ascoltate e, quindi, di essere adeguatamente tenute in conto nelle strategie di risoluzione dei problemi. La questione che si pone è quella di un orientamento dell’ascolto che ha delle conseguenze nella pratica: in tal senso concerne ogni relazione operatore-utente, indipendentemente dalla loro diversa o analoga provenienza, ma rivela anche delle difficoltà ulteriori nel caso dell’eterogeneità delle prospettive culturali.

Quella dell’ascolto è una problematica di ampia portata, che necessiterebbe di un lavoro a sé per la vastità di elementi che vi entrano in gioco. Per quanto riguarda le due affermazioni appena riportate, fra le altre cose, ci sembra non secondario evidenziare il fatto che vengono formulate a partire da una posizione ‘intermedia’ fra quella dell’operatore italiano e quella dell’utente straniero: si tratta, infatti, di operatori sanitari (un infermiere ed un medico) che lavorano in strutture ospedaliere italiane, ma che sono entrambi di origine non-italiana (un nigeriano ed un togolese), che hanno vissuto buona parte della loro vita nei rispettivi luoghi di provenienza e che, quindi, plausibilmente, portano nei rispettivi contesti di lavoro la possibilità di uno sguardo ulteriore rispetto a quello isoculturale. La loro articolazione identitaria, quindi, rende le loro osservazioni potenzialmente interessanti non perché dalla loro prospettiva vedano le cose meglio o peggio di quanto farebbero altri, ma in quanto, nel guardare, indossano delle lenti diversamente forgiate che, in quanto tali, possono consentire di “vedere diversamente”. In quanto operatori hanno una casistica di riferimento (come risulta evidente dall’affermazione n. 60) e quanto sostengono non è relativo solo al loro singolo caso (come avverrebbe qualora si trattasse di interviste ad utenti); in quanto stranieri hanno la possibilità di cogliere la presenza di implicite culturali che orientano l’operato dei colleghi italiani più di quanto avvenga nel caso di interviste con gli operatori italiani stessi (poiché è nella natura degli implicite il fatto di restare invisibili ad un occhio interno). Ciò detto, richiamando le considerazioni effettuate da Marianella Sclavi in relazione alla distinzione fra sistemi semplici e sistemi complessi ed alle diverse modalità di ascolto adeguate ai rispettivi contesti, si può affermare che quando gli

operatori delle affermazioni n. 60 e n. 61 formulano le loro osservazioni non stanno dicendo che nella relazione operatori-utenti manca l'ascolto *in toto*, ma che non c'è un ascolto adeguato alla situazione: in genere manca, cioè, quell'ascolto attivo che, sensibile alle diversità, sia in grado di considerare la presenza di premesse implicite distinte che orientano le attribuzioni di significato, e questo in quanto si è in grado di riflettere su di sé come parte integrante della dinamica relazionale. Mettendo, infine, in relazione quanto detto finora sul tema dell'ascolto con il primo assioma della comunicazione, vediamo che la questione della scelta e della responsabilità assume particolare forza. Nei sistemi complessi che cosa considerare comunicazione e come interpretarlo è altamente problematico poiché gli operatori, in buona fede, spesso "agiscono come le mamme" che "fanno portare la coperta quando lei ha freddo" (n. 61), ed in più l'archetipo 'mamma' è, come ogni altro, soggetto alle variazioni storico-culturali che intessono le forme dell'antropoiesi⁷⁷, che è come dire che "i medici hanno bisogno di una formazione per togliergli i pregiudizi che hanno in testa, perché così possono ascoltare", come si afferma nella trascrizione n. 60. Nei sistemi complessi, in altri termini, "Tutti hanno ragione, anche chi dice che non possono aver ragione tutti" e la valutazione delle scelte necessita di uno sforzo di riconsiderazione dei propri pregiudizi, quindi di riorientamento e di ricontestualizzazione. Un modo di procedere che risulta attuabile, appunto, solo a condizione di entrare dentro una dimensione di ascolto attivo che sia capace di porre ad oggetto in primo luogo se stessi.

Dalla parola al gesto: *La gestualità italiana*

Quella del non verbale è l'altra sponda della comunicazione cui operatori ed utenti si rivolgono, con alterne vicende, per arginare le difficoltà che gli si presentano nella relazione con chi non parla la loro stessa lingua.

Diversamente da quanto avviene per l'espressione verbale - che, al di là delle minimizzazioni di cui abbiamo parlato, viene comunque ritenuta intrisa di problematicità - l'area del non verbale viene generalmente considerata nei termini di un prezioso ausilio per la comunicazione, reputandola priva di complicazioni intrinseche. Anche in questo caso non mancano coloro che riportano un senso di inadeguatezza e di frustrazione, ma il tono delle considerazioni è in genere di segno positivo; quando gli operatori raccontano di una qualche difficoltà in tale ambito non lo fanno tanto in riferimento alla comunicazione non verbale come tale, quanto alla generale depauperazione che si produce nell'interlocuzione per l'assenza di un terreno comune di scambio verbale. Il ricorso al non verbale, in definitiva, è percepito come un sussidio per sopperire ad una mancanza, ed è vissuto con soddisfazione o meno a seconda che si abbia o no la sensazione di riuscire a colmare il vuoto prodotto dall'assenza di verbalizzazione, non è esperito, invece, come ambito di problematicità a sé. Lo sfondo su cui si staglia l'argomento ha, infatti, il tenore di affermazioni analoghe alla seguente:

62. Lavorando in un servizio ambulatoriale le maggiori difficoltà che incontriamo giornalmente con l'utenza straniera sono legate alla difficoltà con la lingua e quindi di comunicazione, sia per loro nel presentare i loro problemi che per noi per capirli. Spesso cerchiamo di risolvere le problematiche attraverso una comunicazione non verbale (sempre utile specie per noi italiani).

Come da stereotipo, l'italianità degli italiani sembra consistere, a livello relazionale-comunicativo, nella 'capacità di arrangiarsi' nella comunicazione ricorrendo ad una

⁷⁷ Mutuiamo il concetto di antropoiesi da Francesco Remotti, il quale ne fornisce un'interessante caratterizzazione nel suo testo di introduzione allo studio dell'antropologia *Prima lezione di antropologia*, Roma-Bari, Laterza, 2004.

gestualità articolata e diffusa. Il seguente resoconto fornisce una testimonianza di questo modo di procedere cui gli operatori si riferiscono in termini positivi:

63. *Una paziente nigeriana (non padrona della nostra lingua) senza ricetta medica (quindi pagante) si presenta allo sportello accettazione per eseguire degli esami ematochimici perché sta poco bene. A questo punto non si spiega e non si sa cosa eseguire, entra in gioco la pazienza e l'intuitività degli operatori sanitari. Dopo un rifiuto per incomprensione da parte degli amministrativi allo sportello, l'avvicino e dialogo a gesti e mimica con lei. All'inizio si mette una mano al petto, poi al fegato, poi alla pancia, quindi vedendo la giovane etc, mi metto una mano al ventre faccio finta di avere un bambino e scrivo su un foglio un grosso punto di domanda '?'. Lei annuisce. La cosa si risolve con un BHCG per eventuale gravidanza.*

Il resoconto ha al proprio interno diversi elementi che sarebbero da considerare (perché l'utente si presenta agli sportelli del servizio ospedaliero invece che in altre sedi specificamente deputate, perché arriva senza prescrizione medica, perché si segnala un primo 'rifiuto' da parte di altri operatori invece della messa in campo di altre strategie di interlocuzione...), ma non ci soffermiamo adesso ad analizzarli in quanto saranno oggetto di riflessione in altre parti di questo lavoro. Per quanto riguarda lo specifico tema che è al centro di questo capitolo il racconto è molto lineare ed aproblematico: ci sono probabilmente molte situazioni che, come questa, possono essere adeguatamente affrontate ricorrendo alla comunicazione non verbale; ciò premesso, con il presente paragrafo intendiamo mettere in luce la presenza di alcuni elementi di delicatezza che, d'altra parte, non vengono sempre percepiti, riconosciuti ed adeguatamente affrontati nella loro problematicità.

In primo luogo occorre rilevare che il ricorso al non verbale non produce necessariamente soddisfazione negli stessi operatori, anche laddove si è, bene o male, riusciti a gestire la situazione:

64. *avorando in ambulatorio, il problema principale che incontro con i pazienti stranieri è la comunicazione. Mi è capitato di dover comunicare a gesti, il che è tutto dire, perché non sai se sei riuscito a comunicare.*
65. *Ricordo il ricovero di un paziente marocchino la cui difficoltà più grossa era la comunicazione non conoscendo la lingua italiana. Si comunicava mediante gestualità e questo creava un po' di disagio sia al paziente che a me operatore perché non mi sentivo in grado di comprendere al meglio le sue esigenze e quindi dare delle risposte ben precise. In questo caso ho sentito la necessità di una presenza che riuscisse a tradurre la lingua e spiegarmi come quel paziente interpretasse i suoi bisogni.*

Già queste due affermazioni evidenziano che, ben diversamente da quanto avvenga nei casi in cui si produce una sensazione di appagamento, talvolta lo sforzo compiuto ricorrendo alla comunicazione non verbale ha il contrappeso di un forte senso di disagio e di frustrazione da parte della persona stessa che si è prodigata per trovare una via di uscita all'incomunicabilità. Ben più forte delle due testimonianze precedenti è, a tale proposito, la dichiarazione di un operatore che parla addirittura di un senso di umiliazione provato quando ha dovuto forzatamente ricorrere allo stratagemma del non verbale:

66. *Una mattina mi sono trovata ad eseguire un prelievo ad un giovane marocchino che non parlava italiano. [...] Sono riuscita con molta difficoltà e a gesti a fargli comprendere che terminato il prelievo poteva fare colazione, scendere nel piano sottostante per seguire ECG, RX torace e poi ritornare per la visita anestesiologicala. [...] Per accompagnarlo in ambulatorio ho dovuto prelevarlo dalla sedia e portarlo fino davanti all'anestesista. Quella mattina mi sono sentita umiliata, perché non ero in grado di poter aiutare quel giovane, neppure con la lingua inglese. Mi sembrava di essere un mimo che fa teatro, e di parlare con una persona sordo-muta. In fondo, non ero convinta che avesse recepito tutto quello che io volevo trasmettere.*

Come si evidenzia con quest'ultimo resoconto, al di là dei rosei vissuti che sembrano profilarsi in coloro che si avvalgono con disinvoltura della 'italianità' della comunicazione gestuale, l'esperienza del non verbale non manca di risvolti problematici nei vissuti del personale sanitario: il resoconto si chiude con la perplessità dell'operatore a proposito dell'efficacia dello sforzo da lui effettuato ed il passaggio in cui si parla del proprio disagio è del tutto esplicito.

Gli utenti, d'altro canto, forse ben più avvezzi di noi - al di là dello stereotipo con il quale ci auto-etichettiamo - ad avvalersi di questi metodi per sbrigarsela nella quotidianità dell'emigrazione, non hanno espresso forti problematiche su tale versante: rilevano con forza il problema della mancanza di competenza linguistica, ma non esprimono apertamente disagio per l'uso della comunicazione non verbale. Diversamente dall'operatore italiano, è plausibile che lo straniero si trovi a confrontarsi con una certa frequenza anche al di fuori del contesto ospedaliero con situazioni che richiedono di ricorrere al non verbale e, quindi, a sviluppare delle specifiche abilità nella decifrazione dei messaggi e, soprattutto, a maturare capacità di accettazione di tale strategia. Un'unica eccezione rispetto a quanto appena affermato si trova nella seguente osservazione di un mediatore linguistico-culturale di origine marocchina:

67. Lo straniero che non sa parlare, non conosce bene il servizio, non ne fa buon uso, arriva al reparto non pronto e anche l'operatore non è pronto a riceverlo. Lo straniero non sa come comportarsi, non sa la lingua e voi non sapete come corrispondere ai suoi bisogni. Usate tanto i gesti. Lo straniero si spaventa ...dice 'non sorridono, faccia seria, ce l'hanno con me, gesticolano...'

E' un'osservazione su cui avremo modo di tornare, poiché profila la presenza di una forma di disagio che può dare a sua volta adito ad una serie di difficoltà relazionali. Nel caso specifico mette in luce che la gestualità, così come la parola, nella comunicazione non ha un valore di per sé, ma assume senso in relazione alla situazione nella quale viene espressa. Nell'affermazione del mediatore è evidente, infatti, che, al di là della gestualità in quanto tale, è l'insieme contestuale della comunicazione che influisce nel decretarne il senso: lo spavento assume significato in relazione ad una serie di altri elementi non verbali che al contempo orientano e rafforzano la situazione di allarme vissuta dall'interlocutore. Il gesticolare tipico degli italiani, che può comunque ingenerare malessere in chi non ha familiarità con tale stile espressivo-comportamentale, assume qui una veste inquietante anche in quanto si aggiunge ad una serie di altri segnali e diventa per questo un gesticolare ansiogeno e minaccioso.

A corroborare quanto riferito dal mediatore dell'affermazione n. 67, interviene l'osservazione di un operatore che, parlando di una situazione nella quale aveva avuto a che fare con un utente che non parlava nessuna delle abituali lingue veicolari (italiano, francese, inglese) ed in cui, per ragioni tecniche dovute alla procedura dell'esame diagnostico, aveva dovuto far allontanare l'accompagnatore che parlava, invece, italiano, facendo riferimento all'utente afferma che:

68. Anche tranquillizzarlo è stato impegnativo, oltre per la lingua perché gesti ed espressioni nostre venivano percepiti in modo ostile ed offensivo.

Quest'ultima affermazione ci aiuta a mettere in evidenza che, al di là del fatto che la gestualità in sé possa avere una sua problematicità nella dinamica della comunicazione, occorre anche tenere in considerazione che il linguaggio non verbale, così come avviene per il verbale, è dotato di una semantica. Anche questo ha le proprie conseguenze. Ben più di quanto avvenga nel campo della verbalità, infatti, la semantica del non verbale è soggetta ad un particolare ordine di equivoci per il fatto che alla stessa forma espressiva si tende ad attribuire identico significato. Per quanto riguarda il codice verbale, questa difficoltà viene gestita nella dinamica della traduzione: tradurre è in

realtà tradire⁷⁸, come affermano gli interpreti, in quanto la corrispondenza di significato non è perseguibile *in toto* ed occorrono particolari cautele poiché gli aloni semantici che le parole portano con sé introducono aree di non sovrapposibilità, slittamenti, deviazioni che rendono le espressioni mai pienamente coincidenti. I linguaggi verbali proteggono in parte dall'equivoco proprio in quanto le differenze delle forme linguistiche rendono evidente la presenza della differenza (la stessa differenza che, d'altra parte, viene tendenzialmente elusa dal ricorso a quel 'bene o male ci si capisce' di cui più volte si è parlato) e richiedono, quindi, la traduzione dei termini espressi. Quando ci si sposta nella dimensione del non-verbale, questo 'sistema di protezione' viene, però, a cadere e la più facile sovrapposibilità delle forme espressive che si verifica in tale campo rende, infatti, particolarmente agevole l'inganno: 'un sorriso è un sorriso', 'un bacio un bacio'.... sembra non esservi alcun dubbio sulla corrispondenza delle espressioni/dei significati ed ognuno si sente sufficientemente competente nell'interpretazione del messaggio in virtù del fatto che le forme espressive si mostrano identiche. Si tende a dimenticare, in altre parole, quello che è implicito nell'uso stesso del termine linguaggio: la sua caratterizzazione storico-culturale. Prende forma l'ossimoro del linguaggio universale.

Un ambito di evidente problematicità, a tale proposito, è rappresentato dal 'traffico degli sguardi': una questione nota in letteratura, ma sostanzialmente sconosciuta nella sua problematicità agli operatori:

69. *Non ho mai guardato mio papà negli occhi. Gli occidentali sono abituati a guardare negli occhi, in Senegal invece si abbassa lo sguardo (nel rapporto uomo-donna, anziani-giovani).*
70. *Guardare negli occhi è segno di sfida. Il bambino deve abbassare lo sguardo. E' forte il senso della gerarchia. Questo in Cina vale per tutti, tranne che per gli amici.*
71. *Nel contesto maghrebino le persone tendono a non guardarsi negli occhi quando parlano, a tenere lo sguardo verso il basso o comunque non fisso sul viso dell'interlocutore. Questo può venire interpretato come mancanza di interesse o senso di disagio.*

Queste semplici affermazioni rendono evidente la possibilità che si producano malintesi nella dinamica della comunicazione. La direttrice dello sguardo, infatti, così come la durata e frequenza del contatto oculare, assumono significato diverso a seconda dei contesti storico-culturali. Come evidenzia la letteratura di settore, ci sono aree culturali in cui al contatto oculare ed al suo prolungamento si attribuisce il significato di attenzione, affidabilità, sincerità ed interesse, ed altre in cui si viene educati a non guardare direttamente l'interlocutore in quanto questo costituirebbe un gesto di sfida e maleducazione⁷⁹. Così come avviene per il contatto oculare, anche il sorriso, la prossemica, l'aptica e tutta la gestualità in genere hanno caratterizzazione culturale e non possono, pertanto, essere considerati esenti da specifiche connotazioni di significato.

Operatori ed utenti, quando si chiede loro di raccontare degli episodi in cui hanno avuto delle difficoltà nella relazione reciproca, quasi mai, però, fanno riferimento alla semantica della comunicazione non verbale, mentre parlano con frequenza di situazioni di maleducazione (gli operatori alludendo agli utenti) o di razzismo (gli utenti parlando degli operatori) di cui sono stati vittime. Una questione che sembra porsi è allora quella di capire che cosa negli episodi che vengono di volta in volta raccontati possa aver condotto gli interlocutori verso le rispettive letture, le quali, peraltro, non vengono riportate come interpretazioni, ma come resoconti oggettivi, come pure descrizioni della

⁷⁸ Eco Umberto, *Dire quasi la stessa cosa. Esperienze di traduzione*, Bompiani, Milano, 2003.

⁷⁹ Anolli L., *Psicologia della cultura*, Il Mulino, Bologna, 2004, p. 194.

realtà delle cose. È probabile, infatti, che anche il non verbale giochi la propria parte nella connotazione degli episodi e che proprio l'idea soggiacente di una semantica universale dia un forte contributo nel determinare la direzione interpretativa che viene di volta in volta intrapresa e che può produrre specifiche forme di fraintendimento influenzando con questo le dinamiche relazionali.

Leggere le emozioni: *La persona e la maschera*

Della comunicazione non verbale fa parte anche l'espressione delle emozioni.

Il problema della - presunta - universalità del linguaggio non verbale trova una sua duplicazione nell'idea di un'universalità delle emozioni. L'incontro di questi due 'universalismi' rafforza l'idea di una semantica condivisa delle espressioni emotive e di una corrispondenza univoca fra espressione e vissuto.

Negli studi psicologici, al contrario, le emozioni vengono generalmente considerate dei fenomeni complessi che intersecano la dimensione biologica con quella psicologico-culturale. Secondo il linguaggio della psicologia fisiologica, ad un'attivazione dell'organismo corrisponde, sempre, un'attribuzione di significato in virtù della storia pregressa dell'individuo e questo fa sì che, ad esempio, una stessa attivazione fisiologica generale possa essere intesa come paura o gioia a seconda che venga collegata ad un evento a sua volta considerato minaccioso o lieto. Niente meccanismi automatici di risposta, quindi, come nel caso dei riflessi, niente programmi affettivi innati, ma uno stretto legame con il modo in cui si percepiscono e valutano gli eventi, con le norme, i valori, le credenze del gruppo umano che è stato il proprio ambiente di vita. Le emozioni si configurano come 'sindromi culturalmente acquisite' e, sul piano della comunicazione, la loro lettura può essere condizionata da ogni sorta di etnocentrismo emotivo.

Nel corso dell'indagine il riferimento alle emozioni non si è rivelato costante; al contrario, si è mostrato del tutto sporadicamente nelle affermazioni degli operatori, anche se con una frequenza un po' superiore in quelle degli utenti.

Fra gli episodi ricordati dagli utenti riportiamo il seguente:

72. Sono andato in Pronto Soccorso e mi hanno dato un codice bianco. Ho fatto 4-5 ore di attesa e quando sono arrivato alla visita specialistica il medico mi ha detto: "Con quella faccia da Gandhi che hai, hai rischiato la perforazione dell'ulcera duodenale".

Questo breve resoconto fa intravedere fino a che punto il problema dell'espressività possa essere rilevante nel declinarsi del percorso di cura. In questo caso, infatti, l'impassibilità mostrata sembra collocarsi a monte di una specifica concatenazione di eventi reali e potenziali: per prima cosa dell'attribuzione di un codice bianco al momento del *triage*, poi di una sorta di 'disattenzione' sul caso da parte degli operatori, che a sua volta ha comportato un'attesa prolungata, con il rischio conseguente di una degenerazione dello stato di salute che avrebbe potuto avere come esito la perforazione dell'intestino. Non ci soffermiamo ulteriormente su questo singolo caso in quanto la spiegazione che l'utente ha fornito a proposito della sua 'inespressività' coinvolge un problema che meriterebbe una trattazione a sé⁸⁰, è però importante rilevare come le

⁸⁰ L'utente, in questo caso, ha fatto riferimento al particolare rapporto con la morte che, a suo dire, connoterebbe il mondo islamico rispetto ad altre aree culturali e che si caratterizzerebbe per una sostanziale accettazione priva di timore: *Ti metti nell'ottica di aver preso l'autobus che ti trasporterà vero la morte. La morte è vissuta bene nell'Islam. Erao le 3, 4 di notte. Sentivo che stavo male, ma ero sereno, tanto che il medico mi ha detto che avevo una "faccia da Gandhi".*

differenze espressive (in questo caso relativamente al dolore) intervengano in modo significativo nella dinamica della comunicazione.

A proposito della manifestazione delle emozioni, seppure senza riportare specifici episodi, alcuni utenti ed operatori non italiani si sono pronunciati affermando quanto segue:

73. *La nostra [cinese] è una cultura del controllo delle emozioni. Le emozioni non vengono esteriorizzate.*
74. *Nella nostra cultura [indiana] c'è una certa compostezza.*
75. *Le emozioni vengono trascurate nella mia cultura [burkinabé/mossi]. Uno non ha diritto di esprimere le sue emozioni. Anche il sentimento, l'affetto.... "Ti amo", "Ti voglio bene" non si dice. Le emozioni non è che non esistano, esistono, però vengono come prese in carico dalla comunità, non c'è posto per esternarle, è molto limitato. Questa è la mia critica personale alla mia cultura. Le emozioni non sono espresse.*
76. *Quando vi arrabbiate voi cambiate di colore, diventate rossi, noi [ivoriani] restiamo uguali. E quando voi siete ammalati avete anche un altro colore.... voi siete verdi. Avete tre colori. Quando noi siamo ammalati non si vede, quello è vero. Quando noi siamo ammalati.. non abbiamo la forza. Io mi ricordo, sono andata per trovare un'amica africana, è stata lì la mattina fino alle 4 e quando sono arrivata non era ancora.... Quando sono arrivata (dopo 6-7 ore).. hanno dato medicine.... Lei stava lì, ferma.*

Dato l'ampio spettro di provenienze geografiche degli utenti ai quali risalgono queste affermazioni, la considerazione più immediata che ci sembra di poter formulare è che l'area culturale italiana, mediamente parlando, è caratterizzata, dal punto di vista della manifestazione delle emozioni, da una certa espressività. Questo è, infatti, quanto viene implicitamente rilevato dagli utenti nel momento in cui esternano le loro osservazioni, verosimilmente realizzate in virtù di un confronto fra le abitudini maturate nella prima parte della loro vita e quanto si sono trovati a constatare con l'immigrazione in Italia. A questa percezione diffusa è plausibile faccia riscontro, da parte degli operatori, una qualche difficoltà di valutazione, che non necessariamente viene riconosciuta da loro stessi. Analogamente a quanto abbiamo rilevato per la comunicazione non verbale in genere, è infatti possibile che anche in questo ambito si verificano forme di fraintendimento delle quali gli interlocutori (in questo caso gli operatori in particolare) non hanno sentore e che possono anche condurre, com'è avvenuto per il resoconto n. 72, a momentanei o permanenti errori di valutazione diagnostica⁸¹.

D'altra parte la variabilità non è necessariamente riconducibile a macroaree culturali, ma può anche interessare gruppi umani ben più delimitati e/o differenze individuali. Come specificamente afferma un operatore, infatti, quella dell'interpretazione è comunque una precisa responsabilità dell'operatore, rispetto alla quale occorre mobilitare un vasto spettro di competenze:

77. *Siamo noi che dobbiamo interpretare, e la questione riguarda anche gli italiani. Può capitarti il contadino con gli occhi di ghiaccio che ti guarda e qualsiasi cosa gli dici non muove una piega del suo viso... Sono io che devo cambiare il mio atteggiamento rispetto alla persona che ho di fronte.*

La valutazione di un'attitudine propria di gruppi culturali e, invece, di differenze individuali, è tutt'altro che agevole da effettuare ed in tale ambito - come del resto per ogni settore della storia umana in cui sia presente questa duplicità - sono piuttosto diffuse le facili generalizzazioni.

⁸¹ Su questa questione si tornerà più avanti, nella sezione relativa al Percorso di cura /La costruzione del quadro clinico, facendo particolare riferimento a quanto si verifica nel percorso che prende avvio con il triage effettuato in sede di Pronto Soccorso.

Da parte degli operatori, per esempio, all'imperturbabilità dei cinesi anche nel campo dell'espressione del dolore, fa da contrappeso l'idea di un'espressività esasperata da parte degli 'africani', i quali vengono da loro descritti come tendenzialmente propensi ad esternare il dolore in un modo anche molto "teatrale". Rispetto a questa percezione degli operatori, le osservazioni che abbiamo riscontrato sul versante degli utenti sono talvolta di negazione della sua validità (come nel caso delle affermazioni n. 75 e n. 76 e com'era testimoniato anche dall'esperienza della n. 72), talvolta di riconoscimento della sua appropriatezza, come avviene nel caso delle affermazioni riportate qui di seguito che, proprio in virtù di un confronto con lo stereotipo del cinese inespressivo, confermano la presenza di una marcata espressività da parte degli "africani":

78. *Rispetto al dolore e all'esempio dei cinesi, gli africani esprimono in modo anche esagerato.*

79. *I cinesi preferiscono ammazzarsi che perdere la loro dignità. L'africano no, vuole farsi sentire.*

Altre affermazioni introducono, d'altra parte, degli elementi di differenziazione, aiutando ad evidenziare come le culture e le persone siano intrinsecamente mobili e come non possano essere racchiuse in contesti spazio-temporalmente delimitati se non a prezzo di una riduzione semplificatrice:

80. *Gli africani in genere resistono come i cinesi. In Europa è diverso, si comportano diversamente. Da noi non sentirai mai una persona urlare perché deve partorire. Mia mamma non aprirà mai la bocca per dire 'ho dolore'.*

Affermazioni come questa rendono evidente quanto può essere inappropriato fare riferimento in modo rigido a quei sistemi di classificazione, abitualmente in uso, che differenziano sulla base delle appartenenze nazionali, chiudendo il divenire storico-culturale entro rigide e statiche ripartizioni.

Fra comunicazione e relazione

Manca di percezione e percezione della mancanza.

Affinché tutta la complessità che è implicata nelle problematiche che abbiamo enucleato finora possa trovare possibilità di considerazione, servono ascolto, accortezza rispetto alle diverse modalità di veicolazione dei messaggi, disponibilità a tenere presenti le proprie determinazioni culturali prima ancora di quelle altrui (poiché questo crea le condizioni affinché le differenze possano venire percepite e tenute in conto), ed è fondamentale che venga riconosciuta importanza alla dimensione relazionale, riservandole adeguato spazio ed attenzione. Il diario di volta in volta compilato durante il periodo di osservazione riporta invece, con ricorrenza, annotazioni relative ad una sorta di *deficit* relazionale (quasi una 'mancanza di relazione') nell'interazione operatore-paziente.

Dal diario di osservazione:

81. Pronto Soccorso. Secondo giorno di osservazione. Affiancamento dei 2 operatori che si occupano del *triage* (in realtà uno dei due resta allo sportello del *triage* solo 30 minuti circa, così che l'altro rimarrà da solo per quasi due ore). Gli utenti si susseguono allo sportello senza requie per l'operatore, tanto che non mi è mai possibile interloquire con lui. In 3-4 minuti vengono compilate le schede ed il documento viene messo in mano all'utente senza alcuna indicazione (nonostante i due operatori siano 'brave persone'). Non c'è nessuna relazione, nessun *feedback* che venga fornito all'utente.

82. Ostetricia. 'Giro visite' con il medico di turno e 5/6 altri operatori (specializzandi, tirocinanti). Entro in stanza con il gruppo degli operatori. So già (l'ho visto nel prospetto delle registrazioni) che nella stanza c'è una paziente straniera e la individuo subito in quanto 'di colore'. Quando entro con il gruppo, la paziente mi guarda e mi saluta

espressamente e sorridendo. Non colgo né una parola, né uno sguardo scambiato con gli altri del gruppo fino al momento del suo turno di visita. Viene poi effettuata una visita ginecologica direttamente al letto della paziente, di fronte a tutti, senza fornirle alcun *feedback*. Una volta terminata la visita, dopo solo un accenno di saluto, si passa al letto successivo. Su mia richiesta mi diranno poi che la paziente è straniera, ma ‘capisce e parla italiano’.

83. Ortopedia. ‘Giro visite’. L’operatore parla, il paziente dice ok. Non c’è nessun *feedback* ulteriore, nessuna interazione ulteriore. Quando si arriva al paziente successivo (straniero) il medico vede che non ci sono le radiografie al fondo del letto e passa oltre assieme a tutto il gruppo di operatori senza neanche uno scambio di sguardi con il paziente (né da parte sua, né dagli altri membri del gruppo); poiché le radiografie non erano già pronte mentre si era in camera, vengono poi guardate in corridoio senza tornare dal paziente. [Ortopedia]

Abbiamo riportato questo piccolo gruppo di osservazioni, traendole da aree diverse del servizio ospedaliero, in quanto evidenziano la presenza di situazioni – niente affatto sporadiche - in cui, contrariamente a quanto avvenga nell’ambito degli studi sulla pragmatica della comunicazione umana, l’attenzione agli aspetti comunicativo-relazionali sembra grossolanamente assente.

Le tre situazioni riportate sembrano prendere la forma di una vera e propria ‘mancanza di relazione’ con i pazienti, ma, in realtà, parlare di mancanza di relazione è una forzatura: sulla base del secondo assioma della *Pragmatica* possiamo, infatti, affermare che l’impossibilità di non comunicare di cui si parla nel primo assioma riguarda in primo luogo gli aspetti di relazione che ineriscono i messaggi veicolati, facendoli retroagire su quelli di contenuto. Ogni scambio comunicativo tende a corroborare o a ridefinire i termini della relazione, eventualmente facendole perdere di reciprocità, ma non per questo annullandola del tutto. Richiamando la questione del *feedback*, il piccolo gruppo di osservazioni riportato mette chiaramente in luce la possibilità che sia presente un dispositivo comunicativo che, sul piano relazionale, ha o può facilmente assumere la veste della disconferma. L’ampiezza di tale meccanismo è variabile, ma indubbiamente interviene in ognuna delle osservazioni riportate, nelle quali sembra verificarsi una riduzione della persona a ‘caso’ e, pertanto, il plausibile annientamento della persona in quanto tale. Nel resoconto n. 81 l’interazione si risolve nella compilazione del documento di accesso, attraverso una breve serie di domande/risposte che fanno seguito alle prime parole del paziente e che non danno adito ad alcuna risposta nei suoi confronti: tutto viene scritto al computer e messo nelle mani di un utente-supporto del documento cartaceo, il quale si troverà a dover attendere per un tempo indeterminato nella sala antistante senza avere alcuna idea dell’iter che seguirà (avremo modo di tornare più avanti su questo tipo di situazioni, descrivendo anche le caratteristiche dell’ambiente in cui si svolge l’interazione descritta); nel resoconto n. 82 lo scenario relazionale mostra tutta l’indelicatezza dell’esposizione di un corpo staccato dalla persona: la squalifica della persona è pressoché totale fin dall’ingresso in stanza e si sostanzia con la mancanza di qualsiasi messaggio di riconoscimento della presenza dell’altro, percepito in quanto organo e ad esso ridotto; nel resoconto n. 83, infine, l’interazione con il paziente manca del tutto, ma con essa non viene necessariamente a mancare anche la comunicazione, che sul piano relazionale assume la forma evidente della disconferma: sono e saranno le radiografie ad essere prese in considerazione, ma di questo il paziente non saprà niente poiché nessuno (né il medico, né alcun altro operatore del gruppo) tornerà in camera per dirgli qualcosa, il messaggio assume, qui, fortemente la forma del “Tu non esisti” come persona.

Le sequenze ci sembra mettano in luce la pervasività di uno stile di diniego che rende così abituale ed ovvio non interagire da non percepire neanche più il verificarsi della non-interazione. Se è vero che ‘non si può non comunicare’, la mancanza d’interlocuzione non può, però, essere semplicemente considerata alla stregua di un’interlocuzione mancante: si tratta di un’assenza percepibile ed in quanto tale assume

uno specifico significato sul piano relazionale. E' uno degli elementi che ha maggiormente colpito nel periodo di osservazione: un minimalismo dell'interazione che, oltre a ridurre sempre più i tempi della stessa (cosa su cui ci soffermeremo tra breve), rende l'interlocuzione inessenziale, senza che questo giunga a costituire problema nella percezione di molti operatori.

Dal diario di osservazione:

84. Lunedì 22 gennaio. Visita di un bambino nigeriano effettuata alla presenza della mamma e di un altro operatore, oltre che mia. Ho già seguito questo caso in un momento precedente ed in quel contesto ho avuto modo di vedere che la mamma è in parte in grado di comprendere l'italiano ed ha risposto alle domande che le erano state rivolte parlando a volte in italiano, a volte in inglese; quando, invece, ha parlato al telefono non ha utilizzato né l'italiano, né l'inglese, ma una lingua etnica (forse igbo o yoruba). Nel corso della visita mi colpisce lo stile d'interazione: il rapporto con il bambino si risolve negli aspetti di manipolazione tecnica e la madre non viene presa molto in considerazione. Il medico le si rivolge poco (quasi per niente) e le osservazioni sono sempre indirizzate all'altro operatore. Anche quando utilizza un linguaggio molto semplice, dicendo ad esempio "Non deve imparare a stare in piedi adesso, deve imparare a stare seduto", il suo interlocutore non è la madre, ma l'altro operatore. Dà l'impressione di seguire un suo schema interpretativo più che chiedere/ascoltare. Il suo modo di relazionarsi mi fa pensare, fra l'altro, che è come se avesse in mente che tutto il problema del bambino è dovuto a posture che vengono imposte inadeguatamente dalla madre al bambino, ma, ciononostante, non si confronta in alcun modo con la madre. Al termine della consultazione suggerisce di effettuare anche una visita oculistica ed eventualmente una fisioterapica. Anche in questo caso non si rivolge mai alla madre, ma solo all'operatore, poi esce senza aggiungere altro.
85. Lunedì 9 Luglio. Visita ambulatoriale alla presenza del mediatore. Oltre a me, al paziente ed al mediatore sono presenti altre 4 persone (1 uomo + 3 donne) in camice bianco. Immagino siano un medico strutturato e tre specializzandi o tirocinanti. La persona in camice che individuo come medico strutturato pone una serie di domande al paziente e, nel farlo, continua a masticare chewing gum, sgradevolmente. Le domande rivolte al paziente vengono intervallate con commenti alle risposte che percepisco come piuttosto denigratori, come quando, in risposta al fatto che la paziente non ha con sé alcuna documentazione dei controlli che dice di aver effettuato nella propria nazione di provenienza, afferma, continuando a masticare visibilmente il suo chewing gum: 'Le parole il vento le porta via'. Il paziente viene fatto accomodare sul lettino per compiere una visita ginecologica, la quale viene effettuata dall'unico uomo del gruppo, mentre le altre due donne rimangono a lato. Il medico che precedentemente aveva posto le domande rimane seduto alla scrivania e lo stesso fa il mediatore; la visita, pertanto, si svolge senza che il mediatore ascolti quello che viene detto e, tantomeno, traduca. Nessuno ne richiede la presenza. Mentre si effettua la visita il mediatore ed il medico parlano fra loro ininterrottamente d'altro, facendo continui riferimenti a problemi con gli stranieri e formulando anche affermazioni ben poco gradevoli in tal senso, senza mostrare di preoccuparsi del contesto ("I maschi maghrebini filtrano le informazioni che passano alle loro donne, però ci tengono a far vedere che sono ligi e corretti", "La Cina è un mondo sedicente moderno, ma ha incrostazioni arcaiche terribili... la donna è terribilmente sola e non gli è permesso lamentarsi... hanno situazioni che rasentano la schiavitù... sarebbe da studiare l'attaccamento madre-bambino"). Questa situazione va avanti per tutta la durata della visita, senza che al paziente venga mai chiesto niente. C'è un'aria condizionata altissima (mi chiedo se la paziente non abbia freddo, essendo mezza nuda sul lettino). L'ambiente è freddo sotto ogni profilo. Terminata la visita ginecologica è il medico/specializzando maschio a sedersi alla scrivania per terminare la compilazione dei moduli. L'interazione è 'secca': domanda-risposta con la traduzione, che presumo letterale, da parte del mediatore (le domande del medico sono brevi, le risposte sono poco più che monosillabi). Ad un certo punto è il paziente a chiedere qualcosa ed il mediatore traduce chiedendo: "Ci sono problemi?". La risposta del medico è: "Deve fare ecografia. Ho visto velocemente". Dopo alcune altre domande per raccogliere le informazioni previste dai moduli il paziente chiede ancora una volta qualcosa ed il mediatore chiede nuovamente se c'è qualche problema. Risposta: "No. Deve tornare fra tre settimane con gli esami effettuati". Allora il mediatore domanda di nuovo: "Quello che lei ha visto va bene?". Risposta: "Sembra più piccolo". Tutto avviene senza che il medico/specializzando guardi mai il paziente: ha la testa sempre rivolta sul modulo da

compilare, scrive e parla scrivendo senza mai alzare la testa. Al termine porge un modulo perché venga firmato dal paziente.

Usciamo dall'ambulatorio. Nel corridoio ci sono altri pazienti in attesa che, appena intravedono i nostri camici ci fermano per chiederci delle informazioni. Noi, però, non abbiamo le informazioni su quanto richiesto. Usciamo e non capisco come vada avanti la gestione della situazione da parte del mediatore, perché si sofferma un po' a parlare con il paziente senza tradurre e subito dopo dice che deve andare via in fretta senza che io possa chiedergli niente. Non passa neanche dall'ufficio a consegnare il modulo che attesta l'effettuazione della prestazione.

Per quanto riguarda l'osservazione n. 84 non sappiamo come la mamma abbia vissuto la dinamica della visita ed a questo proposito, nella percezione di chi scrive, restano aperte una pluralità di ipotesi. Il caso n. 85 è, d'altra parte, così palese nella sua brutalità relazionale che non ci sembra necessari di commenti ulteriori. Come già abbiamo avuto modo di dire e come gli ultimi casi evidenziano, le annotazioni effettuate nel periodo di osservazione vertono spesso sulla mancanza di interlocuzione e questo rappresenta un elemento cardine di una dinamica più vasta. Il fatto di non dare spazio alla relazione con l'utente, infatti, si colloca a monte di problemi ulteriori che si verificano o possono verificarsi nel rapporto dell'utenza con il Servizio e, al contempo, rappresenta la risposta difensiva che l'operatore mette in atto rispetto ad uno stile di funzionamento dell'organizzazione che non dà spazio a molte alternative. La mancanza di interlocuzione rappresenta, pertanto, al contempo, la causa e l'effetto di dinamiche relazionali che non esitiamo a definire 'patologiche' in alcuni loro aspetti. Com'è emerso dalla sequenza n. 85, questo stile sembra talvolta irretire anche i mediatori e può essere considerato alla stregua di un sintomo che ha a monte una pluralità di ragioni ed anche come l'elemento scatenante di disfunzionalità ulteriori che vanno ad incidere sul percorso di cura.

Sia sulle questioni di tipo organizzativo, sia su alcuni momenti chiave del percorso di cura torneremo, però in capitoli a sé.

'Non è il Servizio che è male, ma l'interagire'.

In linea con l'ampio spettro di difficoltà che abbiamo appena tratteggiato, la letteratura di settore indica che gran parte delle segnalazioni dell'utenza rispetto alle disfunzionalità del servizio sanitario non riguarda l'aspetto tecnico-scientifico delle prestazioni, che, sotto questo profilo, vengono generalmente apprezzate, ma la sfera relazionale; i pazienti ed i loro parenti, in altri termini, sembra si dichiarino insoddisfatti non tanto per come vengono curati dal punto di vista strettamente medico, quanto per come vengono trattati dal personale sanitario in genere (medici compresi). In tal senso denunciano una certa superficialità e scarsa considerazione da parte degli operatori.

Coerentemente con questo, anche nell'ambito della nostra ricerca la relazione con il personale è stata segnalata come problematica in modo piuttosto ricorrente dagli utenti. "Non è il Servizio che è male, ma l'interagire" afferma risolutamente uno degli intervistati, e su questa scia sembrano collocarsi molte altre testimonianze.

Sarebbe del tutto improprio affermare che tutta la dinamica relazionale in contesto ospedaliero si contraddistingue per le caratteristiche che abbiamo appena messo in luce; sono, infatti, molte le situazioni in cui gli scambi prendono altra caratterizzazione. L'interazione fra operatore e paziente viene, però, quasi sempre improntata in modo pressoché esclusivo sulla dimensione tecnico-operativa e sono davvero poche le situazioni in cui, rispetto a questo, ci è stato possibile cogliere qualcosa d'altro nel modo di relazionarsi. Si tratta di una situazione che non può non ingenerare disagio in chi non è abituato ad uno stile così 'disincarnato' di interazione – se non in tutti - e che,

nei commenti degli utenti, viene talvolta etichettata con l'appellativo ben poco lusinghiero di 'mancanza di umanità':

86. *Devi poterti aprire con chi cura, non avere resistenze... e questo dipende da come ti accoglie... ti abbandoni se non è troppo professionale, invece ti considera uno come tanti, cura solo il livello materiale, non il rapporto, non c'è umanità.*

87. *Le nostre donne che si rivolgono agli ambulatori [ospedalieri] si sentono in realtà trascurate, non si sentono assistite, si sentono maltrattate. C'è freddezza, gli operatori sono arroganti; per gli operatori loro 'non sono esseri umani'.*

L'affermazione n. 86 esprime con chiarezza il problema e, sebbene formulata da un utente immigrato, sembra cogliere una dimensione strutturale della relazione, generalmente improntata in senso esclusivamente "materiale", senza alcuna attenzione al "rapporto", e per questo priva di "umanità". Le affermazioni come la n. 87, che vengono effettuate con una certa frequenza dagli utenti, manifestano una continuità di fondo con questa tipologia di osservazioni per quanto riguarda la tematica trattata, ma sono anche piuttosto diverse. Vediamo infatti, in quest'ultimo caso, come l'annientamento della persona umana che si verifica in virtù della dinamica relazionale, a torto o a ragione, assuma ora una connotazione culturale. La "mancanza di umanità" che, secondo l'osservazione n. 87, caratterizza il rapporto con la struttura ospedaliera, non connota un modo di procedere indipendente dalle caratteristiche dell'interlocutore, ma viene intesa in collegamento con l'appartenere o meno alla stessa area culturale dell'operatore: in questo caso non sono più gli utenti in genere, ma coloro che fanno parte del medesimo gruppo geografico-culturale di chi sta parlando ("loro") a non venire considerati come "esseri umani". Come risulta chiaramente dall'affermazione che segue, si apre, con questo, il vasto scenario del razzismo, presunto o reale che sia:

88. *I pazienti stranieri sentono la mancanza del 'lato umano'. Pensano di essere trattati male perché sono stranieri e non perché è un fatto generale comportarsi in un determinato modo.*

Non ci dilunghiamo nel riportare altre affermazioni di questo tipo poiché avremo modo di parlare di questa stessa questione più avanti ed in modo piuttosto ampio. Segnaliamo solo che l'affermazione appena riportata viene formulata da una posizione anomala rispetto alle precedenti: quella di un medico congolese che lavora nell'area territoriale di Padova (ma in altra struttura rispetto all'A.O.P.), che, dalla propria posizione, ha modo di raccogliere le testimonianze degli utenti della compagine ospedaliera e che, nel contesto del proprio ambito di attività, può anche osservare da un punto di vista privilegiato l'interazione degli operatori con gli utenti. Questa sua affermazione, pertanto, sebbene generica, ci sembra di particolare rilievo in quanto non viene effettuata a partire da una posizione di disagio - come nel caso dell'utente che si rivolge al servizio ospedaliero per un bisogno e che, quindi, interpreta ciò che gli accade soprattutto a partire dal proprio malessere e dalla relativa percezione di urgenza - ma, al contrario, avvalendosi di un sistema di osservazioni e di confronti. Procedendo nella testimonianza, è interessante quanto afferma lo stesso medico più avanti nel corso dell'intervista, poiché, nel rispondere ad una questione postagli rispetto alle difficoltà che incontra nel suo lavoro in quanto immigrato 'di colore' (quindi chiaramente percepibile come straniero) afferma che, al di là di qualche singolo episodio di disagio, viene talvolta cercato dagli utenti perché, proprio in quanto straniero, ha una maggiore attenzione dei colleghi a quella che lui stesso definisce "la parte umana" della relazione:

89. *Sorrindo con i pazienti, sono disponibile... L'italiano si stupisce quasi di essere trattato bene. Non mi costa niente dare un sorriso. La gente è la mia forza, sono loro che mi vogliono, mi cercano. Per me è più un fatto culturale che di personalità.... Per esempio l'altro giorno una paziente, dopo che le ho fatto notare che nella foto della sua carta d'identità non sorrideva, mi ha detto: "è la prima volta che qualcuno si preoccupa del mio*

stato d'animo"... Allora ha preso forza e mi ha chiesto anche di misurarle la pressione. Un altro italiano mi ha detto "E' la prima volta che un medico mi spiega le cose".

Si tratta di affermazioni che, se da una parte hanno un suono del tutto comune, dall'altra evidenziano l'ancoraggio ad una 'cultura della relazione' che viene percepita come sempre più assente nel modo di procedere del personale sanitario (mentre, al contempo, gli utenti sembrano manifestarne un forte bisogno). Proprio per evidenziare l'importanza che la dimensione relazionale riveste per lo meno per gli immigrati provenienti dall'Africa sub sahariana della cui comunità egli stesso fa parte, il medico procede nelle proprie osservazioni portando l'esempio di un collega, medico di base del Burkina Faso che opera sul territorio provinciale, il quale, diversamente da altri che faticano a "diventare massimalisti", a suo dire ha ben presto esaurito le proprie possibilità di accettazione di pazienti proprio in virtù dell'attenzione riservata alla relazione con i propri utenti:

90. In pochissimo tempo è arrivato ad avere 1.200 pazienti. Ed è difficile diventare 'massimalisti': all'inizio è già abbastanza avere 200 pazienti. La differenza la fa il fatto di aver vissuto sulla propria pelle la sofferenza: è allora che si riesce a capire che cosa vuol dire sofferenza, si ha quindi un atteggiamento diverso verso i pazienti. Mi accorgo però che lavorando insieme con i medici italiani alla fine anche loro cambiano un po'. C'è un problema per tutti che è la velocità, il fatto di avere molte persone una dopo l'altra... alla fine non ti ricordi neanche chi hai visto, ma se hai un determinato atteggiamento riesci comunque a lasciare qualcosa all'altro.

Abbiamo ritenuto opportuno riportare questo stralcio d'intervista in quanto ci aiuterà più avanti a mettere a fuoco delle altre questioni relative al rapporto con il medico di medicina generale nel contesto di un percorso di cura che coinvolge anche la struttura ospedaliera. Al di là del riferimento alla figura del medico di base, in questo momento c'interessa rilevare che l'affermazione fa emergere con una certa evidenza la difficoltà che l'operatore sanitario incontra nel suo lavoro anche in ambito istituzionale: la percezione generale di un'insufficienza relazionale è, infatti, in parte condivisa anche dagli operatori ospedalieri.

L'oscillazione gestaltica di relazione e comunicazione

Lo scarso rilievo attribuito alla dimensione comunicativo-relazionale che si è imposto con evidenza nel periodo di osservazione trova, quindi, riscontro in quanto emerge sul versante delle interviste effettuate con gli utenti. Prima, però, di addentrarci nella tematica delle relazioni portandola risolutamente in primo piano, ci soffermiamo ancora per un breve tratto sulla questione del rapporto relazione-comunicazione. Ci sembra, infatti, opportuno, recuperare alcune affermazioni che sono state effettuate precedentemente relativamente alla questione linguistica, per analizzarle alla luce del secondo assioma della *Pragmatica della comunicazione umana*.

Se torniamo all'apertura della sezione sul linguaggio, è possibile vedere che già le semplici affermazioni riportate all'inizio sul tema del linguaggio verbale (nn. 1, 2, 3) manifestano una forte complessità che coinvolge il piano relazionale. Se è vero che "non si può non comunicare" e che, come abbiamo messo in luce parlando del meccanismo della disconferma, "il semplice fatto che non si parli o che non ci si presti attenzione reciproca non costituisce eccezione a quanto è stato appena asserito", se è vero, inoltre, che "ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione", occorre chiedersi che cosa accada nelle situazioni in cui un deficit di abilità manifestato in uno scambio comunicativo venga interpretato come menzogna/furberia, venga ridimensionato, o venga considerato reale ma reinterpreto secondo specifiche

coloriture relazionali. Risulta, infatti, rilevante capire che cosa conduce gli interlocutori a propendere per una posizione interpretativa e che cosa questo comporti per lo sviluppo della dinamica (nonché per lo stesso percorso di cura). Se, negli item n. 1 e n. 2 la mancanza di competenze linguistiche viene messa in rapporto rispettivamente con mancanza di volontà e pigrizia, sul versante dell'interlocutore, l'orientamento di lettura può indirizzarsi anche verso l'idea di una non volontà di collaborazione (che può a sua volta essere o meno presente) ed in virtù di questa chiave interpretativa, come testimonia l'affermazione n. 3, l'operatore può sentirsi legittimato a formulare asserzioni come quella riportata: "se non capiscono, che prima imparino a parlare la nostra lingua se vogliono stare qui". La dinamica relazionale viene così ad assumere un orientamento risolutamente problematico, con tutta una serie di implicazioni che si affacciano sul versante etico e deontologico.

Quanto appena asserito vale, ovviamente, per ogni altra questione che abbiamo introdotto nei capitoli precedenti relativamente all'uso della comunicazione verbale. Non è, ad esempio, indifferente, in termini di circolazione di messaggi comunicativi/relazionali, come venga interpretato il fatto che l'utente sia in grado di utilizzare in parte la lingua italiana ("bene o male qualche parola di italiano la sanno"): come già accennavamo, la stessa situazione può, infatti, essere letta, ad esempio, sia in termini di competenze possedute, sia in termini di carenze manifestate ed a seconda della chiave interpretativa utilizzata si può talvolta giungere anche ad avvalorare l'ipotesi (adeguata o meno che sia) di un comportamento furbesco dell'utente che, per ragioni di comodo, fingerebbe di non capire quanto gli viene detto. Il fatto di propendere per l'una o l'altra lettura può essere dovuto a diversi ordini di ragioni che possono riguardare o meno lo specifico della dinamica relazionale, ma comporterà quasi inevitabilmente la messa in atto di comportamenti diversi che, sul piano comunicativo, potranno prendere la forma di *feedback* relazionali. Anche l'attivazione o meno del servizio di mediazione linguistico-culturale, oltre che rappresentare un ausilio per la comunicazione, può in tal senso costituire un messaggio relazionale significativo (per esempio di attenzione o di irrilevanza accordata al problema e alla persona stessa). Allo stesso modo può assumere la valenza di messaggio relazionale che retroagisce sull'aspetto di contenuto la non attenzione del medico nell'uso di un linguaggio tecnico o la mancata attenzione della struttura nella predisposizione della modulistica e di tutto il sistema di veicolazione scritta delle informazioni.

Tutte queste possibilità sembrano entrare in gioco in specifiche situazioni in cui la dinamica dell'interazione diviene particolarmente problematica, con l'accusa di razzismo su un versante e di maleducazione dall'altra e con il verificarsi di vere e proprie escalation dell'aggressività: situazioni che avremo modi di analizzare fra breve nella sezione specificamente dedicata alla relazione.

RELAZIONE

Comunemente la relazione viene definita come il prodotto dell'interazione fra soggetti chiaramente individuati e distinti, preesistenti alla relazione stessa. Anche se si ha a che fare con soggetti umani, in tale prospettiva le individualità assurgono a dati originari e la relazione che si struttura in conseguenza del loro incontro non ne intacca la fisionomia: A e B possono essere accostati secondo specifiche regole di combinazione e, come in un'equazione matematica, produrre delle relazioni in quanto entità sussistenti di per sé.

In un'altra ottica è, invece, la relazione a venire considerata un fenomeno originario: le sue componenti, ben lungi dal sussistere in sé, acquisiscono uno specifico statuto di esistenza in virtù della relazione che le fa essere e tantomeno si può affermare che avrebbero identica fisionomia qualora cambiasse il carattere della relazione stessa. Se ci rivolgiamo al campo degli umani, prendendo a prestito le parole di Umberto Galimberti, in questo caso si è costretti a dire che "l'individuo si costituisce sempre a partire da una relazione" e non, invece, "come individualità isolata che instaura relazioni"⁸².

Che si faccia riferimento all'una o all'altra prospettiva, sistemicamente parlando la relazione ed i suoi termini non possono essere pensati secondo le linee di una - troppo semplice - corrispondenza biunivoca: come dalla celebre formula della scuola gestaltica, "il tutto è più della somma delle parti", non è semplicemente o solo diverso da essa. Sul piano euristico è forse possibile percorrere entrambe le vie, ma né l'una né l'altra, se assolutizzate, sembrano poter rendere ragione della complessità. I poli, con la loro interazione, fanno essere il campo magnetico, il quale a sua volta consente ai poli di sussistere, poiché non vi sarebbe alcun elemento polare senza una relazione di reciprocità: nessuno dei fattori in gioco esiste in sé e per sé⁸³. La questione diviene allora quella del livello di analisi o, per meglio dire, della mappa concettuale che utilizziamo per ritagliare e comprendere il reale, con la complicazione, in questo caso, che la posizione del soggetto che indaga entra a sua volta, con il proprio atto, a determinare quanto viene indagato, in un'interdipendenza continua ed ineludibile dei termini dell'indagine.

Nelle considerazioni di utenti ed operatori mancano quasi invariabilmente alcuni elementi di questa complessità. Sia gli uni, sia gli altri si sono rivelati poco inclini a considerarsi parti in causa nel gioco che di volta in volta li vedeva protagonisti, mentre hanno mostrato una maggiore propensione a leggere le situazioni in chiave oggettivante. In tal senso, i resoconti forniti tengono poco in considerazione il gioco delle parti, tendono ad assolutizzare un punto di vista e scivolano frequentemente in generalizzazioni che forniscono pochi elementi per un ragionamento contestuale. Ciononostante non vi mancano spunti di riflessione ed indicazioni utili per la delineaazione della problematica relazionale.

⁸² Galimberti Umberto, *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torno, 1994, voce "Relazione".

⁸³ Pasualotto GianGiorgio, *East & West. Identità e dialogo interculturale*, Marsilio, Venezia, 2003.

Condizioni di base

Il tempo della relazione

Nei capitoli precedenti, facendo riferimento a quanto è emerso nel periodo di osservazione ed alle interviste effettuate con gli utenti, abbiamo parlato di una certa mancanza di attenzione alla dimensione relazionale. Questo aspetto emerge anche se ci spostiamo sul versante degli operatori. Lo testimoniano, direttamente o indirettamente, alcuni stralci dei resoconti forniti dagli infermieri e dagli operatori di *front office* che hanno partecipato al corso di formazione:

91. *Credo che tutti dovremmo sensibilizzarci ad una maggiore tolleranza ed elasticità per avere un comportamento più adeguato con l'utente straniero. Io credo che i corsi di aggiornamento in questo senso siano utili non solo per apprendere quanto diverse siano le altre culture, ma per metterci noi stessi in discussione per capire che anche dal nostro comportamento dipende il comportamento dell'altro.*
92. *Porsi di fronte ad una persona diversa per lingua, cultura non è molto facile, perché bisogna cogliere atteggiamenti, sfumature, e creare con queste persone una comprensione completa e non apparente, in modo che loro non siano a disagio, ma possano usufruire dei nostri servizi sanitari e sociali nel modo migliore per la tutela della loro salute. La formazione continua degli operatori sanitari per migliorare le competenze a mio parere potrebbe essere un modo costruttivo per creare meno disagio verso il paziente straniero e porsi in modo adeguato e corretto.*
93. *Sicuramente sarà molto importante nelle situazioni di rapporto con l'utenza straniera il supporto del servizio di mediazione culturale, non solo per la semplice traduzione linguistica, ma anche per comprendere al meglio le dinamiche di relazione e di comunicazione con culture diverse. Altre modifiche riguardano l'approccio personale con l'utenza straniera, quindi ritengo fondamentale che il presente corso sia allargato anche a tutte le figure professionali del nostro reparto (dagli infermieri dell'ambulatorio, a quelli della sala operatoria, ai medici!).*

Chi formula queste affermazioni sembra mostrare una propensione a riconoscere una qualche problematicità a livello relazionale nel rapporto con gli utenti stranieri ed a ritenere che la difficoltà debba essere affrontata e gestita non solo sul versante dell'utenza, ma anche su quello degli operatori, attraverso una loro adeguata formazione. Se i tre stralci appena riportati mostrano una certa coerenza in tale direzione, non sembra, però, essere questa la posizione predominante degli operatori: ad una domanda rivolta loro al termine del corso relativamente a quali interventi ritenessero opportuno effettuare per migliorare la relazione con il paziente straniero, quasi tutti, infatti, hanno posto l'attenzione su questioni di ordine tecnico-organizzativo, oppure di tipo linguistico, e solo pochissimi hanno richiamato la necessità di maturare maggiori competenze sul piano relazionale, mostrando così, implicitamente, di relegare in secondo piano la questione degli stili di lavoro sedimentati. Rientrano in questa prospettiva affermazioni analoghe a quelle riportate qui di seguito:

94. *Bisogna dire che i tempi veloci dell'organizzazione ospedaliera non lasciano spesso all'operatore tanta possibilità di dedicarsi alla singola persona come in realtà bisognerebbe fare.*
95. *Mi sono resa conto che nel quotidiano della mia esperienza lavorativa la relazione con il paziente straniero spesso non è buona o positiva non per una scarsa predisposizione all'ascolto da parte mia o per una ridotta apertura da parte del paziente straniero, ma è molto spesso ostacolata e resa ancor più difficile da una serie di fattori oggettivi che sono coinvolti nel processo di comunicazione. Gli spazi, gli ambienti, la burocrazia delle procedure, le modalità di gestione dei servizi della mia azienda (alle quali sono obbligata ad attenermi) non mi permettono, fin da subito, di avere un approccio e un incontro positivo con le persone di nazionalità straniera.*

Questa seconda tipologia di osservazioni è quantitativamente piuttosto estesa, in modo di gran lunga superiore alla precedente. L'operatore italiano, in altri termini, sebbene talvolta riconosca la validità delle osservazioni rivoltegli relativamente alla carenza relazionale (come testimoniano le affermazioni n. 91, 92 e 93), difficilmente individua in essa il risvolto di una caratterizzazione culturale (maturata anche nello specifico percorso di formazione professionale) e vi vede, invece, l'esito inevitabile di un modo di organizzare spazi e tempi di lavoro.

Ci sembra interessante, a questo punto, mettere a confronto la testimonianza n. 90 con le n. 94 e n. 95 poiché, al di là del richiamo ad un'analogia questione di fondo (il ritmo incalzante di lavoro), evidenziano due diverse impostazioni del problema. Per quanto riguarda gli operatori delle affermazioni 94 e 95, la questione organizzativa sembra assorbire e giustificare la carenza relazionale; per l'operatore congolese, invece, al riconoscimento di una forte problematica sul versante dell'organizzazione fa da contrappeso un altrettanto forte richiamo ad uno stile consolidato e diffuso. L'operatore congolese, infatti, richiama la problematica organizzativa ("C'è un problema per tutti che è la velocità, il fatto di avere molte persone una dopo l'altra... alla fine non ti ricordi neanche chi hai visto"), ma mette in evidenza anche la sedimentazione di uno stile relazionale ("se hai un determinato atteggiamento riesci comunque a lasciare qualcosa all'altro") che ha anche una connotazione culturale invece che eminentemente personale ("Per me è più un fatto culturale che di personalità...": afferma lo stesso intervistato nello stralcio n. 89). Sono questi due ultimi elementi (atteggiamento e appartenenza culturale) che poi risaltano nel vissuto dell'utente (il quale non ha percezione della problematica organizzativa) producendo delle inevitabili conseguenze sul declinarsi della relazione.

Che a monte vi sia l'uno o l'altro problema (nella nostra percezione sono presenti entrambi con un forte peso), il periodo di osservazione ha comunque fatto emergere un'inattesa scarsità di tempo dedicato alla relazione e tale carenza è risultata così evidente da costringerci a rivedere lo stesso disegno di ricerca iniziale. Come già abbiamo evidenziato nella nota metodologica, secondo gli intenti, infatti, il periodo di osservazione effettuato nei vari reparti avrebbe dovuto metterci nella condizione di 'registrare' alcune situazioni d'interazione che, una volta trascritte in forma narrativa, sarebbero poi state utilizzate come materiale-stimolo per dei *focus-group* da cui ricavare quanto necessario per risalire agli impliciti retrostanti ai diversi episodi. Il percorso, invece, ha preso un'altra via proprio in quanto nel corso del periodo iniziale di osservazione, invece di una dinamica relazionale ricca di episodi articolati, ci si è imbattuti in un'esasperata limitatezza delle relazioni stesse. In realtà non sono mancati episodi significativi, ma quello della 'ristrettezza relazionale' è stato uno dei dati osservativi così prevalenti e diffusi da far ritenere opportuno rivedere la stessa ipotesi procedurale.

Come già abbiamo avuto modo di accennare facendo riferimento a diverse dichiarazioni formulate dagli operatori nel contesto del corso di formazione, un dato che è emerso con sconcertante evidenza è quello della brevità del tempo che generalmente viene riservato all'interazione operatore-paziente.

Durante il percorso di cura si presentano situazioni di vario tipo e fra esse non mancano quelle in cui l'interazione ha un carattere relativamente prolungato, così come ci sono ambiti, nel contesto dell'Azienda Ospedaliera, in cui l'organizzazione stessa di alcune aree di lavoro è realizzata in modo tale da lasciare, intenzionalmente, uno spazio dilatato alla comunicazione. Il dato relativo alla brevità dell'interazione non va, pertanto, assolutizzato; colpisce, tuttavia, la sua sussistenza in una quantità del tutto inattesa e diffusa di situazioni. Ciò premesso, è altrettanto ovvio che la presenza di interazioni di breve durata non è da considerare un elemento che abbia valore di per sé,

indipendentemente da altri aspetti dell'interazione, poiché non è tanto la quantità, quanto la qualità dell'interazione stessa a fare la differenza nel percorso di cura. Il fattore eminentemente numerico della temporalità viene d'altra parte considerato, qui di seguito, attribuendogli piena rilevanza proprio in quanto la dinamica della relazione si sviluppa sovente in un arco di tempo così limitato da rendere improbabile il perseguimento di una sua effettiva qualità.

In veste di osservatrice, alla scrivente è stato possibile partecipare più volte al cosiddetto 'giro dei medici' ed ha quindi avuto modo di rilevarne la durata. Incrociando il dato temporale relativo ad ogni 'giro' con quello della quantità di letti/pazienti⁸⁴ che, di volta in volta, sono stati oggetto di 'visita', è possibile calcolare la media del tempo dedicato a ciascun 'caso' ed a tale proposito, ferme restando tutte le cautele enunciate sopra, alcuni risultati non possono non sconcertare. Essi evidenziano, infatti, in modo conciso ma evidente, la mancanza del requisito temporale minimo che ci sembra necessario al declinarsi di un'interazione positivamente connotabile. In più situazioni il periodo di tempo medio dedicato alle 'visite' si è rivelato essere intorno al minuto, talvolta di meno, arrivando a raggiungere la soglia dei 44 secondi (il dato fa riferimento, in specifico, a quanto verificatosi in occasione di un 'giro' cui ci è stato possibile assistere in Pediatria d'urgenza e relativo a 14 'casi' che sono stati risolti in un totale di 10 minuti scarsi). Se si tiene conto che il fattore numerico rappresenta una media delle durate delle visite, è evidente che ci sono stati casi in cui l'interazione si è sviluppata in un arco temporale anche inferiore ai 44 secondi.

L'estremo opposto è rappresentato da un tempo di visita di 15 minuti circa (anche in questo caso, ovviamente, con una differenziazione interna: da una parte pazienti che hanno richiesto/a cui è stato dedicato un tempo decisamente superiore, dall'altra pazienti che, in virtù di caratteristiche/necessità di diverso genere, hanno necessitato di un tempo anche molto inferiore).

In linea con quanto affermato sopra, ci sembra, d'altra parte, opportuno riportare che, talvolta, a visite niente affatto prolungate è corrisposta un'interazione che ha mostrato di caratterizzarsi come attenta e ricca di sfumature.

La scarsità di tempo dedicato o dedicabile alla relazione non è relativo alla sola tipologia di interazioni di cui si è fatto menzione sopra, cioè al momento della visita medica in reparto: per quanto è stato dichiarato da infermieri ed operatori di *front office* nel contesto dei corsi di formazione, esso trova corrispondenza nella globalità del loro operare. La varietà delle posizioni manifestate, d'altra parte, copre una certa gamma di alternative e non manca neanche chi tende a non rilevare il problema, mostrando un'assoluta aderenza allo stile organizzativo che altri colleghi criticano, invece, apertamente (e manifestando, al contempo, una certa tendenza a non addentrarsi nella lettura delle situazioni in cui si trovano essi stessi implicati in modo tale da analizzarne i risvolti per i diversi attori in gioco); al di là di questo, tuttavia, quello della scarsità di tempo viene indicato come elemento problematico da molti. Vediamo alcune affermazioni a titolo esemplificativo:

96. *Per quanta "buona volontà" da parte di noi infermieri, è il tempo che a noi ci manca e secondo me è il "fulcro principale" delle problematiche nel capire più dettagliatamente il paziente straniero.*

⁸⁴ Preferiamo usare questa doppia articolazione linguistica poiché è capitato talvolta che il paziente si fosse momentaneamente assentato ed il medico, in sua assenza, fosse andato avanti nell'*iter* considerando i dati presenti nella cartella clinica o nel *report* compilato a fondo letto dal personale infermieristico, senza informarsi sulle possibilità di un suo rientro in modo da interloquire direttamente ed annoverando, quindi, il 'caso' fra quelli trattati a tutti gli effetti.

97. *L'operatore deve trovare per ogni utente una forma adeguata per comprendere e farsi capire [...] Purtroppo a volte la mancanza di tempo non ti permette quasi di guardare in faccia la persona che hai davanti e con poche parole e pochi gesti ci si deve capire.*
98. *Le problematiche [...] sono di mancanza di comunicazione per problemi linguistici e forse anche la mancanza di tempo per poter verificare se l'altra persona comprende ciò che gli è stato detto. Questo per rispettare i tempi lavorativi richiesti per prestazioni varie.*
99. *C'è mancanza di comprensione, disinteresse nell'approccio con lo straniero, in quanto, piuttosto di mettersi in gioco e cercare un modo per approfondire la comunicazione è più facile 'evitare di parlare' un po' anche per mancanza di tempo e un po' per paura di sbagliare, vergogna.*
100. *Le difficoltà sono parecchie e aumentano giornalmente specialmente quando il tempo è sempre poco da dedicare a chi abbiamo davanti a noi e questo porta un senso di frustrazione.*

Affermazioni di questo tenore ne sono state fatte molte, sarebbe inutile estendere l'elenco troppo oltre. Ci sembra però opportuno isolarne almeno un'altra, in veste di rappresentante di una tipologia a sé, in quanto non sono pochi gli operatori che hanno risposto alla richiesta di raccontare un semplice episodio della loro vicenda lavorativa con considerazioni analoghe a quella riportata qui di seguito:

101. *Casi particolari da raccontare non ne ho, visto anche il tempo ridotto a pochi minuti con cui sono a contatto.*

Vale forse la pena soffermarsi brevemente su questa, così come su tutte le altre affermazioni riportate, poiché, al di là della loro lapidarietà e semplicità apparente, manifestano la presenza di diversi aspetti del problema.

L'ultima asserzione, in particolare, con la sua aproblematicità, ci sembra riveli un punto di approdo particolarmente inquietante poiché implicitamente denuncia la totale scomparsa della persona umana dall'interazione con il Servizio; non può non allarmare in quanto è un tipo di risposta che non viene fornita solo dagli operatori che si occupano esclusivamente di pratiche burocratiche, ma, al contrario, viene formulata con frequenza da ogni categoria di operatori.

L'altro è lì, in carne ed ossa, delle cose plausibilmente accadono, ma è frequente affermare che, "visto anche il tempo ridotto a pochi minuti con cui sono a contatto", "casi particolari da raccontare non ne ho". Viene da chiedersi se per molti non c'è niente da raccontare in quanto la comunicazione funziona in modo adeguato, oppure, sintomaticamente, in quanto viene a mancare una base sufficiente d'interazione proprio per il mancato riconoscimento delle difficoltà. Non c'è niente che si sia verificato/si verifichi, oppure l'operatore non è nelle condizioni di poter cogliere quanto sta accadendo sotto i propri occhi (occhi che, come dice uno degli operatori stessi, metaforicamente e forse realmente, non trovano neanche più il tempo per "guardare in faccia la persona" che si ha di fronte)? Le due possibilità di lettura aprono degli scenari radicalmente diversi, ma, per quanto emerge dal gruppo di affermazioni 96-100, la probabilità che sia maggiormente valida la prospettiva meno fausta sembra essere piuttosto elevata. Non c'è tempo e per questo la relazione non si sviluppa (96); non c'è tempo e allora non si guarda/vede neanche più cosa si sta sviluppando sotto i propri occhi (97); non c'è tempo, pertanto non ci si mette nella condizione di verificare se l'altro sta capendo quanto gli si sta dicendo (97); non c'è tempo e così si evita persino di parlare (98)... con il solo guadagno finale, in definitiva, di un senso di frustrazione (100) che è il corrispettivo della mancanza di comprensione e di un certo disinteresse nell'approccio con lo straniero (99), esito difensivo, anche, di una paura di sbagliare e di una vergogna (99) che non trovano a loro volta il tempo (e lo spazio) per essere adeguatamente riconosciute ed elaborate e finiscono così per delineare un contesto che non consente più di vedere alcunché. Prende forma una fisionomia di operatore che fa della rimozione il proprio stile di funzionamento e che "non ha niente da raccontare" non

perché i problemi non ci siano, ma perché non ha più la capacità di leggerli e riconoscerli. Una tipologia piuttosto diffusa, forse altrettanto di quella di colui che, come nell'affermazione n. 3, si era collocato nella posizione di non aderire pienamente ad una linea che fa dell'efficienza intesa in termini esclusivamente computazionali l'elemento di riferimento prioritario per l'organizzazione del lavoro ed introduce lo scenario di una mancanza di considerazione di problematiche reali (su cui avremo modo di tornare fra breve).

Lo spazio dell'interazione

L'osservazione n. 95 accenna alla presenza di altri fattori di ordine tecnico-organizzativo che, analogamente a quanto avviene per la variabile 'tempo', influenzano la dinamica relazionale: "spazi, ambienti, burocrazia delle procedure, modalità di gestione dei servizi". Alla dimensione organizzativa verrà dedicato un capitolo a sé, ma cerchiamo adesso di mettere a fuoco alcune questioni che concernono la gestione degli spazi, poiché durante il periodo di osservazione siamo rimasti colpiti da quanta poca attenzione venga generalmente riservata a questo aspetto.

Diversamente da quanto avvenga per la variabile tempo, quando si affronta il tema della dinamica relazionale, utenti ed operatori, nelle loro affermazioni, tendono a non mettere in rilievo nessuna questione che concerna l'organizzazione e gestione degli spazi. Nelle discussioni che sono state effettuate nell'ambito del corso di formazione, ciononostante, sono sporadicamente emerse delle osservazioni in tal senso, seppure decisamente disomogenee. È questo il caso, ad esempio, del diverso modo di intendere l'uso del vetro di divisione (che separa l'area operatori dall'area utenti) nella maggior parte delle attività di sportello. Gran parte degli operatori sembra non dare rilievo a questo aspetto, ma la questione è stata sollevata in un numero limitato di casi, dando modo di rilevare delle posizioni antitetiche: da alcuni l'artificio del vetro sembra essere considerato un vero e proprio ostacolo alla comunicazione, controproducente per la relazione, altri, al contrario, ne lodano o auspicano la presenza in quanto viene ritenuto un sistema di protezione rispetto all'aggressività degli utenti. Avremo modo di analizzare più avanti alcuni resoconti in cui questa posizione viene manifestata in modo piuttosto esplicito.

Per quanto riguarda la gestione degli spazi, inoltre, alcune tipologie di situazioni che gli utenti incontrano nel loro percorso di cura, ed a cui ci è stato possibile assistere con frequenza soprattutto nel periodo di osservazione effettuato in affiancamento al servizio di mediazione linguistico-culturale, ci sono parse piuttosto grossolane dal punto di vista delle dinamiche della comunicazione, tanto da rimanere stupiti del fatto che operatori ed utenti non ne abbiano parlato pressoché mai nel corso delle varie interviste ed incontri:

102. Clinica pediatrica (3° piano). Alle ore 13.30, con circa mezz'ora di ritardo rispetto al previsto, arriva il mediatore. Ci si reca in una saletta che in genere viene utilizzata come sala d'attesa. Sono presenti, oltre alla scrivente, il mediatore, due utenti (un minore più uno dei genitori), il medico e lo specializzando che segue il caso per un totale di 6 persone. La saletta è arredata, fra le altre cose, con tavolo e sedie. Si rimane tutti in piedi in un angolo della stanza a svolgere il colloquio (che si protrae per circa 40 minuti) nonostante il fatto che vi sarebbero sedie per tutti e spazio più che sufficiente per sistemarsi diversamente.
103. Clinica pediatrica (2° piano). In reparto è presente, in attesa, una famiglia marocchina composta da un bambino e dai suoi due genitori. Nessuno di loro parla italiano, pertanto il caposala, dopo aver sentito il medico, ritiene opportuno attivare il servizio di mediazione linguistico-culturale. Il medico arriva quando il mediatore non è ancora presente e, senza alcun indugio, decide di effettuare ugualmente la visita. Il caposala fa presente la possibilità di usufruire di una stanzetta che viene utilizzata in genere come ambulatorio per svolgere la visita ed il relativo colloquio, ma il medico non raccoglie l'offerta ed effettua la visita a porta aperta, poco oltre la soglia della stanza in cui gli utenti sono rimasti in attesa e che è

momentaneamente vuota. La visita si svolge senza che vi sia alcuna interlocuzione con i genitori, i quali vi assistono in piedi. Il mediatore arriva circa 40 minuti dopo il termine della visita. Dopo altri venticinque minuti circa si rende possibile effettuare un colloquio con gli utenti alla presenza del mediatore e di uno specializzando. Il caposala fa presente nuovamente la possibilità di recarsi in un ambulatorio a parte per il colloquio. L'invito viene accolto dopo insistenza del caposala (sembra evidente che lo specializzando, senza l'insistenza del caposala, avrebbe svolto il colloquio nuovamente in una situazione precaria) ed il colloquio viene effettuato in una saletta separata, a porte chiuse, con la possibilità per tutti di sedersi. Dura circa 35 minuti.

Queste due osservazioni riguardano due reparti diversi, entrambi della Clinica pediatrica: un'area dell'Azienda Ospedaliera che si è rivelata più attenta di altre alla strutturazione degli ambienti, sia per quanto riguarda gli aspetti architettonici (come avremo modo di vedere nella sezione dedicata alle questioni di tipo organizzativo), sia, soprattutto, relativamente alla disposizione degli arredi. Non è un caso, infatti, che in entrambe le situazioni gli operatori potessero usufruire di una stanzetta tranquilla, seppure generalmente destinata ad altro (sala d'attesa in un caso, ambulatorio nell'altro), in cui svolgere visite e colloqui. Ciononostante il personale (soprattutto il personale medico, come mostra l'osservazione n. 103) spesso non fa uso di quanto disponibile o, qualora ciò avvenga, non lo utilizza in modo tale da sfruttarne le potenzialità (come risulta evidente dall'osservazione n. 103). Le due situazioni appena riportate mostrano entrambe questa noncuranza, che a sua volta segnala una forte disattenzione alla relazione, tanto più incongruente in quanto i due colloqui sono stati tutt'altro che brevi.

In occasione di alcune discussioni effettuate nell'ambito del corso di formazione, gli operatori hanno più volte richiamato la cronica carenza di spazi da cui è affetta l'Azienda Ospedaliera. Tali richiami venivano effettuati per rendere ragione del perché di alcune situazioni di caos che si verificano nella quotidianità del loro lavoro ed a giustificazione delle disattenzioni che caratterizzano la relazione con gli utenti. La responsabilità della carenza relazionale veniva, così, implicitamente attribuita ad una dimensione strutturale oggettiva, invece che ad un'impostazione soggettiva (quindi individualmente scelta da ogni operatore) seppure altrettanto strutturale (è ormai divenuto così automatico non dare rilievo alla dimensione spaziale da non porsi più in una prospettiva di scelta). I due casi riportati (n. 102 e n. 103), invece, fanno riferimento a delle situazioni in cui risulta evidente che, talvolta, è proprio l'attenzione relazionale ad essere carente: in presenza di condizioni oggettive che consentirebbero di operare diversamente, si sceglie, infatti, la via dell'incuria. Si tratta di un meccanismo piuttosto automatico (ed in tal senso strutturale), di una sorta di scelta-non scelta dell'operatore che, nella propria attività, si trova a far colludere le due dimensioni (carenza oggettiva e scelta soggettiva): la scarsità di spazi ha il proprio corrispettivo nella tendenza a non dare rilievo alla dimensione relazionale, la quale viene così fortificata nella sua propensione.

Capita, allora, che anche il tenere aperta o chiusa la porta della stanza in cui si svolgono determinate attività possa divenire del tutto inessenziale: nel corso del periodo di osservazione si è avuto modo di assistere a situazioni diversissime in tal senso, dovendo anche rilevare più volte quanto venga disatteso questo significativo aspetto della comunicazione che intesse la relazione interpersonale.

La malattia e il malato: la relazione con il personale medico

Quanto affermato sopra relativamente alle carenze relazionali coinvolge diverse categorie di operatori che svolgono la loro attività in ambito ospedaliero. In genere gli utenti, quando esprimono il loro malessere per come è impostato il rapporto con il

personale sanitario, tendono a non differenziare fra le varie tipologie (medici strutturati, specializzandi, infermieri o altro); un'eccezione rispetto a quanto asserito riguarda la figura del medico, che è stata talvolta oggetto specifico e privilegiato di osservazioni da parte degli utenti. Lo sfondo delle considerazioni che sono state effettuate relativamente al rapporto con i medici si è rivelato analogo a quello emerso in uno dei capitoli precedenti: risulta, esplicitamente, un senso generale di insoddisfazione che non concerne tanto le competenze tecniche quanto la dimensione relazionale. L'aspetto relazionale, d'altra parte, non può essere considerato alla stregua di una dimensione a sé rispetto alla prestazione medica percepita: rischia di interagire retroattivamente su di essa, tanto che non mancano considerazioni in cui proprio la 'qualità medica' può risultare compromessa nella percezione dei pazienti.

104. Sento tante persone lamentarsi dei medici qua. Perché non è che non sono bravi... un giorno sono andato all'ospedale, ho pagato il ticket e il dottore è venuto, mi ha guardato neanche un minuto... non è bravo. Non è bravo come medico. Forse non è che non sono bravi, forse sono... forse hanno tanti casi, vogliono fare in fretta le cose, hai mille persone che aspettano.. E' la cosa che mi dà più fastidio di tutte,

In questa affermazione, che somiglia ad altre di analogo tenore, l'utente sembra oscillare fra una valutazione negativa del medico in quanto persona ed una valutazione negativa del suo operato professionale, con l'aggiunta del fatto che il giudizio tende ad estendersi dal singolo alla categoria. La serie di slittamenti dalla persona all'operato professionale e da quest'ultimo alla categoria medica generale non può non suscitare interrogativi anche dal punto di vista strettamente sanitario: è opportuno chiedersi, infatti, quali risvolti possano comportare questo tipo di opinioni nell'approcciarsi al servizio sanitario, così come nello sviluppo della *compliance* e, di conseguenza, su tutto il percorso di cura del singolo paziente.

Quelli riportati finora, d'altra parte, sono degli enunciati piuttosto generici, che occorrerebbe contestualizzare. Un aiuto per procedere in questa direzione proviene da quanto rilevato durante il periodo di osservazione, poiché ci è stato possibile assistere ad alcune dinamiche che hanno fortemente corroborato tale percezione di inadeguatezza relazionale. Riportiamo a tale proposito alcune osservazioni condotte nel corso del cosiddetto 'giro dei medici', il quale viene effettuato con regolarità giornaliera in ognuno dei reparti esaminati:

105. Ortopedia. 'Giro medici' effettuato insieme al medico strutturato ed a 7 specializzandi (per un totale, quindi, di 9 persone). Oltre alla velocità delle visite [durata del 'giro' 27 minuti; n. di pazienti visitati: 23; durata media di ogni visita: 70 secondi] mi colpisce la numerosità del gruppo. Gli specializzandi non fanno in tempo ad arrivare per disporsi attorno al letto del paziente che il medico ha già terminato la visita e si sta dirigendo al letto successivo ed anch'io faccio fatica a seguire gli spostamenti del medico. Quando riesco a cogliere qualcosa nell'interazione trovo che il medico sia molto diretto e 'brutale' nel rivolgersi al paziente - e comunque non sempre decide di farlo, poiché altrettante volte si limita a guardare le lastre senza rivolgersi in alcun modo alla persona. Mi accorgo che gli italiani, quando il medico è già passato al paziente successivo, 'si arrangiano' cercando di chiedere qualcosa a qualche specializzando che di volta in volta è rimasto indietro. Nel corso del 'giro' vengono visitati anche due pazienti stranieri. Con uno dei due l'interazione è la seguente: il medico parla ed il paziente risponde "Ok" senza che vi sia alcun *feedback* ulteriore e nessun'altra interazione (neanche visiva); all'altro paziente il medico rivolge, invece, una domanda: "Ti ricordi dell'incidente?", poi, senza attendere la risposta, si gira di spalle per guardare le lastre e commenta dicendo "Era ubriaco". Uscendo dalla stanza si rivolge a me ribadendo: "Era ubriaco, un giorno e mezzo dopo doveva ancora smaltire la sbornia". Lo stesso paziente, più tardi, cercherà di fermare il medico in corridoio per chiedergli qualcosa (ma in quel momento sono troppo distante e non riesco a sentire).

106. Pediatria. Giro dei medici effettuato dopo una riunione di discussione-casi durata circa 1 ora e ½ nel corso della quale sono stati trattati 5/6 casi (uno dei casi è stato appena 'citato' e sbrigato molto velocemente, tanto che mi rimane il dubbio sul fatto che sia stato

effettivamente preso in considerazione). Nel corso della riunione viene discusso anche il caso di un bambino straniero (più tardi guarderò la cartella e relativamente all'area di provenienza del bambino vi troverò scritto 'Jugoslavia'; vedrò anche che si tratta di un caso che ha alle spalle altri 4 accessi ospedalieri, l'ultimo dei quali aveva avuto come esito il rifiuto del ricovero da parte dei genitori). Nel corso della discussione si dice, fra le altre cose, che "la mamma sembra molto particolare", che i genitori devono procurarsi per il bambino "un alimento molto particolare", ma che d'altra parte "questi signori qua non capiscono neanche..." (l'affermazione viene lasciata in sospeso). Viene quindi effettuato il 'giro visite'. Quando si arriva al paziente sono presenti, oltre a me, il medico strutturato più uno specializzando. Nella stanza si trovano, oltre al bambino, entrambi i genitori. Con il padre non c'è nessuna interazione. Il medico si rivolge solo alla mamma; non capisce qualcosa delle poche parole che la mamma dice, ma invece di chiederle di ripetere o invece di cercare delle altre strategie per capire, termina la visita ed esce con lo specializzando, al quale, una volta fuori dalla stanza, fa delle domande su cosa la mamma ha detto. Non riesco a registrare i tempi di durata di ogni singola visita, ma mi colpisce il fatto che in questo caso la visita sia molto più breve e 'sbrigativa' rispetto agli altri casi (in quasi 40 minuti in totale sono stati visti 7 pazienti, fra cui 1-2 che non erano stati discussi nella riunione precedente: la media è quindi di 6 minuti circa per ognuno, ma in quest'ultimo caso mi sembra che la visita non duri più di 3 minuti). L'interazione non è 'giocata'. Se la mamma è 'particolare' sembra che la strategia sia quella di evitarla, invece di cercare come interagire. Non viene detto niente/spiegato niente a proposito della questione alimentare (solo un fugace accenno al fatto che l'alimentazione sarà più diurna e meno notturna e al fatto che al bambino verrà messo "un tubo nel naso"). E' lo specializzando, al termine, a rientrare nella stanza per dire ancora qualcosa alla mamma e tranquillizzarla e lei, da parte sua, lo ringrazia.

Queste due annotazioni sono per certi versi estreme, ma non infrequenti nei loro tratti di fondo. D'altra parte, come mostra a chiare lettere l'episodio che segue, verificatosi in un altro giorno nello stesso reparto relativo all'osservazione n. 19, sulla base di quello che ci è stato possibile vedere la povertà della relazione non concerne affatto il solo rapporto con l'utenza straniera:

107. Ortopedia. Giro visite. Si ripete in buona misura la dinamica già osservata altre volte. Sembra che gli operatori in questo reparto abbiano codificato come 'difesa' il non ascolto e questo in modo estremamente evidente: ci sono continuamente dei pazienti che cercano di interpellare gli operatori in ogni momento (cercando di intercettarne lo sguardo, o facendo dei cenni, o anche cercando di rivolgersi loro verbalmente) mentre il gruppo non guarda neppure in modo diretto i pazienti e passa oltre. In questa situazione ad un certo punto il gruppo si avvicina al letto di un paziente anziano, italiano. Il medico gli scopre le gambe e con le dita preme all'altezza di uno dei ginocchi. Il paziente caccia un urlo e di getto afferma con risolutezza: 'Dottore, potrebbe anche ricordarsi!'. La risposta del medico è altrettanto pronta: "mi ricorderei delle radiografie piuttosto che di lei". Detto questo, termina velocemente la visita e si allontana. Le radiografie, in effetti, mancavano dall'incartamento predisposto a fondo letto.

Quest'ultimo episodio colpisce per la sua brutalità. L'età anziana della persona (che la colloca decisamente nelle 'fasce deboli' della popolazione ospedaliera assieme a quella degli utenti stranieri e di altre tipologie di pazienti), la mancanza di cautela del medico rispetto al dolore del paziente - o per lo meno la sua non adeguata considerazione del dolore (la reazione del paziente con l'esclamazione risoluta "Dottore, potrebbe anche ricordarsi!" sembra indicare la possibilità che l'episodio si fosse già verificato negli stessi termini o che, comunque, il medico avesse tutti gli elementi per potersi ricordare dello stato di dolore al ginocchio) -, l'affermazione finale "mi ricorderei delle radiografie piuttosto che di lei", sono tutti elementi che segnalano a chiare lettere la disattenzione relazionale che accompagna questo modo di procedere e che gli utenti hanno indicato a più riprese come uno stile diffuso fra il personale medico, seppure in presenza di altrettante, fortunate eccezioni.

Le ragioni di tutto questo hanno plausibilmente origini antiche. Come afferma un medico togolese che lavora in contesto ospedaliero italiano e con cui abbiamo avuto modo di confrontarci nel periodo della ricerca:

108. Il rapporto con il paziente è falsato dalla formazione che noi medici riceviamo e che ci porta a focalizzare l'attenzione esclusivamente sulla malattia come fatto biologico (...) Siamo stati forgiati da una medicina che sempre più sta portandosi verso l'idea della malattia come un elemento molecolare, neanche più come legata a un sistema, un apparato, un organo, ma sempre più a livello del DNA e si dimentica che la molecola fa parte di un sistema complesso. Non c'è più una visione olistica e tutti gli italiani lo sanno perché avete tutti una visione organica del vostro proprio corpo.... e lo esprimono anche quando vanno dal medico e dicono 'ho male al fegato, al cuore' e indicano, anzi sanno più del medico della loro malattia. Vanno dal medico come si va dal salumiere.... per il tagliando del farmaco che si vuole. Voglio due chili di Voltaren, di Aulin o altro e il medico alla fine diventa soltanto un distributore automatico di quello che tutti si lamentano perché dicono 'neanche mi ha visitato'. È un'esperienza comune di tutti voi, il medico non misura la pressione, non si alza neanche dal computer... è una visione che parte da lontano, essenzialmente da un concetto meccanicistico del corpo umano che viene visto solo come corpo biologico....

Se diamo credito a questa prospettiva, come ci sembra adeguato fare, siamo costretti a dire che la questione della disattenzione relazionale mette radici nel cuore stesso del discorso scientifico. Lo specialismo che caratterizza la medicina occidentale, infatti, se da una parte ha degli indubbi meriti, dall'altra, come avviene per ogni prospettiva parziale, porta con sé delle specifiche distorsioni⁸⁵, che non risultano visibili all'occhio di chi guarda in assenza di un adeguato sistema di comparazioni. Non ci sembra un caso, a questo proposito, che la componente medica sia stata globalmente assente dal percorso di formazione proposto dall'Azienda Ospedaliera e centrato proprio su "La relazione con il paziente straniero". Ci sembra, al contrario, che questa assenza possa rappresentare una sorta di conferma indiretta di quanto dicevamo: lo sguardo del medico, in quanto specialisticamente impostato, tende a non contemplare la problematica relazionale all'interno della propria prospettiva di lavoro.

Questa mancata attenzione, se da una parte affonda le radici sulla fisionomia del sapere medico in quanto tale, dall'altra non è escluso possa costituire una caratteristica della formazione medica italiana, più che di altre proprie del mondo occidentale. A tale proposito il sociologo Claudio Baraldi⁸⁶ fa, infatti, notare che, diversamente da quanto avviene negli Stati Uniti e da quanto si può riscontrare anche nella pubblicistica scientifica internazionale di settore, che riserva specifiche riviste all'argomento, le facoltà di Medicina e Chirurgia italiane non prevedono aree di docenza e ricerca sulla comunicazione medico-paziente. Il percorso di studi del medico in Italia sembra, quindi, non contemplare alcuna attenzione critica alle dinamiche della relazione, tantomeno una formazione in tal senso. La forma della comunicazione che intercorre nella relazione medico-paziente tende, così, con facilità, ad essere fortemente sbilanciata in direzione del medico ed a mantenere in ombra la persona del paziente già a partire dalla formazione di base di questa figura professionale. Nell'interazione fra medico e paziente, allora, sarà la competenza del medico ad avere il primato, fino al punto di mettere in ombra l'apporto del paziente, nell'aspettativa di un suo totale adattamento. In tale prospettiva, finisce per essere del tutto secondario quanto il paziente effettivamente esprime o è in grado di esprimere, né vengono previste forme di incoraggiamento della sua partecipazione o maturate aspettative rispetto ad una sua possibile autoespressione.

⁸⁵ Morin E., *La tête bien faite*, Seuil, Paris, 1999.

⁸⁶ Giornate formative organizzate dall'A.U.S.L. di Reggio Emilia nell'ambito della sperimentazione dei *Migrant Friendly Hospitals*, incontro del 5.06.2009.

Se quelli precedentemente enunciati sono degli elementi che caratterizzano in maniera forte la cultura medica, occorre chiedersi come si strutturi il dialogo con i pazienti in quanto a loro volta portatori di una specifica prospettiva culturale. La comunicazione medico-centrica tende infatti, facilmente, ad assumere un carattere etnocentrico/fonologico, con l'inclinazione a riconoscere alla sola figura del medico il diritto di agire o comunque di controllare le opportunità di azione e con la predisposizione ad ignorare o sopprimere le differenze di prospettiva nella comunicazione.

Se tutto questo ha una valenza strutturale che riguarda la relazione con l'utente straniero, così come con il paziente italiano, e si avvale comunque di una marcata gerarchia di ruoli, occorre rilevare peraltro che nel caso degli stranieri la divaricazione gerarchica viene resa ancor più forte da intrinseche debolezze linguistiche e, in genere, sociali. Nella dinamica in atto, la narrazione di stile medico prende il sopravvento su ogni altra narrazione possibile, ma occorre chiedersi fino a che punto l'incontro dei diversi approcci ed aspettative assuma i caratteri della collusione e fino a che punto, invece, le due prospettive si trovino nella condizione di collidere.

Una questione centrale

Pregiudizi preventivi

Il paragrafo sull'ascolto ci ha consentito di introdurre la questione delle premesse implicite che sono inevitabilmente presenti nei nostri comportamenti e che orientano la comunicazione. Secondo un'altra terminologia, alle premesse può essere riconosciuta la forma del pregiudizio; nel lessico utilizzato da operatori ed utenti il termine pregiudizio ricorre con frequenza come elemento che interviene a caratterizzare in modo problematico la relazione.

Come già avevamo messo in luce nella parte teorica di questo lavoro, ci sono alcuni ambiti della riflessione filosofica che operano una sorta di "riabilitazione del pregiudizio" a partire dalla considerazione della sua ineliminabile presenza ed azione nel cammino della comprensione. Nella prospettiva propria dell'ermeneutica contemporanea, infatti, la comprensione si raggiunge grazie ad un movimento circolare che prende avvio da un sistema di attese (consapevole o inconsapevole che sia) e lo mette incessantemente alla prova con il fine non di portarlo a compimento, ma di controllarne l'arbitrarietà. La funzionalità del circolo e la possibilità stessa della comprensione non prendono avvio da una neutralità e trasparenza assoluta delle posizioni, ma dall'apertura di un orizzonte interpretativo che dipende a sua volta da un elemento di condizionatezza. Come afferma Gadamer, infatti, la ragione umana è sempre reale e storica, mai assoluta, ed in quanto tale non è mai del tutto padrona di sé, bensì subordinata alla situazione entro cui agisce: non la storia appartiene a noi, ma noi apparteniamo alla storia⁸⁷. L'unica obiettività possibile, allora, è data dalla conferma delle presupposizioni o dal loro mostrarsi insussistenti, in un processo di esplorazione continua che cerchi di garantire dall'arbitrarietà. Questo è ciò che accade quando comprendiamo, ed è, pertanto, ciò che va radicalizzato quando vogliamo procedere sulla via della comprensione. Il pregiudizio, elemento della realtà storica e della pre-comprensione, è costitutivo del cammino della ragione (più ancora, afferma Gadamer, di quanto lo sia il giudizio) ed è opportuno rendersi consapevoli della dimensione prospettica che viene di volta in volta aperta a partire dalla sua presenza in modo da agevolare quanto più possibile un'articolazione virtuosa della circolarità che abbia come orizzonte la comprensione.

⁸⁷ Gadamer H.G., 1960.

Se è questo il meccanismo generale che caratterizza ogni incedere interpretativo, è altrettanto vero che, come avviene nel caso dell'acqua per il pesce, la consapevolezza di essere interni a questa modalità di funzionamento non è affatto comune. Mentre, infatti, ci siamo imbattuti con una certa frequenza in affermazioni che individuano nell'interlocutore la presenza di qualche forma di pregiudizio, solo raramente ne abbiamo incontrate altre in cui chi parla abbia mostrato di avere una qualche cognizione del fatto che anche il proprio modo di approcciarsi alla relazione è pregiudizialmente orientato.

Fanno parte del primo gruppo (individuazione di pregiudizi nella posizione altrui) affermazioni di questo tenore:

109. Parto sempre dal presupposto che la persona che ho davanti è un "bimbo" e non ha importanza il colore o la lingua. Anzi, penso di avere più tatto, più pazienza, più attenzioni per chi credo sia più in difficoltà pensando al modo di esprimersi o al disagio di essere in un posto nuovo, davanti a chi non conosce. Sono gli stranieri che si atteggiavano in maniera prevenuta nei nostri confronti, pensando forse che li trattiamo in maniera diversa dagli altri.

110. (Gli utenti stranieri) arrivano molto prevenuti, secondo me la maggior parte arriva già prevenuta... si vede dall'atteggiamento, tu basta che cambi un attimo il tono di voce e "tu razzista". Razzista è la prima cosa, loro partono già.. nella maggior parte, non tutti, ma la maggior parte... E' capitato proprio a me che sono un "immigrato".

Questo tipo di resoconti, del tutto generici, è molto diffuso, tanto che nei vari momenti di discussione effettuati nell'ambito del corso di formazione, hanno invariabilmente sollevato cori di assenso. Più raramente, invece, si sono incontrate affermazioni nelle quali le posizioni venissero delineate in modo simmetrico. Esempi di questo secondo tipo sono i seguenti:

111. Esistono situazioni in cui ci troviamo materialmente a spiegare le procedure per determinati esami e troviamo però molta diffidenza e pregiudizio nei nostri confronti, spesso gli stranieri fanno di un caso una regola, cioè se per caso sono stati trattati male da un collega, danno per scontato che anche tu sei un maleducato. Anche per noi comunque spesso vale questa regola, ma ho anche notato che molti stranieri si rapportano con noi in maniera corretta ed educata.

112. Mi capita spesso di discutere soprattutto con utenti stranieri perché a loro dire vengono chiamati dopo altri (...) L'utente straniero parte già con l'idea che sarà chiamato o seguito in modo diverso, e noi operatori partiamo già con l'idea di essere offesi e dover discutere.

In questi casi le posizioni hanno già una fisionomia più articolata, poiché mostrano la disponibilità a prendere in considerazione il fatto che il meccanismo interpretativo di cui si parla sia comune ad operatori ed utenti, italiani e non. Si tratta però, sempre, di affermazioni ancora generiche, che non entrano nello specifico delle situazioni. Molto raramente ci siamo imbattuti in resoconti che avessero ad oggetto degli episodi nei quali chi parla prende esplicitamente in considerazione la propria posizione particolare, invece che la generalità astratta delle situazioni.

Per quanto riguarda gli operatori, le poche descrizioni che hanno fatto intravedere questa prospettiva hanno avuto caratteristiche analoghe alla seguente:

113. Si è presentato un utente di origini arabe per un elettrocardiogramma. Di lui mi ha colpito l'abbigliamento: tuniche lunghe, pantaloni lunghi. L'utente si è presentato allo sportello con il numero, seguendo l'iter burocratico e rispettando i tempi di attesa. Annunciato con il numero (niente nome e cognome per la privacy e per la difficoltà di pronunciare il suo nome e cognome), ha eseguito ECG. L'utente straniero parlava bene l'italiano e ha capito quanto gli avevo spiegato. È ritornato il giorno dopo per il ritiro del referto. Personalmente ero prevenuta al momento, quando ho visto l'abbigliamento dell'utente e il colore della pelle, ma poi il lavoro si è svolto in tutta serenità. Prevenuta perché a volte l'apparire e la pubblicità negativa nei confronti degli stranieri mi fa sentire un po' a disagio.

In questo caso, sebbene la descrizione dell'episodio non sia particolarmente dettagliata, la presenza del meccanismo risulta chiara in virtù del cambiamento di prospettiva prodottosi: chi parla fa, infatti, esplicito riferimento ad una propria posizione pregiudiziale (che a suo dire è almeno in parte maturata in rapporto a quanto viene veicolato intorno alla presenza degli stranieri: la "pubblicità negativa") e si auto-osserva in un processo - purtroppo non analizzato e descritto ulteriormente - di messa alla prova e smentita delle proprie prevenzioni (iter burocratico diligentemente seguito, tempi di attesa rispettati, serenità generale dell'interazione nonostante l'abbigliamento, il colore della pelle, l'origine araba). L'episodio, proprio per la sua semplicità, rivela la possibilità che vi siano delle aspettative pregiudiziali dalla parte degli operatori, la cui portata può essere piuttosto pervasiva: un ostacolo che si fosse messo di traverso a questa situazione rivelatasi così inaspettatamente "serena" (per usare le parole dell'operatore) avrebbe probabilmente potuto, con facilità, corroborare lo stereotipo implicitamente presente.

Sul versante degli utenti la situazione è relativamente speculare a quella degli operatori: anche nel loro caso sono più frequenti le affermazioni di carattere generale rispetto alle analisi di episodi che, con la loro specificità, mostrino la presenza di un modo di interpretare invece che di una realtà presunta oggettiva. Fra le poche affermazioni degli utenti che vanno in questa seconda direzione troviamo quella fornita da un ex-paziente di area marocchina, il quale, d'altra parte, non parla tanto di sé, quanto della posizione che riconosce essere presente in buona misura nella propria comunità:

114. I marocchini che si rivolgono ai servizi si sentono inferiori rispetto agli operatori (questo prima ancora del contatto diretto), si crea quindi un 'pregiudizio' preventivo in base al quale le donne si aspettano che verranno trattate peggio delle italiane proprio in quanto straniere, quindi vanno subito (preventivamente) all'attacco. C'è una diffidenza iniziale che si crea in base all'idea/al fatto (poiché ci sono anche degli operatori razzisti) che 'noi stranieri siamo trattati male'.

È da questa affermazione che abbiamo mutuato la locuzione 'pregiudizio preventivo' che dà il titolo al presente paragrafo. L'utente, fra l'altro, fornisce delle indicazioni ulteriori a proposito di questo meccanismo: entra nello specifico dei contenuti dell'atteggiamento pregiudiziale mettendo in luce la presenza di aspettative (che gli operatori trattino peggio l'utenza straniera rispetto a quella italiana), formula un'ipotesi interpretativa relativamente alle ragioni del loro prodursi (la presenza di una sorta di sentimento di inferiorità), entra nella dinamica degli effetti che vengono generati nel declinarsi della relazione (l'uso dell'attacco come forma di difesa) e fa tutto questo parlando al contempo di un fattore di ordine mentale e di una realtà di fatto ("poiché – è vero che – ci sono anche degli operatori razzisti").

Non entriamo adesso nella questione relativa alla corrispondenza o meno di queste affermazioni con una realtà di fatto, poiché avremo modo di discutere fra breve di questa questione; prima di procedere in tale direzione riportiamo, però, un ulteriore resoconto fornito dagli operatori in quanto, sebbene non aggiunga altro materiale informativo a ciò che già sappiamo, è piuttosto singolare nei suoi contenuti. Anche in questo caso l'operatore non parla di sé, ma dell'altro, quindi sarebbe azzardato pensare ad una corrispondenza totale dell'interpretazione dell'operatore con l'intenzionalità dell'utente, ma la chiave di lettura adottata da chi riferisce l'accaduto rivela comunque la centralità del tema almeno per colui che parla:

115. Nel servizio dove lavoro, dopo aver eseguito una procedura ad una paziente straniera, come da routine l'abbiamo assistita anche nella fase post procedura. Parlava poco italiano ed era impaurita dall'esame. Alla fine quando era pronta per la dimissione ha voluto darci addirittura una 'mancia' così suddivisa: due euro al medico e uno agli infermieri perché l'avevamo trattata come 'un'italiana'. Logicamente abbiamo rifiutato spiegando che fa

parte del nostro lavoro. Questo dimostra quanto diversamente si sentono a volta trattate, tanto che gesti di quotidiana cordialità nell'assistenza a loro sembrano un'eccezione.

Sulla scia dell'interpretazione dell'operatore, qui il pregiudizio preventivo, presumibilmente presentatosi dalla parte dell'utente nella forma dell'aspettativa/timore di ricevere un trattamento diversificato rispetto agli italiani, sembra essere stato a monte di una procedura di riformulazione della situazione che, avendo dovuto fare i conti con un'aspettativa fortunatamente disattesa, è strutturalmente analoga a quella verificatasi con il resoconto n. 113 (sebbene sia diversa nei contenuti e speculare nelle posizioni), stavolta inducendo l'utente ad un comportamento che non può non far sorridere per la sua incongruità, così disorientante da suscitare tenerezza⁸⁸.

In chiusura di questa serie di considerazioni, un altro resoconto ci sembra metta in luce la tenacia del meccanismo interpretativo che, invece, sembra essere stato evitato nel caso n. 113: apprezzante

116. Io ho voluto partecipare a questo corso perché sinceramente sono un po' arrabbiata con queste persone, perché non rispettano le regole, come invece facciamo noi. Volevo capire, vedere, sentire opinioni per poi farmi un'idea e, perché no, vedere se riesco a cambiare la mia opinione su di loro. Mi è piaciuta molto l'esposizione del relatore della Costa d'Avorio, ci ha fatto capire come vivono loro, la loro cultura, però nonostante questo ancora non riesco a capire perché loro si comportano diversamente da noi. Noi siamo nel nostro paese, ma anche se andiamo in altri paesi dobbiamo rispettare le regole e adattarci subito alle loro abitudini anche se le troviamo diverse. Ecco, loro questo non lo fanno. Lo so, sono molto prevenuta, anzi, ho anche tanta paura di queste persone. Soprattutto si nota che la maggior parte dei crimini, stupri ecc... vengono fatti da loro. Io credo che se loro fossero onesti, lavoratori, rispettassero le regole non ci sarebbe nessun problema, ma questo purtroppo non succede. Quindi anche se ho ascoltato le varie culture di queste persone purtroppo non ho cambiato la mia opinione.

Questo resoconto mette in evidenza, con la sua disarmante semplicità, la presenza di un sistema pregiudiziale tenace, che difficilmente viene scalfito dalle testimonianze contrarie al sentire di base e che si radica su una serie di meccanismi comuni:

- a. l'uso di generalizzazioni indiscriminate;
- b. la difficoltà a capire davvero la diversità;
- c. l'etnocentrismo delle percezioni;
- d. la resistenza al cambiamento.

a. L'uso di generalizzazioni indiscriminate è un'attitudine pervasiva, tendenzialmente presente sia nei resoconti degli operatori, sia nelle interviste degli utenti. Nel caso riportato l'operatore dichiara qual è la propria posizione di partenza e si autodefinisce persona arrabbiata rispetto ad una generica mancanza di rispetto delle regole che attribuisce ad una categoria del tutto indeterminata di utenti ("queste persone") che implicitamente sembra far coincidere con la generalità dei non italiani che si rivolgono al servizio ospedaliero; dichiara anche una qualche disponibilità a rivedere la propria posizione, sebbene a partire da una convinzione originaria che mostra una certa risolutezza ("volevo vedere se riesco a cambiare la mia opinione"), ma non c'è niente nel resoconto che possa indurre a pensare che l'operatore si accorga dell'arbitrarietà della propria generalizzazione. Tutto il resoconto è intessuto di generici 'noi' e 'loro'.

⁸⁸ Sarebbe interessante addentrarsi ulteriormente nell'analisi di questo episodio, che potrebbe essere utilizzato per aprire tutta un'altra serie di considerazioni intorno al significato ed alla presenza delle 'mance' in ambito ospedaliero e sul significato che esse assumono anche in relazione ai diversi contesti culturali. In tal senso, quella delle mance risulta essere un'aspettativa fortunatamente disattesa in modo particolare dalla popolazione Romena, che viene segnalata dagli operatori come particolarmente esigente e pretenziosa e dai mediatori come apprezzante in massimo grado le prestazioni offerte dal servizio, soprattutto per quanto riguarda la mancanza di una sorta di 'obbligo di mancia'.

b. La presenza di testimonianze contrastanti con questa percezione negativa di base (“mi è piaciuta molto l’esposizione del relatore della Costa d’Avorio”) non ha il potere di scalfire l’attitudine di fondo, anche perché, come implicitamente risalta nel testo, una cosa è ‘capire le parole’, altra cosa è ‘capire’. Capire davvero la diversità è forse un compito impossibile, un obiettivo utopico, e l’operatore, con le sue parole, rende evidente questa difficoltà: l’esposizione del relatore “ci ha fatto capire come vivono, ma ancora non riesco a capire perché (...) si comportano diversamente”; è come dire che lo scenario a cui è stato possibile accedere ascoltando le parole del relatore resta esterno, privo di rapporto con la possibilità di dare senso agli elementi concreti che l’operatore incontra nella relazione con l’utente, poiché il senso di quegli elementi è comunque sempre costruito in relazione al proprio e non all’altrui scenario di vita.

c. Le percezioni sono e restano, quindi, egocentriche, giungendo a caratterizzarsi come etnocentriche nella misura in cui mettono in campo elementi trasversali al gruppo. E’ in tal senso che viene richiamata l’idea che io/noi ci adattiamo alle regole altrui (ad esempio quando ci rechiamo in un paese estero) mentre “loro questo non lo fanno”. ‘Io’ non sono né potrò mai essere l’altro, ho anzi difficoltà a comprendere davvero l’alterità, sia che ci muoviamo su un livello emotivo-affettivo, sia che ci rivolgiamo ad un piano strettamente cognitivo: nella relazione ‘io’ percepisco i miei sforzi, mentre gli sforzi dell’altro è probabile che restino invisibili, e comunque non vengono né possono essere percepiti ‘sentendone’ davvero il peso.

d. Alla fine il discorso torna là da dove era partito (“Lo so, sono molto prevenuta”), addirittura rafforzato nei propri presupposti, tanto che si dichiara di avere “anche tanta paura di queste persone”, poiché il percorso di generalizzazione si è difensivamente amplificato: la concretezza dell’io/noi e l’indeterminatezza del ‘loro’ sembra aver preso sempre più piede, fino ad estendersi ben al di là dell’area sanitaria ed andare a coinvolgere la generalità degli immigrati e di un agire immancabilmente interno alla sfera della criminalità. La resistenza al cambiamento si alimenta di questo meccanismo pregiudiziale che non percorre mai la via di una riflessività critica e si nutre, invece, di una riflessività ricorsiva.

Ci siamo soffermati su quest’ultimo resoconto in quanto ci permette di introdurre, anche dalla parte dell’operatore quello che, sulla base dell’affermazione n. 114, ha preso il nome di ‘pregiudizio preventivo’ e che nelle interviste e nei resoconti è stato spesso evocato come caratterizzante la posizione dell’utente (se chi parlava era l’operatore) o dell’operatore (se chi parlava era l’utente), ma la cui presenza ed azione è difficilmente stata messa a fuoco in termini autocritici rispetto alla propria persona o categoria di appartenenza.

L’onnipresenza del razzismo

Il termine pregiudizio è stato utilizzato con una certa frequenza da operatori ed utenti nel corso della ricerca. Lo abbiamo già incontrato nel contesto dell’affermazione n. 35, quando un operatore ha evidenziato che la mancanza di adeguate competenze linguistiche, quindi di uno strumento che consenta di interloquire in modo articolato con gli utenti stranieri, lascia spazio all’agire dei pregiudizi nella relazione. Al di là della sua caratterizzazione generale, nella grande maggioranza dei casi l’uso che se ne è fatto è stato però in riferimento alla tematica del razzismo (come già si intravede con i resoconti n. 110 e n. 114).

Un autore che, in Italia, ha saputo parlare con ironia della presenza del razzismo nella relazione autoctoni-immigrati è Kossi Komla-Ebri. Medico e scrittore togolese che da anni vive in Italia ed opera in contesto ospedaliero, Kossi ha creato l’efficace

neologismo di ‘imbarazzismi’ per designare situazioni che stanno a metà strada fra imbarazzo e razzismo⁸⁹. Per quanto riguarda l’area sanitaria, sostiene che anche nel rapporto degli operatori con gli utenti immigrati vi sono degli *imbarazzismi* che tendono a rimanere ad un livello latente, quindi non riconosciuto, e che questo genere di situazioni si verifica con una certa facilità all’incrocio di due posizioni relazionali:

- quella dell’operatore che interpreta sulla base del proprio sistema di riferimenti il modo di atteggiarsi, di chiedere ed il contenuto stesso delle richieste dell’utente e che è talmente convinto della propria interpretazione da non problematizzarla affatto (tanto che rimane del tutto implicita, fino all’inconsapevolezza della sua presenza);
- quella dell’utente che si rapporta all’operatore sulla base dell’aspettativa pregiudiziale che la struttura sanitaria ed i suoi operatori funzionino in maniera non omogenea, discriminatoria, mettendo in atto forme di razzismo: un razzismo che può intervenire o meno nell’operato del personale sanitario, ma che è presente nelle aspettative e che può essere più o meno palese o subdolo, che quindi può essere o meno riconosciuto dagli stessi attori istituzionali.

Quanto affermato da Kossi Komla-Ebri è in sintonia con le osservazioni da noi effettuate in ambito ospedaliero e con quanto emerge dall’analisi dei resoconti degli operatori e delle interviste con gli utenti. All’incrocio delle due posizioni tratteggiate dal medico-letterato togolese, si ha, peraltro, il realizzarsi di situazioni di *escalation* dell’aggressività che portano sovente alla richiesta di intervento dei servizi di polizia interni alle strutture ospedaliere⁹⁰.

Cerchiamo di entrare nello specifico del problema e di vedere che cosa è emerso a questo proposito nei diversi momenti della ricerca.

La prima osservazione che formuliamo a tale proposito rimanda al commento che uno degli operatori che hanno partecipato al corso di formazione ha deciso di mettere nero su bianco al termine del percorso:

117. Superare eventuali pregiudizi verso chi viene da un paese straniero con culture e abitudini diverse dalle nostre non è sempre facile. Se chiediamo singolarmente ad ognuno di noi “Tu sei razzista?” tutti diranno “Io non sono razzista”, ma nella realtà di tutti i giorni non è così. Le incomprensioni ci sono e non è facile superarle. La nostra è una società non preparata all’accoglienza degli stranieri, ci vorranno tanti anni di lavoro interiore ed educazione alla convivenza civile per migliorare l’attuale realtà. Inoltre bisogna dire che i tempi veloci dell’organizzazione ospedaliera non lasciano spesso all’operatore tanta possibilità di dedicarsi alla singola persona come in realtà bisognerebbe fare.

Ci sembra che questo commento possa rappresentare una valida introduzione al tema del razzismo per una serie di ragioni:

- rivolge l’attenzione su un atteggiamento di fondo di cui l’operatore afferma la presenza, senza minimizzarlo né ‘demonizzarlo’ e al contempo considerandolo, implicitamente, comune;
- non dirige tanto lo sguardo sull’altro polo della relazione (in questo caso l’utente), quanto su di sé: un sé generico, ma plausibilmente proprio di ognuno;

⁸⁹ Kossi Komla-Ebri, *Imbarazzismi. Quotidiani imbarazzi in bianco e nero*, Edizioni Dell’Arco-Marna, Milano, 2002 e *Nuovi imbarazzismi. Quotidiani imbarazzi in bianco e nero... e a colori*, Edizioni Dell’Arco-Marna, Milano, 2004.

⁹⁰ Intervento sul tema della relazione con il paziente immigrato, effettuato nel 2008 da Kossi Komla Ebri nell’ambito del Master in Studi Interculturali dell’Università di Padova. Per quanto riguarda l’*escalation* dell’aggressività e il ricorso al servizio di vigilanza, si rimanda in particolare alla sezione su “La relazione operatore-paziente”, cap. Ineducazione/*La spirale dell’aggressività*.

- evidenzia la presenza di una duplicità di fondo rispetto al problema: ciò che ciascuno sente in buona fede di poter dichiarare rispetto al proprio atteggiamento e, ciononostante, la difficoltà di poter davvero coincidere con questa percezione di sé;
- richiama la presenza di una determinante organizzativa, senz'altro influente, senza tuttavia farsi schermo di essa.

Ci sembra importante tenere sullo sfondo queste considerazioni poiché il tono generale delle affermazioni che abbiamo rilevato rispetto al problema del 'razzismo' è di tutt'altro carattere: più esacerbato, difficilmente autoriflessivo, molto difensivo se chi parla è l'operatore, altrettanto esacerbato e quasi sempre accusatorio se chi parla è l'utente. Occorre tenere presente, inoltre, che questa tematica si è rivelata in assoluto la più ricorrente nelle affermazioni degli uni e degli altri, senza, tuttavia, che mai venisse sollecitata nelle interviste o nei commenti, orali o scritti che fossero. Questi due elementi, insieme, indicano che si tratta di una questione centrale, corrette o erranee che siano le percezioni riportate.

Sul versante degli operatori troviamo con estrema frequenza dichiarazioni che fanno riferimento in modo piuttosto indeterminato ad accuse di razzismo loro rivolte dagli utenti, ma, al di là di questa genericità, ne troviamo anche che richiamano episodi specifici in cui si sono manifestate le accuse.

Se rimaniamo sul piano generale, le dichiarazioni hanno il tenore del gruppo di affermazioni che riportiamo qui di seguito:

118. Un episodio che a me capita molto spesso è quello di essere trattata "Io" come "razzista".

Molte volte sono stata accusata di essere 'razzista' perché il tempo d'attesa era troppo lungo o il 'problema' non è stato risolto. Che dire? Non ho replicato.

Ti senti spesso ripresa dal paziente che dice che "non hai fatto" il tuo dovere " e che comunque lui pensa che non è stato trattato allo stesso modo del paziente italiano.

Almeno 4-5 volte negli ultimi mesi con utenti di religione "musulmana" mi sono sentita dire: "perché noi siamo stranieri, tu fai così!!!" e devo dire che gestire questi momenti e dover spiegare a persone che "non" vogliono udire non risulta facile soprattutto se a questo si aggiungono parole e/o atteggiamenti arroganti e offensivi.

Avremo modo di fare riferimento fra breve ad episodi specifici, che sono stati più o meno dettagliatamente riportati; al momento aggiungiamo alla nostra analisi l'indicazione che, sia che si tratti di affermazioni generiche, sia che riguardino degli episodi determinati, in genere le accuse di razzismo loro rivolte da parte degli utenti vengono ritenute infondate dagli operatori. Sono piuttosto rari, infatti, i casi in cui gli operatori si esprimono affermando che possono essere considerate plausibili, o comunque che possono avere alle spalle delle valide ragioni; tuttavia questi casi non mancano del tutto, come si evidenzia dalle affermazioni di alcuni:

119. Alcune volte mi sono accorto che lo straniero viene trattato in maniera "diversa" come nel caso di situazioni dovute più a condizioni sociali-ambientali di igiene personale. Quindi mi sono alcune volte scontrato con i miei colleghi per capire perché succedono queste situazioni.

120. Nel mio reparto c'è una dottoressa che quando è di guardia in Pronto Soccorso spesso trova una scusa per allontanarsi per non visitare il paziente di turno perché non italiano; inoltre spesso dichiara "Che rompi che sono...", "Sono sempre qui, perché non stanno a casa loro?" ed altre parole che non riporto!

Ci piace pensare che l'ultimo caso riportato rappresenti una gravissima eccezione e che siano davvero poche le situazioni in cui si verifica una vera e propria discriminazione razziale. Le accuse di razzismo di cui vengono fatti oggetto gli infermieri, se facciamo affidamento su quello che loro stessi dicono, sono, d'altra parte, talmente tante da

rendere necessario oltrepassare le grossolanità della situazione n. 120 per cercare di cogliere la presenza di eventuali sfumature dei comportamenti che possano legittimare l'accusa. Si potrebbe procedere diversamente, associandoci all'idea di infondatezza che esprime la grande maggioranza degli operatori, ma, al di là di quanto appena affermato (la numerosità delle accuse renderebbe peraltro quanto meno improprio questo modo di procedere) ci sembra più produttivo seguire la linea suggerita dalla terza regola dell'arte di ascoltare di cui parla Marianella Sclavi nel suo lavoro omonimo: "Se vuoi comprendere quel che un altro sta dicendo, devi assumere che ha ragione e chiedergli di aiutarti a vedere le cose e gli eventi dalla sua prospettiva".⁹¹ E' nostra intenzione, pertanto, andare avanti nell'analisi dando ragione a turno ad entrambi gli interlocutori (ed anche a chi afferma che non possono avere ragione entrambi.....), sebbene sostengano cose contrarie.

Gli ambiti del pregiudizio razziale

Facciamo quindi un passo ulteriore nell'analisi andando a vedere quali sono, in genere, le situazioni in cui si producono le accuse di razzismo.

Sulla base di quanto emerge dai resoconti degli operatori, sono in grande misura due le circostanze che danno adito a questo tipo di lettura da parte degli utenti stranieri: quelle in cui si richiedono dei pagamenti per le prestazioni e quelle che comportano attese (queste ultime a loro volta suddivisibili in situazioni di attesa per le prenotazioni ed in attese che si producono al momento della prestazione):

121. Spesso purtroppo capita che arriva lo straniero che pensa di non dover pagare le prestazioni eseguite (...), anche se era già stato avvisato all'ingresso, gli si spiega che tutti pagano in base alla prestazione e per tutta risposta ti senti dire "Tu sei razzista". Questo non lo accetto anche perché si lavora per cercare di aiutare il più possibile. Io posso capire che forse nel loro cammino hanno incontrato persone razziste, e le incontreranno ancora, ma non capisco perché ne devo fare le spese. Comunque penso che a volte forse involontariamente si può dare un'impressione simile comunque si cerca sempre di evitarlo; almeno lo spero.

122. Nel mio rapporto quotidiano con l'utenza straniera, una delle difficoltà più frequenti (oltre alla lingua) riguarda i 'tempi d'attesa'. Sia il giorno della visita che al momento della prenotazione, lo straniero in genere pensa e a volte mi dice che la lunga attesa è solo per lui. Mi accusa di essere razzista, o lo lascia intendere. Non si ha spesso il tempo e le capacità di spiegare che per una visita si aspetta ore e che per prenotarla a volte mesi! Il mio stato d'animo è quindi di impotenza e disagio, anche perché dedico agli stranieri le stesse attenzioni e spesso di più. Probabilmente la conoscenza della lingua e della loro cultura mi aiuterebbe ad avere anche con loro un rapporto più sereno ed efficiente.

Per quanto riguarda il primo punto (accuse di razzismo in relazione alla richiesta di pagamento delle prestazioni) daremo ampio spazio più avanti alla tematica. Relativamente al secondo punto (attese), vediamo, invece, riemergere una questione relativa alla gestione del tempo. Nel resoconto n. 122, infatti, il problema quantitativo della temporalità è presente in diverse forme:

- relativamente alla scarsa disponibilità di tempo che, per ragioni organizzative, gli operatori possono riservare ad ogni singola prestazione: problema di cui abbiamo già parlato e che qui si ripresenta attraverso le parole dell'operatore il quale dichiara che "non si ha spesso il tempo e le capacità di spiegare";
- in relazione alla questione dell'arco temporale che separa il momento della prenotazione da quello dell'effettuazione della prestazione: un problema che sembra avere una cronicità esacerbata e sul quale avremo modo di tornare nella

⁹¹ Sclavi M., *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Le Vespe, Pescara-Milano, 2000, p. 69.

sezione di questo lavoro specificamente dedicata alle questioni di tipo organizzativo;

- in rapporto all'attesa che si produce al momento dell'effettuazione della prestazione e che riguarda, da una parte, ancora una volta questioni di tipo organizzativo analoghe a quelle di cui sopra e su cui torneremo nello stesso capitolo appena menzionato, ma, dall'altra, anche problemi prettamente relazionali (su cui ci soffermeremo fra breve).

I resoconti degli operatori riguardano prevalentemente le due circostanze appena menzionate, ma non mancano riferimenti anche ad altre situazioni, sebbene, in questo caso, essi siano del tutto sporadici rispetto alla frequenza di quelli relativi a pagamenti ed attese. Gli altri due stralci che riportiamo qui di seguito ampliano il quadro:

123. Nel mio reparto abbiamo avuto difficoltà nel far accettare le regole e le attività di reparto (orari di visita, di medicazione, ecc.) ad un paziente algerino che riteneva fossero solo delle discriminazioni nei suoi confronti.

124. Ricordo il caso di un ragazzo presentatosi presso i nostri ambulatori per una visita chirurgica per ernia. Lui aveva saputo che questo intervento poteva essere eseguito con il ricovero e la dimissione nello stesso giorno. Il problema che si presentò fu di credere che il giorno dell'intervento fosse lo stesso dell'appuntamento per la visita. Nacque in lui il sospetto di essere trattato 'diversamente' perché 'di colore' e ardua impresa risultò spiegargli che l'intervento richiede una programmazione.

Riassumendo, sulla base di quanto emerge dalle dichiarazioni degli operatori, le accuse di razzismo nei loro confronti:

- a. sono frequenti;
- b. si collegano prevalentemente al problema dei pagamenti e delle attese;
- c. riguardano sostanzialmente l'area del rispetto delle regole ed eventuali fraintendimenti legati a questioni di tipo organizzativo.

Rispetto a questo quadro, le dichiarazioni che abbiamo raccolto dagli utenti tendono, però, ad essere di diverso tenore.

Per quanto ci è stato possibile rilevare, gli utenti fanno meno riferimento ad episodi di razzismo (per lo meno non viene utilizzata questa etichetta verbale per designarli) rispetto a quanto avvenga con gli operatori e le loro affermazioni tendono a ribaltare la proporzione delle situazioni in cui il problema si verifica: se da una parte vengono richiamati anche degli episodi che fanno riferimento alla questione del tempo o a quella del pagamento, chi parla esplicitamente di razzismo tende, infatti, più a riferirsi a situazioni che si collocano al di fuori di queste due grosse categorie. Fra le poche dichiarazioni raccolte in tal senso troviamo le seguenti:

125. Alcune persone che conosco quando vengono in ospedale dicono che trovano persone razziste. Dicono che ... c'è un modo di rispondere... perché sono africana... Dicono: mi hanno messo in una stanza che non è come quella per gli italiani... mi hanno messo là perché sono straniera.

126. Si dice che molti africani li portano subito agli infettivi. Gli africani si sono messi in testa questo, si aspettano questo... Spesso dicono che anche se non hanno malattie infettive li portano agli infettivi perché sono stranieri, straniero = sporco... = AIDS. Quando arrivano al PS subito li mandano agli infettivi.

127. Non seguono la terapia perché si sono messi in testa che i bianchi pensano sempre che loro siano malati di AIDS. Tutti si lamentano di questo.

Abbiamo tenuto separate queste tre affermazioni in quanto, sebbene effettuate dalla stessa persona, sono state rilasciate in momenti e situazioni diverse. L'utente, sia per vicende personali sia in relazione a varie altre necessità che si sono verificate nel corso degli anni in relazione ad alcuni suoi famigliari, ha alle spalle una lunga storia di

rapporto con la struttura ospedaliera, tanto che le unità operative ospedaliere utilizzate e la quantità di operatori con cui ha interloquito sono decisamente elevate. Lo scenario evocato da questo raggruppamento di affermazioni è significativamente diverso da quello che emerge dai resoconti degli operatori e non vi si rileva alcuna problematica di tipo organizzativo o che sia relativa alla presenza di specifiche regole. Nella prima (n. 125) si fa riferimento ad una modalità di interazione che rimanda ad un problema di tipo relazionale; nella seconda (n. 126) la questione diviene di pertinenza medico-diagnostica e fa riferimento alla possibilità che, a questo livello, agisca un meccanismo di categorizzazione di tipo pregiudiziale che individua nello straniero in quanto tale il portatore di specifiche caratteristiche e malattie; nella terza (n. 127) si rimanda a quanto avviene nel percorso di cura che fa seguito alla diagnosi e/o alle dimissioni ed alla possibilità di una *compliance* inefficace e di un cammino terapeutico interrotto. Nei due ultimi casi, d'altra parte, sebbene non si citi direttamente la questione del razzismo, s'intuisce senza troppe difficoltà che gli utenti fanno riferimento ad una categorizzazione di tipo etnico-razziale che sarebbe retrostante alle scelte – ritenute pregiudiziali - dei curanti. Come si evince chiaramente, pertanto, la questione del razzismo (reale o percepito/presunto che sia) ha delle ricadute significative su tutto il percorso di cura.

Se ci spostiamo dalle dichiarazioni degli utenti per considerare quelle effettuate da 'figure intermedie' (mediatori ed operatori di origine straniera), lo scenario cambia ancora una volta, almeno in parte, ma risulta più vicino a quanto emerge da ciò che dicono gli utenti. Le affermazioni che abbiamo raccolto nell'ambito di quest'ultimo gruppo di interviste sono, infatti relative alle seguenti due aree:

128. Il codice bianco talvolta viene assegnato in seguito ad un pregiudizio razziale.

129. Quando arrivo in reparto la prima cosa che mi dicono è: "Con gli stranieri sono sempre disponibili, con noi no...", oppure anche: "Sono arrivato da 3-4 giorni e non mi hanno dato ancora niente". Allora io chiedo: "Come non ti hanno dato niente? Stanno cercando...". E loro: "No, no, perché io sono straniero, vengo trattato male, non mi danno nulla... Io sono trattato male, l'italiano è trattato bene... Al mio paese sono sempre stato trattato bene, qua mi trattano male..."

Come si vede, la prima dichiarazione si riferisce a situazioni di altro genere ancora rispetto a quelle indicate finora, in quanto introduce la questione dei codici di precedenza che vengono assegnati al momento dell'accesso in Pronto Soccorso; sebbene lo scenario sia diverso da quello della dichiarazione n. 126, la categoria del problema è ad esso analoga in quanto ha a che fare con il possibile errore diagnostico effettuato in virtù di un ipotetico atteggiamento pregiudiziale. La seconda dichiarazione, inoltre, è almeno in parte consonante con la n. 125 (che riguarda la dinamica relazionale) ed arriva anche in questo caso a coinvolgere l'ipotesi di una diversa attenzione terapeutica riservata alla popolazione straniera rispetto a quella autoctona.

Come già accennavamo precedentemente, nel rilevare questi aspetti non stiamo affermando che le percezioni degli utenti hanno un corrispettivo di oggettività, né, d'altra parte, pensiamo che gli utenti abbiano torto nel sostenere quanto affermano: non è ora in questione, in altri termini, se e fino a che punto le varie interpretazioni coincidano con la realtà delle cose. Questa dimensione del problema non rientra fra le considerazioni di questo capitolo ed avremo modo di tornarvi nella sezione relativa al percorso di cura. In questa parte del lavoro ci interessa, invece, mettere chiaramente in luce la presenza e la forza del meccanismo interpretativo, in considerazione del fatto che "basta definire una cosa come reale perché essa sia reale nelle sue conseguenze"⁹². La

⁹² Questa affermazione, cui generalmente si attribuisce la caratterizzazione di "teorema di thomas" viene attribuita al sociologo William Thomas ed è alla base delle riflessioni che riguardano le varie

realtà è in gioco In ogni caso: sia nell'ipotesi che alla percezione corrisponda un atteggiamento reale (cosa su cui avremo modo di tornare più avanti analizzando specifici momenti del percorso di cura), sia nel caso in cui non vi sia corrispondenza fra la percezione di razzismo da parte degli utenti e l'atteggiamento degli operatori (poiché questo, come avremo modo di vedere meglio fra breve, non sarà sufficiente a far sì che 'non vi siano effetti reali', cioè che non si verifichi una sorta di 'razzismo delle conseguenze').

Le dichiarazioni di operatori ed utenti manifestano, d'altra parte, una certa discrepanza ed è anche questo un dato da tenere ben presente nella dinamica delle relazioni. Se non c'è ragione di ritenere che gli uni o gli altri mentano o che distorcano la realtà, occorre però interrogare ulteriormente questa questione poiché "tutti hanno ragione, anche coloro che sostengono che non possono avere ragione tutti"⁹³. Rivedendo le varie dichiarazioni sul tema del razzismo ci sembra, pertanto, opportuno effettuare alcune altre considerazioni, proprio a partire dalla mancata corrispondenza non delle affermazioni con la realtà, ma delle affermazioni degli uni con quelle degli altri. Ricordiamo, infatti, che le segnalazioni relative alle accuse di razzismo emergono in modo ricorrente dalle dichiarazioni degli operatori senza che questo si verifichi più di tanto in quelle degli utenti e, soprattutto, che i contesti in cui gli operatori dichiarano che si verifica quanto da loro segnalato (pagamenti ed attese) non compaiono mai nelle dichiarazioni rilasciate dagli utenti i quali, invece, quando parlano di razzismo, tendono a riferirsi a tutt'altro genere di situazioni (dinamica relazionale, procedure diagnostiche). Sembra, in altri termini, che il fraintendimento - forse ancor più il malinteso - trovi in quest'ambito un terreno particolarmente fertile.

Riassumendo, ci sembra plausibile schematizzare quanto segue:

A proposito delle considerazioni degli operatori

Non abbiamo motivo di ritenere che gli episodi che vengono riportati dagli operatori non siano effettivamente avvenuti

Ciò che negli episodi viene etichettato come razzismo assume questo significato nell'*hic et nunc* e/o in una specifica prospettiva, ma, plausibilmente, la stessa situazione ha al proprio interno degli altri elementi che possono dare adito anche ad altre letture

L'accusa di razzismo rimane con forza nella percezione e nella memoria dell'operatore forse perché 'colpisce' significativamente la sua sensibilità, mentre l'utente, in quelle stesse situazioni, è ipotizzabile senta maggiormente il peso di altri fattori

E' possibile che gli operatori 'prendano alla lettera' l'accusa e non s'interrogano ulteriormente sull'effettivo disagio vissuto dall'utente, il quale potrebbe utilizzare quell'etichetta verbale per intendere qualcosa d'altro rispetto al suo significato letterale⁹⁴.

A proposito delle considerazioni degli utenti

Non abbiamo motivo di ritenere che le interpretazioni che forniscono gli utenti non siano legittime

E' possibile che le letture a posteriori fornite dagli utenti forniscano delle interpretazioni in chiave razziale di situazioni effettivamente problematiche, ma che hanno alle spalle (anche) altre determinanti

L'interpretazione in chiave 'oggettivante' che è tipica del sapere professionale tende a non dare rilievo a variabili soggettive (il che vuol dire anche, culturali) che sono inevitabilmente presenti nelle percezioni, nelle relazioni, nelle valutazioni

La forte differenziazione gerarchica che caratterizza la relazione in ambito sanitario, unita alla debolezza linguistica e ad altri fattori può inibire con forza l'espressione diretta (talvolta anche la valutazione stessa) nel qui ed ora delle situazioni

formulazioni della teoria che si autodetermina/auto adempie (fra cui Merton, 1971, Watzlawick et alii, 1971).

⁹³ Sclavi M.,2000, p. 39.

⁹⁴ È la tipica situazione di fraintendimento di cui si è parlato nella sezione relativa al "Quadro teorico" facendo riferimento a quanto caratterizza la comunicazione umana, in particolare utilizzando la riflessione freudiana ("perché mi dici... per farmi intendere...").

Razzismo?

Per contestualizzare diversamente alcune delle situazioni evocate, ci sembra, a questo punto, necessario/opportuno recuperare alcuni argomenti emersi nei capitoli precedenti e vedere come possono aiutarci a reimpostare la questione del pregiudizio razziale.

Come abbiamo già ampiamente affermato, ci è sembrato che manifestasse una forte problematicità l'area relativa alla gestione del tempo. Al di là di quanto evidenziato relativamente alla scarsità di tempo dedicato all'interazione, nel corso del periodo di osservazione anche alla scrivente è capitato più volte di doversi confrontare con delle situazioni che hanno dato adito a notevoli perplessità e disagi. Riportiamo a questo proposito alcuni stralci tratti dal diario di osservazione:

130. Primo giorno di osservazione. Dopo essere stata presentata alla caposala (nel reparto avevano già ricevuto una lettera che preannunciava la mia attività), su sua indicazione faccio un giro di orientamento per vedere come è strutturato il reparto, il quale, anche spazialmente, prevede la presenza di alcune 'sotto-aree', e per prendere contatto con un altro operatore responsabile di una di esse. L'operatore però è in procinto di andare via, pertanto mi dà appuntamento a distanza di un'ora. Dopo 70 minuti dal primo contatto cerco l'operatore, ma mi viene detto che non è ancora rientrato. Mi accingo allora ad aspettare, ma l'infermiere che mi ha appena fornito l'informazione mi sconsiglia di attendere commentando "Lei non la conosce!". Mi dice poi che quello stesso operatore sarà sicuramente in ospedale anche nel pomeriggio e che a volte si ferma anche fino alle 19 di sera. Penso allora di uscire per sistemare un po' di materiale osservativo e per una pausa pranzo e dico all'infermiere che ritornerò dopo un paio d'ore. L'infermiere, da parte sua, sulla scia delle stesse considerazioni che implicitamente erano già emerse, mi consiglia con una certa enfasi di "telefonare prima" in modo da essere sicura che l'operatore che voglio incontrare ci sia, così da non perdere tempo tornando un'altra volta o aspettando senza esito.

131. Secondo giorno della seconda settimana di osservazione. Arrivo in reparto alle 8.00 poiché il giorno prima mi era stato suggerito di venire a quest'ora in quanto era previsto l'arrivo di un paziente straniero e da quel momento in avanti si sarebbe proceduto con 'l'accettazione'. Quando mi presento alle 8.00, però, mi si dice che il paziente era già arrivato da circa tre quarti d'ora e che in quel momento non è presente perché è stato mandato a fare degli accertamenti in un altro reparto. Chiedo spiegazioni all'operatore di turno il quale mi dice che si sapeva (o comunque si dava per scontato) che il paziente sarebbe arrivato prima (si trattava di un proseguimento di un ricovero precedente, che non prevedeva un'accettazione da effettuare ex-novo). Mi chiedo perché l'operatore del giorno prima mi abbia dato questo orario se era così scontato che l'utente sarebbe arrivato prima: ho perso, in questo modo, la possibilità di osservare direttamente una serie di interazioni. Comunque il paziente tornerà; mi accingo, quindi, ad aspettare.

Dopo due ore il paziente non è ancora rientrato, ma nessuno dà segno di notare la cosa.

Alle 10.15 un medico segnala di aver visto il paziente, il quale sta erroneamente aspettando nel settore delle radiografie (immagino che il medico che sta riferendo questa cosa gli abbia dato l'informazione corretta su quello che deve fare). Gli operatori mi informano che alle 13.00 arriverà il mediatore della stessa area linguistica del paziente per spiegargli alcune procedure prima della dimissione.

Alle 10.40 il paziente rientra accompagnato da un genitore (si tratta di un adolescente e noto che il genitore ha evidenti difficoltà nel parlare italiano). Un operatore li informa del fatto che alle 13.00 arriverà il mediatore e che, pertanto, occorre che loro aspettino fino a quell'ora prima di andarsene.

Alle 13.20 il mediatore (che mi dicono essere in genere puntuale) non è ancora arrivato. Arriverà alle 13.30 circa e mi dirà che il paziente è già noto alla struttura in quanto seguito per un problema cronico ed ha già avuto più ricoveri e visite ambulatoriali. Viene quindi effettuato l'incontro con il paziente, che dura circa 40 minuti, dopo di che il paziente deve attendere ancora perché sarà un altro medico a dargli le indicazioni sulla base delle quali potrà essere dimesso e questo non potrà avvenire prima delle 15.00.

132. Stesso giorno dell'osservazione precedente. Mentre attendo il rientro del paziente per il quale ero venuta alle 8.00, si verifica quanto segue:

- a. alle 9.45 uno specializzando mi dice che nell'arco di 10 minuti farà la visita ad una paziente straniera. Attendo (dopo un'ora e un quarto, alle 11.00, non si sarà ancora fatto vivo);
- b. alle 10.10 una paziente si avvicina alla caposala segnalandole che aveva un appuntamento alle 9.00 e che sta ancora aspettando;
- c. gli operatori mi avevano informato che intorno alle 10.00 è previsto il giro dei medici per una delle aree di specializzazione presenti nel reparto, ma alle 10.20 non c'è ancora traccia dei medici (poi non mi accorgerò a che ora inizierà il 'giro' perché nel frattempo sarò impegnata in altro);
- d. uno degli altri specializzandi, dopo le 11.00, mi dice che farà la sua visita fra 15 minuti, ma dopo 30 minuti, alle 11.30, lo sto ancora aspettando: non so quando arriverà perché nel frattempo starò affiancando un altro operatore).

Giorno successivo, stesso reparto: alle 9.55 il dottor X mi dice di dover 'sistemare una lettera' (solo spedirla, la lettera è già stata scritta) dopo di che sarà disponibile a farsi affiancare per le sue visite. Alle 10.25 sto ancora aspettando; nella mezz'ora successiva il medico mi passa davanti più volte, ma non interagisce a nessun livello. Cerco di fargli vedere per ricordargli indirettamente della mia presenza e lui mi fa cenno che 'si ricorda'. Attenderò in totale circa un'ora e mezzo prima di poter fare quanto preannunciato. Sembra che qui il tempo di attesa non venga neanche percepito (è tempo degli altri).

Le tre *tranche* di osservazioni riportate evidenziano, nella percezione di chi osserva, quanto emerge dal suo stesso commento al termine del resoconto n. 132: mentre la scarsità di tempo a disposizione viene indicata dagli operatori come un vincolo che inficia la possibilità stessa della relazione, il 'tempo altrui' sembra quasi non venire percepito e comunque gli operatori, per lo meno in un certo numero di situazioni, non mostrano di averne considerazione. Questo elemento ci sembra rilevante in quanto contribuisce in buona misura a creare situazioni di disagio che sfociano facilmente in accuse di razzismo e che danno adito a vere e proprie *escalation* dell'aggressività (come riportano in diverso modo utenti ed operatori e come ci è stato talvolta possibile osservare anche direttamente nella loro interazione). E' d'altra parte evidente che tutto questo non concerne tanto la relazione con l'utenza straniera, quanto una sorta di egocentrismo della percezione in virtù del quale gli operatori non si pongono nella condizione di considerare la compresenza di diverse prospettive all'interno di una stessa situazione e, tantomeno, di agire di conseguenza. Il tono di scontatezza con cui l'infermiere dell'osservazione n. 130 afferma "Lei non la conosce!" in contrapposizione con la mancanza di cura con cui l'operatore aveva dato appuntamento a distanza di un'ora, l'aproblematicità del fatto che l'utente dell'osservazione n. 131 rimane in attesa per ore per poter effettuare degli accertamenti routinari e ricorrenti mentre sia a lui che all'osservatrice vengono fornite delle informazioni del tutto approssimative che comportano un progressivo aggravio del tempo di attesa, il continuo rinvio degli impegni della sequenza n. 132 senza che mai si dia segno di attenzione rispetto a quanto sta accadendo, sono tutti elementi che rendono evidente quanto stiamo cercando di mettere in luce: 'il tempo degli altri' non sembra rientrare nella percezione degli operatori, i quali sono plausibilmente ben poco propensi a considerare il disagio che questo tutto questo produce. Gli altri di cui si parla, in questo caso, non sono tanto gli stranieri in rapporto agli autoctoni, quanto gli operatori in rapporto ai non-operatori. Il problema che si produce nella relazione, pertanto, concerne senz'altro il rapporto fra culture, ma non nel senso che vi sia una cultura degli immigrati che si contrappone a quella degli italiani, bensì in relazione ad una realtà ospedaliera che si costruisce attorno ad una dinamica organizzativa che fa della quantificazione del tempo l'elemento su cui commisurare il proprio operato ed a cui corrispondono operatori che implicitamente assumono questa caratterizzazione culturale (sollevando il problema del 'loro tempo' e, al contempo, cessando di percepire il 'tempo altrui').

Come in definitiva afferma uno degli utenti intervistati, sigillando in modo lapidario molte delle considerazioni effettuate sull'argomento:

133. La questione è generale, non riguarda solo gli stranieri, anche se talvolta può esserci qualche episodio di razzismo con qualche operatore.

L'etichetta di razzismo che viene con relativa facilità utilizzata per caratterizzare molte situazioni, pertanto, rischia di essere fuorviante non perché non vi sia nessun problema a tale livello, ma in quanto gli stessi episodi sono intessuti di molte altre problematiche che talvolta si aggiungono ad una difficoltà di fondo che può avere connotazioni razziali, ma che molte volte sono indipendenti da esse. Come afferma l'utente del resoconto n. 133 nella prosecuzione del suo discorso:

134. Sono cose che succedono anche agli italiani, ma l'africano dice 'perché sono straniero'.

La chiusura di questa affermazione reintroduce implicitamente, ma con efficacia, la questione della circolarità ermeneutica, in questo caso non tanto per il fatto che si inneschi un movimento virtuoso capace di mettere alla prova i presupposti di partenza e di rivederli su questa base, ma nel senso di una viziosità ricorsiva che si appaga di un'interpretazione plausibile e che la rilancia cristallizzandola in stereotipo. Se è questo il movimento in cui è irretito l'utente, in esso gioca una parte di rilievo la posizione dell'operatore, il cui fondamentale apporto, se rimaniamo ancorati alle attese che danno adito ad interpretazioni di razzismo, consiste nel continuare a darne per scontata la presenza in quanto ritenute del tutto ovvie, mentre così non è affatto almeno nella percezione dell'utente.

Uscendo ora dalla questione delle accuse di razzismo in relazione alle attese per entrare in quella delle altre situazioni menzionate nel capitolo precedente, occorre rilevare che nel corso del periodo di osservazione non si è assistito ad episodi in cui si sia usato esplicitamente il termine 'razzista' e che, semmai si è assistito ad alcune situazioni in cui i comportamenti hanno assunto una caratterizzazione che avrebbe facilmente potuto far scivolare le espressioni verbali in questa direzione (parleremo di tali episodi in altre sezioni di questo lavoro in relazione alle specifiche tematiche che sono di volta in volta al centro della dinamica) senza che ciò avvenisse di fatto. In linea con questo, riportiamo il seguito del racconto dell'utente a cui risalgono le due ultime espressioni riportate (n. 133 e n. 134), poiché, al termine della narrazione di uno specifico episodio da lui stesso vissuto, commenta quanto accaduto dando concretezza all'affermazione n. 133 e facendo intravedere quanto asserito con l'espressione n. 134, cioè che vi sarebbe la possibilità di interpretare alcuni avvenimenti in chiave razzista senza che questo si verificasse necessariamente.

135. Alle ore 18 avevo un forte dolore allo stomaco: avevo problemi allo stomaco e pensavo che sarebbe passato. A mezzanotte avevo ancora molti dolori e allora ho preparato i bagagli e all'una di notte sono andata al Pronto Soccorso. Mi hanno dato un codice bianco, ma sono passata velocemente, dopo trenta minuti/un'ora, non come di solito. Non ricordo se mi hanno fatto i raggi o altre cose. Dicono che c'è una gastrite e non ricordo se mi hanno fatto un'iniezione o se mi hanno dato delle pastiglie... comunque mi hanno dato qualcosa e mi hanno tenuto ancora un po' lì, fino alle 4 del mattino. Alle 4 andavo meglio, anche se i dolori non erano terminati e mi hanno detto di andare a casa. Sono venuta a casa e non sono riuscita a dormire. Sono andata avanti fino alle 12 resistendo ai dolori, cercando sempre di fare qualcosa. Alle 13 ho chiamato un amico e mi sono fatta accompagnare in ospedale. Verso le 14 o le 15 mi hanno ricevuta e mi hanno detto: "Aspetta che ti richiamiamo". Ho aspettato fino alle 19 e stavo malissimo, avevo dolore forte. C'era lì una signora con il figlio marocchino di 5 anni e il bambino a un certo punto è andato a dire "guarda che la mia zia sta morendo". La signora marocchina ha chiesto per me e loro hanno detto "Questo caso lo conosciamo, era qui alle 4 di mattina". Mi hanno messo da qualche parte e non succedeva niente e io continuavo a avere dolore. A un certo punto ho visto un medico che conoscevo perché seguiva mia mamma quando era in ortopedia, l'ho chiamato. Lui mi ha riconosciuta, è entrato da loro e loro subito sono venuti a prendermi. Mi hanno fatto l'ecografia, poi una TAC e c'era una cisti al pancreas. Allora mi hanno ricoverata al Monoblocco. (...) Tutto questo è successo non perché sono straniera. Il

problema è che la gente pensa di sapere di cosa soffrono gli ammalati (...) ...non sanno cosa la persona sente.

In questo racconto sono presenti alcuni degli elementi che potrebbero rimandare alle affermazioni riportate nel capitolo precedente e che, come implicitamente emerge al termine del resoconto stesso, potrebbero facilmente dare adito ad interpretazioni in chiave razzista:

- un errore diagnostico effettuato in sede di attribuzione del codice colore al momento dell'accettazione in Pronto Soccorso (cfr. n. 128) e reiterato al momento del secondo accesso;
- un'attesa prolungata per ottenere la prestazione nel caso del secondo accesso;
- un'assenza relazionale che si protrae per tutto il periodo dell'attesa e che si sblocca solo interpellando una figura conosciuta in altra occasione.

La scelta dell'utente è, invece, di non scivolare in questo tipo di interpretazione e di mettere l'accento su un atteggiamento del personale sanitario, medico in particolare, che mostra una scarsa propensione ad uscire da una viziosità ermeneutica per dare cittadinanza agli elementi che consentirebbero una diversa articolazione del circolo dell'interpretazione. Nella prospettiva dell'utente è, infatti, la 'presunzione di sapere' dell'operatore che svalorizza aprioristicamente l'interlocuzione con il paziente, portando avanti quella comunicazione centrata sulla figura del medico di cui si è precedentemente parlato e che tende a relegare sullo sfondo quanto il paziente esprime, tanto più se, come avremo modo di vedere più avanti, c'è la possibilità che questo possa essere ricondotto ad una caratterizzazione culturale (la qual cosa richiederebbe, al contrario, di mettere in atto forme di incoraggiamento della partecipazione e di attivarsi in senso autoriflessivo a partire da un'attenta considerazione delle proprie aspettative). Al di là di tutto questo, la cosa che in questo momento ci preme mettere in luce è che quella stessa situazione, come implicitamente fa intravedere l'utente, avrebbe potuta essere letta diversamente ("Tutto questo è successo non perché sono straniera", come a dire: un altro al mio posto avrebbe potuto interpretare l'accaduto in questo senso, sono infatti "cose che succedono anche agli italiani, ma l'africano dice 'perché sono straniero'").

Il fatto che le difficoltà incontrate nell'usufruire dei Servizi possano essere più attribuite ad una sostanziale volontà/non volontà degli operatori, colorandole di razzismo, è d'altra parte avvalorata dalla presenza di altre variabili interpretative. Come afferma un medico di origine africana, ci sono infatti anche altri fattori che intervengono:

136. Un problema con gli stranieri è poi che non si riesce a fargli capire che 'non funziona come dicono loro', come è successo per esempio con un nigeriano che mi voleva parlare perché il medico non voleva prolungargli il periodo di malattia. Vengono da me a chiedere in quanto 'sorella', non capiscono che c'è una legge e che non puoi. La stessa cosa avviene per la richiesta di farmaci: non capiscono che è solo il proprio medico che può prescriberli. Queste situazioni si verificano spesso perché in Africa le cose funzionano diversamente.

Le variabili in gioco sono, pertanto, molteplici su entrambi i versanti e quella del razzismo sembra talvolta rappresentare una scorciatoia interpretativa che fa scavalcare la complessità del problema tanto sul versante degli utenti, quanto su quello degli operatori.

In tal senso, come ultimo rilievo, ci sembra anche opportuno richiamare il fatto che da parte degli operatori si verifica talvolta un ribaltamento interpretativo che fa assumere alle situazioni una veste piuttosto farsesca, con una sorta di rovesciamento delle posizioni accusatori e accusati:

137. Ho notato che sono loro i razzisti nei nostri confronti che ci accusano che noi operatori non li trattiamo al pari di altri pazienti.

Si viene così nuovamente respinti al tema del pregiudizio preventivo, questa volta con ruoli invertiti.

Ineducazione

Dal razzismo (degli operatori) alla maleducazione (degli utenti)

L'insoddisfazione per il rapporto è reciproca per utenti ed operatori ed assume dei toni piuttosto esacerbati nelle espressioni di entrambi. Se, per quanto riguarda gli operatori rispetto agli utenti, il termine razzismo è quello che è stato evocato con maggiore frequenza, per quanto concerne, invece, gli utenti rispetto agli operatori è la parola "maleducazione" a ricorrere più delle altre. D'altra parte, così come può verificarsi un vero e proprio ribaltamento delle posizioni nel caso della percezione di razzismo (come rendono esplicite affermazioni analoghe alla n. 137), nel caso della percezione di maleducazione la specularità è piuttosto frequente. Sulla base di una catalogazione di massima delle affermazioni si evidenzia in particolare che:

- sia gli operatori che gli utenti fanno riferimento a situazioni che loro stessi definiscono di "maleducazione", di "mancanza di rispetto", di "offesa": le espressioni riportate sono degli operatori rispetto agli utenti (con molta frequenza), così come degli utenti rispetto agli operatori (in numero minore);
- gli operatori tendono a parlare anche di arroganza ed aggressività nei loro confronti da parte degli utenti stranieri, affermando inoltre che gli stessi sono "pieni di pretese" ed "eccessivamente insistenti";
- gli utenti parlano anche di "cattiveria", di "mancanza di sensibilità", di "inciviltà" degli operatori nella relazione con loro.

Riportiamo qui di seguito degli stralci di affermazioni che esemplificano le diverse tipologie appena elencate:

138. Affermazioni degli operatori:

- a. *Molto spesso veniamo trattati malamente, senza rispetto, con maleducazione da parte loro, ma il personale per contro deve essere sempre cortese.*
- b. *Da noi quando si presentano per il problema della gravidanza o per altri accertamenti pretendono tutto e subito con alle spalle una maleducazione fuori dai limiti, il rispetto non lo conoscono.*
- c. *Noi operatori, che da un lato cerchiamo di modificare il nostro comportamento, ci troviamo comunque di fronte a delle persone molto arroganti e piene di pretese.*
- d. *Paesi con i quali realmente si incontrano difficoltà sono ad esempio rumeni, albanesi, marocchini per l'aggressività, cinesi per la lingua.*

139. Affermazioni degli utenti:

- a. *C'è uno[operatore] in particolare che non dimenticherò mai: è cattivo.*
- b. *A Padova gli operatori sono molto maleducati e poco civili.*
- c. *Ti senti 'oggetto di lavoro', manca sensibilità (...). Nessuno ti dice niente: questa è la cosa brutta. Agiscono senza dirti niente di quello che ti sta succedendo. Sei oggetto di controllo di tutti. Si scambiano fra loro le cose, passano, fanno quello che devono fare...*

Se questo è il tono generale di una parte delle affermazioni, occorre rilevare che sia operatori che utenti, talvolta, prendono anche distanza dalle eccessive generalizzazioni insite nei loro stessi discorsi, affermando che non sempre la relazione assume una forma negativa e specificando che, al di là del discorso generale, a cui riconoscono una certa

validità, ci sono delle eccezioni (e non mancano neanche coloro che, al contrario, tendono ad esprimere soddisfazione).

Ineducazione al rapporto

In considerazione di quanto detto finora, ci sembra opportuno distogliere almeno parzialmente l'attenzione dal razzismo come dimensione centrale della relazione che intercorre fra operatore (italiano) ed utente (straniero) per mettere, invece, a fuoco una questione più vasta che concerne una sorta di 'ineducazione' al rapporto con l'alterità. In realtà di questo abbiamo già avuto modo di parlare, ma vorremmo tornare sulla questione per metterne in evidenza altri aspetti.

Il breve resoconto che riportiamo qui di seguito è relativo ad un colloquio effettuato con un ex utente italiano, coniuge di un immigrato il quale ha a sua volta avuto rapporti con la struttura ospedaliera e fa riferimento ad un episodio verificatosi in occasione di un suo ricovero ospedaliero nel quale si era trovato a condividere la stanza con un altro utente straniero:

140. In camera con me c'era una ragazza nigeriana che non capiva l'italiano e l'infermiera le ripeteva sempre le stesse cose in italiano. Ad un certo punto ha cominciato ad offenderla dicendo 'non capisce niente'... Ad un certo punto sono intervenuta e le ho detto: 'Non è che non capisce niente, se parli inglese ti capisce'....

La letteralità delle parole, in questo caso, non è in sé offensiva: il "non capisce niente" avrebbe potuto essere riferito semplicemente al fatto che l'utente non capiva la lingua italiana e non ad abilità cognitive generali come ha, invece, inteso la persona che ha assistito a questo episodio. Plausibilmente, in questo caso, è stato il tono, oltre che la dinamica generale della situazione a far propendere per questa seconda interpretazione. Al di là di questo, l'episodio ci consente di mettere a fuoco alcune questioni: il fatto che la letteralità delle affermazioni va sempre collegata al contesto che le ospita, poiché è la situazione contestuale a fornirne il senso, e, soprattutto, la particolare dinamica che sembra essersi instaurata fra operatore ed utente, di cui non abbiamo parlato nella parte relativa alle competenze linguistiche, ma che si verifica in modo piuttosto ricorrente nelle situazioni in cui gli interlocutori fanno riferimento ad aree linguistiche diverse. Analogamente a quanto avvenuto nel caso n. 140, infatti, nel periodo di osservazione ci è stato possibile assistere ripetutamente a situazioni in cui l'operatore ripeteva più volte le stesse cose senza mettere in atto alcun'altra strategia di comunicazione per farsi capire. Riportiamo, a questo proposito, quanto verificatosi in relazione ad un utente (italiano, di età anziana):

141. Ufficio Relazioni con il Pubblico. Un utente si presenta per una problematica di tipo sanitario non direttamente collegata all'Azienda Ospedaliera e che richiederebbe un'attivazione a livello territoriale (ULSS /Servizi sociali del Comune). L'operatore ritiene anche che il problema presentato possa essere di competenza del Tribunale Del Malato, una struttura di volontariato ubicata all'interno della compagine ospedaliera ed informa pertanto l'utente che "c'è una struttura avvocati" a cui è possibile rivolgersi. Fornisce, quindi le informazioni per raggiungerla. L'utente, però non sembra orientarsi nel sistema di riferimenti che gli fornisce l'operatore e mostra di non capire. L'operatore ripete quanto appena già detto, ma l'utente mostra ancora di non capire. Questa dinamica si ripete più volte. Il percorso da effettuare è piuttosto semplice ed anche le parole utilizzate dall'operatore lo sono, ma i riferimenti che l'operatore utilizza sono con tutta evidenza sconosciuti all'utente in quanto relativi alla strutturazione dell'Ospedale. Mi stupisce che l'operatore non mostri di accorgersi di questa gergalità interna, poiché continua a ripetere le stesse parole con molta calma, evidentemente sforzandosi di avere un tono adeguato, ma senza variazioni e senza successo. Mi stupisce ancora più il fatto di constatare che affissa al muro c'è una grande cartina dell'ospedale, ma all'operatore non viene in mente di farne uso per sbloccare la situazione. Alla fine di questa interazione l'utente esce mantenendo un'espressione perplessa.

Abbiamo scelto di riportare questa situazione fra altre in quanto ci ha colpito per la sua ripetitività, per il tono controllato costantemente mantenuto e per la facilità con cui l'operatore avrebbe potuto ricorrere a strategie alternative di comunicazione di cui non si è, invece, avvalso. In questo caso l'ineducazione al rapporto non è collegata alla diversità culturale in senso stretto, ma ad una rigidità comunicativa che evidenzia la difficoltà di decentrarsi rispetto al proprio sistema di riferimenti. Quando, invece che con italiani, si ha a che fare con persone che non parlano la stessa lingua, la cosa diviene per certi versi comica in quanto si assiste a situazioni in cui alla ripetitività dei termini fa da corrispettivo una continua variazione dei toni: diversamente da quanto avvenuto nella situazione n. 141, in cui l'operatore ha mantenuto un tono invariato, il volume della voce tende ad alzarsi di ripetizione in ripetizione (come se si avesse a che fare con un problema di tipo acustico).

Tornando a quanto dichiarano gli operatori relativamente alla relazione con gli utenti stranieri, al di là delle ricorrenti affermazioni relative alla maleducazione degli stessi, di cui il raggruppamento n. 138 ha fornito una tipologia di base, sono state raccolte anche delle dichiarazioni di diverso tenore: qualcuno tende anche a parlare di "timidezza" degli utenti stranieri, di un loro "disorientamento", della presenza di "atteggiamenti impauriti", nonché di comportamenti che richiamano "rassegnazione" (tendenzialmente femminile) e "rabbia" (tendenzialmente maschile). Molto dettagliata ed esplicita, a questo proposito, è la testimonianza seguente:

142. Rilevo l'enorme difficoltà a rapportarmi con loro. Quando ormai arrivano al nostro ambulatorio, già allo sportello non ci si capisce su cosa devono fare o dove devono andare, e a volte vedi negli uomini rabbia e nelle donne rassegnazione. Li vedo persi in sala d'attesa dove spesso vengono isolati o guardati con sospetto (non solo dai pazienti). Quando li chiami sbagliano a dire il nome, essendo per noi quasi incomprensibile, sembra che si sentano tutti gli occhi addosso e li vedi o timidi e si scusano quasi ad essere lì o strafottenti e si alzano guardando tutti con cattiveria (ritengo comunque sia una forma di difesa). (...) Raramente instauri qualcosa di più di due parole anche se cerchi di spiegare quello che gli fai. In laboratorio io vedo il panico negli occhi perché non capiscono quello che viene fatto loro. Quando arrivano in barella dal Pronto Soccorso ho notato che raramente parlano o si lamentano se aspettano. Possono restare là per ore che non sai nemmeno di averli (al contrario di noi italiani che dopo trenta secondi diciamo: "Ho tanto da aspettare?"). Mi resta il sospetto, quando vanno via, che si chiedono: "E allora, cosa ho fatto, cosa devo fare? Non ho capito proprio niente di quello che mi è successo". La mia sensazione è che normalmente il rapporto sia di diffidenza reciproca, dovuta a loro che si trovano in un Paese straniero, lingua straniera etc.. ed a noi che siamo fondamentalmente ignoranti della loro cultura.

Sarebbe interessante entrare nei dettagli di questo resoconto in quanto, al di là del fatto che rappresenti una posizione interpretativa scarsamente diffusa fra gli operatori e che possa anche non corrispondere alla normalità delle situazioni, mostra una certa capacità di mettere a fuoco la difficoltà incontrata dagli interlocutori. Nella descrizione dell'operatore, il disagio colto sul versante degli utenti sembra dar adito ad una fenomenologia piuttosto articolata di comportamenti (rabbia, rassegnazione, spaesamento, timidezza, strafottenza, panico, titubanza...), mentre per quanto riguarda la posizione degli operatori si parla di difficoltà e sospetto e, per entrambi, di incomprensione e diffidenza. Al di là della vastità della gamma relativa ai comportamenti reali e possibili, questo resoconto ci aiuta a mettere in evidenza il fatto che le situazioni possono assumere ed assumono di fatto un senso diverso a seconda che il disagio retrostante venga rilevato o meno e che, nella riflessione, gli si riconosca o attribuisca una posizione centrale o marginale. Quello che sembra emergere in modo generalizzato dai resoconti degli operatori quando riferiscono della maleducazione ed arroganza degli utenti stranieri (ma anche quando, al contrario, parlano della loro remissività e disagio), pertanto, non è necessariamente un errore interpretativo: le

situazioni posso essere lette in una prospettiva o in un'altra spesso in modo del tutto legittimo. Ciò che, invece, ci sembra problematico è il fatto che si sia scarsamente propensi, nell'interpretazione delle situazioni, ad attuare quelle strategie di decentramento o di auto-riflessione che consentirebbero di mettere a fuoco la specificità della posizione interpretativa che si sta assumendo e, di conseguenza, la possibilità, altrettanto legittima, di letture alternative. Questo passaggio è altamente difficoltoso, forse più degli altri messi in luce finora, in quanto richiede di effettuare un movimento di riconversione su di sé dello sguardo che si situa al limite della paradossalità: come l'occhio che guarda non può vedere se stesso nel guardare, è quasi miracolistica l'idea di un soggetto che possa uscire da se stesso per mettere a fuoco il punto di vista attraverso il quale inquadra le situazioni di cui è parte. In realtà ci sono molti ausili che si possono utilizzare per delle riflessioni in tal senso, come alcuni dei testi di cui ci stiamo avvalendo mettono efficacemente in luce, ma questo movimento è senz'altro uno dei più ardui da compiere. Proprio per questo ci sembrano particolarmente preziose le osservazioni di coloro che, come accade per la n. 142, formulano delle considerazioni (seppure ancora piuttosto generiche) anche relativamente alla propria posizione: dire "rilevo l'enorme difficoltà a rapportarmi con loro" non è, infatti, lo stesso che asserire 'loro sono difficili', così come affermare 'sono diffidenti' non è la stessa cosa che dire "la mia sensazione è che normalmente il rapporto sia di diffidenza reciproca". Da questo genere di osservazioni può forse prendere avvio un altro livello di analisi, volto non semplicemente a mettere a fuoco la posizione dell'altro con il rischio connesso di portare avanti delle distorsioni interpretative in chiave etnocentrica, ma a considerare anche quali sono le caratteristiche della propria posizione poiché si è consapevoli che è attraverso di esse che gli accadimenti vengono inquadrati in un modo o nell'altro. In chiave relazionale è un po' come spostarsi in direzione del terzo assioma della pragmatica della comunicazione umana: "La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti", anche se, in questo caso, non si è in gioco solo la "punteggiatura", ma, in senso più lato e complesso, tutto l'orizzonte interpretativo.

Rimanendo sul versante degli operatori, al coro di recriminazioni verso gli utenti stranieri si aggiungono, quindi, anche delle considerazioni che riguardano, talvolta, la propria posizione e, più spesso ed in modo generalizzato, la propria categoria di appartenenza. Alcuni resoconti fanno riferimento, infatti, alla presenza, nel gruppo dei colleghi e delle altre tipologie di operatori sanitari, di atteggiamenti diffidenti/pregiudiziali, di reazioni eccessive ed offensive, di insofferenza, ansia, rabbia, di scarsa sensibilità verso gli utenti. Sono di questo tenore affermazioni analoghe al raggruppamento che riportiamo qui di seguito:

143. I medici sono i primi insofferenti nei confronti degli stranieri. Ma è importante che tutte le figure siano educate a un'utenza difficile e in aumento.

Imparare a relazionarsi e ad avere la predisposizione all'ascolto è ciò che si dovrebbe approfondire. Servirebbe un corso dove ci insegnino a controllare i nostri preconcetti e a moderare l'ansia e la rabbia.

[Rispetto a certe reazioni]andiamo a toccare altri tasti come la sensibilità del personale...

Sulla stessa linea, ma in modo più articolato, troviamo anche delle osservazioni analoghe alla seguente:

144. L'episodio riguarda un paziente giovane africano di cui non ricordo la nazione e che doveva fare una visita ortopedica alla schiena per un dolore che lamentava da tempo visto che con sé aveva più documentazioni (varie radiografie, TAC, R.M). Il paziente non parlava italiano, parlava un po' l'inglese ma molto poco. Il medico ha visitato il paziente. Tentava di chiedere che lavoro svolgeva, cosa faceva e se aveva male durante la visita. Tutto questo con molta difficoltà. Il medico ha iniziato anche ad innervosirsi un po' visto

che la sua visita risultava alquanto complicata perché non riusciva a capire quanto gli chiedesse. Io in questa situazione mi sono sentita molto inutile perché non sapevo dare aiuto e imbarazzata per l'aggressività che iniziava ad avere il medico contro il ragazzo che invece manteneva la calma, forse abituato a questi episodi. Alla fine il medico, dopo aver visitato il paziente ed aver consultato scrupolosamente tutta la documentazione, scrisse la lettera per il suo medico di base invitandolo ad un'altra visita ortopedica con l'unità operativa della chirurgia del rachide; passando così il problema ad un altro collega.

In questo caso il resoconto, oltre a descrivere una situazione nel corso della quale il collega operatore scivola verso un atteggiamento di aggressività, evidenzia anche la possibilità di un esito non del tutto felice della consultazione. Da una parte la documentazione viene visionata dal medico in modo scrupoloso, ma, dall'altra, la dinamica della visita fa emergere delle lacune che non sembra vengano affrontate con apposite strategie: se, infatti, "il ragazzo non riusciva a capire quanto gli si chiedesse" è probabile che le domande postegli dal medico non trovassero risposta. Sulla scia della considerazione finale di colui che redige il resoconto ("passando così il problema ad un altro collega"), viene allora da chiedersi quanto la dinamica instauratasi (connotata da aggressività) e la relativa carenza di risposte possano aver inciso sul percorso di cura anche in termini di formulazione diagnostica e di moltiplicazione delle prestazioni su un singolo caso⁹⁵.

Se, dagli operatori, ci spostiamo sul versante degli utenti, anche in questo caso troviamo delle osservazioni che riconoscono la presenza di forme di aggressività e di inadeguatezza relazionale all'interno del proprio gruppo di appartenenza. D'altra parte gli utenti tendono a fornire delle spiegazioni aggiuntive dei comportamenti messi in atto da coloro che appartengono alle loro rispettive aree geografico-culturali affermando che si tratta in certa misura di:

- aggressività dovuta alla difficoltà di esprimersi;
- comportamenti dovuti a senso di frustrazione ed imbarazzo.

Non manca, cioè, da parte degli utenti, il riconoscimento di un'inadeguatezza relazionale che sconfinava nei territori della maleducazione, ma, diversamente da quanto avviene per gli operatori, la spiegazione che ne forniscono non fa riferimento ad una 'personalità culturalmente caratterizzata', ma ad una problematica che ha anche un carattere relazionale e comunicativo. La difficoltà ad esprimersi, così come il senso di frustrazione ed imbarazzo, infatti, non si collegano esclusivamente a delle caratteristiche che sarebbero ipostaticamente presenti nelle 'personalità'/nelle 'culture', ma a situazioni che prendono forma nelle contingenze relazionali.

Non manca peraltro neanche da parte degli utenti, in questo del tutto specularmente a quanto avviene con gli operatori, la costruzione di una categoria pregiudiziale che orienta le interpretazioni: quella relativa alla 'maleducazione' degli operatori italiani.

Tutto ciò potrebbe essere piuttosto scontato e banale se ci si fermasse ad un livello globale di scontento e di affermazioni generalizzate. In realtà, sono molti gli episodi che indicano come queste percezioni reciproche siano pervasive ed attivamente presenti nelle relazioni e che segnalano anche la presenza di vere e proprie situazioni di escalation dell'aggressività.

La spirale dell'aggressività

Nel corso del periodo di osservazione sono state soprattutto le giornate trascorse al Pronto Soccorso centrale ad evidenziare la presenza di situazioni di forte disagio ed

⁹⁵ Su entrambe queste questioni avremo modo di tornare nella sezione relativa al "Percorso di cura".

aggressività ed a far emergere, al contempo, quanto la disattenzione relazionale ne fosse una delle componenti prioritarie. Rimandiamo al capitolo relativo all'organizzazione la descrizione di alcune caratteristiche di quest'area e riportiamo, invece, ora, uno degli episodi a cui si è assistito in quella sede:

145. Ore 11.05, aree d'attesa n. 3 e n. 4. Fra le persone in attesa c'è anche un gruppetto costituito da due donne e due bambini che, dai tratti somatici e dall'abbigliamento, fanno pensare che siano di origine Rom. Dopo qualche minuto una delle donne si avvicina all'operatore della 'barriera'⁹⁶. Non sento che cosa gli sta dicendo, ma solo che chiede qualcosa invocando più volte 'per favore' con aria supplichevole. Dopo un po', quando l'operatore sembra in un momento di relativa calma dal lavoro, gli chiedo se posso rivolgergli qualche domanda. Risposta: "Dipende se devo rispondere in modo ufficiale o ufficioso". La risposta, immediata, mi sembra difensiva, quindi gli dico: 'Come vuole', in modo da lasciargli libertà di scelta e spiego le ragioni della mia presenza dicendo che sto svolgendo una ricerca per capire quali sono i problemi che si incontrano con gli stranieri. Sua risposta, senza guardarmi in faccia: "Preferirei non rispondere", poi borbotta qualche affermazione sull'opportunità che "vengano chiuse le porte", mi volge le spalle e si allontana di qualche passo. Desisto nella richiesta e mi metto in una posizione defilata per continuare nell'osservazione. Mentre sto scrivendo torna la signora che si era avvicinata precedentemente, la quale si rivolge di nuovo allo stesso operatore che, ancora una volta, 'nettamente', le dice che "ha già chiesto al medico", troncando ogni suo tentativo di richiesta ulteriore. La signora inizia a vagare per il corridoio e le aree di attesa cercando altri a cui rivolgersi. Un operatore esce da uno degli ambulatori che danno sul corridoio. La signora lo avvicina e la risposta che ottiene è un altro, secco, "devi aspettare". La signora torna nell'area di attesa ed inizia a lamentarsi ripetendo più volte "Devi aspettare, devi aspettare. Per avere una medicina devo aspettare 10 ore!". Intanto uno dei due bambini del gruppetto sta piangendo. L'operatore iniziale a questo punto prende in mano il microfono e dice con fare risoluto: "I pazienti devono aspettare in sala d'attesa e non in corridoio"; ripete questa frase un paio di volte sovrastando con il microfono la voce delle poche persone in corridoio. La signora (che nel frattempo era già tornata in sala d'attesa) alza il tono della voce: 'Basta....' ed aggiunge qualche altra parola che, nel caos della situazione, non capisco. Arriva un operatore del servizio di vigilanza il quale dice a tutti (me compresa) di spostarsi in "sala d'attesa". Da parte mia gli rispondo con un "Non posso, mi dispiace". Lui mi dice allora "Faccia lei" e torna a rivolgersi alle altre persone presenti perché si spostino più decisamente verso l'area di attesa (una rientranza del corridoio). Sono le 11.30.

L'episodio così riportato, se da una parte descrive la successione degli eventi, dall'altra non rende ragione dello stato di concitazione che è stato possibile cogliere in quella mezz'ora di osservazione. Se le parole scambiate, numericamente parlando, sono state solo poche in più rispetto a quelle che abbiamo riportato, i toni con cui venivano formulate manifestavano una forte esasperazione e tutta la dinamica non verbale ne rafforzava il senso di sgradevolezza. Il tutto si svolgeva in un contesto di forte disattenzione relazionale e soprattutto la circostanza in cui l'operatore, senza che ce ne fosse un oggettivo bisogno, ha parlato al microfono, ha marcato un momento di *escalation* dell'aggressività, tanto che il rumore di fondo si è accentuato (proteste della signora che ha ulteriormente alzato il tono di voce, pianto del bambino che è divenuto più insistente ed acuto, altre voci che si sono aggiunte) e non si è trovato alcun altro modo di gestire la situazione che quello di ricorrere all'intervento del servizio di vigilanza, evidenziando con questo la forte carenza di risorse sul piano relazionale. Quella del ricorso al servizio di vigilanza è, peraltro, una strategia che gli operatori hanno segnalato più volte nell'ambito del corso di formazione, in genere come ultimo ausilio di cui si avvalgono in coda ad episodi di *escalation* dell'aggressività che si verificano nella relazione con gli utenti.

⁹⁶ Si tratta di un'area che separa – anche se solo in parte - attraverso un tavolo cui sta seduto un operatore, la sezione del corridoio a cui possono accedere i pazienti che hanno superato la fase di triage da quella in cui si affacciano le porte degli ambulatori medici destinati agli approfondimenti diagnostici.

146. *Anche da noi arrivano da tutte le etnie. Tante straniere soprattutto nell'ambulatorio di ostetricia, ma anche negli altri ... Aggressività soprattutto per quanto riguarda l'utenza del nord Africa... no Sud Africa, sudafricana. Una volta perché non si riusciva a prenotare un'ecografia morfologica a una signora di colore, per quanto gli dici che ci sono altre strutture, che ci sono numeri di telefono, si è impuntata - era accompagnata da un'altra utente nordafricana - e abbiamo dovuto chiamare la pubblica sicurezza.*
147. *In particolare mi riferisco ad un episodio avvenuto presso l'accettazione delle richieste della documentazione sanitaria da parte di un ragazzo proveniente dall'est, che aveva avuto un accesso presso il nostro P.S. in seguito ad un incidente stradale. Per poter "improntare" una richiesta di documentazione sanitaria è necessario presentare un documento di identità o passaporto... in corso di validità per l'identificazione della firma e dell'utente. Questo ragazzo, non in grado di parlare l'italiano, aveva esibito la fotocopia di un passaporto scaduto. Alla reazione di "non accettazione" da parte dell'operatore, si è subito assistito ad una reazione violenta, molto spartana da parte del paziente, con conseguente pronuncia di parolacce però in italiano. La mia collega non reagì in alcun modo, a parer mio intimidita da tanta aggressività, e ho ritenuto opportuno avvisare telefonicamente il posto di polizia dell'Azienda. Il ragazzo è stato calmato... non è stato calmato perché non comprendeva ed è stato allontanato. Non so se sia mai più ritornato o se abbia compreso che vivendo in un posto diverso dal suo non ha solo diritti ma anche doveri.*
148. *Gli episodi che si verificano in Pronto Soccorso sono vari, l'ultimo al quale ho assistito e nel quale ero coinvolta nella registrazione è successo l'altra notte. Arriva un gruppo familiare di altra U.S.S.L. La paziente era la mamma marocchina appena arrivata in Italia e precisamente da una settimana. La figlia mi espone il problema perché la mamma naturalmente non sapeva la lingua. La figlia mi dice che la mamma aveva mal di pancia, stipsi da più di un anno. La mamma era senza documenti, ma erano in corso di preparazione. Ho fatto il triage e le ho fatte accomodare in sala d'attesa, erano le ore 21.00 (non sono venute prima perché la figlia non poteva accompagnarla). In lista c'erano 23 persone, insofferenti perché erano stanche e la mamma aveva male. Sono state fatte accomodare in una barella, ma il tempo d'attesa era lungo, come per tutti.. la figlia poco dopo ha iniziato a lamentarsi con arroganza (per la barella, per la troppa luce in saletta...) fino ad arrivare ad insultare la mia collega dicendole SPORCA RAZZISTA. Subito è stato avvisato il medico e il servizio di sorveglianza. La cosa triste è che questo tipo d'atteggiamento risulta essere indisponente e cattivo. È umiliante lavorare così e credo sia una delle poche professioni, almeno sul posto dove lavoro, a prendere questi apprezzamenti. Noi purtroppo la maggior parte delle volte ci dobbiamo "scontrare" con persone molto indigenti, senza fissa dimora, che non hanno nulla (questo è tristissimo per l'essere umano), abituate ad usare la violenza (come rottura delle vetrate a testate, rottura di computer....) per attirare l'attenzione o per avere prestazioni immediate.*

Abbiamo riportato questi tre episodi in quanto riferiscono di situazioni analoghe verificatesi in contesti diversi (prenotazione visite ambulatoriali, richiesta di documentazione sanitaria, accesso al Pronto Soccorso) ed anche in considerazione del fatto che la loro esposizione nell'ambito del corso di formazione ha dato adito a dei commenti ulteriori da parte di qualche operatore o dello stesso operatore in un momento successivo. L'area degli 'sportelli' (sia per quanto riguarda quelli dedicati alle prenotazioni, sia quelli relativi ad altre richieste), e l'area del Pronto Soccorso, d'altra parte, hanno fatto registrare un elevato numero di segnalazioni di questo stesso tenore.

L'affermazione n. 146 è stata effettuata in un momento iniziale di discussione in cui i presenti fornivano alcune indicazioni sulla loro attività e sulle problematiche incontrate con l'utenza straniera. Ha ricevuto un assenso piuttosto generalizzato da parte dei colleghi, ma anche il commento di un altro operatore che, con tono ironico, ha rilevato una possibile sproporzione dell'intervento rispetto al problema presentatosi evidenziando che in quel caso si trattava di una donna incinta, la quale, proprio per il suo stato di gravidanza, era difficilmente da considerare così tanto pericolosa da rendere necessario l'intervento della Pubblica Sicurezza e che, di conseguenza, quell'"abbiamo dovuto" con cui il collega si era espresso forse non trovava piena giustificazione.

Nel caso n. 147 è lo stesso redattore del resoconto a tornare sulla situazione da lui

presentata fornendo, a distanza di quindici giorni, un breve commento autocritico su quanto avvenuto in cui afferma testualmente: “mi rendo conto di quanto poco nell’ambito del nostro lavoro ci si ponga adeguatamente nei confronti degli immigrati. In particolare nell’impatto quotidiano mi risulta difficile potermi proporre senza essere prevenuta, cosa che ormai è radicata nel mio modo di essere”. Anche in questo caso l’analisi dell’operatore non va oltre questa dichiarazione; risulta d’altra parte evidente, così com’era avvenuto per l’episodio precedente, che la dinamica dell’episodio può essere riesaminata alla luce dell’ipotesi che la chiamata del servizio di polizia sia stata intempestiva ed almeno in parte inadeguata: sulla base di quanto afferma l’operatore stesso, infatti, è stata forse dettata da una reazione emotiva a sua volta condizionata da una qualche forma di prevenzione⁹⁷.

Se i due casi precedenti non ci forniscono molti dettagli per analizzare ulteriormente le situazioni, nel resoconto n. 148, più articolato degli altri, vengono formulate delle affermazioni e messi in campo degli elementi descrittivi che possono consentire di spingerci un po’ oltre nella via intrapresa, legittimandone la direzione interpretativa:

- le prime parole dell’operatore rendono evidente che le situazioni come quella riportata non sono affatto isolate (“Gli episodi che si verificano in Pronto Soccorso sono vari”, tanto che quello descritto è solo “l’ultimo al quale ho assistito e nel quale ero coinvolta nella registrazione”);
- al momento dell’accesso, la struttura a cui ci si rivolge (Pronto Soccorso) presenta un sovraccarico di lavoro che alimenta un disagio percettibile nell’utenza (“in lista c’erano 23 persone insofferenti perché erano stanche”);
- il tempo d’attesa viene definito come lungo dall’operatore stesso (il quale, a questo proposito, aggiunge: “come per tutti”);
- le lamentele dell’accompagnatore (la figlia del paziente) riguardano diversi aspetti della situazione al di là della semplice attesa (“la barella, la troppa luce in saletta”);
- le lamentele avvengono a breve nella percezione dell’operatore (“poco dopo”), il modo di lamentarsi viene da lui definito “arrogante” e la descrizione mette a fuoco un’ascesa dei toni che arrivano fino all’insulto ed all’accusa di razzismo;
- il modo di rispondere degli operatori è quello di interpellare il medico e, al contempo, il servizio di sicurezza (“subito viene chiamato il medico ed il servizio di sorveglianza”);
- la lettura che viene fornita di tutta questa situazione da parte dell’operatore è che si tratta di persone... “abituata ad usare la violenza” (vengono richiamate implicitamente altre situazioni assimilabili: “rottura della vetrata a testate, rottura di computer...”) “per attirare l’attenzione o per avere prestazioni immediate”.

D’altra parte, nel commento che lo stesso operatore fornisce del medesimo episodio a distanza di quindici giorni troviamo che a suo stesso parere, forse:

- il paziente “È stato fatto accomodare in modo naturale routinario”;
- “non spiegando come funzionava il PS, si è sottovalutato che nuovi pazienti non potessero conoscere la prassi”;
- gli utenti “non si sono sentiti a proprio agio in una saletta piena di persone

⁹⁷ Sulla questione dei documenti che la struttura richiede per procedere nelle pratiche avremo modo di tornare nella sezione relativa allo “Stile organizzativo”/Un mondo di regole, cap. “Documentazione”.

(sanguinanti, sporche, sofferenti...)”.

Dopo aver affermato tutto questo, ciononostante, l'operatore chiude il suo commento affermando:

- “non riesco a pensare come questo possa giustificare il modo maleducato di essersi rivolti all'operatore. Credo che alla base di tutte le problematiche (cultura, religione, colore...) ci debba essere l'educazione e tolleranza in qualsiasi settore soprattutto in un settore dove la salute è compromessa”.

Quello che colpisce nella narrazione di questo episodio è la tenacia della posizione interpretativa, che sembra resistere ad ogni attacco implicitamente infertogli dalla persona stessa che se ne fa portatrice. Questo elemento ci sembra così fortemente presente nel testo da far risultare del tutto naturale all'operatore il commento da lui stesso fornito in chiusura del resoconto in cui “usare la violenza (come rottura delle vetrate a testate, rottura di computer...)” viene inquadrato come l'abitudine propria di “persone molto indigenti, senza fissa dimora, che non hanno nulla” e non viene, invece, messo in alcun modo in relazione con tutta la dinamica della situazione. Un'interpretazione così perseverante da far sì che a distanza di quindici giorni, dopo la rilettura dell'episodio, nonostante tutti gli elementi messi in rilievo dall'operatore stesso, il comportamento continui ad essere classificato sostanzialmente come un “modo maleducato di essersi rivolto all'operatore” da parte dell'utente, al quale si chiede “educazione e tolleranza”. Come accennavamo, anche in questo caso non è in dubbio l'adeguatezza o meno della valutazione: il resoconto serve ad evidenziare la difficoltà di assumere una prospettiva di lettura che tenga conto della propria posizione interpretativa. In questo caso la molteplicità di problemi che si intravedono dalla parte dell'utente e che in qualche modo vengono elencati dall'operatore stesso sembrano non entrare in alcun modo nella considerazione della posizione dell'altro o, se vi entrano, lo fanno ancora in virtù di una sola delle prospettive assumibili: l'utente era “appena arrivata in Italia” (presumibilmente ancora disorientata?) e “non sapeva la lingua” (nella condizione di non poter comunicare!), “senza documenti” (in uno stato di precarietà giuridica che ne aumentava l'insicurezza?), “non sono venute prima perché la figlia non poteva accompagnarla” (in uno stato di sofferenza che si era prolungato per ore?), “stanche”, “aveva male” e “il tempo d'attesa era lungo”... “come per tutti” (fattore di accentuazione o di attenuazione del dolore?), “barella”, “troppa luce”... Se niente giustifica gli insulti, è altrettanto vero che le cose possono essere lette diversamente rispetto alla prospettiva unica di un “atteggiamento indisponente e cattivo” e che questo può mettere nella condizione di individuare delle strategie diverse da quella di attivare “subito” il “servizio di sorveglianza”. Cambiare prospettiva potrebbe voler dire focalizzarsi diversamente su quell'aggettivo “umiliante” con cui l'operatore denota la propria posizione e, a partire da esso, interrogare la complessità del vissuto e di tutta la situazione⁹⁸, ivi comprese le difficoltà dell'operatore in relazione ad una dimensione organizzativa del lavoro che non è affatto esente da problematicità (“gli episodi sono vari” e quello riportato è solo “l'ultimo al quale ho assistito”, le difficoltà di comunicazione plausibilmente sono anche dell'operatore, “in lista c'erano 23 persone”...).

⁹⁸ Cfr. Sclavi, 2000, sezione relativa al tema dell'Autoconsapevolezza emozionale.

FORME DEL FRAINTENDIMENTO

Buona parte delle considerazioni effettuate finora a proposito delle questioni linguistiche, comunicative e relazionali possono aiutarci a mettere a fuoco e ad analizzare alcune forme di fraintendimento reale/potenziale presenti nel rapporto fra operatori italiani ed utenti stranieri in ambito ospedaliero.

Interferenze linguistiche

Un primo ambito di fraintendimento riguarda l'area del linguaggio verbale e fa riferimento al verificarsi di interferenze linguistiche. Il fatto di avere una maggiore familiarità con lingue diverse da quella che si sta utilizzando nell'interazione può, infatti, dare adito ad una sorta di intrusione del sistema di riferimenti proprio dell'una in quelli dell'altra e questo può ostacolare o anche, al contrario, agevolare la comprensione. I primi due esempi che riportiamo sono attinenti a questi due diversi aspetti dell'intromissione linguistica, si riferiscono a situazioni intrise di problematicità e rendono evidente quanto possa essere impropria la sottovalutazione della componente semantico-lessicale nelle dinamiche della comunicazione. Nel primo caso il fraintendimento è palese ed assume la forma di un vero e proprio malinteso, nel secondo più che di fraintendimento sembra, invece, che si possa parlare di una comprensione che viene resa possibile da un'interferenza verbale del tutto imprevista, ma l'interpretazione della situazione rivela un'area di problematicità che si estende ben oltre i confini dell'episodio.

Eppur si muove

Nel corso dell'incontro di gruppo effettuato a Padova con le donne del Marocco, una partecipante ha riportato la seguente esperienza:

149. Ero incinta e sono andata per controllo ecografia. Sono andata senza marito, avevo due bambini, due gemelli. Il dottore ha fatto visita, faceva ecografia e diceva sempre "si muove, si muove". Io ero terrorizzata e lui continuava a dire "si muove, si muove". Sono tornata a casa molto spaventata, molto molto impaurita, pensavo "uno vivo, l'altro morto". Solo dopo tanti giorni ho capito che dottore diceva tutto bene, 'si muove' non 'c'est mauvais'.

L'utente ha raccontato questo episodio rendendolo piuttosto comico in quanto, con tutta probabilità, la distanza ormai maturata dalla situazione ed il sollievo per la sua risoluzione felice, le consentivano finalmente di rapportarsi ad essa con un certo distacco. Quella circostanza, però, era stata vissuta a suo tempo con una forte drammaticità, forse intrisa di vero e proprio terrore, tanto che la paziente era rimasta in ansia per giorni prima di poter cogliere il malinteso sottostante.

La lingua madre della paziente è l'arabo, ma, come avviene per molti emigrati dal Marocco, ha una certa dimestichezza (non una piena padronanza) con la lingua francese.

L'italiano *si muove* ha una pronuncia molto simile al francese *c'est mauvais* e la similitudine è stata plausibilmente aumentata dall'accento veneto del medico (*se move*), solo che il significato delle due locuzioni è molto diverso: in un caso sta ad indicare una situazione di piena normalità (il feto "si muove", così come deve essere), nell'altro uno stato di grave patologia ("c'est mauvais" = 'non va bene', 'è cattivo', che diviene addirittura un 'è morto' nei timori della donna). L'interpretazione della donna sembra poi essere stata rafforzata dal fatto che – come afferma lei stessa nella prosecuzione del racconto – la gravidanza era gemellare e solo di uno dei due feti il medico diceva con insistenza "si muove", alimentando in tal modo l'idea che solo uno stesse bene (poiché lei vedeva effettivamente un feto muoversi con l'ecografia) e che l'altro fosse morto. Da qui il terrore provato.

È probabile che questi tipi di *gaffe* sia più frequente di quanto immaginiamo e che agisca surrettiziamente tanto più quanto meno si è attenti alle sfumature del linguaggio, sottovalutando il problema della competenza linguistica e facendosi orientare dall'idea che 'bene o male ci si intende' (atteggiamento che, come abbiamo evidenziato nei capitoli precedenti, sembra essere piuttosto presente e diffuso fra gli operatori).

Bestialità

Un altro episodio che, in modo del tutto diverso, ha a che fare con un'interferenza linguistica è quello che riportiamo qui di seguito, riferito da un'utente nigeriana:

150. Io chiamo infermiere per aiutare me, per fare pipì, io vuole alzarsi da letto, andare in bagno. Ho chiamato infermiere. Quando infermiere è entrato invece che aiutare ha detto 'animale'. Ha detto 'animale'. Io 'animale'. Io non capisce niente italiano. Io non ha parole per rispondere... Dice animale. Animal in inglese

L'episodio, decisamente diverso dal precedente, in questo caso sembra mancare del tutto anche di risvolti comici. Quanto riportato è stato riferito da un utente dell'Azienda Ospedaliera di Padova, ma riguarda una situazione verificatasi nella struttura ospedaliera di un'altra città veneta. Al momento dell'intervista, sebbene si fosse a distanza di più di due anni da quando si era verificata la vicenda, l'utente aveva ancora molta difficoltà nel parlare italiano e questo elemento fa pensare che, al momento dell'episodio, non fosse affatto in grado di comunicare nella lingua italiana. Se le cose si sono svolte così come è stato raccontato, è possibile ipotizzare che l'operatore si fosse lasciato scappare quell'infelice espressione con l'idea che l'utente non l'avrebbe colta, rivelandosi non attento o non consapevole del fatto che un termine come "animale" è talmente simile, anche nella pronuncia, all'inglese "animal" da renderlo immediatamente percepibile per un anglofono. D'altra parte, è possibile ipotizzare anche che le cose non si siano svolte nel modo in cui sono state raccontate, che l'operatore non abbia affatto utilizzato quell'espressione e che l'utente abbia scambiato una parola per un'altra. Sembra infatti che proprio il fraintendimento sia stato invocato dall'operatore a spiegazione dell'accaduto in seguito ad una rimostranza effettuata dal marito dell'utente il quale, in seguito alla vicenda riferitagli dalla moglie, si era rivolto ad un superiore per lamentarsi dell'accaduto.

Nel corso della stessa intervista l'utente ha riferito anche di altri episodi verificatisi nella stessa struttura che avevano un carattere decisamente sgradevole e che risultavano riconducibili ad un atteggiamento razzista di qualche operatore; il contesto della narrazione n. 150 è, pertanto, intessuto di situazioni che, a torto o a ragione, s'inseriscono in una prospettiva interpretativa fortemente pregiudicata nel senso della discriminazione razziale. Questo fatto può essere considerato secondo prospettive antitetiche a seconda che si avvalori l'ipotesi di un clima connotato da razzismo o che si pensi alla presenza di una sorta di 'pregiudizio preventivo' retrostante alle

interpretazioni dell'utente e tale da orientarne la percezione. Nel primo caso l'interferenza linguistica viene ad essere il fortuito ausilio che ha reso possibile una comprensione presumibilmente non prevista e non voluta ed il fraintendimento diviene la scappatoia invocata dall'operatore per trarsi d'impaccio da una situazione sgradevole e foriera di conseguenze disciplinari; nel secondo l'interferenza linguistica si aggiunge al preconetto e ne rafforza il carattere, dando adito ad una situazione strutturalmente analoga a quella del resoconto n. 149.

Che sia vera l'una o l'altra prospettiva, o entrambe, la percezione di razzismo resta con tutta la sua forza e, al di là dell'episodio in sé, si costituisce come una realtà (oggettiva e/o soggettiva che sia). In tal senso estende i propri effetti al di là della situazione contingente. Un altro esponente della comunità nigeriana presente in occasione dell'intervista ha, infatti, affermato quanto segue:

151. Quando il bambino doveva nascere lei ha detto "non dovete tagliarmi", ha rifiutato di firmare per il cesareo. Hanno chiesto di firmare e lei ha detto di no. Ha detto "io ho partorito in Nigeria senza cesareo". Allora hanno lasciato perdere e il travaglio è durato tanto tanto tempo. Alla fine ha partorito il bambino... da sola... anche per questo l'hanno chiamata "l'animale", per la rabbia perché non ha firmato, come punizione, perché sono deficienti.

Tutta la vicenda dell'utente assume una veste particolare in virtù di questo collegamento in quanto con esso si evidenzia che l'episodio raccontato non esaurisce i suoi effetti all'interno di se stesso ed arriva a coinvolgere un ambito ben più vasto e particolarmente delicato. L'episodio può avere avuto o meno la fisionomia del razzismo al momento del suo verificarsi, ma, al di là di questo, già di per sé importante, è significativo il fatto che va ad incrementare ed inasprire un problema fortemente presente: la questione del cesareo rappresenta, infatti un'area di rilevante problematicità nel rapporto fra gli operatori italiani e gli utenti che provengono dalla maggior parte del mondo africano. Non ci soffermiamo adesso su questa questione in quanto avremo modo di trattarla più analiticamente nel capitolo dedicato al percorso di cura, ma possiamo fin da ora mettere in evidenza il fatto che il collegamento effettuato, corretto o arbitrario che sia, rivela la presenza di un effetto ermeneutico che si estende e giunge a coinvolgere altri della comunità, probabilmente alimentando uno stereotipo che, in quanto tale, ha al contempo dei risvolti di realtà e di inadeguatezza.

Un ulteriore elemento di riflessione che vorremmo aggiungere in relazione ad entrambe le situazioni presentate (n. 149 e n. 150) è che, data la molteplicità di riferimenti linguistici che caratterizza l'utenza immigrata, soprattutto se si è in presenza di una scarsa competenza nella lingua italiana, non ci sembra fuori luogo pensare che questo tipo di interferenze siano relativamente presenti e diffuse.

Questioni semantiche

Secondo la teoria della comunicazione, la semantica è quel settore ad essa interno che si occupa in via privilegiata del significato degli elementi linguistici. Ogni scambio di informazione per essere tale necessita che gli interlocutori condividano delle convenzioni semantiche, quindi che si siano accordati sul significato dei simboli che utilizzano o che, comunque, fondino lo scambio linguistico su dei riferimenti comuni, seppure impliciti. La differenza linguistico-culturale rende questo insieme di

connessioni relativamente precario e fa sì che il sistema della comunicazione divenga, da semplice, complesso.⁹⁹

I relatori che sono intervenuti nell'ambito del corso di formazione su *La relazione con il paziente straniero* ed i mediatori linguistico-culturali che abbiamo incontrato durante il periodo di osservazione, seppure senza fare riferimento a situazioni specifiche, hanno spontaneamente segnalato alcune questioni di ordine semantico che possono entrare in gioco nella comunicazione fra interlocutori che appartengono ad aree linguistico-culturali diverse e che, a loro dire, possono dare adito a malintesi:

152. *Gli occidentali hanno una visione organica del corpo, per cui quando parlano dei loro problemi di salute fanno riferimento all'anatomia del corpo, utilizzano definizioni organiche, ma chi non ha questa visione e dice "ho male al cuore" non è per forza al cuore che fa riferimento: il cuore è una 'zona mentale' ed il significato può essere quello di sentirsi oppresso o altre cose.*

153. *Quando una persona dell'Eritrea afferma cose del tipo "Sento qualcosa che non va a livello del cuore", il significato da dare all'affermazione non è lo stesso che per un italiano, poiché quello che probabilmente intende dire non ha a che fare con problemi cardiaci ma con 'l'anima'. 'Cuore' non è solo l'organo cardiaco della medicina, è un termine che viene associato all'anima (nafs), alla mente, allo spirito, al pensiero, ecc.*

154. *Quando noi diciamo 'fegato duro' questa espressione non va presa alla lettera, è come quando voi dite 'quella persona ha un cuore duro'. Qui si dice avere un cuore duro, noi diciamo fegato duro, allora non si sta parlando di un problema fisico, ma di un modo di essere.*

155. *La mediatrice di cinese ci ha detto assolutamente di non utilizzare la parola 'contro' negli scritti che stavamo preparando per una campagna 'contro il dolore', perché il termine aveva dei significati politici e sollevava tutta una serie di ferite morali e quindi ci ha consigliato di utilizzare il termine 'abbasso il dolore'. Sembra una sciocchezza, ma nel momento in cui un ufficio traduce in quel modo in buona fede c'è poi il rischio di mettere in circolazione del materiale che respinge invece di attrarre.*

Gli esempi non sono molti, ci sembrano, tuttavia, sufficienti per indicare che la semantica delle parole rappresenta un'area di problematicità a sé. Non è certo un argomento nuovo, ma questa consapevolezza non sembra essere sempre adeguatamente presente in area sanitaria, dove il "gioco linguistico" che è tipico dell'incontro medico-paziente nel mondo occidentale comporta, come si sostiene nell'affermazione n. 152, che si dia per scontata l'utilizzazione di un sistema di riferimenti di tipo ostensivo che inerisce ad una visione organica del corpo. Ciò che risulta funzionale alla comunicazione interna all'area culturale che ha prodotto quel sistema di riferimenti (sistema semplice), fa da ostacolo nel caso di interlocutori etero-culturali (sistema complesso): le stesse cose hanno significati diversi¹⁰⁰.

Ça va? Ça va.

Se quanto riportato sopra è stato segnalato da diversi tipi di operatori, dalle interviste con gli utenti è emersa l'indicazione di una situazione ricorrente che ha dato adito a fraintendimenti relativamente al significato delle espressioni. I due episodi riferiti qui di seguito sono fra loro del tutto analoghi, sebbene siano stati raccontati da utenti diversi in

⁹⁹ Cfr. Sclavi, 2000.

¹⁰⁰ La distinzione fra sistemi semplici e sistemi complessi, nella prospettiva di Marianella Sclavi, passa attraverso il fatto che mentre nell'uno "le stesse cose hanno lo stesso significato", nell'altro "le stesse cose hanno significati diversi", cfr. sezione realtia al "Quadro teorico", cap. "La omplexità dell'ascolto".

riferimento a due diverse situazioni; in questo caso la problematica semantica va di pari passo con l'interferenza linguistica:

156. La mamma era ricoverata in ospedale e le infermiere e i medici, gentilmente, passavano spesso a vedere come stava. Forse per metterla a suo agio le rivolgevano qualche parola in francese e le dicevano "Ça va?" per chiederle se andava tutto bene. Ma da noi al 'ça va' si risponde dicendo 'ça va' e questo non vuole dire necessariamente che va tutto bene, è solo un modo di rispondere. "Ça va?", "Ça va". Così la mamma non riusciva mai a dire che non stava bene. Diceva "Ça va" e le infermiere se ne andavano via convinte che lei avesse detto che andava tutto bene.

157. Mi hanno fatto un cesareo e poi per una settimana non ho potuto camminare. Venivano tutti i giorni a fare un controllo (une concertation), guardavano e dicevano "Ça va". 4 giorni in ospedale (martedì, mercoledì, giovedì e venerdì sono uscita) e 3 giorni a casa.. non potevo camminare, ero stanca... dicevano "va bene". Il settimo giorno sono tornata all'ospedale, ho incontrato un'altra donna e le ho detto che avevo sempre male, hanno detto "non è normale"... c'erano uno o due punti in più. Ha preso le forbici e ha tolto due punti. Quelli che dicevano "Ça va" erano stagisti, non so chi era il medico.

La cosa che colpisce nei due episodi è che si è al cospetto di situazioni in cui gli operatori stanno plausibilmente cercando di mettere a proprio agio l'utente sforzandosi di utilizzare qualche termine di una sua lingua di competenza (in entrambi i casi il francese, trattandosi nella prima situazione di un utente marocchino, nella seconda di uno senegalese). Alle interferenze linguistiche che hanno caratterizzato i resoconti precedenti si aggiungono, in questi ultimi due casi, delle convenzioni d'uso che comportano degli slittamenti semantici. La pragmatica della comunicazione rivela così degli effetti inattesi ed imprevedibili, che solo una forte attenzione allo svolgimento della relazione potrebbe mettere in condizione di disvelare, attraverso l'affinamento di abilità di lettura di tutta la dinamica e ben al di là della sua dimensione eminentemente linguistica.

Questioni lessicali

Una questione che disgiunge radicalmente la cultura dei medici rispetto a quella dei pazienti (al di là, cioè, delle aree geografico-linguistiche di provenienza), oltre che riguardare la comunicazione con gli utenti immigrati in senso stretto, concerne il linguaggio specialistico da loro utilizzato. Il problema, decisamente presente nell'interazione utenti-operatori, è stato esplicitato a più riprese dagli utenti, i quali hanno evidenziato con forza che "il linguaggio medico è troppo complesso e articolato" per chi, come loro, sta "appena imparando l'italiano". In relazione a questo, come si evince da quanto riferisce un altro utente, si creano con una certa facilità delle situazioni comunicative prive di effetti di comprensione:

158. Sarebbe conveniente che i medici usino termini più semplici in modo da comprenderli.

159. Sì, hanno parlato tutti quanti, hanno spiegato. Solo che loro non riescono a parlare chiaro, a spiegare meglio. E allora fino a un certo punto io capisce, fino a un certo punto non capisce.

Riteniamo opportuno annoverare queste situazioni nell'ambito del fraintendimento, invece di considerarle dei semplici episodi in cui il messaggio non è giunto al destinatario, in quanto esse non vengono sempre riconosciute nel loro carattere di incomprendimento. In queste situazioni, infatti, può accadere che il mancato passaggio di informazioni non venga affatto individuato come tale (dall'uno o dall'altro interlocutore o anche da entrambi), né, tantomeno, gestito attraverso l'esplicitazione

della difficoltà comunicativa o mettendo in atto altre strategie che consentano di affrontare il problema, con la conseguenza di dar adito ad una presunzione d'intesa che, invece, non si è verificata affatto. Può capitare allora che al termine dell'interazione il medico porti con sé l'idea di una comunicazione riuscita e, per questo, si senta sicuro della sua posizione e/o che il paziente non si accorga di non aver compreso alcune parti importanti del discorso effettuato. Questo meccanismo può verificarsi fino agli estremi del doppio malinteso in cui "nessuno ha capito di non essersi capito"¹⁰¹ e proprio per questo si ritiene soddisfatto di una situazione che può, invece, innestare un pericoloso meccanismo nello svolgersi del percorso di cura.

Questo tipo di situazioni può facilmente accomunare l'utente italiano e quello straniero, ma, senza bisogno di addentrarci particolarmente nella questione dei tecnicismi linguistici, è opportuno rilevare che per l'immigrato possono insorgere delle difficoltà relativamente inattese anche quando ci si situa ad un livello linguistico-comunicativo che è mediamente comprensibile per un utente che padroneggi la stessa lingua dell'operatore (come risulterà evidente in uno dei casi riportati, il n. 161). I seguenti resoconti, effettuati rispettivamente da un operatore nell'ambito del corso di formazione, da un mediatore che opera all'interno dell'Azienda Ospedaliera e da un utente nell'ambito degli incontri realizzati con la comunità marocchina, mostrano la presenza di questo tipo di ostacoli e fanno intravedere diversi gradi di problematicità e consapevolezza a tale livello, che preludono a difficoltà di vario genere:

160. Questo episodio si è verificato allo sportello accettazione dell'ambulatorio di odontoiatria dove lavoro: viene consegnata all'utente, come consuetudine, una cartella che contiene una serie di domande sullo stato di salute generale del paziente che intende fare la visita odontoiatrica e alle quali rispondere con una crocetta barrando sì o no. Mi è capitato di avere di fronte un utente del Nord Africa e di avergli consegnato la suddetta cartella e, convinta del fatto che ne avrebbe compreso il significato, mi ha risposto che non parlava bene la nostra lingua. Nonostante l'affollarsi di persone allo sportello, mi sono subito offerta di leggergliela ad una ad una per facilitarli la comprensione anche se talvolta a fatica perché non mi riusciva di spiegarli, anche nella maniera più semplice, il significato delle parole "coagulazione del sangue", "anestesia", etc., etc... Avevo la sensazione di farmi capire ma a volte no e questo lo leggevo nel suo volto anche se lui annuiva e mi ringraziava sempre della disponibilità. La situazione si è conclusa con qualche perplessità da parte mia di essere riuscita nell'intento.

161. Espressioni come "acqua nel cervello": ma il paziente non sa neanche che cosa vuol dire 'cervello'. Una mamma solo dopo 7 giorni di trattamento, ha chiesto 'che cosa vuol dire?'. Fino a quel momento tutti gli dicevano questa cosa, ma lei non capiva. Ne conseguono fraintendimenti per cui per esempio il paziente intende che il bambino ha un tumore alla testa (viene fatto "drenaggio al cervello") e di conseguenza chiede di tornare in Marocco. In altri termini: la malattia viene considerata come più grave di quanto non sia in realtà e questo fa propendere per una dimissione anticipata in modo da morire a casa (perché si è rassegnati ed anche perché in Marocco morire 'costa anche di meno').

162. Quando vai a parlare con l'infermiera, magari ti esprimi male, non hai i termini giusti per dire quello che senti. Ho un dolore allo stomaco, però... non è stomaco quello, è la 'melza', qualcosa così. Allora cambia il codice che ti danno, che può essere da bianco a rosso, è capitato anche questo. Una persona ha portato la sua mamma, codice bianco, è stata 4 ore, stava per morire...

E' importante soffermarsi su queste affermazioni, in quanto mettono in luce un ampio spettro di difficoltà: ampiamente gestibili nel primo resoconto, che hanno dato adito a difficoltà ulteriori e di un certo rilievo nel caso del secondo e del terzo.

Nel primo caso un piccolo 'dispendio di tempo' ha consentito di arginare il problema, seppure sia rimasto nell'operatore un certo grado di incertezza circa gli effettivi esiti del

¹⁰¹ Cfr. La Cecla, 1997.

suo sforzo; al di là di questo, l'episodio evidenzia la necessità di predisporre degli strumenti di ausilio linguistico, come ad esempio una modulistica plurilingue, ma, al contempo, la probabile insufficienza di tale materiale qualora fosse redatto senza adeguata semplificazione linguistica e senza attenzione alle espressioni in uso nelle differenti aree culturali (quindi la necessità di un materiale che non venga semplicemente 'tradotto', ma che sia "tradotto in forma mediata").

Nel secondo caso si apre lo scenario di difficoltà che hanno ripercussioni sulla vita delle persone e che potrebbero interferire anche significativamente con lo stesso percorso di cura: sette giorni per mettere a fuoco e giungere a domandare sono decisamente tanti. Occorre chiedersi, pertanto, come si sia svolta la dinamica relazionale che ha coinvolto gli interlocutori affinché si sia verificata, da una parte, una così forte dilazione nel richiedere chiarimenti e, dall'altra, una non consapevolezza della difficoltà di comprensione.

Nel terzo caso si ripresenta lo stesso problema, stavolta in relazione all'urgenza e ad un errore di valutazione da parte del personale ospedaliero che, se diamo fiducia a quanto riportato dall'utente, ha comportato un effettivo rischio per la vita del paziente. Si tratta peraltro di un tipo di situazione che emerge più volte nei commenti degli utenti e su cui avremo modo di tornare più analiticamente nelle altre sezioni di questo lavoro.

Fra comunicazione e linguaggio

Tutti gli esempi riportati finora hanno fatto riferimento alla dimensione linguistica propria del linguaggio verbale. L'ambito della comunicazione, come già abbiamo avuto modo di dire è, però, ben più vasto di quello del linguaggio in genere e del linguaggio verbale in specifico. In una dimensione intermedia fra queste due aree sembra collocarsi un fenomeno particolarmente diffuso nella relazione con gli utenti stranieri, ben presente alla percezione di alcuni operatori, ma sostanzialmente inconsapevole e/o non problematizzato in altri casi.

Dire sempre sì

Dal diario di osservazione:

163. È stata appena ricoverata un'utente senegalese. La cartella riporta dei dati erronei, provvisoriamente corretti a matita e che presumibilmente devono essere verificati. All'utente è già stato assegnato un posto letto ed un'infermiera si è occupata dell'accoglienza facendola sistemare nella camera. Quando l'operatrice esce dalla camera le chiedo se la paziente parla francese; lei mi risponde 'Non lo so, non le ho chiesto niente'. Più tardi vedrò che la paziente è stesa sul letto vestita; un'operatrice mi dirà che non parla né francese né inglese (né, presumo, italiano) e che il marito, il quale parla italiano, è già andato via. A più riprese, nel corso della giornata, sbircio nella camera e vedo che la paziente è sempre nella medesima posizione a letto, 'vestita'. Nel tardo pomeriggio la paziente chiama gli operatori. Mi reco anch'io nella stanza, di seguito a loro. I due operatori aiutano l'utente ad alzarsi per accompagnarla alla toilette e, nel farlo, le rivolgono più volte la parola (non riesco a cogliere i contenuti). La paziente risponde sempre con un 'sì' a qualsiasi cosa le venga detto (come se avesse capito).

Più tardi avrò modo di osservare un ulteriore episodio di 'interazione' con la stessa utente. E' il momento del pasto serale: un'operatrice entra con il vassoio in camera dicendo 'La tua pappa'. Mette il vassoio sul tavolino ed esce.

Questo resoconto è intriso di elementi che riguardano al contempo la questione del linguaggio, della comunicazione, della relazione. L'interazione si mostra come particolarmente disattenta agli aspetti linguistici della comunicazione, ed evidenzia una

difficoltà di lettura della dinamica dell'interazione che plausibilmente rimanda anche ad una difficoltà di rapporto. La risposta dell'operatore alla domanda rivoltagli ("Non lo so, non le ho chiesto niente"), solleva, infatti, degli interrogativi su come venga impostato il momento dell'accoglienza e sulla valenza attribuita alla comunicazione ed alla relazione nel percorso di cura. In questo momento ci lasciamo, però, alle spalle tutto questo, di cui abbiamo già abbondantemente parlato nei capitoli precedenti, in quanto ci preme mettere in luce il presentarsi di un meccanismo ricorrente: l'utente tende a rispondere affermativamente (con un sì, o, talvolta, con un semplice cenno del capo) ad ogni enunciazione rivoltagli e questo viene interpretato dall'operatore come un segno di comprensione e di intesa. In realtà il caso mette bene in luce che è del tutto probabile il contrario: la paziente quasi sicuramente non parla italiano (né, francese, né inglese) ed è quindi piuttosto improbabile che abbia compreso quanto gli è stato detto dagli operatori. Il 'sì' reiteratamente espresso ha quindi, plausibilmente, tutt'altro valore nel declinarsi della dinamica rispetto a quanto possa far intendere il suo significato letterale, che orienterebbe verso l'idea di una comprensione di quanto enunciato dall'operatore. Questo tipo di situazioni sembra verificarsi con una certa frequenza. Alcuni operatori, forse più attenti di altri alle dinamiche della comunicazione, hanno, infatti, riportato esplicitamente il problema nei loro resoconti, come emerge dai seguenti stralci:

164. E' stato ricoverato un bambino per difficoltà respiratoria. È rimasta a fare assistenza la mamma di nazionalità curda che non parlava bene l'italiano (...). La mia difficoltà è stata nel comprendere se le mie richieste venivano comprese o no; perché la mamma rispondeva "sì, sì" ad ogni cosa che le si diceva senza dare peso (mia sensazione personale) alle nostre richieste.

165. A volte ti trovi con mamme a cui dici: parli italiano? "Sì", gli dai gli orari di digiuno e poi trovi che il bambino sta mangiando. Capisci che il sì era per gentilezza/cortesia, ma la comprensione non c'era stata.

Come per la comunicazione verbale, il problema si pone anche se entriamo nel campo del non-verbale. Sulla stessa scia delle testimonianze precedenti, *mutatis mutandis*, possiamo collocare, infatti, una serie di resoconti analoghi a quello riportato qui di seguito:

166. Bimbo ricoverato in Pediatria d'urgenza per difficoltà ad alimentarsi e rigurgiti. Nato in Italia da genitori marocchini. In ospedale assistito dalla mamma che non capiva la lingua. Ad ogni mio intervento, anche formativo, la donna assente con un sorriso. La mia sensazione è che le sue affermazioni siano di cortesia e di circostanza, e che in realtà non stia capendo nulla.

Al 'sì' verbalmente espresso si sostituisce in questo caso il gesto di annuire, ma la struttura del problema resta fondamentalmente invariata; non ci dilunghiamo, pertanto, con altri esempi poiché risulterebbero analoghi nella sostanza. Riportiamo soltanto un'ulteriore affermazione in quanto sposta l'attenzione sul piano diagnostico, aprendo implicitamente a considerazioni che possono riguardare anche il percorso di cura nel senso stretto del termine. Afferma, infatti, una coppia di immigrati provenienti dall'Africa sub-sahariana che hanno avuto modo di lavorare in ambito ospedaliero:

167. Le persone sono anche alfabetizzate, ma non hanno possibilità/capacità di esprimersi per mancanza di conoscenza della lingua. Si verificano ad esempio situazioni in cui il medico chiede "Hai mal di pancia? Dove?" ed anche altro e la risposta è sempre e solo "Sì".

Anche per l'iter medico in senso stretto risulta, pertanto, di estrema importanza avere una chiara consapevolezza della possibilità che si presenti questo tipo di problema, cosa che sembra differenziare fortemente il resoconto n. 163 dalle affermazioni n. 164, 165 e 166: nel primo caso pare non emergere alcuna consapevolezza a questo proposito, gli

altri tre testimoniano di una sua percezione; per quanto è emerso nel periodo di osservazione, entrambi i tipi di situazioni si presentano con una certa frequenza ed è del tutto ovvio che le risposte comportamentali e comunicative siano diverse nei due casi e che questo non possa non avere conseguenze nell'iter di cura. E' forse meno ovvio, invece - e per questo ci sembra opportuno evidenziarlo - il fatto che le risposte degli operatori possano essere di vario genere anche per quanto concerne il solo primo tipo di situazioni, quelle, cioè, che manifestano una qualche consapevolezza del problema. Sulla base delle testimonianze raccolte, infatti, si verificano almeno due tipi di circostanze:

1. quelle in cui, in virtù del dubbio positivamente maturato, vengono attivate delle strategie di verifica che consentono di agire di conseguenza;
2. quelle che, nonostante la consapevolezza del carattere fittizio della risposta di assenso, non danno adito ad alcun tentativo di verifica della comprensione e, tantomeno, di aggiustamento della comunicazione, in quanto intervengono altri meccanismi interpretativi.

Il caso che riportiamo qui di seguito è esemplificativo di situazioni del primo tipo:

168. Nel corso del giro di visite/medicazioni il medico di turno chiede al paziente se il giorno prima gli era stata effettuata la medicazione della ferita, poiché, afferma, "va effettuata un giorno sì e uno no". Il paziente risponde di sì, il medico in questo caso ha cura di verificare la congruenza della risposta andando a vedere quanto riportato in cartella e trova che, al contrario, non risulta alcuna medicazione effettuata (l'ipotesi formulata dal medico è che la medicazione a cui il paziente si riferiva fosse quella effettuata in ingresso nel momento in cui la ferita è stata chiusa con dei punti).

In questa circostanza la procedura medica di verifica ha consentito di sciogliere il dubbio senza troppe difficoltà. Colludendo con la cultura sanitaria che ritiene importanti le questioni di stretta pertinenza medica e non altri elementi che possono avere a che fare con il benessere generale del paziente, potremmo anche affermare che il problema che stiamo trattando è rilevante solo nella misura in cui si lega a questo tipo di situazioni (quindi al percorso diagnosi-terapia-dimissioni in senso stretto). Le cose, d'altra parte, non sono sempre così semplici neanche in relazione alle questioni di stretta pertinenza medica (avremo modo di tornare su questa questione in relazione ad alcuni momenti cruciali che intersecano il percorso di cura, in particolare nella sezione relativa alla ricostruzione dei dati anamnestici).

Come affermavamo precedentemente, le risposte comportamentali degli operatori possono, d'altra parte, essere - e lo sono di fatto - anche di tutt'altro tipo. Nonostante la percezione di una qualche 'stonatura' nel 'sì' dell'utente (o nei suoi gesti d'assenso), l'operatore può anche decidere di non dare importanza a questo fattore e, di conseguenza, non attivarsi per cercare di capire quali siano le caratteristiche della risposta fornita dall'utente in termini di effettiva comprensione di quanto comunicatogli. Quando si verifica questo secondo tipo di situazioni il fraintendimento ha libero gioco. Fra le molteplici forme che il fraintendimento può, in tal modo, assumere nella relazione fra operatore ed utente, una viene esplicitamente, ma inconsapevolmente, individuata da un operatore nelle modalità che emergono nel seguente resoconto osservativo:

169. Domenica mattina. Gli operatori del reparto in cui sto effettuando l'osservazione sono dichiaratamente in difficoltà in quanto nei giorni festivi il personale è numericamente ridotto ed in più, oggi, un operatore è assente per malattia, faccio quindi una certa fatica ad individuare come procedere senza intralciare il normale corso delle attività e riesco solo a scambiare qualche breve frase con gli operatori, seguendoli nello svolgimento delle loro mansioni. In questa situazione, fra le cose che vengono dette con l'intento di raccontarmi 'come vanno le cose con gli stranieri' un operatore afferma che "non

vogliono fare le cose che gli si richiedono” (per esempio relativamente all’igiene):
“dicono di sì, ma poi non fanno più di tanto”.

Come risulta piuttosto evidente da questo stralcio di osservazione, il “sì” formulato dal generico utente a cui l’operatore fa riferimento subisce un destino interpretativo ben preciso, significativamente diverso da quello della prospettiva che abbiamo delineato sopra. Lo spessore di questa differenza viene chiaramente in luce se si confronta questa posizione con quella presente nel resoconto n. 165. In quel caso l’operatore aveva fatto la scelta di interpretare il mancato esito comportamentale da lui auspicato ed atteso come un segnale del fatto che l’utente non avesse realmente compreso quanto richiestogli e che, pertanto, il suo “sì” fosse da intendere come una risposta di gentilezza/cortesia. Nel caso n. 169, al contrario, l’operatore introduce un fattore volontaristico inteso ad eludere quanto richiestogli ed il “sì”, di conseguenza, assume la forma di un vero e proprio atteggiamento furbesco.

Anche in questo caso, come già in altri incontri precedentemente, non intendiamo andare ad analizzare se colui che parla ha torto - o ragione - nel sostenere quanto afferma: la questione che ci interessa mettere in luce è la presenza di un meccanismo interpretativo capace di auto-convalidarsi e, quindi, di produrre specifiche forme di fraintendimento, le quali possono a loro volta dare adito a conseguenze nel percorso di cura.

Sulla base del materiale che abbiamo raccolto finora non è, d’altra parte, possibile dire molto sulle ragioni retrostanti a questo modo di rispondere da parte degli utenti. L’unica affermazione che abbiamo raccolto a questo proposito è quella formulata da una mediatrice di area araba e di provenienza marocchina, la quale ha esplicitamente toccato la questione del ‘sì’ comunemente espresso in ‘risposta’ alle affermazioni degli operatori, confermando la frequenza di questo stile di interazione e sostenendo che:

170. Gli utenti, spesso, continuano a dire ‘sì’, anche se non hanno capito cosa dice l’operatore: si è obbligati ad essere ubbidienti, perché l’altro ci ha salvato la vita.

È evidente che, per capire meglio i risvolti del problema, occorrerebbero delle indagini mirate ed anche la messa in campo di riflessioni relative agli stili comunicativi propri delle diverse aree culturali.

Un’ultima osservazione che ci sembra opportuno effettuare relativamente al resoconto n. 169 è relativa al fatto che vi si incontra una delle questioni problematiche che tradizionalmente attraversano il contesto sanitario: quella dell’igiene. Essa rappresenta, per molti versi, una delle ‘aree calde’ nel rapporto con gli utenti in genere e con l’utente immigrato in particolare, è fonte di dissapori sia per quanto riguarda la relazione con gli operatori, sia relativamente a quella con gli altri pazienti e non manca di dare adito anche ad episodi decisamente sgradevoli. L’affermazione riportata sopra non ci fa ancora addentrare nella questione, ma mette in luce la presenza di un fattore valutativo che entra in gioco trasversalmente nella comunicazione e che, qualora debitamente considerato, può consentire all’operatore di accorgersi quanto nel circolo della sua interpretazione può essere attribuito ad una disposizione pregiudiziale e quanto, invece, debba essere ascritto ad altre variabili.

Scherzi del non-verbale

171. Mia mamma non parla italiano, lo capisce un po', ma non lo parla. Era ricoverata e la mattina aveva il cartellino rosso perché doveva stare a digiuno, forse doveva fare un prelievo, non ricordo bene. Sono arrivata verso le ore 18 e non aveva mangiato. Piangeva.

Ho detto: "Mamma, cosa c'è?"

La mamma mi dice: "Non mi hanno dato da mangiare. È da stamattina che so che devo mangiare e non ho mangiato."

È anziana, ha il diabete, piangeva. Allora vado dall'infermiera e chiedo: "Mi scusi, la mamma non ha ancora mangiato, c'è un problema?"

L'infermiera mi dice: "Povera mamma, le veniva da vomitare, aveva la nausea tutto il tempo, non poteva mangiare".

Allora sono tornata dalla mamma e lei mi dice: "Macché nausea... ..." e mi spiega che era successo che quando era arrivata l'infermiera lei aveva fame e faceva con le mani un gesto vicino allo stomaco per dire 'fame, tanta fame...' [ruotando la mano dall'altro in basso all'altezza dello stomaco].

Gli infermieri hanno capito che aveva la nausea e... non le hanno dato da mangiare.

Questo racconto è interessante in quanto mostra chiaramente che uno stesso gesto può dare adito a significazioni diverse, tutte ugualmente plausibili nello stesso contesto.

L'episodio mette in luce la presenza del 'doppio malinteso' di cui parlano Jankelewitch e La Cecla: una situazione che assume la forma dell'equivoco in quanto nessuno degli interlocutori è nella condizione di potersi accorgere di ciò che sta accadendo nel contesto della relazione. Il paziente reitera il suo gesto e con questo intende comunicare una sensazione di fame che si fa via via più forte, tanto che il suo disagio aumenta progressivamente nel corso della giornata finché, all'arrivo della figlia, sarà ormai in lacrime; l'operatore, dall'altra parte, intende il gesto del paziente come se indicasse una sensazione di vomito e, proprio nell'intento di non creargli ulteriore malessere, volutamente non fa quanto il paziente, invece, ritiene di chiedere. Ogni gesto del primo rafforza l'interpretazione del secondo e viceversa, in un gioco circolare e vizioso.

Questo esempio rappresenta una sorta di campanello d'allarme in quanto rende evidente che senza l'intervento di un terzo il fraintendimento non si sarebbe rivelato nella veste di equivoco: i due interlocutori sono andati avanti nelle loro posizioni senza giungere affatto ad accorgersi del meccanismo innescatosi ed al momento delle dimissioni l'utente avrebbe probabilmente portato con sé l'idea di un funzionamento istituzionale almeno in parte ostile/non accogliente e l'operatore, al contrario, avrebbe mantenuto salda l'idea di un operato del tutto in linea con le necessità dell'utenza. L'idea di un fraintendimento implicitamente presente nella dinamica comunicativa non avrebbe in alcun modo sfiorato gli interlocutori e questo avrebbe anche rafforzato la convinzione che attraverso la gestualità ci si intende senza troppa difficoltà. Al termine di tutto questo, probabilmente, da parte dell'uno così come dell'altro non ci sarebbe stato nessuna problematica da segnalare nell'ambito della comunicazione non verbale, poiché l'episodio avrebbe avuto ben altri significati.

Se nel caso precedente è occorsa la presenza di un terzo per 'sciogliere l'enigma', un altro episodio, questa volta riportato da un infermiere, segnala al contempo la possibilità del fraintendimento e la capacità dell'operatore di rivedere la propria posizione interpretativa.

Raccontando di una situazione in cui un utente interpreta il ritardo per una prestazione in termini di razzismo, un operatore afferma:

172. La rabbia inizialmente è stata tanta ma per evitare una risposta scortese ho optato per il silenzio ed ho contato fino a 100 prima di rispondere che avevo considerato il suo dolore e mi sarei recata da lei subito dopo aver assistito la signora che seguivo poiché doveva partorire. La signora nigeriana, comunque, come risposta si è girata nel letto voltandoci le spalle come se si fosse offesa. Successivamente riflettendo ho capito che il suo comportamento non era rivolto a me, ma era un atteggiamento d'attesa e mi sono vergognata.

Qui è l'operatore stesso ad accorgersi di una possibilità interpretativa ulteriore e, quindi, ad auto-correggersi. Su questa tipologia di episodi, che coinvolgono direttamente la questione del razzismo, avremo modo di tornare dettagliatamente più avanti¹⁰².

¹⁰² Cfr. in particolare la sezione relativa alla "Relazione".

STILE ORGANIZZATIVO

TEMPI E SPAZI DI PAROLA

Informazione

La gestione delle informazioni
Orientamento (Perdersi)
Il circolo vizioso dell'insufficienza di tempo

Ambienti

Lo spazio dell'accoglienza
Sovrabbondanze ed assenze
Terre di dialogo

DISIDENTITA'

La successione delle presenze

La contemporaneità delle presenze

Presenze multiple
Dalla quantità alla qualità
Dagli operatori agli utenti

UN MONDO DI REGOLE

Visite

Lo tsunami visite
"Mamma li turchi!". Ragioni e risposte

Orari ed attese

Gli orologi ed il tempo
Il tempo degli altri

Pagamenti

Prima del demiurgo: il caos delle 'regole' e della loro applicazione
Le reazioni del personale
Difficoltà di vario genere
L'onere e l'onore

L'avventura ambigua

L'italianità degli italiani
Confini incerti (Forme della flessibilità)

Identità di carta

Nome
Qualche indicazione per non 'mangiare il menù'
Età
Stat rosa pristina nomen?

Documentazione

Il carattere barocco della normativa
Nel labirinto senza il filo di Arianna
Perdersi
Con il beneplacito dell'utente (consenso informato)

TEMPI E SPAZI DI PAROLA

Informazione

La gestione delle informazioni

Finora abbiamo parlato di comunicazione, ben poco di informazione. Come abbiamo avuto modo di rilevare nella parte teorica, i due domini non sono sovrapponibili senza residui e sono al contempo piuttosto difficili da delimitare reciprocamente. D'altra parte, la relazione diretta operatori-utenti non esaurisce affatto l'arco delle evenienze comunicative ed alcune situazioni si caratterizzano in modo piuttosto netto in termini di problematicità eminentemente informativa. In particolare, è possibile focalizzare l'attenzione su un ostacolo che abbiamo avuto modo di rilevare più volte nel corso del periodo di osservazione: la difficoltà che gli utenti incontrano nel reperire le informazioni necessarie per orientare il loro rapporto con la struttura. Qui la questione informativa s'intreccia fortemente con quella organizzativa. Occorre chiedersi come venga impostato e gestito il passaggio delle informazioni dalla struttura all'utente in alcuni momenti-chiave di questo rapporto più generale, poiché anche questo ambito ha rivelato fragilità e disattenzioni, sebbene di minore entità rispetto a quanto avvenga per la dimensione relazionale. In particolare, si può rilevare il fatto che nel passaggio delle informazioni dalla struttura all'utente, che si sia in presenza o meno della mediazione di un operatore, sembrano intervenire molti elementi di disturbo che, talvolta, rendono i segnali informativi vero e proprio rumore¹⁰³, mentre in un'altra prospettiva (se, cioè, ci spostiamo dal piano dell'informazione a quello più vasto della comunicazione) contribuiscono ad incrementare la dinamica del fraintendimento.

Nei capitoli precedenti abbiamo già incontrato alcune circostanze dalle quali si evinceva una vera e propria fame di informazioni da parte degli utenti: un bisogno che, presumibilmente, si sviluppa in parallelo con la loro carenza e/o inefficacia. È questo il caso, ad esempio, del resoconto n. 85, da cui risulta che i pazienti "appena intravedono i nostri camici ci fermano per chiederci delle informazioni". Una situazione che potrebbe essere considerata del tutto normale e niente affatto significativa se non per il fatto che si verifica con estrema frequenza. Ci si è, infatti, trovati troppo spesso nella condizione di doverla constatare quando si attraversavano le diverse aree della compagine ospedaliera, imbattendosi invariabilmente in persone che, all'affannosa ricerca di indicazioni, cercavano di intercettare ogni camice bianco che si profilasse all'orizzonte, in quanto segno riconoscibile di appartenenza al gruppo di coloro che avrebbe potuto fornire le informazioni auspiccate. I resoconti n. 40 e n. 41 rappresentano altre testimonianze in tal senso, la prima formulata da un operatore, la seconda tratta dal diario di osservazione: nei due casi si segnalano non tanto l'assenza, quanto l'inefficacia, forse l'inadeguatezza, delle informazioni fornite. Come, peraltro, abbiamo già accennato precedentemente, anche queste situazioni non avrebbero di per sé niente di particolare, se non confliggevano con l'idea che (come risulta anche dalla

¹⁰³ Utilizziamo il termine rumore nell'accezione di cui abbiamo parlato nel capitolo relativo al "Quadro teorico", facendo quindi specifico riferimento al significato che tale termine assume nell'ambito delle teorie della comunicazione elaborate a partire dagli esperimenti di Shannon e Weaver.

testimonianza n. 4 e da altre di quella sezione) mascherino un atteggiamento furbesco da parte degli utenti.

Tutto questo era già venuto in luce parlando delle problematiche relative alla relazione operatore-utente. Si tratta di vedere, ora, in che senso la questione informativa possa essere considerata inerente anche a delle problematiche di tipo organizzativo. Questo collegamento, d'altra parte, non è per niente estraneo agli stessi operatori, i quali, nei vari momenti di dibattito sviluppati nell'ambito del corso di formazione, hanno ripetutamente manifestato un certo malumore a riguardo (così come in rapporto ad altre questioni che coinvolgevano il livello organizzativo), arrivando talvolta a dichiarare, in modo piuttosto netto, che:

173. Come operatore sento la carenza della struttura.

La cosa singolare è che la maggior parte dei partecipanti al corso (che, lo ricordiamo, ha coinvolto, nei due anni, oltre 300 operatori), nel mentre formulava questo genere di affermazioni, mostrava al contempo di non essere a conoscenza di quanto la struttura avesse messo in atto per affrontare le problematiche connesse alla presenza di utenti non italiani, in primo luogo della disponibilità del servizio di mediazione linguistico-culturale (come si evince anche da resoconti già riportati come il n. 24). Ci sembra che questa discrasia, che di primo acchito conferisce l'aspetto di un boomerang alle affermazioni degli operatori, possa confermare proprio la scarsa attenzione che viene riservata alle modalità con cui è gestito il passaggio delle informazioni, nonché lo scarso rilievo che talvolta viene attribuito a questo aspetto fondamentale anche a livello organizzativo. Non a caso, la struttura che, all'interno del complesso ospedaliero, gestisce il servizio di mediazione, aveva inviato da tempo, ad ogni Unità Operativa, delle comunicazioni per informare della presenza del Servizio e delle sue modalità di attivazione ed esse, con tutta evidenza, non erano state recepite dagli operatori. Si pone, di conseguenza, una questione relativamente all'efficacia delle comunicazioni/informazioni veicolate; come ha evidenziato un Dirigente che, a tale proposito, è intervenuto nell'ambito del corso, infatti, è del tutto evidente che:

174. Ci sono problemi di comunicazione interna. Molte volte le comunicazioni dentro le Unità Operative si fermano, vengono gestite in proprio, si pensa non siano importanti.. Il servizio di mediazione è poco conosciuto (...), ma in realtà il fascicolo informativo è stato mandato a tutti i caposala...

A livello istituzionale, quindi, la questione si presenta come problematica a molti livelli e può riguardare come le comunicazioni vengono impostate e veicolate, ma anche l'importanza che viene attribuita ad esse ed alla dimensione informativa in generale da parte di ognuno degli attori in gioco. E' anche lo stesso emittente, infatti, che deve interrogarsi su quale sia l'importanza che il contesto attribuisce alla comunicazione e da quanto abbiamo visto finora questo aspetto sembra costantemente secondario nell'agire di ogni componente.

A livello istituzionale-organizzativo questa questione risulta di particolare evidenza in alcuni momenti-chiave del rapporto con l'utenza.

Orientamento (Perdersi)

Come abbiamo già avuto modo di dire nella parte di questo lavoro in cui si descrivevano le caratteristiche dell'Azienda Ospedaliera, risale alla storia stessa della struttura la sedimentazione di una serie di espressioni a carattere gergale che, in quanto tali, rappresentano tanto dei fattori di orientamento per gli 'iniziati', quanto degli ostacoli per gli estranei. 'Monoblocco', 'policlinico', 'giustiniano', 'ospedale vecchio', 'clinica', 'divisione'... sono tutte espressioni di cui è ricco il sistema di riferimento degli operatori, ma che risultano sostanzialmente ignote/disorientanti per chi non abbia

già familiarità con la struttura. A questo si aggiunge il fatto che la compagine ospedaliera è in perenne movimento: cambiano le articolazioni interne¹⁰⁴, vengono annullati, aggiunti o spostati i servizi, si verificano delle dislocazioni momentanee dovute a periodiche ristrutturazioni, ecc. Le varie aree d'interesse per gli utenti, inoltre, hanno articolazioni frammentate in edifici diversi (come emblematicamente avviene per l'area ostetrico-ginecologica) e la distinzione fra l'una e l'altra è talvolta individuabile solo grazie a delle sfumature linguistiche i cui significati restano ignoti agli utenti. In questo insieme instabile di riferimenti l'orientamento è difficoltoso per chiunque:

175. La nostra unità è dislocata in vari punti: primo piano per l'ambulatorio, settimo piano per i ricoveri e le prenotazioni interventi, quarto piano per gli esami, ospedale giustiniano per gli interventi di day surgery. Ho detto questo perché è già complicato dare indicazioni all'utente anche quando non abbiamo problemi di lingua, e in più le indicazioni dei vari ambulatori non sono chiare e questo non aiuta molto.

176. Nell'episodio [il riferimento è relativo al resoconto n. 40] ho raccontato una difficoltà linguistica accompagnata a quella logistica che l'utente straniero affronta costantemente. Per la verità il problema logistico è sentito molto anche dall'utente italiano, è noto infatti che reparti e servizi dell'Azienda sono dislocati in maniera incomprensibile, stendiamo un velo pietoso poi sulla segnaletica.

Come risulta evidente dalle affermazioni appena riportate, sono talvolta gli stessi dipendenti a non riuscire a districarsi nel groviglio ospedaliero, tanto che nel corso di tutto il periodo di ricerca ci è capitato più volte di imbatterci in situazioni in cui proprio gli operatori non erano in grado di fornire le indicazioni loro richieste, oppure è accaduto che ne fornissero di erronee.

È emblematico, a tale proposito, quanto hanno riferito alcuni relatori del corso di formazione che sono talvolta arrivati concitati o in ritardo agli appuntamenti dicendo che, nonostante le indicazioni fornitegli, si erano persi all'interno del complesso ospedaliero. Non si trattava necessariamente di persone di origine straniera, ma, più in generale, di persone che non avevano avuto alcuna precedente esperienza diretta con la struttura. Non avevano trovato nella cartellonistica un valido aiuto per orientarsi, oppure, chiedendo agli operatori, non avevano ottenuto le informazioni adeguate, o, ancora le indicazioni non erano state fornite con modalità efficace (tenendo, cioè, in considerazione il loro essere estranei alla struttura ed al gergo in essa in uso). Ancor più significativo, a tale proposito, si è rivelato l'episodio di un dipendente che, convocato per un *focus-group*, è arrivato con un considerevole ritardo all'appuntamento in quanto il documento fornitogli con le informazioni riportava la sigla P.S. ad indicazione del luogo in cui recarsi: l'operatore si era pertanto diretto al Pronto Soccorso centrale e lì aveva vagato per un po' alla ricerca del luogo di riunione, interpellando anche gli altri operatori a questo proposito, senza ricavarne le indicazioni necessarie. 'P.S.' nel linguaggio di chi aveva redatto il documento, indicava "Palazzina Servizi", una struttura ubicata in tutt'altra area della struttura ed ignota in questa veste gergale a buona parte degli operatori stessi.

La 'caccia al tesoro' sembra quindi aperta per chiunque voglia avventurarsi nell'intrico di vie edifici, reparti e locali vari, ma la difficoltà aumenta in modo considerevole per l'utente straniero per una serie di ragioni, la prima delle quali è quella di tipo linguistico, poiché in questo caso all'elemento gergale si aggiunge anche la precaria conoscenza della lingua italiana. Una difficoltà che risulta ancora maggiore se dalla

¹⁰⁴ Ricordiamo che la stessa scelta di effettuare l'analisi dei dati a partire dal 2004 si deve al fatto che la suddivisione interna ha avuto nel tempo delle caratteristiche tali da rendere inconfondibili i dati relativi al periodo precedente con quello successivo a quella data, ma nel mentre della ricerca le cose sono cambiate nuovamente in modo significativo.

dimensione verbale si passa a quella scritta, in considerazione della molteplicità di 'alfabeti' in cui si articolano le lingue del mondo:

177. La struttura dove lavoro, sebbene ristrutturata da poco, è un insieme di corridoi e porte dove i pazienti trovano difficilmente l'accettazione e i vari laboratori, sebbene la segnaletica non manchi. L'accesso del paziente straniero trova difficoltà sia nella struttura, poco funzionale, come nella segnaletica, scritta solo in italiano.

178. Nel nostro servizio la problematica maggiore è data dalla difficoltà degli stranieri di raggiungere i vari servizi ed il pagamento del ticket con la macchinetta automatica. I cartelli sono solo in italiano e l'accettazione è decentrata rispetto ai servizi.

179. Nel mio servizio sarebbe assolutamente necessario che il nostro volantino illustrativo fosse tradotto in più lingue, soprattutto in inglese-francese-arabo, che sono le più frequenti con le persone con cui ho a che fare. L'utente così riceverebbe le informazioni 'base' su come poter agire. Non è una richiesta impossibile a realizzarsi secondo me, ma finora nessuno ci ha mai pensato o forse non ci sono i 'mezzi' per farlo. Ho notato che in tutto l'ospedale di Padova non esistono indicazioni in altra lingua che non sia in italiano e quelle poche che ci sono in inglese non sono comunque sufficienti. Mi sembra assurdo che in una struttura come la nostra, con una tale affluenza, la direzione non abbia mai pensato a questo problema.

Come se non bastassero tutte le difficoltà menzionate finora, a complicare il sistema di riferimenti si aggiunge anche il fatto che la distinzione fra Azienda Ospedaliera e Unità Locale Socio Sanitaria comporta la presenza di diverse aree di discontinuità nell'erogazione delle prestazioni. Questa doppia articolazione rende, peraltro, l'organizzazione territoriale in buona misura imparagonabile con le altre limitrofe¹⁰⁵, nel contesto di una normativa che, in quanto assegna una certa autonomia alle Regioni, contribuisce ad incrementare la variabilità. Ne consegue un sistema a geometria variabile (ed instabile) che, se non rende le cose facili per nessuno, rappresenta per gli stranieri, la cui mobilità territoriale è piuttosto marcata, un ulteriore elemento di complicazione. Oltre a non aver sedimentato nella loro storia di vita una qualsivoglia dimestichezza con il sistema sanitario italiano e ad avere, invece, alle spalle i sistemi di riferimento propri delle rispettive aree di provenienza, diversamente dagli autoctoni, gli immigrati, infatti, si spostano con una certa facilità da regione a regione e questo rende talvolta inutilizzabili e confusivi i riferimenti maturati: i servizi con cui ognuno è di volta in volta entrato in contatto, o di cui si avvalgono gli altri membri della comunità con cui è in relazione, sono organizzati diversamente in alcune loro aree in virtù delle specificità regionali e l'intreccio fra il sistema pubblico ed il privato sociale, di cui il migrante fa uso in grande misura, sono significativamente diversi da zona a zona. Avremo modo di vedere più avanti come questi fattori convergano talvolta nel rendere difficoltoso il rapporto.

Il circolo vizioso dell'insufficienza di tempo

Come abbiamo sostenuto nella precedente sezione, l'area della comunicazione, pur essendo indicata a vasto raggio come problematica dagli utenti ed anche dagli operatori (nonché dalla ricerca sul campo), è, al contempo, grandemente sottostimata nella sua complessità e questo a partire dalla definizione delle linee di programmazione stesse di un'Azienda che, nella sua fisionomia organizzativa, non crea le condizioni per poter adeguatamente affrontare la problematica. In tal senso, spazio e tempo, i due elementi di base che strutturano ogni interazione, costituiscono entrambi degli ambiti di fragilità e disattenzione proprio in quanto la loro organizzazione viene fatta dipendere da fattori di altro ordine rispetto a quelli di tipo relazionale. Le conseguenze di questa impostazione fanno sì che, in un caso e nell'altro il problema ritorni, però, come un boomerang alla

¹⁰⁵ In tutta la Regione Veneto solo a Verona si riscontra una distinzione analoga delle due aziende.

base di partenza. Vorremmo, pertanto, tornare sulla questione della tempistica che ingabbia l'operato del personale per evidenziare come, anche sul piano amministrativo, non sia del tutto funzionale il restringimento dei tempi che gli operatori hanno a disposizione per ogni singolo utente. Al contrario, potrebbe risultare utile una centratura dell'attenzione sull'area relazionale che le consenta di recuperare uno statuto di interesse, a partire, per esempio, da una più attenta considerazione della dimensione informativa poiché, ad esempio, come si rileva dalla letteratura di settore¹⁰⁶ e come alcuni operatori evidenziano chiaramente:

180. *Bisogna avere a volte un po' più di tempo per spiegare le procedure dell'esame prima dell'esecuzione perché (gli stranieri) sono meno informati (degli italiani).*

L'affermazione appena riportata esplicita che gli utenti stranieri hanno un bagaglio informativo generalmente inferiore a quello degli italiani su alcuni aspetti che riguardano la sanità e, nel caso specifico, per quanto riguarda le modalità di effettuazione delle prestazioni: resisi consapevoli di questa situazione di base, si rende necessario dedicare loro un tempo maggiore per colmare le carenze ed agevolare l'iter. Se è questo quanto l'operatore segnala, non è questo, tuttavia, che viene sempre effettuato, come risulta ancora più evidente dall'affermazione che segue:

181. *Possibili strategie potrebbero riguardare il fatto di essere più chiari nell'esecuzione dell'esame, nel senso che l'informazione dovrebbe essere data già prima dell'esecuzione dell'esame. Capita molto spesso anche con gli italiani che arrivino non informati dell'esame che devono fare, ma con loro le spiegazioni date al momento spesso sono sufficienti, mentre è molto difficile spiegare bene tutto allo straniero tenendo conto delle sue necessità, senza metterlo in difficoltà, e delle nostre necessità per eseguire l'esame.*

A detta di alcuni colleghi, quindi, gli operatori non sempre si pongono adeguatamente il problema delle informazioni da fornire ed è presente una qualche tendenza a non spiegare agli utenti (stranieri o italiani che siano) quali sono le procedure connesse all'esecuzione degli esami che si devono effettuare. Il mancato passaggio di informazioni rischia, però, di inficiare la riuscita dell'esame e la possibilità stessa di effettuarlo: con lo straniero, più che con l'italiano, può capitare, infatti, che l'accertamento debba essere rinviato, o addirittura ripetuto, proprio in virtù di una disattenzione iniziale, magari dovuta ad un 'non voler perdere tempo' dilungandosi in spiegazioni e per verificarne la recezione e comprensione da parte dell'utente straniero (anche nell'idea che 'bene o male ci si capisce', o scambiando il cenno del capo o il 'sì' formulato per altre ragioni come un segno di comprensione avvenuta). Nel caso della variabile tempo tende, così, a prendere forma un processo relativamente paradossale: proprio per il fatto di non riconoscere di dover riservare un tempo relativamente dilatato alla relazione, si producono dei circoli viziosi che comportano la necessità, a questo punto resasi inderogabile, di un *surplus* di tempo da parte degli operatori successivi, ed anche la possibilità che la computazione dei minuti assuma un andamento esponenziale, poiché l'esame può non andare a buon fine e dovere essere ripetuto. Come in una sorta di auto fraintendimento interno alla struttura, quello che, allora, si verifica è un'effettiva 'perdita di tempo' proprio in virtù delle strategie di contenimento dei tempi.

Il circolo vizioso dell'insufficienza di tempo può risultare evidente anche da esempi come quello riportato di seguito:

¹⁰⁶ Cfr. Luatti L., *Atlante della mediazione linguistico culturale*, Franco Angeli, Milano, 2006, p. 265: "Un elemento di criticità è dato dalla progressiva riduzione dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie che colpisce soprattutto il paziente immigrato, il quale necessita di tempi più dilatati per comprendere al meglio cosa sta accadendo."

182. Durante il turno del pomeriggio al triage si sono presentati dei cittadini cinesi (5 persone, di cui 2 bambini e 3 adulti). Facendo intuire di parlare poco l'italiano, chiedevano di poter essere aiutati nel loro problema. Data la difficoltà nell'interpretare le loro esigenze elementari, e la difficoltà nel capire che cosa li avesse spinti a presentarsi al triage, ho coinvolto altre colleghe in servizio, con scarsi risultati. Dalla sala d'attesa si è presentata spontaneamente una ragazza cinese che, avendo intuito la situazione, fece da interprete, così che si capì che loro non necessitavano del PS pediatrico bensì di informazioni su una visita che avevano prenotato in un ambulatorio esterno alla struttura pediatrica. In questa situazione sia io che le colleghe coinvolte ci siamo sentite impreparate e sinceramente anche un po' "scocciate" del tempo perso al triage (fuori c'era la fila di persone che dovevano entrare per fare l'accettazione) per risolvere un problema che non era di P.S., ma solo di dare chiaramente delle indicazioni.

Un caso come questo, in cui l'utente si rivolge allo sportello sbagliato, è abbastanza comune, tanto che anche durante il periodo di osservazione ci si è più volte imbattuti in persone che vagavano da un settore all'altro della cittadella ospedaliera nel tentativo di portare a termine una qualche prescrizione. Al verificarsi della situazione n. 158 possono aver concorso diversi fattori: una precedente disattenzione relativamente al passaggio di informazioni, una confusione dell'utente rispetto all'articolazione del servizio pubblico con quello privato, o altri ancora, ma che, comunque, per essere adeguatamente considerati ed agire di conseguenza, richiedono 'il tempo necessario'. Il risultato è che gli utenti (soprattutto gli stranieri) si trovano a fare reiteratamente file a sportelli diversi e ad interloquire con più operatori uno di seguito all'altro, con evidente disagio da parte loro e, talvolta, degli operatori stessi, e con notevole dispendio di energie e tempo relativamente ad ogni singolo caso.

A conferma della necessità evidenziata, per chiudere questa riflessione sulla viziosità del problema-tempo, riportiamo uno dei pochi resoconti che evidenzia il fatto che l'operatore possa anche decidere di strutturare diversamente l'interazione, dedicando ad essa il tempo che ritiene necessario:

183. Giusto una settimana fa è arrivato di pomeriggio un utente del Kenia, che cercava di capire dove doveva recarsi sua moglie per un prelievo di sangue da farsi in un giorno preciso del ciclo mestruale. Si spiegava benino ma dava l'impressione di capirti molto bene. Era già stato sbalottato da uno sportello all'altro finché come ultima scelta era arrivato fin da noi al CCA. Sono uscita fuori dello sportello (non c'era gente in sala d'attesa) mi sono seduta con lui e rovistando carte, esami, ricette e chiedendo piano e tranquillamente cosa dovesse realmente fare la moglie, fra tutti gli esami richiesti, ho ricostruito il tipo di prelievo che doveva fare e dove doveva rivolgersi. Dal canto suo, la persona di colore, parlando benino l'italiano, si è sforzato di capire l'italiano e di darmi risposte coerenti. Questo tipo di comunicazione si è potuta concludere positivamente solo perché l'operatore - io - era tranquillo e non aveva nessuno che soffiava sul collo o che batteva sul vetro dello sportello. L'utente, dal canto suo, era esso stesso tranquillo e molto disposto. Quindi la comunicazione, le relazioni, sono influenzate da molti fattori che interagiscono tra loro e sui soggetti stessi.

Quello che, ancora una volta, non manca di stupire nel resoconto appena riportato è il fatto che una procedura che dovrebbe risultare del tutto normale in un 'contesto di cura', venga, invece, presentata come una sorta di eccezione alla regola, come un qualcosa che rompe gli schemi di funzionamento di un sistema organizzativo che procede sulla base di tutt'altra routine. Il racconto è estremamente esplicito rispetto al problema; per certi versi, rappresenta il contraltare di uno dei resoconti che abbiamo utilizzato in apertura (il n. 3), il quale faceva emergere un'attitudine opposta da parte del personale (con l'espressione "i miei superiori" si alludeva in quel caso ai dirigenti, ma anche al caposala) e che a sua volta poteva avere radici in fattori di tipo organizzativo, ma anche in un'indisponibilità di fondo ("se non capiscono, che prima imparino a parlare la nostra lingua se vogliono stare qui"). Questa disparità rende evidente che la quantità di tempo dedicato/dedicabile alla relazione comunicativa risulta talvolta esiziale per la relazione

stessa, poiché gli operatori potranno scegliere la via alternativa della costruzione di un terreno comune di comunicazione, dedicandovi del tempo, o la via di fuga in un terreno comune solo presunto, la cui preesistenza è implicitamente data per scontata e niente affatto garantita; la differenza può, d'altra parte, essere interessante anche in altro senso, poiché in assenza di un tempo sufficiente, se da una parte si 'uccide' ogni effettiva possibilità d'intesa, niente è garantito neanche a livello di 'semplice' passaggio di informazioni, con le conseguenze che ne derivano anche in termini computazionali.

Con il resoconto n. 183, siamo, d'altra parte, di fronte ad una 'variazione sul tema' rispetto alla questione degli ostacoli che incontra una tempistica modulata sulle necessità relazionali. Esso, infatti, introduce anche il problema della reazione degli altri utenti: 'non avere nessuno che soffiasse sul collo' fa riferimento al contempo a quanto imposto dall'organizzazione ed alla fila che si crea allo sportello, con la possibilità che si verifichino intemperanze di vario genere. Non esaminiamo, però, adesso, questo aspetto del problema in quanto avremo modo di trattarlo più avanti¹⁰⁷.

In questo momento ci soffermiamo, invece, su altri due resoconti, in quanto ci consentono di mettere in evidenza come la variabile temporale si intrecci con quella informativa, acuendo la viziosità del problema:

184. Venerdì 26 Gennaio, Pronto Soccorso pediatrico. Si presenta un utente non italiano con un bambino, dichiarando di aver bisogno di un dentista. Riferisce di aver telefonato quella mattina al "Centro di via Venezia", ma che gli hanno risposto che in quella sede non è più presente un Pronto Soccorso dentistico, pertanto è venuto in ospedale. L'operatore gli dice che anche qui non c'è un servizio del genere di quello che l'utente richiede. L'utente domanda che cosa può fare e l'operatore gli risponde che può farlo visitare da un medico. L'utente insiste ancora sul fatto che ha bisogno di un dentista (non di un altro medico), dicendo anche che il bambino non ha dormito per tutta la notte. L'operatore suggerisce allora di provare ad andare "al quarto piano del Policlinico". Segue una reazione di incomprensione da parte dell'utente: "Cosa Policlinico?". L'operatore, senza dare spiegazioni ulteriori, fornisce all'utente alcune veloci indicazioni sul percorso da effettuare per raggiungere la struttura menzionata aggiungendo: "provi a vedere se ci sono lì momentaneamente dentisti". L'utente ha un'espressione che a mio parere mostra disorientamento, ma l'operatore non lo rileva, o comunque sorvola sul fatto ed il suo comportamento sembra non tenerne conto. Il tutto viene sbrigato piuttosto affrettatamente; l'operatore sembra non chiedersi quale trafila farà da quel momento in avanti l'utente: ha capito cos'è e dov'è il Policlinico? Molto probabilmente in qualche modo riuscirà ad andarci, ma mi chiedo anche 'per trovare cosa?'.

All'osservatrice, in questo caso, è risultata evidente la fretta e disattenzione con cui l'operatore forniva le indicazioni all'utente: l'interazione si è sviluppata senza soffermarsi a valutare se l'interlocutore stava capendo quanto gli veniva detto, le espressioni di disorientamento non venivano tenute in conto, l'operatore non sembrava affatto sicuro della validità dell'informazione da lui stesso fornita e ne rinviava, però, la verifica all'utente stesso (senza, per esempio, utilizzare il telefono, presente al suo fianco, per cercare di risolvere il dubbio semplicemente digitando un numero interno). Lo scenario che all'osservatore è sembrato plausibile si verificasse successivamente è quello di un utente che avrebbe girovagato più o meno a caso fra gli edifici alla ricerca di indicazioni ulteriori, rivolgendosi ad altri operatori per ottenere le informazioni mancanti, per riuscire, infine, a raggiungere la struttura indicata e sentirsi dire che in quella sede non effettuavano quel tipo di prestazione, oppure che la effettuavano ma che in quel momento non erano presenti dentisti e che quindi avrebbe dovuto recarsi altrove o tornare in un altro giorno o in un altro momento: anche il tempo che la struttura globalmente avrebbe dedicato a quel singolo caso sarebbe aumentato passo

¹⁰⁷ Oltre a quanto detto finora, della problematica organizzativo-temporale fa parte anche la questione degli orari e degli appuntamenti, ma anche di questo parleremo più avanti.

dopo passo, giungendo a moltiplicarsi rispetto alla situazione iniziale, senza che magari si pervenisse ad un esito risolutivo rispetto al problema.

Se questa ricostruzione è in buona misura immaginaria, sebbene plausibile, un partecipante al corso di formazione ha riferito di una situazione che è, per molti versi, analoga:

185. In primavera è capitato un caso di una signora nigeriana. Aveva un forte mal di denti e si era presentata prima in Pronto Soccorso centrale. Gli operatori le avevano detto di rivolgersi in Dipartimento di Odontoiatria, in via Venezia, senza ‘ricordarsi’ che lì non c’è il servizio di Pronto Soccorso. La paziente allora era venuta allo sportello di via Venezia per sentirsi dire che si doveva rivolgere al Pronto Soccorso odontoiatrico presso gli ambulatori del Policlinico, al quarto piano. Allora era andata al Pronto soccorso odontoiatrico, dove le era stato riscontrato un ascesso per carie penetrante e le erano state date le indicazioni per proseguire la cura, cioè rinviandola al Dipartimento di Odontoiatria in via Venezia oppure in studi convenzionati. A quel punto la paziente si è presentata nuovamente in via Venezia chiedendo come fare. È venuta con il marito, non parlava italiano e aveva evidenti difficoltà di comprensione linguistica. Si è cercato di porre attenzione al caso anche perché la signora aveva partorito da un mese il terzo figlio e lo portava sempre con sé per allattarlo.

I due ultimi casi mostrano, entrambi, un rimbalzare degli utenti da una struttura all’altra e sono attraversati da buona parte degli elementi problematici di cui abbiamo parlato precedentemente: i tempi esasperatamente ristretti della relazione (“il tutto viene sbrigato piuttosto affrettatamente”), la presenza di una gergalità diffusa di cui l’operatore si avvale (“Cosa Policlinico?”), un’insufficiente cura nella circolazione delle informazioni anche a livello dei dipendenti stessi (“Gli operatori le avevano detto di rivolgersi in Dipartimento di Odontoiatria, in via Venezia, senza ‘ricordarsi’ che lì non c’è il servizio di Pronto Soccorso”, ma anche, per quanto riguarda il resoconto n. 184: “provi a vedere se ci sono lì momentaneamente dentisti”). Il secondo resoconto, peraltro, vede rimbalzare l’utente da una parte all’altra della città (il Dipartimento di via Venezia, pur appartenendo all’amministrazione A.O.P., è ubicato in tutt’altra area rispetto a quella ospedaliera) e non sembra che per la gestione del caso sia stato attivato il servizio di mediazione linguistico-culturale, neanche quando è stato effettuato l’intervento nell’area del Policlinico, e questo nonostante il fatto che l’utente, come emergerà al termine della trafila, “non parlava italiano e aveva evidenti difficoltà di comprensione linguistica”). Alla fine sarà l’utente a presentarsi con il marito (di cui non sappiamo quale fosse il grado di competenza linguistica), forse nel timore di non stare capendo niente di quello che gli veniva di volta in volta indicato, visto il continuo andirivieni a cui era andato incontro.

Situazioni di questo tipo, come dicevamo, si sono verificate più volte; abbiamo scelto di utilizzare le due precedenti in quanto la loro similitudine ci consente di mettere a fuoco una questione ulteriore, che riguarda in modo specifico l’odontoiatria. Occorre segnalare, infatti, che quella odontoiatrica rappresenta un’area particolare nel contesto della sanità italiana, poiché la copertura offerta dal Sistema Sanitario Nazionale è decisamente scarsa rispetto alle esigenze ed in questo campo si ha il fiorire di prezzi esorbitanti nel settore privato: in tal senso si costituisce come ambito di criticità per molti. Non è quindi un caso che due delle tre strutture di volontariato presenti sul territorio che forniscono prestazioni sanitarie per coloro che non possono beneficiare dell’assistenza offerta dal Servizio Sanitario Nazionale, effettuano soprattutto prestazioni dentistiche¹⁰⁸ e che ad esse si rivolgono prevalentemente persone straniere. In nessuna delle situazioni a cui ci è stato possibile assistere e che riguardassero questa

¹⁰⁸ Come risulta anche dai dati riportati nella sezione relativa al “Contesto”, capitolo sulle “Strutture dedicate nell’ambito del territorio ULSS, nell’anno 2005 il solo ambulatorio Caritas-CUAMM ha effettuato 1.519 interventi di odontoiatria, corrispondenti al 91% del totale delle prestazioni fornite.

problematica gli operatori hanno fornito informazioni agli utenti relativamente alla presenza dei due servizi: la ragione di tale mancanza, secondo quanto hanno riferito quando ci è stato possibile interpellarli a tale proposito, non si doveva ad una valutazione di opportunità o al fatto che ritenessero che l'utente non avesse le caratteristiche per rivolgersi a quello specifico servizio, ma al fatto che non ne erano a conoscenza loro stessi.

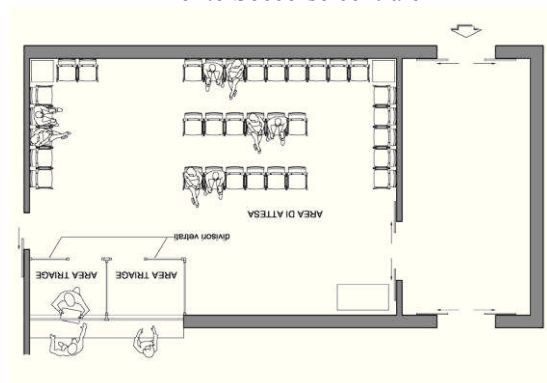
Ambienti

Lo spazio dell'accoglienza

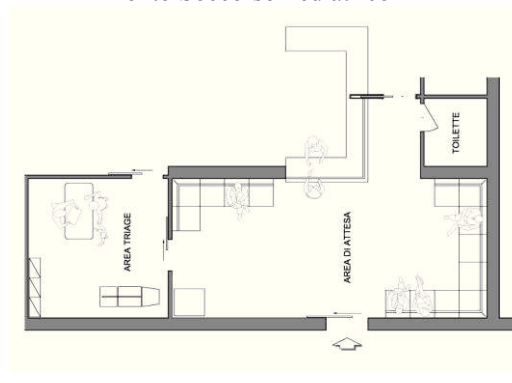
L'organizzazione definisce dei tempi per la relazione ed in questo, come abbiamo visto, non risulta sempre adeguata alle esigenze, imboccando anche la via che conduce a veri e propri circoli viziosi. Se la relazione necessita di un tempo maggiormente dilatato rispetto a quello che hanno formalmente a disposizione gli operatori, ha d'altra parte bisogno anche di uno spazio adeguato: le caratteristiche fisiche degli ambienti, infatti, influiscono ad una molteplicità di livelli sul funzionamento istituzionale e condizionano anche la forma delle relazioni. Ciononostante, abbiamo già avuto modo di effettuare alcune osservazioni sulla strutturazione e gestione degli spazi che ci hanno condotto ad evidenziare che a questo aspetto viene, in genere, riservata poca attenzione. Ci è stato possibile rilevare una certa disomogeneità fra le varie aree dell'Azienda Ospedaliera ed è sicuramente vero che alcune (in particolare taluni settori della Pediatria) hanno mostrato una maggiore attenzione di altre in tale ambito, ma la maggior parte ha rivelato un'evidente noncuranza. Per addentrarci ulteriormente in questa questione, una prima riflessione che ci sembra opportuno effettuare riguarda l'area di accoglienza del Pronto Soccorso centrale, le cui caratteristiche di problematicità emergono, peraltro, con particolare evidenza se effettuiamo un confronto con la corrispondente sezione del Pronto Soccorso pediatrico, anch'esso presente nella compagine ospedaliera. Riteniamo particolarmente importante la strutturazione di queste aree in quanto nella maggior parte dei casi il primo approccio con l'Azienda, per quanto riguarda l'utente immigrato, avviene proprio ricorrendo al servizio di Pronto Soccorso: è questo settore, pertanto, a fornire una sorta di *imprinting* relazionale al successivo rapporto con l'ospedale.

L'accesso al Pronto Soccorso (sia esso centrale che pediatrico) - qualora non vi si pervenga per via d'urgenza ricorrendo al 118 (ambulanza) - viene effettuato passando attraverso il filtro del *triage*, il quale viene a sua volta eseguito in una specifica sezione situata nella zona d'entrata del Pronto Soccorso stesso. Riteniamo utile mettere a confronto le planimetrie relative all'organizzazione di queste due aree d'accesso in quanto solo superficialmente manifestano dei caratteri di somiglianza, mentre ad un'analisi più attenta rivelano due filosofie dell'accoglienza radicalmente distinte:

Pronto Soccorso centrale



Pronto Soccorso Pediatrico



Come si può vedere dalle due mappe, fra l'area di attesa, l'area del *triage* e l'area in cui si trovano gli operatori vi sono, in entrambi i casi, delle separazioni; nelle due situazioni, però, le caratteristiche delle divisioni sono significativamente diverse:

Pronto Soccorso centrale

L'area di attesa e l'area sportelli (*triage*) sono parzialmente separate da vetri e non vi sono porte d'accesso chiudibili.

L'area utenti e l'area operatori sono separate. Tale separazione:

- è totale dal punto di vista della possibilità di accesso;
- è parziale dal punto di vista visivo (muratura nella parte inferiore e vetro in quella superiore);
- rende necessario l'uso di un sistema di amplificazione della voce sia sul versante degli operatori che su quello degli utenti.

Pronto Soccorso Pediatrico

L'area di attesa e l'area del *triage* sono del tutto separate da pareti in muratura con relativa porta di accesso che può essere chiusa.

L'area utenti e l'area operatori condividono lo stesso spazio al momento del *triage*.

Questa diversa articolazione degli spazi, con le relative differenze nei materiali di separazione ed il correlativo utilizzo dei sistemi di amplificazione comporta una serie di conseguenze. In particolare:

Pronto Soccorso centrale

Gli utenti allo sportello possono essere visti integralmente da chi è in sala d'attesa, ma solo parzialmente dagli operatori che si occupano del *triage*.

Tutti (operatori ed utenti) possono ascoltare tutto quanto viene detto dagli uni e dagli altri e non c'è alcun modo di isolarsi acusticamente rispetto alla sala d'attesa.

Viene ostacolata una gestione a tre dell'interazione (che si renderebbe necessaria in caso di richiesta di intervento di un mediatore linguistico-culturale).

Pronto Soccorso Pediatrico

Gli utenti che effettuano il *triage* sono visivamente separati da coloro che si trovano in sala d'attesa, mentre possono entrare in contatto diretto (anche tattile) con gli operatori; mancando la visibilità diretta dell'area del *triage* da parte degli utenti in arrivo/in attesa, è stato previsto un bancone d'entrata che consentisse loro di accedere alle informazioni necessarie prima del *triage* stesso e per tutto il periodo di attesa successivo.

Quanto viene detto fra operatori ed utenti che effettuano il *triage* può rimanere di loro esclusiva conoscenza semplicemente tenendo chiusa la porta di separazione fra l'area del *triage* e quella della sala d'attesa.

E' agevolata la contemporanea presenza di più figure (genitori o altri accompagnatori, ma anche mediatori linguistico-culturali o altri operatori).

È evidente da quanto abbiamo messo in luce in quest'ultimo quadro sinottico che la diversa organizzazione che caratterizza le due aree tende ad agevolare o ad ostacolare in modi differenziati il declinarsi della dinamica comunicativa e la forma stessa delle relazioni. Non è certo l'organizzazione dello spazio a causare in modo deterministico gli stili relazionali, ma è plausibile affermare che anche la disposizione spaziale è indice di un'impostazione relazionale e che i due termini (spazio e relazione) costituiscono al contempo la causa e l'effetto di un meccanismo che si autoalimenta: come già abbiamo avuto modo di accennare, non ci sembra un caso che l'area del Pronto Soccorso centrale sia particolarmente caratterizzata da episodi di *escalation* dell'aggressività (che riguardano tutto il rapporto con l'utente, ma che risultano particolarmente evidenti nel caso dei fruitori stranieri). Se "non è il Servizio che è male, ma l'interagire", in questo caso la disattenzione relazionale raggiunge dei livelli particolarmente elevati già a partire dalla strutturazione degli ambienti.

Il problema dell'organizzazione degli spazi è emerso sia durante il periodo di osservazione, sia nello svolgersi del corso di formazione e gli operatori hanno mostrato di possedere, a tale proposito, dei livelli differenziati di consapevolezza e di situarsi su posizioni interpretative divergenti. Uno dei pochi episodi in cui ci è stato possibile verificare la percezione del problema e la messa in atto di un comportamento conseguente da parte degli operatori è quello che riportiamo qui di seguito:

186. Si presenta al *triage* un uomo piuttosto giovane che parla un italiano approssimativo. Si rivolge all'operatore in lingua italiana, ma con evidenti difficoltà di espressione, tanto che l'operatore capisce che è greco di nazionalità (forse è questo che l'utente effettivamente afferma?), ma questo stride con l'esibizione di un tesserino S.T.P.. Dice di essersi presentato precedentemente agli sportelli del piano superiore (C.U.P.) e da lì di essere stato inviato al Pronto Soccorso. I problemi che dichiara sono relativi a difficoltà di erezione. L'operatore fatica ad orientarsi in questa situazione e cerca anche di contattare telefonicamente il servizio C.U.P. per capire cosa è stato detto all'utente e perché è stato inviato in Pronto Soccorso, ma non riesce nel suo scopo: prova a chiamare, ma il telefono squilla a vuoto (commento dell'operatore: "Ci sono spesso difficoltà a mettersi in contatto con i colleghi"). L'utente cerca affannosamente di spiegarsi e parla di un incidente avuto qualche anno prima, in seguito al quale si sarebbero verificati i problemi di erezione che continua a manifestare. Il tono di voce, già piuttosto alto, viene amplificato dal microfono. A questo punto l'operatore chiede all'utente di uscire dall'area degli sportelli in cui si effettua il *triage* e lascia a sua volta la sua postazione per incontrare l'utente nel corridoio limitrofo, così da poter parlare con lui in modo ravvicinato, senza l'uso del microfono e senza che dalla sala d'attesa antistante si possa sentire quanto viene detto. Rientrando, testimonia il suo imbarazzo per questa situazione, affermando che non gli sembrava opportuno che tutti potessero ascoltare l'utente mentre parlava dei suoi problemi di erezione. Dice di aver capito dal colloquio svolto in corridoio che l'utente si era recato al C.U.P. per richiedere una visita andrologica. A suo parere gli operatori del C.U.P. l'avevano inviato al Pronto Soccorso poiché "non riuscivano a spiegarsi", invece di attivare il servizio di mediazione linguistico-culturale. Rispetto a questo presunto modo di procedere aggiunge anche che "si tratta di una cosa che succede spesso" e che "avviene anche con gli italiani quando non si riescono a comprendere le ricette".

Il resoconto osservativo ha al proprio interno più di un elemento che richiama i problemi di cui si è parlato precedentemente (in primo luogo il rinvio da uno sportello all'altro dell'utente), ma ora ci preme rilevare che il comportamento dell'operatore, come risulta anche dalla sua verbalizzazione successiva, testimonia che ha percepito l'inadeguatezza della situazione connessa all'organizzazione degli spazi. Quello che abbiamo appena riportato rappresenta, d'altra parte, il solo episodio a cui ci è stato possibile assistere in tal senso nel periodo di osservazione svolto nel Pronto Soccorso centrale ed è evidente che si trattava di una situazione particolarmente eclatante in virtù dei contenuti trattati. Non sono mancati altri episodi in cui erano presenti elementi di evidente delicatezza (tutte le situazioni in cui l'utente era nella condizione di dover rendere pubbliche le forme del proprio malessere, così come quelle in cui si trovava a palesare la sua

irregolarità giuridica potendo essere ascoltato da chiunque si trovasse in sala d'attesa), ma non ci sono stati altri casi in cui gli operatori avessero dato segno di percepire la spinosità del problema ed avessero agito di conseguenza. La questione dell'inadeguatezza nella strutturazione degli spazi dell'area del Pronto Soccorso centrale è, invece, stata segnalata alcune volte dagli operatori di altri reparti nell'ambito del corso di formazione (talvolta in riferimento al fatto che loro stessi o i loro famigliari si erano trovati a dover fare uso del Servizio e, quindi, a percepire direttamente la sgradevolezza della situazione).

Un'altra area, fra quelle in cui si è svolto il periodo di osservazione, nella quale la gestione degli spazi ha manifestato una forte problematicità al momento dell'accoglienza, è quella della Divisione ortopedica.

187. Primo giorno di osservazione in Ortopedia (più precisamente in Divisione ortopedica, l'altro reparto, la Clinica ortopedica, è situato al piano superiore). Un tabellone affisso al soffitto indica come sala d'attesa uno spazio situato fra l'uscita dall'ascensore ed il vero e proprio corridoio del reparto, ma la separazione fra le due aree è fittizia ed in ogni caso lo spazio non risulta sufficiente per questa funzione. La 'sala d'attesa' è, in realtà, il corridoio. C'è un continuo arrivare di persone che chiedono cose diverse su che cosa gli accadrà, sulle dimissioni, sulle procedure di accettazione. I medici che passano vengono intercettati dai pazienti ed interpellati per chiedere informazioni varie. Talvolta sono addirittura i medici a venire in questa zona del corridoio alla ricerca dei pazienti: le varie cose si incrociano. Le persone (operatori o utenti che siano) vengono 'intercettate' mentre passano o sostano in modo più o meno irrequieto in quest'area. Un infermiere viene interpellato in contemporanea per situazioni diverse e le situazioni si accavallano a tal punto che si trova a mettere le carte in mano agli utenti senza fornirgli alcuna spiegazione sui loro contenuti o sulla loro destinazione d'uso. Alle 10.30, dopo 40 minuti circa dall'inizio di questa *tranche* di osservazione, in questo settore del corridoio ci sono 23-25 persone.

Il caos che si intravede attraverso questo segmento di osservazione è sicuramente amplificato dal fatto che, come hanno riferito gli operatori al mio arrivo nella struttura, si trattava di una "giornata piena" che faceva seguito a "quattro giorni di accoglienza": Clinica e Divisione ortopedica si alternano, infatti, di quattro giorni in quattro giorni, nella recezione dei pazienti che provengono dal Pronto Soccorso ed in quell'occasione il reparto si trovava al termine del periodo di turno. Si trattava, quindi, di un momento di apice nell'afflusso: una situazione che, tuttavia, non possiamo considerare occasionale in quanto si verifica con regolarità ogni otto giorni. Esso ha evidenziato, infatti, delle caratteristiche strutturali nel modo in impostare la relazione con l'utenza in quanto nei giorni successivi, seppure l'accumulo di persone sia stato più limitato, le dinamiche sono state sostanzialmente analoghe in termini qualitativi, sebbene quantitativamente più contenute.

Le caratteristiche organizzative dell'ambiente hanno la loro rilevanza: non sono previsti nel reparto un luogo di attesa più adeguato rispetto a quello ricavato nel corridoio, né un apposito spazio per lo svolgimento di colloqui con gli utenti e/o con i loro famigliari ed il corridoio diviene il luogo in cui accade tutto, rendendo decisamente inaccogliente lo spazio della 'accoglienza'. Il messaggio relazionale che in tal modo viene veicolato dalla struttura all'utente non è, e non può essere, di attenzione nei suoi confronti: richiamando il secondo assioma della *Pragmatica della comunicazione umana*, viene anche da chiedersi fino a che punto "l'aspetto di relazione" retroagisca su quello "di contenuto", e, di conseguenza, sulla possibilità che venga dato adeguato ascolto e rilevanza alla dimensione informativa dei messaggi stessi. La questione dei contenuti informativi effettivamente trasmessi, peraltro, si è rivelata particolarmente carente in più occasioni nel corso di tutto il periodo di osservazione (in questo ed in altri reparti, sicuramente non in tutti), dando adito a varie difficoltà.

Sovrabbondanze ed assenze

Le aree descritte finora hanno manifestato delle carenze evidenti nella predisposizione degli spazi, facendo intravedere la presenza di risvolti negativi per la stessa dinamica relazionale. Situazioni di altro genere sono quelle in cui la disattenzione può riguardare gli arredi invece che la strutturazione architettonica degli ambienti. Un ambito di particolare delicatezza rispetto a questo può risultare quello della connotazione religiosa degli spazi. A tale proposito, nei vari dibattiti sull'argomento anche fuori dall'area della sanità, in Italia è in genere la questione del crocefisso a rappresentare l'ambito privilegiato di controversia. Nel contesto dell'Azienda Ospedaliera questo simbolo religioso è costantemente presente, ma quasi nessuno degli intervistati ha espresso delle osservazioni, né, tantomeno, delle rimostranze, a tale proposito; le uniche due considerazioni che abbiamo raccolto a riguardo sono quelle che riportiamo qui di seguito, effettuate rispettivamente dall'imam che è intervenuto nell'ambito del corso di formazione (la n. 164) e da un utente italiano di religione islamica (la n. 165) ed aventi un carattere del tutto antitetico, nonché, almeno in parte, impreveduto proprio in considerazione delle caratteristiche dei locutori:

188. "Siamo contenti se il crocefisso rimane lì. Uno non è un musulmano se non riconosce la profezia di Gesù. Il nome di Gesù è citato 33 volte nel Corano, il Profeta solo 5, Maria è fondamentale..."

189. Gli utenti si sentono offesi dalla presenza di crocefissi, sono fonte di disagio. Hanno pudore/rispetto, per questo non ne parlano.

Come si vede già da queste due affermazioni, le posizioni sembrano disporsi su versanti disomogenei. D'altra parte la questione non è mai stata sollevata esplicitamente dall'intervistatrice, quindi non è possibile immaginare come gli altri utenti avrebbero risposto qualora fosse stata formulata una domanda diretta a tale proposito.

Al di là di questo, ci sembra, d'altra parte, opportuno evidenziare come alcuni spazi abbiano mostrato una connotazione estremamente marcata in rapporto alla religione cattolica per la sovrabbondante presenza di vari elementi del cristianesimo. È questo, ad esempio, il caso della sala d'aspetto di uno dei reparti in cui è stato effettuato il periodo di osservazione, i cui arredi erano costituiti, oltre che dal crocefisso, da una grande statua della Madonna posta su un baldacchino e contornata da fiori, da un'immagine di Padre Pio e da una statua di S. Antonio anch'essa contornata da fiori (gli unici altri arredi privi di caratterizzazione religiosa/cattolica, oltre ad un tavolo e delle sedie, erano rappresentati da un manifesto che pubblicizzava capi di abbigliamento per 'taglie forti' e da una bacheca in cui si trovavano un messaggio dei volontari ospedalieri ed il regolamento di reparto relativo alle visite).

Se, come già accennavamo, non sono emerse osservazioni in tal senso, né sul versante degli utenti, né dalla parte degli operatori, quello che è affiorato nei resoconti di questi ultimi, sono delle osservazioni relative non tanto alla presenza di elementi/spazi religiosi, quanto alla loro assenza¹⁰⁹. È questo il caso, ad esempio, delle aree dedicate alla preghiera. Nell'ambito del corso di formazione gli operatori, infatti, hanno talvolta sollevato la questione della ritualità religiosa, soprattutto in riferimento al contesto islamico, manifestando il loro imbarazzo per non sapere come gestire le necessità connesse ai momenti di preghiera e sollevando esplicitamente il problema:

190. Da noi è stata ricoverata una bambina e la mamma andava in terrazzo per pregare. C'è necessità di un posto per pregare.

¹⁰⁹ A questo proposito la questione riguarda anche gli italiani: come riferisce un infermiere il fatto che ci sia il crocefisso in genere non sollecita problemi, se invece viene a mancare, subito "gli italiani chiedono perché non c'è".

191. *Abbiamo avuto un paziente musulmano che era venuto per curarsi una grave infezione all'arto inferiore. Il padre veniva a trovarlo e durante la visita talvolta si metteva a pregare nella stanza di degenza rivolto verso la Mecca, ad Est. Ho socchiuso la porta della stanza per lasciarlo tranquillo.*

In queste due affermazioni (estratte da un piccolo gruppo di altre analoghe) il momento della preghiera sembra non costituire un particolare problema per gli utenti (per lo meno la questione non viene esplicitata), i quali semplicemente si ricavano lo spazio necessario per le loro esigenze; da parte dell'operatore sembra, invece, affiorare una percezione di inadeguatezza che va forse messa in relazione con la mancanza di un luogo che sia specificamente adibito all'espletamento di tutto quanto è previsto dalla ritualità islamica (nel contesto ospedaliero è, infatti, presente una chiesa cattolica, ma non altri luoghi di culto): nell'affermazione n. 166 (come in altre analoghe) la carenza viene direttamente esplicitata, mentre nella n. 167 si può intuire che venga percepita se poniamo attenzione al gesto che l'operatore ritiene opportuno fare per andare incontro ai bisogni dell'utente. Anche per quanto riguarda questo secondo caso ci sono state altre affermazioni di carattere analogo: gli operatori hanno talvolta manifestato questa stessa percezione riferendo di altre situazioni nelle quali hanno ritenuto opportuno intervenire socchiudendo la porta in modo da garantire un po' di *privacy* all'utente o, comunque, in quanto non ritenevano opportuno che il momento di preghiera fosse così palesemente visibile da chiunque. Non ci soffermiamo ulteriormente su queste situazioni per analizzarne altre possibili interpretazioni in quanto ci torneremo in un secondo momento; riportiamo, invece, un altro episodio che ha a che fare con la questione degli spazi e delle diverse ritualità, che coinvolge un utente nigeriano e che, per le sue caratteristiche, ha creato ben altri problemi di 'gestione':

192. *Orario di visita aperto ai parenti: nella stanza da 2 pazienti vi sono una signora nigeriana e una signora italiana. Durante l'orario di visita nella stanza vi sono 8-10 persone nigeriane, tra cui 2 loro "pastori". Tutti insieme pregano e cantano a voce sostenuta. La paziente italiana mi chiama. Io non riuscivo ad entrare in stanza dalla folla di gente che c'era (bambini compresi). Ho dovuto quasi urlare per farmi sentire e farli uscire. I due pastori non hanno fatto problemi, mentre altri mi hanno inveito contro perché avevo interrotto la loro preghiera e questo avrebbe portato sfortuna al bimbo... Mi sono sentita spiazzata, anche dispiaciuta per averli interrotti, ma non era quello il luogo e il momento, dispiaciuta per la signora italiana, per quello che stava affrontando e sopportando (odori-calore-rumore, bimbi non controllati....).*

Questo colorito episodio interseca una molteplicità di problemi, fra cui quello della gestione delle visite: una delle 'aree calde' del rapporto con l'utenza a cui, proprio perché particolarmente problematica, abbiamo dedicato uno spazio a sé¹¹⁰. Il racconto è stato effettuato nell'ambito del corso di formazione e su di esso ci si è soffermati con delle analisi scritte, effettuate singolarmente da un piccolo gruppo di 13 operatori. Nei commenti forniti la questione degli spazi, com'era inevitabile, è emersa esplicitamente, rivelando la presenza di posizioni analoghe fra gli operatori, ma facendo emergere anche delle differenze.

Un primo, nutrito gruppo di affermazioni si pone nella prospettiva di evidenziare una carenza strutturale:

193. *Abbiamo dei limiti logistici rispetto agli spazi.*

Bisognerebbe avere spazi idonei per gestire questi tipi di situazione.

Occorrerebbe creare luoghi adibiti all'accoglienza (sale d'attesa).

Ci dovrebbero essere luoghi adatti ai familiari dei pazienti (bambini piccoli/rumorosi...) tipo soggiorni o salette adatte.

¹¹⁰ Cfr. più avanti, in questa stessa sezione, cap. "Visite".

L'infermiera si è sentita spiazzata poiché rispettare le culture e i riti nelle nostre strutture è un problema, se la struttura fosse fornita di una sala d'attesa si poteva invitare i Nigeriani a fare la loro preghiera in altro luogo.

L'ideale sarebbe poter rispettare le diverse necessità e ciò sarebbe possibile solo con spazi maggiori che nella struttura ospedaliera mancano.

Se questo insieme di osservazioni mette in luce una mancanza (che si estende oltre la dimensione della ritualità religiosa in quanto coinvolge la questione dei luoghi di accoglienza e di attesa), c'è, però, anche chi si pone in un'altra prospettiva, per certi versi divergente rispetto alla precedente:

194. L'operatrice avrebbe potuto cercare quanto possibile uno spazio al di fuori della stanza, da proporre alla donna nigeriana, perché questi pazienti possano comunque espletare le loro necessità rispettando così anche quelle dei vicini di letto.

In questo caso la riflessione dell'operatore va più nella direzione di considerare possibile trovare degli spazi più o meno adeguati e l'attenzione viene spostata da una carenza strutturale ad un'attitudine degli operatori, rendendo evidente l'opportunità che gli stessi assumano un diverso atteggiamento, maggiormente attivo e propositivo rispetto a questa tipologia di problemi. In tal senso, la situazione richiamerebbe quanto abbiamo già messo a proposito non tanto della strutturazione, quanto della gestione degli spazi: i due modi di impostare le cose sono in parte in contrasto, in parte si completano reciprocamente.

Terre di dialogo

L'episodio n. 192, con l'ausilio dei commenti forniti dagli operatori, ci ha aiutato a mettere in evidenza una carenza strutturale, mentre l'ultimo commento riportato ha introdotto una questione connessa agli atteggiamenti del personale nella prospettiva di un riconoscimento di legittimità all'avvenimento ed alle esigenze in esso presenti. Questa posizione è stata espressa chiaramente da alcuni operatori e l'affermazione che riportiamo qui di seguito lo evidenzia:

195. La paziente italiana aveva il diritto di poter avere il suo spazio riservato e intimo. La paziente nigeriana aveva anche lei il diritto di avere il suo spazio e i suoi parenti per festeggiare il nuovo nato.

Com'è facile immaginare, se alcuni hanno assunto questo tipo di prospettiva, altri si sono collocati in una posizione sostanzialmente antitetica, giungendo talvolta a commentare la situazione con affermazioni anche piuttosto risolutive del tipo di quella, lapidaria, che riportiamo qui di seguito:

196. Si poteva dire che il luogo di preghiera è un altro!

La differenza fra le affermazioni è netta ed evidenzia una disparità di posizioni che gli operatori hanno manifestato a più livelli e che coinvolge anche le diverse ipotesi d'intervento da loro stessi suggerite per affrontare le situazioni di questo genere. Una prima distinzione è quella che abbiamo evidenziato al termine del capitolo precedente, ma rispetto all'organizzazione e gestione degli spazi la differenza è emersa anche in un altro senso, cioè andando talvolta nella direzione di una loro moltiplicazione e separazione, talvolta in quella dell'individuazione di strategie che fossero anche volte a salvaguardare una commistione di fondo.

Si collocano sulla scia dell'affermazione n. 196 osservazioni analoghe alle seguenti:

197. Bisognerebbe avere più spazi, di conseguenza cercare di mettere persone con culture simili assieme.

Sarebbe utile gestire gli spazi in modo diverso. Le persone con culture simili potrebbero stare nella stessa stanza in modo da avere più rispetto per gli altri.

Appartengono, al contrario, alla categoria delle affermazioni conseguenti alla n. 171 delle ipotetiche soluzioni creative come quelle riportate qui di seguito:

198. Mi viene da fare una battuta: forse potevano unirsi in preghiera!!

Bisognerebbe, se possibile, fare coinvolgere la signora italiana alla ritualità di felicità e gioia del gruppo nigeriano: farle condividere il momento.

Se con l'ultima affermazione riportata ci spostiamo, forse, in direzione dell'utopia¹¹¹, ci sembrano, d'altra parte, interessanti i diversi atteggiamenti di fondo che sono stati manifestati e questo anche in considerazione del fatto che alle due tipologie hanno corrisposto due caratterizzazioni distinte delle ipotesi d'intervento: nel primo caso sono stati prevalentemente prefigurati interventi volti a richiamare la presenza di regole precodificate, nel secondo sono state indicate maggiormente delle strategie di tipo relazionale/comunicativo e gli interventi suggeriti hanno fatto riferimento al contempo alla presenza di regole e ad altri fattori. Nei casi in cui, per esempio, è stato suggerito di rivedere la cartellonistica¹¹² non ci si è più limitati ad affermare che le regole dovevano essere ben visibili e chiare, ma si è detto che le informazioni dovevano riguardare anche la presenza di differenze culturali (nei modi di intendere alcuni momenti della vita o i rituali ed il grado di importanza che essi hanno), esplicitando il fatto che le convivenze "possono comportare situazioni di disagio" ed allo stesso tempo invitando ad affrontarle ed a cercare di comprenderne le diverse ragioni. Un esempio di commenti di questo secondo tipo è quello che riportiamo qui di seguito:

199. Mettere cartelli in varie lingue elencando semplici regole per la convivenza, ma anche spiegare alle mamme italiane che le convivenze con le mamme straniere possono comportare situazioni di 'disagio' o di diversità tipiche delle loro religioni, abitudini, conoscenze, ecc. (può essere utile un breve elenco di situazioni difficili magari capitate in passato e suggerite dal personale sanitario) e poi, rivoltesi alle mamme straniere, spiegare in modo semplice che le regole ci sono per curare meglio le mamme e i bambini.

Fra le osservazioni effettuate e messe per iscritto, inoltre, ci è sembrato particolarmente interessante il seguente commento:

200. Se durante il corso non avessi conosciuto, non fossi stata informata, di alcune usanze e tradizioni africane, veramente avrei visto questo caso da operatore "italiano" e basta, cioè: solo 2 visite per stanza, poco rumore, finito l'orario di visita, stop. Invece ho imparato il perché dalla signora nigeriana erano in tanti, il perché delle loro preghiere (presentare il bimbo alla comunità) e dei loro canti. Ho anche capito che loro si sono arrabbiati perché non li capiamo, perché si sentono proprio trattati come stranieri; anche la signora italiana è stata "spiazzata" e credo che più per quello che dice la collega (e che per me passa in secondo piano) perché si è trovata di fronte ad una cosa non nota, nuova, che forse le ha creato ansia, paura, e... diciamo, c'è un po' di egocentrismo nel modo di considerare la nascita nella cultura italiana: fino a quel momento ci sono io madre e mio figlio. Spezzo però una lancia a favore della collega: il suo "urlo" per farsi sentire a volte è dato dalla mole di lavoro, dall'exasperazione in cui a volte ci si trova. Occorre istruire di più noi operatori sulle varie culture che ormai sono una realtà concreta e vasta e passare agli 'stranieri' informazioni anche sulla nostra.

¹¹¹ Sappiamo che caratteristica precipua del discorso utopico è la sua irrealizzabilità; d'altra parte, ogni utopia ha l'importante funzione di costituirsi come ideale regolativo per le azioni, istituendo dei punti di riferimento ideali che fungano da orientamento per individuare la direzione verso cui incamminarsi.

¹¹² In questi casi in genere gli operatori hanno preso spunto dalla situazione presentata nel testo di Marianella Sclavi, *Arte di ascoltare e mondi possibili*, alle pagine 313-15 in cui si presenta quanto avvenuto nel policlinico generale di Kreuzberg, a Berlino, in seguito al verificarsi di situazioni conflittuali che mettevano in gioco pazienti di origine turca e pazienti autoctoni tedeschi.

L'operatore, in questo caso, mette in campo molte considerazioni, che si situano su diversi livelli e che, proprio per questo, comprendono anche il riconoscimento di una problematicità oggettiva sul versante dell'impegno lavorativo. Quello che, d'altra parte, ci sembra interessante e da sottolineare è il tentativo effettuato di tenere presenti più prospettive di lettura, sia in senso sincronico (come vedono le cose l'"operatore italiano" e la "signora nigeriana"), sia in senso diacronico (il proprio essere "operatore" prima e dopo l'acquisizione di alcune specifiche conoscenze) e di prendere in considerazione sia il livello cognitivo (le informazioni e conoscenze che si hanno), sia quello affettivo ed emozionale (i vissuti dei vari attori in gioco: la possibile rabbia dell'utente nigeriano, lo "spiazzamento" e la paura dell'italiano, l'exasperazione dell'operatore), fino a cercare di inoltrarsi nello scomodo territorio che è rappresentato dalla propria stessa cultura quando la si vede con altri occhi ("diciamolo, c'è un po' di egocentrismo nel modo di considerare la nascita nella cultura italiana").

La via intrapresa con questo tipo di considerazioni (purtroppo non molto frequenti) ci sembra particolarmente interessante e va piuttosto avanti nella direzione che è stata esplicitamente delineata da uno dei relatori del corso di formazione su *La relazione con il paziente straniero*¹¹³ nel momento in cui ha invitato a considerare l'ospedale alla stregua di un avamposto di tipo un po' particolare proprio in virtù del fatto che è diventato "un crocevia importante dell'umanità, un punto d'incontro delle diverse biografie personali, culturali, religiose e geografiche". Poiché, infatti, le strutture ospedaliere sono fra i luoghi in cui le persone legittimamente "si aspettano che la loro individualità sia considerata fra le procedure cliniche e burocratiche per il loro benessere fisico, psicologico e spirituale" e sono fra gli ambiti "privilegiati d'incontro fra persone appartenenti a diverse culture e tradizioni religiose", sono al contempo luoghi "in cui il guarire può diventare nelle modalità e ambiti in cui si esprime, terra di dialogo".¹¹⁴ Questo per molte ragioni ed in molti modi su cui avremo modo di tornare.

L'episodio n. 192, in definitiva, ha aperto un coacervo di questioni, facendo intravedere come alla codifica ed alla gestione delle norme che regolamentano l'attività interna della struttura corrispondano delle specifiche filosofie e pratiche di vita e non esclusivamente delle complicazioni legate a problemi di funzionalità organizzativa. Quello del rapporto con le regole rappresenta, peraltro, uno dei temi caldi, per non dire scottanti, della relazione con l'utenza in generale e con l'utenza straniera in specifico; dovremo tornare, pertanto, ulteriormente anche su questa questione per analizzarne alcuni altri aspetti ed aree di problematicità. Prima di entrare più analiticamente su questo, vorremmo però considerare un altro aspetto della dimensione organizzativa che riguarda direttamente il rapporto operatori-utenti.

¹¹³ Kamel Layachi, Imam delle Comunità islamiche del Veneto, medico.

¹¹⁴ Layachi K., *Il concetto di salute nella cultura arabo islamica: concetti di nascita, malattia, dolore, cura, morte*, Relazione introduttiva all'intervento effettuato nell'ambito del Corso di formazione su "La relazione con il paziente straniero".

DISIDENTITA'

La successione delle presenze

Un fattore importante di tipo organizzativo riguarda la regolamentazione attraverso cui la struttura mette in forma il rapporto operatori-utenti.

Una prima serie di considerazioni, a tale proposito, prende il via dal fatto che il sistema sanitario italiano, anche sulla base di principi di fondo su cui si erige tutta la concezione del lavoro, talvolta rende l'intercambiabilità degli operatori un elemento strutturale inamovibile nei contesti istituzionali e l'area ospedaliera sembra caratterizzarsi fortemente in tal senso. Questo fattore, sebbene ispirato da principi egualitari, ha una serie di risvolti problematici, come avviene per il fatto che da adito all'alternarsi di operatori diversi in relazione allo stesso caso, con la correlativa impossibilità, per l'utente, di avvalersi di un referente fisso. È quanto testimonia il seguente resoconto:

201. Quando vado dal dottore... diciamo... mi da appuntamento per andare da un dottore, dice vai cammina, vai a casa, va bene. Dopo vado dal mio dottore che mi da un'altra visita. Vado e trovo un altro. Altra visita: vai dentro, alza il piede... Ma questo l'ho già fatto! Perché mi fai fare...? Faccio la stessa cosa, pago il ticket e vado via come prima. Succede per 5-6 volte così, dopo vado a pagamento.. Il medico fa la ricetta, vai per prendere l'appuntamento e ogni volta ti danno un dottore diverso... Non è che vai dal dottore che ti ha visto la prima volta e continua quello che ha fatto prima, no, ti danno un altro... Anche adesso, se voglio devo andare a pagamento, se no torno come prima avanti e indietro...

Il problema che viene evidenziato dal racconto dell'utente è generalizzato: non coinvolge, pertanto, la sola componente straniera. Per quanto riguarda gli immigrati, d'altra parte, la questione sembra essere inasprita dal fatto che nel loro caso vengono a mancare quella serie di fattori di 'attenuazione' che consentono invece agli autoctoni, talvolta, di arginare il problema. L'utente italiano, infatti, ha in genere la possibilità di avvalersi di un sistema di riferimenti che ha maturato nel corso della propria storia sanitaria o in ambito familiare ed amicale e questo in alcuni casi rende possibile trovare delle vie alternative di rapporto che arginano la sgradevolezza della situazione di aleatorietà. È quanto avviene, ad esempio, piuttosto normalmente, per l'area ostetrica (peraltro una di quelle di massimo utilizzo dell'ospedale da parte degli immigrati): la maggior parte delle donne gravide italiane arriva al momento del parto potendosi avvalere di un ginecologo di riferimento con cui stabilisce un rapporto di continuità che, direttamente o attraverso la propria rete di rapporti, entra in gioco anche nel percorso ospedaliero, fungendo da punto di riferimento per la paziente e fornendole anche tutte le informazioni preliminari necessarie che le renderanno possibile una gestione coerente, consapevole ed attiva del percorso clinico.

Per l'immigrato questa strategia di mitigazione del problema non è percorribile facilmente, in quanto gli manca un rapporto consolidato con il territorio ed una correlativa rete di riferimenti personali. Allo stesso modo, risulta più improbabile, rispetto alla media degli italiani, che ricorra ad un sistema privato di prestazioni che gli garantisca la continuità auspicata. È quanto risulta evidente, ad esempio, andando a vedere quale sia la tipologia di utenti, in termini di nazionalità, delle poche strutture a gestione privata presenti sul territorio e che effettuano interventi ambulatoriali ed ospedalieri avvalendosi di convenzioni con il settore pubblico così da prevedere un

sistema di pagamenti ad esso analogo o, al contrario, in cui l'onere delle prestazioni sia a totale carico degli utenti: l'utenza, com'è ovvio attendersi, non è mai costituita da immigrati. In virtù di questo insieme di fattori, il problema, sebbene generalizzato, rischia di avere un rilievo particolare nel caso degli utenti stranieri.

La questione dell'intercambiabilità degli operatori, inoltre, incontra un risvolto di problematicità particolare nelle situazioni in cui entra in gioco la dimensione di genere. Un problema particolarmente sentito da parte di alcune comunità di immigrati che, però, non trattiamo in questo momento del lavoro in quanto alle "questioni di genere" abbiamo dedicato una sezione specifica¹¹⁵, cui rimandiamo anche per quanto riguarda il tema che è oggetto di questo capitolo.

La contemporaneità delle presenze

Presenze multiple

Un altro aspetto di tipo organizzativo che entra in gioco nella relazione della struttura ospedaliera con gli utenti è quello relativo alla molteplicità di presenze (da intendere stavolta in senso sincronico invece che diacronico, com'era avvenuto in relazione alla questione dell'intercambiabilità degli operatori) che talvolta si verifica intorno ad ogni singolo paziente. Questo aspetto è risultato particolarmente marcato ed evidente nel corso del periodo di osservazione, nel cui ambito è stata rilevata la numerosità del gruppo di persone che caratterizza il cosiddetto 'giro dei medici':

202. Martedì 9 gennaio. Il caposala mi informa che posso partecipare al 'giro visite' dei medici e mi presenta al medico specializzando che effettuerà il giro, il quale non solleva alcun problema, né fa alcuna domanda a questo proposito. Il giro viene effettuato da un gruppo di persone che comprende, oltre a me ed allo specializzando, altre 6 persone in camice bianco di cui non conosco i rispettivi ruoli. Totale: 8 persone.

Giovedì 26 aprile. Giro visite con il primario, preceduto da un breve incontro che si svolge in corridoio: partecipano ai due momenti anche 7 specializzandi/tirocinanti, un infermiere ed il caposala. Totale: 11 persone.

Lunedì 30 aprile. Giro visite con il medico più altre 10 persone fra specializzandi e tirocinanti, per un totale di 12 persone (me compresa).

Mercoledì 22 maggio. Giro effettuato con altri 5 operatori (2 studenti + 3 specializzandi?) oltre a me ed al medico responsabile, per un totale di 7 persone.

Il raggruppamento di annotazioni appena riportate evidenzia l'ampiezza del numero di persone che sono di volta in volta coinvolte attorno ad ogni singolo paziente; non occorre estenderlo con altri esempi poiché la configurazione delle situazioni è stata sostanzialmente analoga nei vari momenti, con ben poche eccezioni. Questa situazione, accanto a quella che altrove abbiamo definito "minimalismo dell'interazione", si è presentata con così forte evidenza da suscitare molte perplessità; ciononostante ha trovato scarso riscontro nelle dichiarazioni spontanee degli intervistati e non è emersa mai nei resoconti degli operatori e nei dibattiti effettuati nell'ambito del corso di formazione.

Sulla numerosità e configurazione del 'giro visite' incide in modo significativo il rapporto con l'Università che, come abbiamo indicato nel capitolo relativo alla descrizione del contesto, caratterizza la struttura ospedaliera di Padova. Una conseguenza positiva di questo stato di cose è stata il fatto che l'inserimento di una persona in più nel gruppo non ha mai dato adito a difficoltà per tutto il periodo di

¹¹⁵ Cfr. più avanti, sezione "Questioni particolari", cap. "Questioni di genere".

osservazione, rendendo, in questo, decisamente agevole l'effettuazione della ricerca; l'assoluta noncuranza che ha caratterizzato l'introduzione di questa figura è stata, d'altra parte, del tutto inaspettata, soprattutto se si considera il fatto che si è trattato comunque di una persona che, nonostante si presentasse in camice bianco, era fino a quel momento sconosciuta ed estranea alla situazione. Non si è mai verificato, ad esempio, che i medici chiedessero delucidazioni a proposito del suo inserimento. Talvolta non ce n'era effettivamente bisogno, in quanto l'osservatore era stato adeguatamente presentato dal caposala spiegando anche quali fossero le ragioni della sua presenza, altre volte, però, questa intromissione era avvenuta senza che fosse stata fornita alcuna spiegazione preliminare o, addirittura, senza che venisse effettuata alcuna introduzione formale, quindi lasciando implicitamente all'osservatore l'eventuale compito di presentarsi e di spiegare le ragioni del suo inserimento (cosa che non sempre si è reso necessario o possibile fare). L'unica eccezione a quanto appena asserito è stata rappresentata da un episodio in cui un medico, che non era stato precedentemente informato dell'inserimento, ne ha chiesto spiegazioni all'osservatore stesso; si trattava, però, in quel caso, di una situazione del tutto diversa rispetto a quella del 'giro medici', che ha peraltro avuto una dinamica particolare in quanto la richiesta di chiarimento è stata formulata dal medico nel bel mezzo di un colloquio con un paziente:

203. Ad un certo punto il medico interrompe il dialogo con l'utente e mi chiede chi sono, avviando un discorso che, a mio avviso, sarebbe opportuno fare altrove. Dopo un mio breve cenno di risposta, forse per il fatto che lui stesso si accorge dell'inopportunità del momento, torna al suo discorso con il paziente. Al termine del colloquio se ne va senza chiedermi altro.

Al di là di ogni altra considerazione che sarebbe possibile effettuare su questo tipo di situazioni, ci sembra di poter dire che proprio la loro problematicità evidenzia fino a che punto la moltitudine di presenze sia consolidata e routinaria: essa diviene così abituale da non venire più problematizzata neanche in frangenti potenzialmente così delicati come quello del 'giro medici'. Se è vero, infatti, come già accennavamo, che agli occhi dell'osservatore questa situazione ha mostrata con assoluta evidenza il suo carattere eccessivo, è altrettanto vero che sembra non venire affatto presa in considerazione come tale sul versante dei medici e degli altri operatori. Non è certo un caso, infatti, che neanche il personale infermieristico che ha partecipato al corso di formazione abbia mai sollevato il problema. La sua delicatezza è, invece, emersa talvolta nel caso degli utenti, sebbene in modo del tutto sporadico e quasi incidentalmente, all'interno di discorsi che facevano riferimento ad un contesto problematico più vasto che riguardava l'inadeguatezza di tutta la dinamica relazionale, come nel caso dell'affermazione che riportiamo qui di seguito, effettuata da un utente originario dell'area sub-sahariana:

204. *C'è una questione di pudore che si vede anche dal fatto che voi avete l'abitudine a mettervi in costume e noi no. Qui alcune cose non sono problematiche, ma da noi c'è più riservatezza. Da noi occorre fidarsi e contare sulla discrezione. Qui arrivano 2-3 medici insieme, ti toccano sulle parti intime, discutono fra loro... tutto senza che veniamo informati. Vieni violentato.*

Affermazioni come quella appena riportata evidenziano che è possibile vi sia un effettivo problema a questo livello e che, pertanto, occorrerebbe rivolgere maggiore attenzione anche a questo aspetto della relazione. Come già riportato con il resoconto n. 82 (dal quale emerge che il medico effettua una visita ginecologica al letto della paziente "di fronte a tutti", cioè alla presenza di 5/6 altri operatori e degli altri utenti ricoverati "senza fornirle alcun *feedback*"), o anche con altri in cui l'interazione mostra una forte inappropriata sotto molteplici aspetti, la disattenzione raggiunge talvolta dei livelli particolarmente esasperati, tanto che ci sembra difficile non concordare

emotivamente con l'utente dell'ultima affermazione riportata nel momento in cui asserisce che in queste situazioni "vieni violentato".

È d'altra parte vero che il problema della molteplicità delle presenze è stato rilevato esplicitamente dagli utenti solo in rari casi ed andrebbe, pertanto, indagato ulteriormente anche con l'effettuazione di domande dirette. Quello che, al momento, ci sembra plausibile affermare è che la questione numerica s'interseca con altre relativamente più pregnanti che vanno a saturare l'area dell'inadeguatezza relazionale. Questa dimensione risulta, pertanto, scarsamente presente nei riferimenti degli utenti, non tanto in quanto non sussiste, ma in quanto diviene rilevante in relazione ad altri fattori concomitanti.

Nel corso dell'intervista effettuata con l'utente del resoconto n. 204 era presente anche la moglie italiana, la quale è intervenuta a corroborare le affermazioni del marito, essendo stata peraltro, a sua volta, utente della struttura ospedaliera in occasione della sua gravidanza. Il racconto che formula della situazione, assolutamente poco felice, che l'ha vista coinvolta, ci sembra che evidenzi quanto stiamo dicendo:

205. Ho avuto 12 ore di travaglio. La specializzanda non era all'altezza. Fatta la peridurale, uscito il catetere, non è stato possibile rifarla. Alla fine si è fatto il cesareo. Visitandomi la specializzanda ha rotto il sacco con il liquido. Tensione. Ostetrica di turno che aveva da ribattere. Di fianco stavano cercando di far partorire un'altra donna. Ti senti 'oggetto di lavoro', manca sensibilità. Ero fuori data, avevo la pressione alta. Mi hanno dato delle pastiglie che mi hanno fatta diventare viola. Dopo la rottura del sacco c'è stato l'inserimento della sonda. Nessuno ti dice niente: questa è la cosa brutta. Agiscono senza dirti niente di quello che ti sta succedendo. Sei oggetto di controllo di tutti. Si scambiano fra loro le cose, passano, fanno quello che devono fare. La cosa più brutta è stata poi la visita ginecologica effettuata dopo: 3 medici che hanno parlato fra loro per 20 minuti. In 8 dentro, tutti specializzandi. Non ti guardano. Parlano di pettegolezzi.

Abbiamo riportato questo resoconto, sebbene chi parla sia di nazionalità italiana, in quanto mette in luce la compresenza di molti dei problemi di cui abbiamo trattato finora, in quanto fa intravedere come essi possono interagire con la questione che è oggetto del presente capitolo ed in quanto nella sua parte iniziale utilizza un'affermazione analoga a quelle che abbiamo incontrato anche in altre interviste relativamente alla presenza degli specializzandi (problema sul quale torneremo fra breve). Il resoconto, in altri termini, ci fa vedere come la disattenzione relazionale sia lo sgradevole sfondo di problemi che, in condizioni relazionali diverse, potrebbero avere altre possibilità d'impatto con i pazienti. La situazione riferita dall'utente sembra essere stata difficile sotto molti profili, ma quello su cui viene posto l'accento è che "nessuno ti dice niente" e che "questa è la cosa brutta" in una situazione in cui "sei oggetto di controllo di tutti", in cui ben 8 persone "non ti guardano" e "parlano di pettegolezzi" mentre gli stessi medici "hanno parlato fra loro per 20 minuti". In questo caso la numerosità del gruppo viene rilevata con decisione, ma potrebbe anche sembrare marginale nel contesto di una situazione in cui è tutta la dinamica relazionale a mostrare la sua inadeguatezza.

I due ultimi resoconti ci sembrano, infine, particolarmente interessanti in quanto evidenziano la presenza di due altre questioni sulle quali dovremo tornare nell'ambito di questa stessa sezione: da una parte il problema del pudore (questione, peraltro, particolarmente connotata dal punto di vista culturale) con cui esordisce l'utente dell'affermazione n. 204, dall'altra quella della presenza di personale in formazione.

Dalla quantità alla qualità

Diversamente da quanto avvenuto per la numerosità degli operatori, alcuni utenti, in diverse occasioni, hanno invece parlato della presenza di personale in formazione. Ci

sembra importante rilevare questo riferimento in quanto è plausibile che la concomitanza di questo fattore con altri dia corso o alimenti delle interpretazioni degli avvenimenti che hanno un carattere di forte problematicità.

Gli intervistati si sono soffermati talvolta su questa questione facendo specifico riferimento ad episodi che li coinvolgevano in prima persona e, probabilmente, non distinguendo fra la posizione dello specializzando e quella del tirocinante, bensì racchiudendoli entrambi nella categoria di 'studenti'. Abbiamo, ad esempio, ricevuto la seguente risposta ad una domanda con la quale si chiedeva all'ex-utente che cosa avrebbe suggerito per migliorare il Servizio:

206. Per migliorare a Padova direi: "dottore non lasciare che studenti fanno le cose". Quando ho partorito uno studente ha rotto le acque. Questa cosa l'ha fatta uno studente... non doveva... Ci sono tanti studenti ... Il Primario, il Dottore, hanno detto parole a questa signora, a questa ragazza: "Tu rompi acque..." ... Hanno detto parole... Allora hanno fatto cesareo e anche la bambina avuto problemi. La bambina è stata dentro, non respirava più, avuto stafilococco, messa in incubatrice... Ho chiesto, hanno detto che quando non c'è l'acqua è facile che il germe... va su, entra dentro... e creare questo problema. Ci sono tanti studenti...

Al di là del fatto che la ricostruzione della vicenda, dal punto di vista clinico, possa corrispondere o meno, nelle sue linee causali, a quanto verificatosi in relazione al parto (la necessità di effettuare un taglio cesareo¹¹⁶) ed alle problematiche del bambino (la difficoltà di respiro, la presenza dello stafilococco, la necessità dell'incubatrice), la cosa che, in questo frangente, ci interessa sottolineare è che chi parla (in questo caso un utente di area nigeriana) attribuisce la responsabilità del problema verificatosi nel suo specifico caso al fatto che l'intervento fosse stato effettuato da personale ancora in formazione. La prima e principale modifica che l'utente, pertanto, riterrebbe necessario introdurre nell'organizzazione ospedaliera, riguarda la regolamentazione delle presenze/attività degli studenti.

Delle questioni analoghe a quella appena esposta sono emerse anche in altri casi (ancora una volta connessi con l'area ostetrica). È avvenuto, quindi, che anche altri utenti esprimessero delle considerazioni fortemente critiche relativamente all'intervento del personale in formazione. Un altro caso è quello che riportiamo qui di seguito, in cui chi parla riferisce ancora una volta di una situazione in cui si è verificato un problema, probabilmente dovuto ad un errore verificatosi al momento dell'intervento, che viene in qualche modo collegato al fatto che l'intervento era stato effettuato da personale in formazione:

207. Sono stati gli stagisti che mi hanno fatto partorire, che mi hanno assistito.. non è normale/non va bene (c'erano due più anziane e due più giovani, ma sono state le due più giovani che mi hanno fatto partorire)... Sono straniera, non conosco i miei diritti... avevo male, le altre mamme dopo il parto camminavano senza problemi... io non potevo respirare, ero stanca... poi non sono più tornata all'ospedale. Mi hanno detto che avevano fatto troppi punti, due in più, ed è per questo che avevo male.

Una narrazione come questa ci pare particolarmente importante in quanto l'interpretazione della vicenda sembra essere ricca di implicite: al di là del collegamento evidenziato sopra, infatti, l'utente mette in relazione l'accaduto anche con il suo essere straniero e con il fatto, ad esso correlato, di non essere a conoscenza dei propri diritti in terra di immigrazione. Anche in questo caso, la questione che ci preme sottolineare non riguarda tanto il fatto che la prospettiva di lettura dell'utente possa essere corretta o meno, quanto il fatto che essa è presente e, in quanto tale, capace di orientare il rapporto con la struttura nella prosecuzione della vicenda ed anche al di là dei confini del singolo

¹¹⁶ Si tratta di un problema particolarmente sentito in alcune specifiche aree culturali e che sarà oggetto di trattazione nella sezione di questo lavoro dedicata al tema della procreazione (sezione "Questioni particolari", cap. "Procreazione") su cui, pertanto, torneremo in modo approfondito.

caso. È plausibile, infatti, che anche situazioni di questo genere contribuiscano a rafforzare ed incrementare quel sistema di ‘pregiudizi preventivi’ di cui abbiamo parlato in altri momenti di questo scritto. Come avremo modo di vedere in altre sezioni di questo lavoro, non a caso il momento del parto è intriso di problematicità soprattutto quando coinvolge utenti che provengono da alcune specifiche aree geografico-culturali¹¹⁷.

Dagli operatori agli utenti

Quella delle presenze multiple è una questione che interseca la dimensione organizzativa a diversi livelli, andando ad interessare le forme del rapporto degli operatori con gli utenti, ma anche degli utenti fra loro. Nel corso dei capitoli precedenti abbiamo già avuto modo di incontrare qualche situazione problematica anche a questo proposito ed occorre segnalare che in alcuni reparti la compresenza di letti in una stessa stanza è di una certa entità. Come ha segnalato un’utente francese incontrata nel corso del periodo della ricerca, infatti:

208. Mentre dal punto di vista tecnico gli ospedali del Veneto godono di ottima fama, in particolare per il rapporto qualità-costi, altri fattori sono piuttosto impressionanti: in primo luogo il fatto che vi siano stanze con molti letti e che la porta della stanza sia sempre aperta.

Dell’ultimo fattore abbiamo già avuto modo di dire qualcosa, segnalando la disattenzione che gli operatori manifestano spesso a questo livello ed evidenziando come questo semplice elemento possa costituire anche un segnale comunicativo che contribuisce a rendere difficoltosa la dinamica relazionale. Abbiamo incontrato qualche situazione problematica anche in rapporto alla compresenza di più persone in una stessa stanza¹¹⁸, ma in quel caso la questione era legata ad un momento particolare, connesso con le visite di altri membri della comunità; i resoconti forniti dagli operatori ci hanno, d’altra parte, consentito di mettere in luce la presenza di una problematica più vasta a questo livello.

Una prima questione è emersa durante il periodo di osservazione effettuato nel Dipartimento di Pediatria. In quest’area, in virtù della giovane età dei degenti, viene generalmente reso possibile ad uno dei genitori del ricoverato rimanere con il figlio per tutto l’arco delle 24 ore; alcuni settori sono specificamente organizzati in tal senso e forniscono al padre/alla madre un letto aggiuntivo situato nella stessa camera del bambino. Come risulta dall’affermazione che riportiamo qui di seguito, l’organizzazione delle presenze genitoriali in una stessa stanza non è esente da difficoltà:

209. Un altro problema rilevante è la degenza nelle stanze che sono di due posti letto. Una madre di origine maghrebina (credo comunque di religione islamica) non ‘può’ dormire nella stessa stanza con un uomo (che è lì per l’eventuale assistenza dell’altro bimbo in stanza). Più volte ci sono stati problemi al riguardo, con necessità di spostamenti di stanza, oppure con la conseguenza di una notte in bianco per la signora, che rimaneva su una sedia tutta la notte.

Sulla base di quanto emerge da questo e da altri racconti analoghi, sembra essere soprattutto la differenza di genere a rendere complicate le cose. In questa forma, si tratta di una problematica che abbiamo già incontrato in rapporto alla relazione operatore-utente: la ritroviamo ora nella versione utente-utente. Alcuni tratti di fondo delle due tipologie di situazioni sono in una certa misura assimilabili e pongono delle questioni di

¹¹⁷ Cfr. sezione “Questioni particolari”, cap. “Procreazione”.

¹¹⁸ Cfr. resoconto n. 192.

tipo organizzativo sia alla struttura nel suo insieme, sia agli operatori in modo specifico e si può facilmente presumere che, anche nel caso della gestione dei problemi connessi alla relazione fra utenti, siano le diverse filosofie di fondo sulla cui base viene inquadrato il problema a fare la differenza. Rispetto a questo, se da una parte s'incontrano situazioni in cui non si dà rilievo alla questione, si riscontrano anche dei casi in cui essa viene considerata legittima o, comunque, si ritiene opportuno prenderla in considerazione ed agire di conseguenza, come nel caso, riportato dagli operatori, in cui ad una paziente è stata assegnata una stanza singola proprio in considerazione della sua difficoltà ad accettare di trovarsi anche momentaneamente in stanza con persone dell'altro sesso:

210. Il nostro reparto è una semintensiva e tante volte per problemi di posto-letto il paziente viene posizionato in una stanza con altre 2 persone. Si è verificato il caso di una persona che aveva paura di essere in stanza con altre persone perché la sua cultura impone certe regole (avere il corpo coperto, ecc.). Vista la situazione e parlato con il mediatore culturale è stata posizionata in stanza singola.

Al di là della questione di genere, d'altra parte, un operatore di area nigeriana, a sua volta immigrato, ha segnalato il fatto che si verificano situazioni in cui un forte senso del pudore rende difficoltoso effettuare quanto necessario con un paziente se ci si trova in situazioni in cui lo stesso viene esposto allo sguardo altrui:

211. A volte si hanno problemi a lavare i pazienti perché non vogliono spogliarsi di fronte ad altri. L'intimità è importante. Rifiutano di essere lavati dall'operatore perché non vogliono venir spogliati di fronte ad altri. Sono contentissimi di lavarsi, ma hanno vergogna a far vedere.

Alla luce di questo, risultano ancor più problematiche, anche sul piano relazionale, le situazioni come la n. 82, in cui alla generale situazione di disconferma si aggiunge tutta l'indelicatezza di una visita effettuata esponendo alla vista altrui ogni parte del corpo della paziente, senza alcuna considerazione dei suoi vissuti.

Se tutte quelle segnalate finora sono delle situazioni che abbiamo già più o meno incontrato nei capitoli precedenti, un tipo di situazione in cui non ci siamo ancora imbattuti finora è, invece, quella dell'episodio riferito da un altro operatore:

212. In una camera a sei letti è stato ricoverato un arabo giovane e molto ammalato. Era molto sporco e non aveva nessun ricambio di abiti. Viste le lamentele dei pazienti della stessa camera, l'abbiamo sommariamente lavato ed abbiamo informato la direzione sanitaria per procurargli un pigiama, ecc. Si è così interessato l'AVO. Il paziente era anche contento e tranquillo, si era instaurato un buon rapporto. La sera dopo (turno notturno) gli altri pazienti mi hanno chiesto di spostarlo di camera (ovvero in corridoio), non volevano dormire con lui. Io mi sono trovata in difficoltà. Ho telefonato al medico di guardia ed ho detto che il paziente straniero non meritava questa cosa. Il medico ha detto di procedere come avessi ritenuto opportuno. Ho dovuto sentire il ricatto degli altri, che mi hanno detto: o si sposta lui o dormiamo noi tutti in soggiorno. Ebbene, il paziente arabo ha dormito in camera da solo. Io non ho affrontato l'argomento con lui, ma ha sofferto per quello che stava succedendo. Il maggiore disagio l'ho provato la mattina, quando sono arrivate le colleghe del cambio turno ed ho sentito...bisbigli nei miei confronti. Io non ho nessuna particolare simpatia verso gli stranieri, ma in quel caso particolare mi sembrava e mi sembra ancor oggi di aver agito bene. Eppure ricordo di essere tornata a casa quasi tormentata.

Il grado di sgradevolezza della situazione è, in questo caso, decisamente elevato sotto diversi profili; sarebbe auspicabile che questo tipo di situazioni non trovassero altri riscontri ed effettivamente quello riportato è stato l'unico episodio che ci è stato segnalato con queste caratteristiche. Fra i commenti formulati in forma scritta dai diversi operatori, però, uno tende a non confermare affatto l'ipotesi che si tratti di una situazione sporadica, tantomeno unica:

213. Purtroppo situazioni analoghe succedono spesso nel mio reparto e di volta in volta dobbiamo cercare di risolvere il caso specifico che capita. In linea di massima si cerca di dialogare con l'una e l'altra parte per permettere una buona convivenza o perlomeno accettabile in modo da non creare conflitti, spesso si riesce ad avere una buona risposta con il dialogo, alcune volte purtroppo ci sono parti che non vogliono sentire ragioni, e quindi la situazione (come in questo caso) non ha una soluzione felice.

Se è vero quanto afferma l'operatore nel commento n. 210 - e, purtroppo, non abbiamo ragione di dubitare che lo sia - il problema assume una forte rilevanza. Diviene, allora, particolarmente importante vedere come gli operatori hanno impostato le loro riflessioni a tale proposito: possiamo effettuare quest'analisi in considerazione del fatto che il caso è stato esaminato da un gruppetto di otto operatori, i quali, oltre a quanto precedentemente riportato, hanno espresso una serie di considerazioni al riguardo.

La prima cosa che emerge dai commenti è una sostanziale uniformità di valutazione relativamente al fatto di considerare la situazione del tutto sgradevole, di ritenerla caratterizzata da una sostanziale intolleranza, di formulare la propria solidarietà con la collega e di dividerne il comportamento. Oltre a questo, dalle osservazioni effettuate, sebbene non in tutte, risalta una sorta di senso di 'solitudine' che gli operatori sembrano percepire rispetto al presentarsi di problemi che, come questo, non sono di facile gestione. I commenti che raggruppiamo qui di seguito riguardano piuttosto chiaramente questo aspetto:

214. Forse il medico di guardia doveva prendersi in carico il caso anche lui di persona e non lasciare l'operatore, che in quel momento aveva bisogno, da solo a gestire quella situazione.

L'operatore coinvolto non ha nessun supporto, nessun aiuto per comportarsi nel modo adeguato, ma, coinvolto pure il medico di guardia, è lasciato ad agire secondo propria coscienza; il tutto sta a significare che non esistono regole precise e fisse per nessun caso.

Senza dubbio aiuterebbe affrontare questa problematica (come altre) in équipe dove possono emergere difficoltà, paure, ansie, richieste, condivise e comprese da tutti gli operatori. L'utilizzo di strumenti informativi o spazi, la loro costruzione può essere utile e di supporto.

Le tre affermazioni fanno tutte riferimento alla necessità di un'azione maggiormente coordinata fra le diverse figure professionali (due dei tre commenti parlano di una carenza sul versante del personale medico, ma anche altri, che non abbiamo riportato, vanno in questa direzione) e rilevano la mancanza di momenti di lavoro di équipe in cui i problemi possano essere presentati, discussi e condivisi. In assenza di questi elementi di supporto (tanto più avendo a che fare con situazioni in cui "non esistono regole precise e fisse"), altri operatori hanno evidenziato anche un ulteriore aspetto del problema: il fatto che l'operatore si trovi indebolito nella sua posizione professionale e nella possibilità/capacità di mediazione che è chiamato a mettere in atto; la mancanza di un lavoro di équipe, viene, inoltre, denunciata dallo stesso operatore che ha redatto il resoconto, in un suo commento successivo, nel quale ha evidenziato anche la presenza di altri aspetti problematici che si connettono a questa carenza:

215. Io ho da aggiungere che il paziente non parlava italiano ed era anche difficile comunicare con lui; probabilmente risentiva di varie forme di disagio (...) era stato ricoverato per complicanze polmonari probabilmente legate a quanto discusso nel corso (caduta di difese immunitarie di fronte allo sradicamento ed alle grosse difficoltà) e viveva senz'altro in pessime condizioni di vita. Non è stata fatta nessuna indagine, nessuna raccolta dati dal personale infermieristico. Il paziente era "contento" di essere in ospedale, accettava tutto. I pazienti della camera si sono trovati di fronte ad una realtà nuova ancora mai conosciuta, che andava oltre il concetto di mancanza di pulizia, cattivo odore, peraltro nella nostra società non accettato. Si è sviluppata intolleranza verso una persona inerme. Forse bisognava lavarlo, ma non potevo farlo alle 23 (quando si è manifestato il problema degli altri) ma non avevo il tempo (33 pazienti solo con me e con bisogni assistenziali notevoli).

Probabilmente, bisognava agire in équipe dall'inizio ed iniziare un programma per aiutarlo a lavarsi, già all'ingresso. Bisognava programmare un bagno a letto giornaliero già all'inizio del ricovero, per evitare che si sviluppasse aggressività negli altri pazienti che, senza informare il personale hanno chiamato la direzione sanitaria.

Come si evince dal commento fornito dall'operatore, la mancanza di coordinamento/cooperazione risulta essere un fattore di forte rilievo, che va a coinvolgere diversi ambiti del lavoro. La prima questione che l'operatore sente di dover aggiungere a commento del suo stesso resoconto riguarda la mancanza di competenze linguistiche e la conseguente difficoltà comunicativa nel rapporto con il paziente: quando si è verificato il problema con gli altri utenti erano ormai le 11 di notte ed a quell'ora non sarebbe stato possibile attivare il servizio di mediazione linguistico-culturale, ma la necessità risultava evidente ed era ormai passato un intero giorno dal momento del ricovero, senza che questo passo fosse stato effettuato da nessuna delle figure che si erano alternate nella gestione del caso (medici, infermieri o altri operatori); erano invece stati informati la "direzione sanitaria per procurargli un pigiama" ed il servizio di volontariato ospedaliero (AVO). Il paziente era stato inserito in una camera nella quale erano ricoverate altre cinque persone; era "molto ammalato" e sul versante istituzionale, oltre a non aver attivato il servizio di mediazione (né, a quanto ci risulta, il Servizio Sociale) non era stata effettuata "nessuna indagine, nessuna raccolta dati"; il paziente era "molto sporco" e, in considerazione delle "lamentele" già avanzate dai "pazienti della stessa camera", si era proceduto ad un lavaggio che l'operatore stesso definisce "sommario"; quando, infine 'scoppia il problema', si sono, pertanto, già accumulate una serie di carenze che vanno ad aggiungersi ad una situazione che solo alla fine si presenta con caratteri di urgenza, senza che in quel momento si possa godere delle risorse organizzative necessarie per affrontarla diversamente da come si è fatto ("forse bisognava lavarlo, ma non potevo farlo alle 23", "non avevo il tempo" e c'erano "33 pazienti solo con me e con bisogni assistenziali notevoli"). E' certo che sarebbe stato opportuno "agire in équipe" ed attivare una strategia d'insieme in cui "iniziare un programma per aiutarlo a lavarsi, già all'ingresso" e che questa non era nient'altro che una delle tante azioni da realizzare che non sono state effettuate. In questa situazione la mancanza di risposta del medico di guardia, ultimo elemento della catena, sembra configurarsi solo come una delle tante carenze verificatesi.

UN MONDO DI REGOLE

In generale quella delle regole è un'area calda del rapporto che interconnette la dimensione istituzionale con le esigenze dell'utenza. I due domini manifestano spesso dei punti di attrito e questo si verifica tanto più con gli immigrati in quanto il sistema delle regole messo a punto da ogni singola struttura è stato, in genere, costruito su una fisionomia di utente le cui esigenze ed il cui stile di rapporto con le istituzioni sanitarie non sono modellati sulle stesse fattezze di quelle dell'italiano medio. Gli operatori hanno sollevato spesso il problema del rispetto delle regole formulando affermazioni di carattere generale e sostenendo, come avviene nel caso riportato qui di seguito, che uno dei problemi che incontrano con l'utenza straniera si lega proprio al fatto che:

216. Molti di loro non riescono ad accettare che le regole sono da rispettare.

Se questa rappresenta la posizione più diffusa, non è, d'altra parte, mancato chi ha manifestato una percezione diversa, affermando, al contrario, che:

217. C'è anche il rovescio della medaglia, come in tutte le cose, ci sono utenti stranieri che si sono adattati alle nostre regole e le rispettano a volte con molta più umiltà degli italiani stessi.

Questa seconda posizione, espressa da alcuni, risulta però minoritaria. Il seguente resoconto, più dettagliato e specifico rispetto agli altri, lo evidenzia con chiarezza nella sua parte finale:

218. Per quanto riguarda la mia esperienza lavorativa ho notato una grande differenza di atteggiamento delle persone che si rivolgono allo sportello "cartelle cliniche", parlo ovviamente di una "media" perché non tutte le persone sono uguali ed ognuno di noi ha il suo vissuto e la sua malattia che condiziona la vita. L'utente italiano spesso ritiene che la cartella sia di sua proprietà e quindi non intende aspettare i normali tempi burocratici, non intende pagare le tariffe, contesta il fatto di non poter richiedere la cartella se sprovvisto di documento di identità E mille altre cose!! Purtroppo il rilascio della cartella è vincolato da determinati obblighi legislativi ma non tutti sembrano capirlo, non vogliono forse. Invece nell'utente straniero ho notato una notevole adattabilità nell'adeguarsi alle regole nel senso che talvolta addirittura si scusano per il disturbo e spiegano che si sentono inadeguati ad affrontare una richiesta allo sportello. Alcuni provano timore nell'esibire il documento di identità. Comunque l'educazione è nettamente superiore! Probabilmente questa mia dichiarazione metterà molto disaccordo o scatenerà pareri discordanti ma devo ammettere che talvolta è così (talvolta! Non sempre!!!).

La chiusura dell'ultima affermazione rende evidente che la posizione sostenuta dall'operatore non è probabilmente in linea con la percezione della maggioranza e questa disparità indica una volta di più la necessità di porre un'attenzione analitica e contestuale alle situazioni, invece di farsi orientare da percezioni stereotipiche. Al di là di una questione di tipo generale, si tratta quindi di vedere che cosa gli operatori tendono a riferire rispetto alle specifiche aree di problematicità.

Visite

Lo tsunami visite

La ricerca realizzata nell'ambito della sperimentazione dei *Migrant Friendly Hospital* indica nelle "visite delle famiglie" un punto di criticità: come risulta dall'analisi compiuta in quella sede, questo problema è stato, infatti, segnalato da 7 ospedali dei 12 considerati¹¹⁹ e rappresenta, pertanto, il quarto elemento della graduatoria dei bisogni e delle correlative necessità d'intervento relativamente al rapporto con gli utenti immigrati. Anche nel corso della nostra indagine il momento delle visite ai degenti ha suscitato moltissime considerazioni. Questo è avvenuto soprattutto da parte dei relatori/testimoni di origine straniera che si sono alternati nell'ambito del corso di formazione e delle varie altre 'figure intermedie' (quali i mediatori linguistico-culturali) che operano all'interno dell'A.O.P. ed anche gli operatori hanno sollevato il problema, seppure ponendolo in relazione con la questione più generale di 'mancanza di rispetto delle regole':

219. In reparto non rispettano l'orario di visita, generando situazioni spiacevoli.

220. La difficoltà che abbiamo noi in Pediatria... vediamo da una parte la nascita e la gioia, dall'altra la malattia e il diritto dei familiari... ci si scontra con gli orari di visita... Ci ritroviamo 7-8-10 persone...

Per poter procedere nell'analisi di questo punto, ci sembra opportuno andare a vedere quali siano le regole codificate del funzionamento istituzionale e le informazioni che vengono fornite a tale proposito agli utenti.

Passando da un reparto all'altro, emerge con una certa evidenza un'elevata disparità di funzionamento: nell'ambito della stessa struttura ospedaliera, ogni Unità Operativa sembra, infatti, avere delle regole proprie. Un sommario confronto fra quanto riportato nella cartellonistica esposta nelle diverse aree può fornire già un'idea di questa varietà; riportiamo, pertanto, i contenuti dei cartelli affissi in alcuni reparti:

221. Puerperio:

Mariti ore 14-20; tutti gli altri ore 19-20.

Pediatria d'urgenza:

Feriale ore 15-16 e 19 – 20.30; Festivo ore 14-16 e 19 – 20.30.

Ortopedia:

Tutti i giorni dalle 12.00 alle 14.00 e dalle 18.30 alle 20.00.

Per agevolare il lavoro dei sanitari e per garantire le migliori condizioni di salute dei degenti siete pregati di:

- rispettare gli orari di entrata/uscita
- non affollare eccessivamente le camere dei degenti e dei corridoi
- non far accedere al reparto di degenza i bambini al di sotto dei 12 anni per salvaguardare la loro salute
- assicurare l'assistenza al bambino degente in modo costante

È consentita l'assistenza nelle prime 24 ore del periodo post-operatorio e l'assistenza notturna da parte di un'apersona per ogni degente; ad eccezione per l'orario che va dalle ore 8.00 alle ore 12.00.

Le visite fuori orario sono consentite ai familiari dei degenti di oltre 65 anni, previo accordo con il Caposala, sulla base di particolari esigenze assistenziali!

Clinica Ostetrica e Ginecologica:

Dal lunedì al venerdì ore 14-15 e 19-20; sabato, domenica e festivi ore 11-12 e 13-15.

(Ingresso autorizzato solamente negli orari di visita. Una catena blocca l'ingresso)

¹¹⁹ Cfr. sezione relativa al "Quadro teorico", cap. "La comunicazione in primopiano".

Chirurgia 3:

Ore 6-9, 12-15, 18-20.30.

In questo caso su ognuna delle porte delle camere sono affissi anche dei cartelli che riportano 10 punti di interesse per gli utenti nei quali, per quanto riguarda la regolamentazione delle visite, si legge:

- Osservare orari di visita per il rispetto del degente e degli operatori.
- Non lasciare oggetti incustoditi (cell., portafogli...) nella stanza, ma porli nell'apposita cassetta di sicurezza presente in ogni comodino, poiché in ospedale, essendo un luogo pubblico, l'accesso è libero a chiunque.
- Non sedersi sui letti e non occupare comodini/armadi vuoti per il rispetto delle norme igieniche.
- Dare la precedenza all'utilizzo delle poltrone ai degenti.
- Sono concesse due visite per paziente per non affollare le camere
- E' vietato l'ingresso ai bambini di età inferiore ai 6 anni
- Oltre l'orario di visita è ammessa l'assistenza ai degenti che ne abbiano bisogno, previa autorizzazione della Caposala e del Medico di reparto". In questo reparto, inoltre, al termine di ogni orario d'accesso un operatore al microfono avverte che: 'Tutte le visite della Clinica chirurgica terza sono pregate di recarsi in soggiorno'.

Come si evince almeno in parte da queste annotazioni, che semplicemente riportano quanto è possibile leggere nella cartellonistica affissa all'ingresso delle varie sezioni in cui è stato effettuato il periodo di osservazione (o in alcuni altri avvisi presenti all'interno), gli stili di regolamentazione sono significativamente diversi di area in area. La disomogeneità non riguarda solo gli orari d'accesso, la cui variabilità può trovare giustificazione anche nelle diverse fisionomie di problemi che caratterizzano le attività dei reparti, ma anche l'impostazione delle comunicazioni e, soprattutto, com'è emerso con chiarezza durante la fase di osservazione, il grado di rigidità/flessibilità dell'impianto. Quest'ultima disparità risulta peraltro particolarmente evidente se si confrontano fra loro le affermazioni che sono state effettuate dagli operatori nei resoconti forniti nell'ambito del corso di formazione:

222. Nella nostra Unità Operativa noi abbiamo posto delle regole che valgono per tutti indistintamente, per cui possono entrare solo i parenti per visita per tutto l'arco del ricovero e solo gli stessi.

223. Nel mio reparto non ci sono regole scritte, tutti entrano e escono quando vogliono, c'è solo la regola del buon senso.

224. Di recente in Pronto Soccorso si è adottata la chiusura delle porte ai parenti dei pazienti autosufficienti e questo per noi operatori ha dato una serie di problemi non indifferenti.

Anche la diversità di queste tre affermazioni (che abbiamo selezionato fra altre, affiancandole proprio in quanto costituiscono una gamma piuttosto vasta di differenziazioni interne) può trovare giustificazione nella tipologia diversificata di problemi che vengono trattati nei rispettivi reparti: non è, pertanto, in questione la loro adeguatezza o legittimità; effettuata questa premessa, occorre non sorvolare sulla discordanza di funzionamento, che risulta estrema nel caso delle prime due dichiarazioni e che, se ci focalizziamo sulla terza, riguarda anche il verificarsi di cambiamenti all'interno di uno stesso reparto. A tanta disomogeneità si aggiunge, inoltre, il fatto che non c'è sempre corrispondenza fra la 'regola scritta' e l'abitudine consolidata nella prassi di ogni singolo reparto, se non, addirittura, nel passaggio da un turno di operatori all'altro (come già accennavamo e come è chiaramente emerso nel corso del periodo di osservazione). Prendere in considerazione questo aspetto vuol dire tenere presente che, mentre per l'operatore è attivo un senso di continuità e coerenza rispetto alla specifica modalità di funzionamento, l'utente ha, invece, a che fare con una serie di dati discordanti, poiché, normalmente:

- quello che vige in un reparto non è operativo in un altro;
- quello che vale oggi può non essere più in vigore domani;
- quello che è presentato come regola 'scritta' può venire disatteso nella prassi.

Tutto questo può facilmente alimentare forme di fraintendimento per chi, non essendo interno al funzionamento istituzionale, ha alle spalle altre necessità e si avvale di altro genere di considerazioni rispetto a quelle degli operatori. In una situazione come questa, rimangono legittimamente aperte molteplici vie per la lettura degli accadimenti e la loro interpretazione potrà essere orientata con facilità in un senso o nell'altro da variabili del tutto contingenti (per esempio verso l'idea di un comportamento razzista dell'operatore o, reciprocamente, verso quella di una sostanziale arroganza dell'utente).

Ciò detto, la fisionomia del problema presenta delle caratteristiche che necessitano anche di altre considerazioni: se la sostanziale indeterminatezza degli orari di visita rappresenta uno degli elementi della questione, è, infatti, soprattutto la numerosità (in successione ed in contemporanea) delle visite a suscitare i maggiori problemi e rimostranze da parte degli operatori:

225. Con i nigeriani spesso si presentano problemi col limitare le numerose visite durante gli orari serali. Allegri e spesso 'rumorosi', possono creare qualche difficoltà con compagne di stanza che vogliono maggior quiete.

Come risulta evidente dalla breve segnalazione riportata, la numerosità delle persone in visita può rappresentare un problema non solo sul versante degli operatori, ma anche su quello degli altri utenti ed esso risiede, oltre che nella quantità in sé delle persone, nella modalità con cui i visitatori si rapportano alla situazione ospedaliera. Una questione, quest'ultima, che abbiamo già avuto modo di introdurre nei capitoli precedenti, parlando della strutturazione degli ambienti (cfr. n. 168).

Sempre relativamente alla quantità delle persone, emerge un particolare disagio nel rapportarsi con gli utenti di cultura Rom. Fra le segnalazioni pervenuteci a questo riguardo riportiamo la seguente:

226. L'estate di due anni fa è stata ricoverata un'anziana signora di origine rom; a differenza di altri ricoveri di stranieri, questa degenza è stata ricordata da tutti noi operatori per il numero spropositato di parenti e amici presenti in maniera assidua nel reparto. Non solo, il giorno dell'intervento, durato diverse ore, l'ingresso della nostra unità operativa era "intasato" da questi parenti e amici che mai sarebbero andati via prima di sapere che l'operazione fosse terminata. Ricordo i disagi per la presenza fisica di queste persone, quasi si faceva fatica ad attraversare il corridoio; ricordo i commenti e le forti critiche di tutti noi riguardo all'episodio, ma ricordo anche che nessuno ha pensato al motivo di questa folla unita, quasi immobile e in attesa che un intervento chirurgico come tanti altri si concludesse...

Trattandosi di una "folla unita, quasi immobile", sembra che in questo caso il fulcro del problema non sia rappresentato tanto dalle modalità comportamentali, quanto dal "numero spropositato" di "parenti e amici", nonché dall'assiduità della loro presenza.

Ci sembra opportuno rilevare che il resoconto si chiude con una notazione autocritica: l'operatore, dopo aver descritto alcuni aspetti della situazione creatasi in reparto, rivolge l'attenzione, invece che all'oggetto del discorso, alle sue stesse reazioni (nonché a quelle del gruppo di appartenenza) e vi rintraccia, oltre alle sensazioni di fatica ed a quanto espresso con specifici commenti, dei segnali di disattenzione: il disagio percepito dagli operatori sembra, infatti, avere messo totalmente in ombra ogni altro interrogativo possibile. Questo tipo di situazioni in genere viene riportato mettendo esclusivamente in luce il loro carattere molesto, in quanto possono fare da intralcio alla normale operatività o in quanto costituiscono una fonte di malessere per gli altri utenti e per gli operatori stessi. È una notevole eccezione il fatto che l'operatore che ha steso il resoconto si sia posto nella condizione di auto-osservarsi per quel tanto che gli ha consentito di notare come questa centratura dell'attenzione facesse scomparire ogni pensiero alternativo. Sembra, d'altra parte - purtroppo -, relativamente congruente con le premesse il fatto che la situazione, come risulterà evidente da una breve discussione

condotta sul caso, abbia avuto un esito non felice dal punto di vista relazionale. In un altro contesto, sarà, infatti la stessa persona a rilevare che:

227. Gli operatori ad un certo punto hanno chiamato la sicurezza. Non riesci a mandarli via. Prova a mandare via questa gente... abbiamo anche paura, poi sono fuori che ti aspettano.

La chiusura del resoconto n. 226 e le affermazioni di quest'ultimo, formulati in momenti diversi dalla stessa persona in relazione al medesimo caso, non sono affatto analoghe o sovrapponibili nei toni e questo evidenzia come la percezione di queste situazioni risenta della compresenza di istanze contrastanti. La paura cui si fa riferimento con la sequenza n. 227 deve probabilmente essere messa in relazione con la mancanza d'interrogativi ulteriori che si evidenzia dalla n. 226, poiché l'una e gli altri possono essersi alimentati a vicenda, non consentendo, così, di individuare delle altre strategie per affrontare la situazione. Come ha fatto notare un operatore di origine croata che è intervenuto al corso di formazione in qualità di relatore, facendo riferimento ad una situazione analoga, la gestione di queste situazioni può essere effettuata percorrendo anche altre vie qualora ci si metta nella condizione d'interloquire davvero con quanti di volta in volta rappresentano il problema ed a partire da una reale considerazione della loro peculiare condizione e dei diversi significati che vengono attribuiti alle medesime situazioni. Per far questo, occorre, però che ci si addentri proprio in quell'area che la parte finale del resoconto n. 226 segnala come inesplorata.

Prima di procedere in questa via, in linea con quanto abbiamo affermato precedentemente, occorre, però, rilevare che anche per quanto riguarda questo tipo di situazioni si verificano delle difformità significative, tanto che, accanto ad impostazioni come quella appena riportata, se ne trovano altre in cui le stesse cose sembrano passare relativamente inosservate. È quanto risulta dal confronto della situazione n. 226-27 con il seguente protocollo osservativo:

228. Fra il caos totale mi accorgo che, uno dopo l'altro, arrivano più persone in visita ad un utente Rom ricoverato, sia uomini che donne. L'arrivo dell'uno non comporta l'uscita dell'altro e ad un certo punto non riesco a capire con esattezza quante persone siano contemporaneamente presenti (forse 4-5). Nessuno sembra accorgersene ed il gruppetto continua nel suo andirivieni e permanenza, senza che nessuno dica niente. Ad un certo punto, per capire se si tratta di una mancata percezione della situazione dovuta alla confusione generale o se, invece, essa non viene affatto considerata problematica, decido di segnalare. Senza enfasi, mi rivolgo ad un operatore e commento, quasi 'di sfuggita': "Dal Rom c'è tutta la schiera!?". Il caposala, a questo punto, li fa spostare dalla stanza, ma non uscire dal reparto, quindi il gruppetto resta in corridoio in prossimità della porta. Un infermiere, dopo un po', passando per il corridoio, dice a voce alta, senza fermarsi: "Signori non è orario di visita, accomodarsi in sala d'attesa" (cioè in un altro punto dello stesso corridoio). Tre di loro si spostano, un quarto – forse il padre - resta piantonato lì. La porta della stanza è socchiusa e mi manca all'appello almeno una persona di quelle che avevo visto precedentemente (forse è dentro la stanza?). Caos a andirivieni subiscono una momentanea diminuzione, ma riprendono a breve.

La numerosità delle persone in visita a cui si fa riferimento con il resoconto n. 226 è plausibile sia stata ben diversa da quella della situazione n. 228, ma, al contempo, il "caos totale" di cui si parla in apertura del protocollo osservativo è stato tale da far rilevare anche delle forti analogie con il caso precedente. Gli atteggiamenti del personale, nelle due situazioni, sembrano, però, molto diversi. Al forte senso di disagio che emerge da una parte, fa riscontro, dall'altra, una sostanziale 'noncuranza', tanto che l'intervento degli operatori viene dapprima a mancare del tutto e, una volta evidenziato il problema, non viene comunque a caratterizzarsi in senso forte: dopo una sollecitazione ricevuta, gli utenti in visita si limitano ad uscire dalla camera e rimangono in corridoio, solo uno degli infermieri, passando senza fermarsi, farà una blanda osservazione/richiesta a cui non tutti risponderanno di conseguenza e la

situazione rimarrà in buona misura connotata da caos senza che si verifichino interventi ulteriori.

'Mamma li turchi'. Ragioni e risposte

Quanto detto finora mette in luce che anche quella delle visite ai degenti è un'area 'calda' nel rapporto con gli utenti immigrati; lo testimonia anche quanto hanno riferito una serie di 'figure intermedie' (mediatori, volontari, operatori del privato sociale) che collaborano a diverso titolo con l'ospedale proprio in relazione alla presenza degli stranieri. Dai colloqui intercorsi e dalle discussioni effettuate nell'ambito del corso di formazione in occasione della loro presenza, sono emerse alcune considerazioni che ci fanno entrare, almeno per un breve tratto, nell'area che il resoconto n. 226 segnalava come assente dalla riflessione degli operatori: quella delle possibili ragioni retrostanti.

229. Per i cinesi non poter stare accanto ai propri cari fino alla fine è una cosa che non viene accettata. Occorre essere in molti intorno alla persona che sta morendo e non solo i famigliari stretti. Si chiedono perché non si può stare dentro ininterrottamente, fra l'altro si sarebbe d'aiuto per le necessità.

230. Gli operatori ogni tanto vedono maghrebini o musulmani ricoverati in ospedale sempre con tante persone, parenti amici ecc. Andare a trovare un malato è un dovere, è un atto di solidarietà.

231. A volte i familiari arrivano in massa, sappiamo che ci sono rischi di malattie infettive ma un musulmano che non conosce queste cose sente l'obbligo di andare a far visita a un fratello. Loro sentono l'obbligo religioso della visita.

232. Il Profeta raccomanda di stare vicino all'ammalato e ai suoi famigliari e considera la visita di cortesia e la solidarietà al fratello nel momento del dolore e della sofferenza uno dei diritti basilari della fratellanza. Il momento del dolore, della sofferenza, della malattia, sono vissuti come occasione, momento per incontrarsi. È uno dei pilastri basilari che ci lega all'interno della stessa comunità. Spesso i musulmani quando c'è una persona ricoverata arrivano in massa, insistono a voler incontrare l'ammalato.

233. Arriva 'una marea di negri'. Gli si chiede di non venire tutti nello stesso orario, d'altra parte gli orari dell'ospedale sono quelli, ma le esigenze a volte si rivelano incompatibili, la richiesta degli uni non risulta adeguata a quella degli altri. Poi si siedono sui letti, che magari sono appena stati fatti e l'operatore si arrabbia.

234. In America Latina, nelle zone andine, in Perù, in Bolivia, in parte dell'Ecuador la patologia è intesa come rottura dell'equilibrio persona-contesto e c'è una dimensione di comunità. Ora si va perdendo il concetto di famiglia allargata, ma io, per esempio, ho 3 mamme e sono contento: sono stato cresciuto all'interno di 3 famiglie. Ho una mamma biologica e due mamme... e ogni volta che vado devo andare a mangiare, dormire da ognuna di loro. Questo si sta perdendo..., ma è importante il tema della comunità.

235. Un problema che si verifica è relativo agli orari e alla quantità di persone: quando finiscono di lavorare arrivano in massa, quando nasce un bambino per una famiglia araba si deve andare tutti, poi succede che i nigeriani cantano in ospedale, hanno un modo di gestire la malattia che chiede... sedersi sul letto, toccare il malato.

Come si può evincere dalle affermazioni appena riportate, attorno alla questione delle visite ruotano moltissimi problemi e vari sistemi di significato che, seppure non siano necessariamente molto diversi l'uno dall'altro, hanno al loro interno degli elementi di distinzione e presentano gradualità differenziate per quanto riguarda l'importanza che ognuno di essi viene ad assumere nell'insieme. Accanto alle questioni relative ad una vera e propria precettistica (non solo doveri morali, ma anche vere e proprie prescrizioni), si situano forme dell'organizzazione familiare per noi inusitate (che non possono non coinvolgere la sfera emotiva), probabilmente anche modi diversi di intendere il rapporto con le istituzioni (come sicuramente avviene nel caso della Cina), nonché consuetudini che ci appaiono puramente edonistiche mentre hanno un preciso fondamento, seppure a noi ignoto; a fianco di tutto questo si collocano anche le

difficoltà cosiddette ‘oggettive’ (come nel caso degli orari incompatibili con turni di lavoro o mezzi di trasporto e come testimonia l’arrivare in massa dell’ultima affermazione) o, ancora, la presenza di abitudini che, in quanto costruite su altre quotidianità, non ricalcano necessariamente lo stile della struttura, che a sua volta è omologo a quello di coloro che appartengono alla stessa area culturale, ma che è sostanzialmente diverso da quello che si riscontra nelle abitazioni di coloro che provengono da altri luoghi del mondo. La consapevolezza della presenza di questo insieme variegato di fattori, se non risolve il problema delle visite ‘fuori norma’, può certamente aiutare ad evitare di dover ricorrere al tipo di ‘soluzione’ a cui si fa riferimento con l’affermazione n. 227, poiché può favorire la possibilità di individuare delle vie alternative per gestire il problema.

Per procedere nell’articolazione della casistica, riportiamo altre situazioni che sono state segnalate dagli operatori e che evidenziano quanto possa essere ampia la varietà delle ragioni retrostanti alle visite che si manifestano con dei caratteri di ‘irregolarità’ rispetto alle norme prestabile.

Un operatore riporta questo episodio che l’ha colto in modo del tutto inatteso:

236. Durante il turno di notte c'erano due persone con il paziente (invece che una, come prevedono le regole). Uno ad un certo punto mi dice: "Ma io dove vado a dormire questa notte, credevo di poter stare qui in ospedale".

Chi parla, in questo caso, ha manifestato il proprio sconcerto di fronte ad una risposta che l’ha costretto a prendere atto di una motivazione impensata: la questione del mancato rispetto delle regole del reparto, in questo caso, ha lasciato il posto ad una considerazione di problematicità che ha messo l’operatore in difficoltà sul da farsi. Del tutto diversa è stata la reazione di un altro operatore in un situazione che ha mostrato delle caratteristiche assimilabili a quelle dell’episodio precedente:

237. Madre rom ricoverata con la figlioletta di 16 giorni circa. La ragazza si assenta e viene la nonna a prestare assistenza alla piccola paziente. La giovane nonna porta con sé la figlia di circa 5-6 anni. Nel reparto esistono delle regole precise, ricordate più volte nel corso dei ricoveri: è prevista l'assistenza di una persona ventiquattro ore su ventiquattro, maggiorenne ove possibile, e le visite, siano esse di parenti o di genitori, si concentrano in due precise fasce orarie durante la giornata. Premetto di avere pregiudizi verso queste comunità per diversi episodi cui ho assistito o anche riferiti (furti, maleducazione verbale...). Mi presento alla nonna ricordandole le regole, spiegandole che l'altra figlia non può rimanere, anche perché sono presenti altri degenti in tenerissima età. La nonna si altera istantaneamente accusandomi, visto che sono già stati ricoverati altre volte, di essere l'unica persona ad averle 'dato noia'. La nonna ha comunque precisato che l'altra figlia doveva tenerla con sé perché non sapeva con chi altro lasciarla. Il particolare che mi ha più infastidito, oltre l'evidente falsità delle affermazioni (è risaputo che le comunità rom sono costituite da diversi nuclei familiari, legati fra loro, e questo è stato evidente con altri contatti avuti con la comunità) è stata l'insistenza con cui fissavano il cartellino identificativo. Ho avuto paura, ho lasciato perdere, sono uscita e ne ho parlato con la caposala e con i medici per tentare di coinvolgere altre persone, per non essere l'unica, per non essere "puntata".

In questo caso, fra operatore ed utente sembra innestarsi un meccanismo di *escalation* in cui alla ripetizione delle regole da parte dell’uno fa seguito la reazione alterata dell’altro, mentre la dichiarazione di difficoltà del secondo trova come contrappunto l’interpretazione di falsità del primo, in un acuirsi della dinamica relazionale che manifesta progressivi segnali d’inquietudine anche dal punto di vista della comunicazione non verbale. Se è vero che, come recita il terzo assioma della *Pragmatica delle comunicazione umana*, “La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti” l’interpunzione effettuata, in questo caso, dall’operatore orienta in una precisa direzione, che potrebbe non corrispondere in alcun modo a quella messa in atto dall’interlocutore. Certo è che la difficoltà dichiarata dall’utente, come si evince da quanto lo stesso operatore afferma

in un passaggio del proprio discorso, non incontra affatto la stessa reazione di sconcerto che era emersa nel resoconto n. 226, ma, al contrario, una serie di solidi pre-concetti da cui conseguono valutazioni di falsità relativamente al dire dell'altro. Giusti o sbagliati che siano i preconcetti che sono intervenuti in questo caso, quello che occorre rilevare è che la dinamica creatasi non ha consentito di prendere in considerazione nessun'altra di quella moltitudine di ragioni di cui si parla nella sequenza n. 229-35: questo avrebbe, forse, reso possibile aggiungere altre valutazioni (senza necessariamente eliminare quella effettuata, poiché l'eventuale verità dell'una non toglie la possibilità della contemporanea verità delle altre) in virtù delle quali l'orientamento dell'intervento avrebbe potuto assumere un'altra fisionomia. Come, infatti, hanno fatto notare a più riprese gli stessi relatori a cui si devono le osservazioni 229-35:

238. I cinesi, comunque, non esternano le loro difficoltà, non avanzano richieste....

239. La questione che si pone non è il fatto di rispettare la regola, ma di come dire queste cose ai pazienti ed ai loro famigliari ed amici. Arriva una persona da 50-60 chilometri, ha appena lasciato il lavoro, arriva per visitare un familiare e si trova l'operatore sanitario che gli dà una risposta telegrafica: 'No, è chiuso'. Questa risposta viene interpretata come un'offesa.

240. Talvolta si tratta solo di dire nel modo giusto e forse anche alla persona giusta. Individuare in mezzo al gruppo il più saggio, quello che sembra più acculturato e attraverso quello si parla con gli altri. L'infermiere maschio non va a dire alle donne 'uscite', il marito lo potrebbe sentire un'offesa. Se sono un'infermiera donna parlo con la donna, se sono un'infermiere maschio...

241. Il problema è anche che nessuno ha spiegato le regole. Perché occorre spiegare che l'arrivo di tante persone nelle corsie ospedaliere può essere motivo di infezione, non si può dare per scontato che lo sappiano. Il mediatore dovrebbe essere utilizzato per fornire le necessarie spiegazioni e può dire le cose rispettando il modo adeguato... Ogni cultura ha i propri modi per rivolgersi agli altri.

242. Se vengono 20 persone a trovare un paziente non c'è da spaventarsi, ma bisogna applicare delle regole che sappiano tenere in considerazione i bisogni dell'altro. Non dire: ma perché siete 20? La salute del singolo è anche salute di una comunità. Invece di dire di no si dice "Se volete entrare tutti vi dividete due per due". Se arrivano in 40 si dividono in gruppi di 5....

243. Quando facevo l'infermiera nell'ospedale di [...] è capitato che in Pronto Soccorso è morto il capo clan di un gruppo Rom. È successo l'inverosimile, non si riusciva più a gestire nulla. Pianto delle donne. [...] A un certo punto un medico di origine meridionale (queste persone hanno sempre una marcia in più) è uscito e ha detto 'Io capisco che voi dovete esprimere il dolore, ma non potete farlo qua'. Loro hanno rispettato questa cosa e sono usciti. Lasciati lì nel loro dolore si sono autorizzati a fare una cosa veramente un po' straordinaria in una sala d'attesa, invece avvertiti non ne hanno approfittato...

Le risposte indicate, in altri termini, segnalano tutte la necessità di ricollocarsi sul piano relazionale in modo da consentire il riconoscimento e la legittimazione della posizione altrui, senza che questo voglia dire annullare il valore della propria, laddove la tendenza è, spesso, quella di farsi scudo di un sistema di regole, evitando, con questo, ogni forma di riconoscimento.

È interessante, a questo proposito, proprio in relazione al tema delle visite ai degenti, l'episodio che Marianella Sclavi analizza nel suo *Arte di ascoltare e mondi possibili*: una situazione del tutto analoga a quelle di cui si è parlato in questo capitolo, tratta da un contesto ospedaliero tedesco, in cui la compresenza di persone aventi diverso *background* culturale innesca una progressione senza uscite per la relazione¹²⁰.

Nel policlinico di Kreuzberg, come riporta l'Autrice, la via intrapresa è stata quella di:

¹²⁰ Cfr. a questo proposito anche quanto riportato nel capitolo "Terre di dialogo", laddove si fa riferimento alla medesima situazione riportata nel testo di M. Sclavi.

- appendere dei grandi cartelli nei corridoio e nei vari reparti che spiegassero le diverse consuetudini culturali, invitando a non considerarle reciprocamente offensive ed a reagire con tolleranza e comprensione;
- inventare opzioni di vario tipo quali la predisposizione di sale di ricevimento per i visitatori e gli orari di visita differenziati.¹²¹

La cosa essenziale di questi provvedimenti, come afferma l'autrice, non è però, l'adozione dell'espedito escogitato (il cui carattere può essere più o meno rilevante in termini generali), ma il fatto che in tal modo si è messo in moto un processo capace di instaurare un clima di apertura ed ascolto reciproco: ogni soluzione, infatti, può dirsi tale non in maniera assoluta, ma in quanto riesce a tenere aperta questa dimensione di disponibilità. Nella misura in cui le cose si routinizzano, infatti, perdono il loro potenziale, entrano in un altro circuito di funzionamento e soggiacciono alle altre variabili che di volta in volta prendono il sopravvento, tanto che "gli stessi provvedimenti che apparivano delle 'soluzioni' possono essere visti come essi stessi discriminatori".

Orari ed attese

Gli orologi ed il tempo

Al di là della gestione delle visite ai degenti, gli operatori tendono a riferire di altri ambiti in cui la questione del rapporto con le regole sembra presentarsi in modo problematico. Uno degli ambiti che, a questo riguardo, hanno segnalato con maggiore frequenza riguarda il mancato rispetto delle date e degli orari delle prestazioni.

244. Il paziente straniero generalmente non rispetta data e orario degli appuntamenti, avvalendosi di scuse tipo 'non mi sono ricordato', 'avevo altro da fare', 'non so dove siete', pretendendo comunque di eseguire la prestazione nel momento in cui lui è disponibile.

Al di là della questione in sé, questa testimonianza evidenzia da subito quale sia l'aspetto che il problema può facilmente assumere: l'estensione a vasto spettro dai singoli casi alla globalità tende a spersonalizzare le situazioni e finisce con il coinvolgere la complessità dell'utenza straniera in un'interpretazione di furbizia e pretenziosità. Il meccanismo di generalizzazione promuove, così, un'immagine stereotipica la cui facilità di circolazione e semplicità euristica rischia anche di far scavalcare altri aspetti del problema. È, infatti, plausibile aspettarsi che la questione del rapporto con le regole in generale e quella del mancato rispetto di date ed orari in specifico siano delle aree di problematicità che coinvolgono in maniera complessa le varie componenti in gioco: la persona e la cultura dell'utente, così come quelle dell'operatore, nonché tutto il sistema organizzativo.

Per addentrarci nell'analisi, la prima cosa che ci sembra opportuno rilevare è il fatto che, mentre sul versante degli operatori si è fatto spesso riferimento ad un mancato rispetto di date ed orari da parte degli stranieri, su quello degli utenti questa questione non è mai stata richiamata esplicitamente da nessuno degli intervistati. Probabilmente

¹²¹ Come risulta dal capitolo cui si fa riferimento nella nota precedente, gli operatori che hanno partecipato al corso di formazione hanno talvolta individuato, a questo proposito, delle posizioni ancor più avanzate sul piano dialogico in quanto hanno ipotizzato, talvolta, la messa in atto di possibili strategie 'creative' volte al coinvolgimento ed alla trasformazione reciproca. Una possibilità forse non così remota in un reparto ospedaliero in cui, diversamente dagli altri, non si ha in genere a che fare con la malattia ed il dolore, ma con circostanze gioiose come quelle relative alla nascita.

non c'era da attenderselo, in quanto il problema viene legittimamente percepito come tale da colui che eroga il servizio e non da chi in prima persona mette in atto il comportamento 'irregolare', a meno che le sue conseguenze non costringano ad una riconsiderazione del comportamento stesso. Ciò detto, proviamo ad entrare più nello specifico delle segnalazioni degli operatori:

245. Un pomeriggio arriva al nostro servizio un paziente giovane di origine africana con regolare impegnativa per prenotare una visita. Quando gli diciamo il primo giorno disponibile che abbiamo in agenda inizia ad agitarsi perché pensava di fare subito la visita, gli spieghiamo che il nostro non è un pronto soccorso e che avendo un unico medico abbiamo una lista d'attesa (circa quindici giorni). Dopo un tira e molla di una mezz'ora il paziente accetta la data che gli abbiamo fissato. Il giorno prima dell'appuntamento lo chiamiamo per la conferma, ma il telefonino sembra staccato. Il giorno della visita il paziente non si presenta, lo richiamiamo, ma non risponde al telefono. Il giorno dopo con tutta tranquillità si presenta per la visita dicendo che il giorno prima non poteva venire. La nostra dottoressa accetta lo stesso di fare la visita, con un certo disagio per gli altri pazienti che avevano regolare appuntamento e devono attendere più del previsto.

246. Mesi addietro si è presentato presso il nostro servizio un ragazzo di origine nigeriana. Invece di venire la mattina si è recato da noi il pomeriggio (pur essendo specificato chiaramente l'orario nel foglio di PS e la documentazione necessaria per l'accesso al servizio) dicendo di non capire l'italiano. Abbiamo comunicato in inglese e il paziente diceva di aver capito, finalmente, quali erano le caratteristiche del servizio e di potervi accedere d'ora in poi senza problemi (sia riguardo agli orari che alla burocrazia). Nel frattempo era stata eseguita comunque la prestazione grazie anche alla disponibilità del medico di guardia. Gli viene detto di tornare da noi (previa prenotazione) dopo 3 giorni. Egli si ripresenta dopo una settimana, senza prenotazione e fuori orario di prestazione. Si cerca, di nuovo, di capire il motivo della mancata ricezione delle informazioni elargite in sede di precedente visita. Riferisce ancora di non capire l'italiano e quindi si interagisce di nuovo in inglese (che tra l'altro comprende perfettamente). Anche questa volta si viene incontro alle sue esigenze e gli si dice di tornare con prenotazione e ad orario dopo 7 giorni. Ritorna dopo 2 settimane, sempre senza prenotazione e all'orario che gli è più congeniale dicendo di non capire. Lo osserviamo di nascosto e vediamo e sentiamo chiaramente che comunica in italiano con gli altri utenti in sala d'attesa. Questa volta il medico si rifiuta di eseguire la prenotazione e lo manda al CUP per prenotare dopo 2 giorni. Il paziente dopo un'ora torna indietro senza prenotazione e dice all'infermiere che non parla italiano (cosa non vera).

Uscendo dalla genericità dell'affermazione n. 244 e prendendo in considerazione questi due resoconti più circostanziati e specifici, possiamo fare diverse riflessioni.

Una prima considerazione riguarda quanto dicevamo poco sopra: da parte dell'utenza manca ogni riferimento a questo tipo di problema e tale assenza è forse da mettere in relazione al fatto che il problema può non essere percepito come tale in quanto l'utente non ne registra alcuna conseguenza. Dai due resoconti appena riportati risulta evidente, infatti, che il mancato rispetto di date ed orari da parte di chi fruisce del Servizio non comporta necessariamente la non effettuazione della prestazione: sia il resoconto n. 245, sia il n. 246, indicano che si tende ad eseguire comunque quanto programmato. Anche nella seconda situazione, sarà solo nel momento in cui l'operatore avrà la chiara percezione (sia essa corretta o meno) di un imbroglio perpetrato dall'utente che verranno rigidamente riattivati i canali regolamentari, poiché è solo allora che "il medico si rifiuta di eseguire la prenotazione" e che l'utente viene re-inviato al CUP (Centro Unico Prenotazioni) per riattivare la procedura per un nuovo appuntamento.

Se è questo quanto indicano i resoconti riportati, sulla base di quanto è emerso nei momenti di discussione che hanno caratterizzato il corso di formazione (nonché da alcune annotazioni relative al periodo di osservazione e riguardanti delle affermazioni degli operatori), possiamo d'altra parte affermare che le cose non hanno sempre questo stesso sviluppo. Fra gli operatori sembrano, infatti, essere presenti più strategie, del tutto antitetiche: a fianco di chi manifesta una forte disponibilità e/o propensione ad un'applicazione 'flessibile' delle regole, si situano operatori che adottano uno stile ben

più vincolante e/o rigido. Sulla base di questo dato, dovremmo allora attenderci una qualche segnalazione del problema/del disagio anche da parte dell'utenza, ma questo non si è verificato in nessuno dei colloqui effettuati. Possiamo ipotizzare, allora, che questo accada in quanto da parte dell'utenza si ha la consapevolezza di 'essere nel torto' e che, pertanto, la mancata effettuazione della prestazione è da imputare in modo esclusivo alla propria inadempienza. Questa formulazione della risposta rischia, però, di ripetere lo schema interpretativo insito nell'affermazione n. 244: da una parte la generalizzazione all'intera categoria degli 'stranieri', dall'altra l'attribuzione, altrettanto indeterminata, di un preciso significato e di un intento furbesco a carico del comportamento in oggetto (l'utente straniero, in queste situazioni si avvale di giustificazioni del tipo "non mi sono ricordato, avevo altro da fare, non so dove siete" o di altre analoghe, ma comunque configurabili come "scuse" più che come dati di realtà). Al di là delle varie ipotesi che possiamo fare, questa constatazione a proposito dell'andamento generale del problema apre lo scenario ad altre riflessioni che avremo modo di effettuare più avanti¹²² e che rendono peculiarmente 'caldo' questo ambito di problematicità.

Una considerazione ulteriore riguarda il fatto che, addentrandoci nelle situazioni specifiche, l'utenza comincia a perdere la generalità della connotazione 'stranieri' per acquisire quella di alcune sotto-categorie. Mentre, infatti, l'affermazione n. 244 coinvolge in un tutto unico l'insieme degli utenti di origine non italiana, la n. 245 e la n. 246 fanno riferimento al raggruppamento (sempre molto vasto, ma già più circostanziato) degli 'africani' (plausibilmente intendendo con il termine 'africani', come generalmente avviene, la popolazione cosiddetta della 'Africa nera' e non la generalità di quanti provengono dall'intero continente).

Nelle interviste effettuate con 'africani', sebbene il tema dei ritardi non fosse emerso spontaneamente, la questione è stata posta in modo esplicito in quanto questo dato si era già presentato con forza nel periodo di osservazione. Formulando direttamente una domanda che consentisse di entrare nello specifico del problema, le risposte che se ne sono ricavate sono state, in genere, di due tipi: una mimica piuttosto esplicita del tipo: 'è così, niente da dire', oppure con caratteristiche analoghe a quella che riportiamo qui di seguito:

247. L'africano ha tutto il tempo a disposizione. Qui non capisco come mai non ho tempo per me... Non lo facciamo apposta. Non abbiamo le nostre famiglie qua per tenere i bambini... Abbiamo lavori molto pesanti. Dove lavoro io la parte faticosa la fanno gli africani... Non è che l'appuntamento non sia importante, si fa fatica... Stiamo cercando di organizzarci a fare come voi, ad arrivare in tempo...

Con quest'affermazione l'intervistato fornisce degli elementi aggiuntivi di riflessione: la gestione del tempo, infatti, viene ad assumere una doppia caratterizzazione in quanto fa riferimento ad una condizione culturale almeno in parte condivisa ("L'africano ha tutto il tempo a disposizione") e, al contempo, indica la presenza di una situazione problematica che si correla con il disagio del vivere in luoghi diversi da quelli abituali.

Anche in questo caso occorre essere vigili rispetto alla tentazione generalizzante, poiché si tratta di situazioni singole che, in forma analoga a quanto rilevato precedentemente sul versante degli operatori, tendono ad estendere la particolarità di un vissuto personale all'insieme di coloro che condividono la stessa - vastissima - origine geografica. Ciò premesso, i dati informativi forniti consentono di aprire ulteriori scenari.

Sulla scia della seconda osservazione presente nell'affermazione n. 247, occorre evidenziare che le diverse modalità organizzative che caratterizzano il contesto d'immigrazione richiedono di mettere in campo molte risorse aggiuntive, poiché mentre altrove tutto aveva il proprio spazio, nella nuova situazione il tempo sembra sfuggire.

¹²² Cfr, poco più oltre, cap. su "L'avventura ambigua".

Questo elemento è così presente ed inatteso che l'utente si trova ad esprimere il proprio stesso disorientamento rispetto al problema: "qui non capisco come mai non ho tempo per me". Se, a volte, dietro il mancato rispetto di date ed orari, può esservi della furbizia, l'elenco delle difficoltà che occorre imparare a gestire *ex novo* è, plausibilmente, lungo e riguarda in modo capillare tutti i diversi aspetti della quotidianità. Diventa, allora, un vero e proprio impegno, tutt'altro che agevole da ottemperare, quello di cercare di "organizzarci a fare come voi, ad arrivare in tempo", poiché è probabile che anche il 'fare come noi' non faccia parte dello scenario abituale. Senza addentrarci in una disamina delle ragioni/difficoltà che un immigrato tipicamente incontra nel momento in cui deve gestire un impegno aggiuntivo in un contesto inabituale, e che in certa misura rimandano anche alla triade "non mi sono ricordato, avevo altro da fare, non so dove siete", quanto detto finora rinvia anche alla prima osservazione presente nella situazione n. 247 ("L'africano ha tutto il tempo a disposizione") e questo ha a sua volta a che fare con alcuni altri elementi che erano presenti nei resoconti precedenti.

Se, in particolare, ritorniamo al n. 245, vi troviamo l'affermazione che l'utente, non essendosi recato all'appuntamento nel giorno e nell'ora stabilita, si presenta "il giorno dopo con tutta tranquillità", "dicendo che il giorno prima non poteva venire". Possiamo leggere questa affermazione secondo diverse modalità, compresa quella che conduce nella stessa direzione dell'enunciato n. 244. In questo caso la considerazione di 'tranquillità' che fa da sfondo all'osservazione può venire intesa come un'espressione ironica dell'operatore che rileva la sfrontatezza di un comportamento inadeguato. L'atteggiamento smaccatamente tranquillo dell'utente potrebbe, d'altra parte, essere del tutto reale (senza che si verifichi alcun errore percettivo da parte dell'operatore) e ciononostante non corrispondere affatto ad una qualsivoglia superbia o furberia. Riportiamo un ulteriore episodio che può consentirci di articolare meglio questo discorso:

248. Pochi giorni fa un paziente di origine africana si è recato nel nostro ambulatorio per la visita diabetologica di controllo. Il suo appuntamento era alle 17.10, ultimo appuntamento possibile giornaliero. Il signore si è presentato alle 17.35. Abbiamo spiegato che il medico se n'era già andato, visto che aveva finito il suo turno e aveva aspettato la sua visita per 20 minuti, ecc., ecc. La sua risposta in ogni affermazione nostra era: "Sono solo le 35!!". Così si era intestardito per essere visto da una dottoressa che non aveva nulla a che fare con la sua visita. Il risultato è stato che abbiamo cambiato appuntamento (il primo posto libero era pure a breve termine) ma lui comunque se ne è andato insoddisfatto.

Operatore ed utente, in questo caso, sembrano guardarsi allo specchio di uno sbigottimento reciproco, come se risultasse altrettanto incredibile all'utente l'assenza del medico, quanto all'operatore l'aspettativa del paziente. Prendendo a prestito la riflessione di Marianella Scavi, sembra che in questo caso ci si trovi di fronte ad un tipico 'sistema complesso', ad un sistema, cioè, caratterizzato dal fatto che una stessa situazione ha alle spalle insiemi di significato diversi¹²³ i quali, nella misura in cui rimangono impliciti, non consentono la messa in luce della particolarità del punto di vista e rendono operativo l'ossimoro di una prospettiva assoluta. Alle due culture implicate ineriscono modi di strutturare il rapporto con il tempo che hanno caratteristiche distinte e divergenti. Da una parte l'africano che "ha tutto il tempo a disposizione", dall'altra l'operatore istituzionale che estrae il tempo da un contenitore chiuso. In altri termini, come spesso asseriscono gli 'africani' rivolgendosi agli 'occidentali': "voi avete gli orologi, noi abbiamo il tempo". La cultura dell'operatore (istituzionalmente caratterizzata) organizza l'attività lavorativa intorno ad una tempistica predefinita, quella dell'utenza 'africana' subordina il vasto ed indifferenziato

¹²³ Per la distinzione fra sistemi semplici e sistemi complessi cfr. il capitolo "La complessità dell'ascolto", all'interno della sezione relativa al "Quadro teorico".

ambito della temporalità ad ogni altra esigenza; da una parte la commisurazione cronometrica di un lavoro etero-diretto che si organizza in funzione di orologi e calendari, dall'altra un sistema sostanzialmente alieno alla computazione cronometrica, in cui le azioni rispondono ad altre gerarchie di senso. Il doppio stupore espresso dall'utente e dall'operatore nel momento in cui si sono reciprocamente imbattuti in un ritardo di soli/ben 25 minuti può trovare la propria ragion d'essere in questa articolazione divergente di valori e significati, così come il tentativo di "organizzarci a fare come voi, ad arrivare in tempo" incontra insieme l'ostacolo di 'difficoltà oggettive' e quello di un diverso modo di costruire il senso.

Non stupisce, allora, l'osservazione di un altro operatore il quale, scostandosi dall'idea dei ritardi e del connesso comportamento furbesco, fa notare che:

249. Soprattutto l'utenza africana ha difficoltà di seguire l'orario di prestazione, è capitato che si presentino in ambulatorio alle 8.30 con appuntamento alle 11.30 o peggio che con l'appuntamento alle 9 si presentino in ambulatorio alle 11.

Un'affermazione che risuona in modo del tutto congruente con quanto abbiamo avuto modo di rilevare in uno specifico momento della fase di osservazione:

250. Mentre sto parlando con l'operatore, si presenta un collega il quale informa che è arrivata per la visita la signora x con il suo bambino. L'appuntamento era fissato per un orario successivo e l'operatore ha altri appuntamenti in agenda, ma decide di non seguire l'ordine previsto in quanto afferma che quella situazione è tutt'altro che infrequente: le donne africane, capita che arrivino con molto ritardo agli appuntamenti, ma allo stesso modo può capitare anche che arrivino con molto anticipo.

Queste due ultime situazioni, con il loro evidenziare tanto la possibilità di un ritardo quanto quella di un anticipo rispetto a quanto stabilito, inducono a catalogare piuttosto decisamente la questione del mancato rispetto degli orari nel novero di quelle relative ad una disattenzione/noncuranza generale nei confronti della puntualità cronometrica. L'utente "africano", infatti, non si presenta in genere in ritardo, ma semplicemente "quando può", cioè "quando gli risulta possibile farlo", indipendentemente da quanto era stato prefissato. Una noncuranza del 'tempo degli orologi' e del calendario che, ben al di là del fatto di corrispondere ad un 'atteggiamento furbesco' potrebbe trovare ragione anche in quel diverso rapporto con il tempo di cui si fa menzione in letteratura e che ha modalità peculiari e distinte di articolazione nelle varie culture. Questo non necessariamente comporta l'attribuzione di furberie di sorta.

Il tempo degli altri

Se nel capitolo precedente abbiamo centrato l'attenzione su quanto rimarcano gli operatori relativamente al (non) rispetto di date ed orari da parte degli utenti, nel corso del periodo di osservazione, come già avevamo rilevato nei capitoli dedicati alla gestione del tempo¹²⁴, è emersa anche una certa disattenzione degli operatori/della struttura rispetto a quello che avevamo definito il 'tempo altrui'. Nonostante il fatto che questo aspetto non sia emerso nelle dichiarazioni spontanee rilasciate dai soggetti intervistati, quanto rilevato in fase di osservazione trova un certo riscontro nelle stesse dichiarazioni degli operatori che hanno partecipato al corso di formazione. Dai resoconti raccolti in quell'ambito si evince, infatti, il verificarsi tutt'altro che infrequente di situazioni di mancata puntualità anche sul versante istituzionale, oltre che su quello dei fruitori, ma, in questo caso, in maniera sostanzialmente analoga per la generalità dell'utenza. Questo tipo di circostanze concerne, quindi, allo stesso modo, autoctoni ed immigrati, quello che, però, sembra cambiare, nei due casi, è il tipo di

¹²⁴ Cfr. anche il capitolo "Razzismo?", all'interno della sezione relativa a "La relazione operatore-paziente"/"Relazione"/"Ineducazione", in particolare gli stralci osservativi n. 130, n. 131 e n. 132.

risposta che ne consegue. Nelle situazioni che coinvolgono gli utenti non italiani l'ostacolo incontrato sembra, infatti, dar corso a problemi a catena, o, per lo meno, è questo che emerge dai casi che riportiamo qui di seguito:

251. Premetto che per fare l'EEG + anamnesi si impiegano 40 minuti circa. Paziente nigeriana gravida alla 28esima settimana di gestazione prenotata regolarmente come utente esterna (dopo precedente ricovero) per EEG + visita neurologica alle ore 10 e alle 10:30, + ecografia ostetrica alle ore 11. Praticamente impossibile eseguire queste tre indagini nella stessa mattinata. La paziente si presenta allo sportello all'ora precisa, ma il tempo di attesa e di esecuzione dell'esame sarebbe stato superiore per poter eseguire anche l'ecografia, quindi la paziente rinuncia a eseguire l'EEG + visita e viene accordato un nuovo appuntamento per la settimana successiva. La paziente non si presenta a tale appuntamento se non che si presenta 8 giorni dopo esigendo la prestazione con naturale scompiglio del servizio già oberato da altri utenti di pronto soccorso e ricoverati. La paziente era molto indifferente a tutto ciò.

252. L'episodio che racconto è successo un giorno con un utente straniero marocchino o tunisino. Io ero all'accettazione e l'ho accettato per una prestazione di medicazione. Questo utente era stato operato e veniva per una medicazione "prenotata" in post dimissione, era accompagnato da un amico. Quel giorno eravamo in ritardo con gli appuntamenti di medicazione e, vicino all'orario che lui aveva prenotato, ha iniziato a chiedermi a che ora sarebbe stato chiamato, se era il suo turno e siccome aveva prenotato dovevamo rispettare l'orario. Poi ha chiesto alla collega dell'ambulatorio quando veniva chiamato e lei ha risposto che doveva aspettare. Anch'io ho risposto che doveva attendere perché eravamo in ritardo. Allora hanno iniziato a parlare in tono un po' più alto, dicendo che noi ci comportavamo così perché loro erano stranieri. Io non sapevo come gestire questa situazione perché disturbavano anche gli altri parlando ad alta voce e ripetendo che li facevamo aspettare perché erano stranieri. La cosa che ho fatto è stata quella di andare dalla collega e chiederle di chiamarlo il prima possibile per evitare che la situazione degenerasse. Non è giusto risolvere così la situazione perché non è corretto nei confronti degli altri utenti che attendono per ore, però è utile per far tornare la calma. Questo succede anche con i tossicodipendenti. Devo ammettere che la collega non era d'accordo con me perché riteneva che l'utente doveva aspettare come tutti gli altri ma io ho ritenuto che fosse la cosa migliore da fare. Anche gli utenti in sala d'attesa hanno capito e non si sono lamentati.

I due resoconti, nella loro prima metà potrebbero riguardare indifferentemente l'utenza autoctona così come quella costituita da immigrati ed in entrambi i casi prendono avvio da una disfunzione organizzativa che si verifica a discapito dei fruitori. Nel primo caso il risvolto negativo concerne il dilazionare una prestazione la cui effettuazione incontra poi altri ostacoli; nel secondo, concerne il verificarsi di una delle tante situazioni che sfociano poi in accuse di razzismo e rischiano di innescare delle *escalation* dell'aggressività. Le risposte degli utenti sono evidentemente intrise di problematicità, ma, al di là di questo, occorre notare anche che in entrambe le situazioni l'utente si era presentato all'appuntamento nei tempi e nei modi stabiliti, mentre chi ha stilato i rispettivi resoconti sembra non effettuare questa considerazione - o per lo meno sembra non dargli rilievo - e mettere in luce, invece, la sola inadeguatezza dei comportamenti degli utenti: una presunzione che fa seguito ad una propria inadempienza nel primo caso (in cui l'operatore mette in risalto un comportamento connotato da indifferenza), un'eccessiva aggressività ed un'immotivata accusa di razzismo nel secondo (che viene reso affine a situazioni caratterizzate da tossicodipendenza). I due resoconti, in altri termini, sembrano così fortemente costruiti 'dalla parte della struttura' da far sì che gli interlocutori assumano la fisionomia di una vera e propria 'controparte' via via che si discostano dall'immagine di un utente che, in quanto tale, deve anche essere 'paziente'. Come, infatti, ha affermato un operatore, commentando un episodio riportato

nell'ambito del corso di formazione e di cui avremo modo di vedere più avanti un resoconto più articolato¹²⁵:

253. Al medico non piace aspettare, semmai è l'utente che deve essere 'paziente' nell'attendere il suo turno!

Un'altra struttura narrativa, che ponesse l'accento sulla duplicità delle posizioni in gioco, invece che sulla sola prospettiva dell'operatore, avrebbe, plausibilmente, consentito di rendere evidente al narratore stesso quanto la (ri)costruzione della vicenda venisse realizzata tenendo in considerazione il proprio sistema di implicite e quanto, al contrario, lasciando spazio ad altri ordini di significato.

La problematicità delle attese viene in genere avvertita dagli operatori ben più in riferimento ad episodi del secondo tipo (n. 251) che del primo (n. 252), il quale rappresenta una situazione che, nella prospettiva di chi ha redatto il resoconto, non prevede affatto di focalizzare l'attenzione sulla questione delle attese e sembra, invece, centrarsi in modo esclusivo su quella del mancato rispetto degli appuntamenti da parte degli utenti. Sulla scia di situazioni analoghe alla n. 252 troviamo, invece, delle altre segnalazioni che evidenziano il verificarsi di comportamenti più o meno alterati da parte degli interlocutori stranieri. Appartiene a questa categoria anche il resoconto che segue:

254. Paziente marocchino che accedeva al nostro servizio del P.S. neurologico per eseguire una TAC cerebrale. Non sono riuscita a fargli capire che doveva aspettare il suo turno per l'esame. Si è messo a parlare ad alta voce, a piazzarsi davanti alla porta e ad ostacolare l'accesso agli altri, nonostante che, a mio dire, parlasse abbastanza bene italiano, fino a quando l'abbiamo fatto accedere prima degli altri pur di fargli proseguire l'iter, perché aveva messo un tale scompiglio, non più tollerabile da noi operatori.

Questo ulteriore resoconto di per sé non aggiunge niente a quello che già sappiamo. Il comportamento dell'utente, ad un primo sguardo, risulta del tutto improprio, nonché ingiustificato, anche in quanto l'attesa sembra non abbia alcun riferimento con un'eventuale mancanza della struttura. Al resoconto fanno seguito, però, delle auto-osservazioni fornite dal medesimo operatore il quale, a distanza di una settimana, a commento di quanto scritto da lui stesso, aggiunge:

255. Forse questo paziente doveva essere informato dal neurologo dell'iter per accedere al servizio di radiologia. [Il neurologo avrebbe dovuto dirgli] che si doveva eseguire l'esame, ma non urgente, bensì seguendo una lista di appuntamenti e priorità d'urgenza. In questo modo quando arrivava da noi e noi ripetevamo lo stesso concetto avrebbe forse aspettato un po' di tempo senza protestare per l'attesa, comprendendo che il suo caso non è urgente. Il paziente molto probabilmente ha considerato il proprio caso molto grave, vista la prescrizione da parte del medico di una TAC; arrivando al nostro servizio pretendeva di conseguenza l'esame subito, arrabbiandosi e protestando alla nostra richiesta d'attesa, mentre noi operatori, da parte nostra, avendo a disposizione il sospetto diagnostico e arrivando lui a piedi eravamo certi della non gravità. Di conseguenza volevamo fargli attendere il suo turno avendo noi una lista di appuntamenti e dovendo poi inserire lui. Spiegare le priorità di esecuzione (prima gli appuntamenti, ma se arrivano pazienti dalla rianimazione, bambini piccoli, i primi aspettano e i non urgenti attendono) avrebbe messo i pazienti italiani più tranquilli. Per il marocchino una conoscenza del suo stato di salute e quindi della non urgenza avrebbe permesso a lui un'attesa senza mettere scompiglio a lui stesso e anche a noi operatori e noi avremmo eseguito l'esame senza il trambusto e il timore che gli eventi degenerassero in violenza.

La riflessione autocritica formulata dall'operatore richiama implicitamente molte delle problematiche che abbiamo evidenziato nei capitoli precedenti. La ricostruzione della

¹²⁵ Cfr. capitolo "Nome", all'interno della sezione "Stile organizzativo"/"Un mondo di regole"/"Identità di carta" resoconto n. 287.

vicenda presentata con il resoconto n. 254, seppure in modo essenziale, sembrava, infatti, raffigurare il tipico utente già descritto altre volte: maleducato ed aggressivo al punto tale da rivelarsi irrispettoso delle regole, forse anche propenso ad utilizzare strumentalmente la propria differenza linguistica per riuscire ad ottenere un trattamento di favore; sull'altro versante trovavamo degli operatori che, nonostante gli sforzi compiuti, non riuscivano ad arginare l'inadeguatezza del comportamento dell'utente nel rapporto con una struttura che finiva con il non ottemperare alle regole da essa stessa fornite, giungendo a far accedere alla prestazione il paziente senza più rispettare l'iter previsto e venendo così messa in scacco nelle proprie modalità di funzionamento. Con le riflessioni che l'operatore ha aggiunto a distanza di una settimana la ricostruzione della situazione, sebbene rimanga formalmente invariata, perde, però, il suo carattere di linearità unidirezionale ed assume un'altra coloritura. Emergono possibili responsabilità da parte della struttura (che abbiamo già visto essere avvezza a non dare sempre rilievo agli aspetti comunicativi) in quanto l'operatore ritiene plausibile che si siano verificate delle carenze informative e che l'utente, anche in virtù di questo, si sia trovato a dover gestire uno stato d'ansia che rendeva ragione del suo comportamento successivo; emerge che sul versante degli operatori agiva un meccanismo interpretativo antitetico a quello presumibilmente presente dal lato dell'utente ('eravamo certi della non gravità'), mentre non risulta sia stata messa in atto alcuna mossa relazionale e comunicativa che tenesse conto di questa duplicità; gli operatori si sentivano al contempo pressati dalla presenza di altri utenti (i quali compaiono nella nota n. 231, mentre non se ne fa menzione nel resoconto n. 254) e dal timore "che gli eventi degenerassero in violenza" e questo fattore ha costituito parte integrante della dinamica (tanto da far intravedere il verificarsi di una sorta di profezia che si auto adempie). In definitiva, una situazione che ad una prima lettura sembrava del tutto chiara nella sua dinamica, andando ad individuare con linearità l'inadeguatezza del comportamento da parte dell'utenza, si rivela plausibilmente intrisa di problematicità anche sul versante della struttura.

Una problematicità che è emersa con evidenza nel periodo di osservazione e che solo a tratti si manifesta nelle interviste con gli utenti, come comunque avviene nel caso del resoconto che riportiamo qui di seguito:

256. Ci sono medici che parlano al telefono e lasciano aspettare per ore e dopo quando viene a visitarti, subito, subito... Sono venuta al momento, anche prima del momento di mia visita, mi hanno chiamato per le 2 e sono rimasta fino alle 4 e la dottoressa prima al telefono, poi è entrata o il collega o qualcosa a parlare, a chiacchierare con lei, poi sono andata via senza fare la visita perché ho tante cose da fare.. sono rimasta per 3 ore a aspettare senza niente... Devono rispettare l'appuntamento del paziente. Se io vengo un po' tardi di 5 minuti, anche meno, cominciano a sgridare, ma per loro non fa niente se ti lasciano aspettare.

Pagamenti

Prima del demiurgo: il caos delle 'regole' e della loro applicazione

Un'altra area calda del rapporto con le regole è quella che riguarda il pagamento del *ticket*. Gli operatori evidenziano quanto la relazione con gli immigrati che usufruiscono delle prestazioni incontri nel momento della richiesta di pagamento un punto di snodo particolarmente difficile e critico e, attraverso i resoconti forniti, hanno segnalato moltissime volte problemi in quest'ambito:

257. *Innanzitutto la maggior parte si rifiuta o contesta il pagamento della prestazione.*

Capitano spesso episodi sgradevoli quali: il 90% non vogliono pagare il ticket, non vogliono aspettare il loro turno e spesso insultano il personale infermieristico e medico.

Lavorando in un centro prelievi, le situazioni più imbarazzanti si verificano quando si rilascia il bollettino con l'importo per il pagamento del ticket. E' una situazione che riguarda anche molti utenti italiani, ma che si amplifica con l'utente straniero.

Altro problema importante riguarda l'aspetto pratico del pagamento del ticket. [...] Molti utenti stranieri ritengono di non dover pagare la prestazione. Perché?

Il maggiore ostacolo è spiegare il pagamento del ticket. Molte volte non capiscono, o fanno finta di non capire?

È inutile estendere ulteriormente l'elenco, perché le affermazioni di questo tipo sono state davvero molte. Le differenze interne al piccolo gruppo di quelle appena riportate consentono di mettere in luce alcuni modi tipici di impostare il problema: la generica e generalizzante segnalazione della difficoltà, che nel caso della seconda affermazione giunge ad ammantarsi di una stima numerica decisamente impropria, la possibilità di ridefinirlo in considerazione di una situazione più vasta che può riguardare anche l'utenza italiana, la disponibilità a porsi degli interrogativi rispetto al suo presentarsi, ma anche il pericolo di scivolare in luoghi comuni che rischiano di far scavalcare la problematicità formulando l'ipotesi di una qualche difficoltà di comprensione e al contempo di un atteggiamento furbesco. Si tratta di una sequenza che abbiamo ormai incontrato più volte con queste stesse caratteristiche e che, qui più che altrove, lascia in secondo piano l'interrogativo vero e proprio: la quarta affermazione riportata, che formula una domanda non retorica, rappresenta, infatti, piuttosto l'eccezione che la regola nell'insieme delle affermazioni censite. Le cose assumono, d'altra parte, una fisionomia piuttosto diversa se si passa dalla genericità alla specificità di altri resoconti. L'insieme di testimonianze che riportiamo qui di seguito, fornite dagli operatori, fanno riferimento alla percezione di una disparità piuttosto disordinata e contraddittoria di comportamenti che vengono messi in atto sul versante della struttura:

258.a. *Spesso mi trovo ad avere norme di comportamento da seguire diverse tra loro, che creano disagi e malintesi con il pubblico.*

b. *Nella normativa le cose si evolvono e nessuno ci dice niente, quindi ci troviamo a fare cose diverse per mancanza di comunicazione.*

c. *Molte volte le cose le impariamo con il passa parola.*

d. *Ci sono stati dei cambiamenti. Ora si fa pagare il ticket, come specie di soluzione, prima di eseguire la prestazione a qualunque persona.*

e. *Purtroppo noi abbiamo visto nella nostra realtà operatori che non fanno pagare il ticket in situazioni in cui a nostro parere andrebbe fatto pagare.*

f. *Gli STP dovrebbero pagare se fanno un intervento programmato, invece non li facciamo pagare.*

g. *Io lavoro in PS, dove a questo punto ho capito che vige l'anarchia.*

259. *All'inizio l'ST è tutto gratuito. Poi ci arrivano le circolari che le regole cambiano. Le regole cambiano, ma non è che siano chiare. Ci è stato detto: le prestazioni con le tessere STP in Azienda sono tutte con il pagamento del ticket. Dopo, piano piano, sentendo la caposala che chiama il responsabile a destra e a sinistra, si capisce che queste tessere per fare la prestazione hanno bisogno del timbro con scritto STP e dopo si può fare la prestazione... poi se le pazienti sono gravide è gratuita. Comunque trovo ancora adesso impegnative fatte dai medici di base a nome delle signore con l'STP scritto ben bene, ma con il medico di base che non è il medico autorizzato.... cioè le regole in questo caso non sono state chiare dall'inizio...*

260. *Ad un certo punto ci hanno detto che le prestazioni con STP noi come Azienda non le potevamo fare, che andavano dirottate in alcune zone specifiche. Poi, siccome le richieste (per visite, pap test, eccetera) erano tante, allora le hanno dirottate di nuovo all'ospedale, ma dovevano avere un timbro. Si può fare la visita, non si paga il ticket, ma non si possono fare le impegnative, perché se con la tessera STP si fa un'impegnativa sbagliata c'è il rischio che la prestazione all'Azienda non venga pagata. Allora devono venire da noi con un'impegnativa. Vengono con un'impegnativa rilasciata da un medico di base che non è corretta e io non posso fare la prestazione se è prenotata con un'impegnativa che è sbagliata, devono andare alle cucine popolari, dove ci sono i medici volontari che possono fare le impegnative... A un certo momento... gli fai tutte le prestazioni con qualsiasi impegnativa! Ti arriva questa regola, prova a dirgli: 'guarda che devi andare all'STP, a farti l'impegnativa corretta, a farti seguire là', perché era quello all'inizio, dovevano tutti farsi seguire là. Prima si fa le regole e poi si capisce... È arrivato il caos, senza spiegarti niente, e tu devi essere in grado di fare tutto. E' questo che indispette, perché sei tu dopo che devi spiegare... perché loro si mettono là e vogliono la prestazione. Così è!*

Anche in questi casi le affermazioni sono di tipo piuttosto generale, ciononostante prende forma l'immagine di una situazione frastagliata e disomogenea, non priva di contraddizioni interne. È quanto già dichiara l'operatore della prima affermazione del gruppo n. 258, il quale, facendo riferimento al proprio stesso operato, accenna al fatto che la diversità dei comportamenti messi in atto crea inevitabilmente malintesi e disagi nel rapporto con l'utenza. Uno dei problemi che stanno a monte di questa situazione, come si evince dalla seconda e dalla terza testimonianza del gruppo, sembra risiedere in un'insufficiente o inadeguata informazione che viene fornita agli operatori stessi, i quali sembrano procedere almeno in parte in base ad un "passa parola" che, in quanto tale, non può fornire garanzie sufficienti per la messa in atto di un corretto operare; ne consegue una decisa disparità dei comportamenti in quest'area, la cui variabilità è acuita dal susseguirsi di cambiamenti nelle decisioni organizzative (affermazioni d, e, f, del gruppo n. 258) e che giunge all'apoteosi di una situazione percepita come caratterizzata da anarchia (affermazione g). Le contraddizioni insite in questo raggruppamento emergono, poi, con forza se prendiamo in considerazione i resoconti n. 259 e n. 260: in entrambi i casi gli operatori formulano delle dichiarazioni dalle quali si evince il susseguirsi di cambiamenti che presumibilmente fanno seguito al verificarsi di scorrettezze ed al tentativo di emendarle fornendo le informazioni corrette o correggendo l'iter stesso. Senza entrare nello specifico delle singole affermazioni contenute in queste due testimonianze, ci sembra importante evidenziare l'esito della seconda, che indica come l'operatore, esasperato o comunque in difficoltà, imbocchi una specifica scorciatoia per la risoluzione del caso: "A un certo momento... gli fai tutte le prestazioni con qualsiasi impegnativa!". Se da una parte non è detto che ogni operatore, in una situazione analoga, agisca con le stesse modalità, occorre dall'altra rilevare che proprio questo va ad aumentare ulteriormente la variabilità ed il caos. La contraddittorietà interna di questo tipo di situazioni emerge con evidenza dal seguente resoconto:

261. *All'atto dell'accettazione di un utente africano (Congo) con STP l'operatore allo sportello fa presente che deve pagare il ticket per visita e radiografia prima dell'accesso in ambulatorio. Il paziente fa chiaramente capire che il ticket dei raggi non lo paga perché non lo ha mai pagato. L'operatore si oppone e spiega che si sbaglia, quella cifra va pagata e l'altro insiste convinto. L'operatore viene da me, che in qualità di coordinatrice del servizio devo in qualche maniera risolvere la questione, e dando del bugiardo (generalizzando) mi ferisce. Chiedo di parlare con il paziente, che insiste e conferma la sua versione. Ovviamente è contrariato, arrabbiato e... di più. Con calma provo a fare una serie di domande per sondare la fondatezza di quello che afferma e chiarisco, accertandomi che lui mi comprenda, che mi informo per dargli dei chiarimenti, lasciando intanto che faccia il suo percorso di accertamenti e visita in ambulatorio. Dopo circa un'ora di ricerche e domande ai vari soggetti del servizio radiologico, vengo a conoscenza che effettivamente le singole prestazioni radiologiche non legate ad altre prestazioni non vengono pagate dai*

pazienti con STP, ma vengono inviate fatture alla prefettura, ma esclusivamente come accordo servizio radiologico-direzione per programma di computer inadeguato alla risoluzione legale della questione. Pazzesco! Nella stessa azienda due percorsi diversi! Come trasmettere a quell'utente questa informazione?! Già io operatore faccio fatica a capire e ad accettare?! Comunque riesco a spiegare l'incongruenza al paziente che pur non convinto fino in fondo accetta e paga il dovuto prima di andar via. Ma quanta fatica!! E posso immaginare per lui quanta confusione e...quante stranezze.

Questo caso mi pone di fronte ad una serie di fatti che, analizzati, mi dicono

- quanto implica, nella relazione con il paziente, la mancata uniformità dei comportamenti degli operatori

- quanta aggressività può scaturire da tale situazione

- quale preconconcetto o giudizio negativo resta e si rafforza nell'operatore che non conosce la reale situazione aziendale rispetto all'evento.

Questo ricco ed articolato resoconto, con le considerazioni finali fornite dallo stesso operatore a commento dell'episodio, sigilla quanto tutte le affermazioni precedenti introducevano in modo più generale. Al contempo, aiuta a mettere in luce alcune delle possibili conseguenze insite in una situazione che ci è parsa assolutamente generalizzata (soprattutto se facciamo riferimento alle discussioni che sono emerse in sede di corso di formazione in ognuno dei gruppi di operatori). Non a caso, le osservazioni finali espresse dall'operatore non hanno neppure una veste interrogativa: l'episodio 'dice' a chiare lettere che la mancanza di uniformità nei comportamenti ha delle implicazioni nella relazione con i pazienti, che tali implicazioni concernono anche la presenza di una certa dose di aggressività, che è in primo luogo l'operatore a non conoscere quale sia la reale situazione aziendale e che questa mancanza di consapevolezza porta con sé preconconcetti o giudizi negativi nei confronti dell'utenza straniera che vengono via via rafforzati. Le considerazioni che seguono, effettuate sulla scorta di altri resoconti forniti, ci consentono di mettere ulteriormente a fuoco queste questioni.

Le reazioni del personale

Il caso n. 260 evidenzia un primo tipo di reazioni che si riscontrano fra il personale: "A un certo momento... gli fai tutte le prestazioni con qualsiasi impegnativa!"¹²⁶. Appartiene a questa stessa categoria di risposte anche il resoconto seguente:

262. Un venerdì mattina arriva allo sportello un paziente del Marocco con normale prenotazione per una visita oculistica con impegnativa. Il problema nacque quando gli chiesi di effettuare il pagamento del ticket prima della prestazione. L'utente non intendeva pagare la prestazione, mi aggredì verbalmente parlando nella sua lingua. Inutile spiegare con calma che il nostro sistema sanitario chiede questo. Mi sono sentita tradita dal sistema perché comunque lui ha fatto la visita.

Questo breve racconto può essere incluso in modo del tutto legittimo nella medesima categoria del n. 236 in quanto nella sua parte finale, che include anche la reazione emotiva dell'operatore ("mi sono sentita tradita dal sistema"), denuncia una defezione istituzionale rispetto alle regole da essa stessa fornite. I due riferimenti manifestano, inoltre, delle risposte che, seppure di segno contrario l'una rispetto all'altra, sono accomunati dal fatto di non evidenziare alcun tentativo di immedesimazione nella posizione dell'interlocutore. In tal senso costituiscono anche un'altra tipologia di risposte rispetto a quella appena delineata. Diversamente da questi, altri evidenziano, invece, la volontà di realizzare uno sforzo di comprensione in direzione dell'utente, andando così a costituire un terzo tipo di raggruppamenti:

¹²⁶ Avremo modo di soffermarci più avanti su questa tipologia di comportamenti, che non mancano di sollevare delle rimostranze da parte dei colleghi: cfr. sezione Stile organizzativo"/"Un mondo di regole", cap. "L'avventura ambigua".

263. *La mia reazione è comunque di sforzarmi di stare calma, cerco di essere il più comprensiva possibile e di dare spiegazioni sufficienti a risolvere le problematiche. Anche se l'azienda mi obbliga a non dare la prestazione se non prima del pagamento. Molte volte mi immedesimo nelle persone che ho davanti e spesso siamo diventati "amici", cerco di parlare la loro lingua anche se non la conosco. A volte ho avuto degli ottimi risultati, altre volte è stato un fallimento e mi è dispiaciuto, mi sono sentita in colpa, molte volte vedo i segni della fame sul volto di queste persone ma mi rendo conto che devo rispettare i limiti che mi sono stati imposti.*

In questo caso il resoconto è del tutto generico e non fornisce molti elementi che consentano di andare al di là di una dichiarazione d'intenti. Rappresenta comunque una delle alternative possibili nella fenomenologia delle reazioni dichiarate.

Più interessante, nonché decisamente più problematica, è, invece, la situazione che emerge dal resoconto successivo con il quale, uscendo dall'indeterminatezza tipica delle affermazioni analoghe alla n. 263, l'operatore fornisce molti spunti di riflessione. Si intravede così quanto una posizione di apertura possa essere comunque intrisa di problematicità e quanto delle situazioni apparentemente semplici e lineari possano essere sature di insidie:

264. *Alle 10.30 si presenta al front-office un giovane nigeriano che, molto rispettosamente, ha con pazienza atteso il proprio turno. Lo saluto e chiedo: "Deve ritirare una risposta?". Annuisce e mostra un'impegnativa compilata dal medico delle cucine popolari con i 2 timbri (urgente essenziale e STP)¹²⁷, lo invito a porgermi i documenti in suo possesso e mi da la tessera sanitaria magnetica (C.F.), con fare un po' goffo strafuga nella sacca e ne estrae il ticket pagato della gastroscopia e biopsia. Come spesso accade, anche lui appare sorpreso e disorientato quando lo informo (cercando di parlare con lentezza e scandendo i termini) che per avere il suo esame istologico è tenuto a pagare un altro importo in base alla carta di accettazione che sto per fare al computer: con un italiano incerto e un minimo di disappunto mi dice che pensava di essere a posto con il pagamento e che a suo avviso l'impegnativa presentata con i 2 timbri era a garanzia di ciò, come se la richiesta in questione avesse dovuto esonerarlo da ulteriori spese. Per avvalorare la sua idea di servizio sanitario sottolinea che è in regola e che sta per ottenere anche la cittadinanza italiana. Consiglio di recarsi al distretto di competenza per scegliere un medico di base (curante) e lui, con fare convinto: "Così dopo non devo più pagare!". Mentre mi affrettavo a terminare la pratica, considerato il clima di nervosismo creatosi tra l'utenza in attesa, tento di spiegare che le uniche formule accettate dalla nostra sanità per essere esonerati dal ticket sono: esenzioni per patologie varie, per reddito, per reddito ed età, per disoccupazione. Consapevole di stare indisponendo gli altri utenti e di non essere "completamente compresa" mi rassegno a non proseguire nel mio intento delucidativo. Gentilmente lo sollecito al pagamento porgendogli il foglio di accettazione. Resto perplessa e mi interrogo su come ho gestito questa situazione (temo di non essere stata abbastanza chiara ed esauriente) anche perché questo giovane manifestava nell'espressione un intenso grado di perplessità. Avrei voluto più tempo o materiale informativo a disposizione, ma anche non avere avuto la barriera acustica del vetro e per di più senza il microfono.*

Quest'ultimo resoconto, ben più dettagliato e contestualizzato, ci fornisce diversi elementi di riflessione. In tal senso, può risultare utile seguirne il percorso.

L'operatore chiede all'utente se debba "ritirare una risposta"; l'utente annuisce, ma al contempo mostra dei documenti i quali indicano che è lì per tutt'altra ragione: per richiedere l'effettuazione di alcune prestazioni che risultano da un'impegnativa a sua volta "compilata dal medico delle cucine popolari con i 2 timbri (urgente essenziale e STP)" e che, in quanto tale, denota una situazione di irregolarità. L'operatore chiede all'utente di porgergli "i documenti in suo possesso" e questi esibisce una "tessera sanitaria magnetica (C.F.)", un tipo di documento, cioè, che può essere fornito solo a coloro che si trovino in situazioni di regolarità, e la ricevuta del pagamento dovuto per degli esami effettuati. L'operatore prende visione della documentazione e sembra non

¹²⁷ Questa questione verrà trattata più avanti, all'interno di questa stessa sezione, nel capitolo "Documentazione"/"Nel labirinto senza il filo di Arianna".

rilevare alcuna incongruenza. Possiamo a questo punto ipotizzare, con tutta probabilità, che l'impegnativa fornita e la tessera mostrata fossero relative a due persone diverse, poiché se così non fosse occorrerebbe effettuare due considerazioni ulteriori: si sarebbe in presenza di una situazione che manifesta un madornale errore effettuato a monte ed al contempo l'operatore mostrerebbe di non essere in grado di riconoscere l'incongruità. L'ipotesi più plausibile è, quindi, che l'utente stia effettuando una richiesta di prestazioni a nome di altre persone, irregolarmente presenti sul territorio nazionale, e che la goffaggine rilevata dall'operatore possa essere a monte della confusione che si sta manifestando in quanto l'utente sta fornendo una documentazione assolutamente non necessaria per l'espletazione del servizio. Dopo questa prima sequenza, l'episodio prosegue evidenziando un'area di particolare criticità: l'operatore informa l'utente della necessità di effettuare un ulteriore pagamento per proseguire nell'iter diagnostico e questo incontra una reazione di disappunto. Non sembra essere tanto la richiesta in sé di un pagamento del *ticket* a costituire problema (l'utente aveva già effettuato dei pagamenti analoghi e ne conservava le ricevute), quanto la richiesta di effettuare dei pagamenti successivi, che si aggiungono l'uno all'altro. Che questo rappresenti un punto di criticità nella relazione fra la struttura e gli utenti è testimoniato dal fatto che sembra trattarsi di un caso niente affatto isolato: l'operatore afferma, infatti, che l'utente "appare sorpreso e disorientato" dalla richiesta "come spesso accade". La dinamica innestatasi va comunque avanti dopo questo ulteriore passaggio e la confusione potenziale che abbiamo avuto modo di evidenziare poco sopra sembra prendere ulteriormente forma: l'utente sente la necessità di chiarire che la sua posizione è quella di un utente 'in regola', che addirittura "sta per ottenere la cittadinanza italiana" e l'operatore, da parte sua, percorre questa stessa linea di discorso suggerendogli anche "di recarsi al distretto di competenza per scegliere un medico di base". L'utente recepisce questo messaggio, implicitamente lo inserisce nel proprio sistema di riferimenti ed arriva a formulare una considerazione ulteriore: "Così dopo non devo più pagare!". A questo punto non si sa più di chi e di cosa si stia parlando: di un utente irregolare e della procedura che questi deve seguire per portare a termine il percorso diagnostico, o di un utente regolarmente presente sul territorio nazionale che deve perfezionare la procedura di iscrizione al Servizio Sanitario per accedere alle prestazioni utilizzando tutte le opportunità che esso fornisce? Resta comunque aperta la problematicità della questione relativa alla prestazione da effettuare e per cui si sta richiedendo il pagamento, ma la situazione sembra 'precipitare' in considerazione di un nervosismo generale: quello degli utenti in attesa, ma, presumibilmente, anche quello dell'operatore che ora "si affretta a terminare la pratica" in considerazione del fatto che si accorge "di stare indisponendo gli altri utenti" e, al contempo, di "non essere compresa" da colui con il quale sta interagendo. L'esito, dopo essersi "rassegnata a non proseguire nel proprio intento delucidativo", è, quindi, quello di "sollecitare al pagamento" l'utente "porgendogli il foglio di accettazione". Il bagaglio finale, da parte dell'operatore, è un senso di perplessità su tutto l'insieme della situazione, con il fondato timore di "non essere stata abbastanza chiara ed esauriente" ed anche sul versante dell'utente sembra essere presente "un intenso grado di perplessità". Sono mancati sia il tempo, sia le informazioni necessarie per dirimere la questione, ed in tutto questo l'organizzazione degli spazi ha rappresentato una difficoltà in più (testimoniata da "la barriera acustica del vetro e per di più senza il microfono").

Occorre senz'altro tenere presente che il resoconto n. 264 è stato effettuato dall'operatore, che cioè, non si ha la versione dell'utente, né quella di un terzo che abbia assistito e che avrebbe potuto fornire altri elementi di analisi, magari consentendo di sciogliere alcuni dubbi e/o di eliminare alcune incongruenze. Anche se si potessero fornire altri racconti della stessa vicenda, resterebbe, tuttavia, il dato di fatto di una confusione che è presente almeno sul versante dell'operatore e che risulta così durevole

e salda da rimanere inosservata agli occhi stessi di colui che ha redatto il resoconto, finanche alla sua stesura scritta. Risulta allora piuttosto impropria l'idea di riscontrare, sul versante dell'utenza, una chiarezza che può essere così palesemente assente dal lato dei professionisti deputati al contatto con il pubblico ed all'espletamento delle relative procedure.

La questione, pertanto, non può non rimbalzare sulla dimensione relazionale e sul problema della costruzione del circolo dell'interpretazione. Come già affermava l'operatore del resoconto n. 261, è d'obbligo chiedersi quali siano le conseguenze, in termini di preconcetti che si alimentano negli operatori, laddove questi non hanno una conoscenza adeguata di quale sia la reale situazione aziendale (in questo caso non tanto della disparità nei modi di funzionamento quanto di una diffusa inconsapevolezza e/o confusione sulla fisionomia stessa della normativa). Sul piano interpretativo e relazionale si presenta, allora, tutta la casistica delle situazioni di cui si è parlato nella sezione precedente di questo lavoro, ivi comprese, in primo luogo, le accuse di aggressività, maleducazione e razzismo, ma anche il disagio percepito dagli operatori, che assume talvolta la forma di un vero e proprio senso d'impotenza, nonché lo strutturarsi di un sistema pregiudiziale di tipo più o meno difensivo.

In conclusione di questo breve percorso sulle reazioni del personale, riportiamo due resoconti piuttosto anomali, in un caso per la singolarità dell'interpretazione, nell'altro per la specificità della situazione.

265. Mi soffermo su un caso che succede spesso. L'odontoiatria è uscita dai LEA da circa il 2002, quindi non c'è più la spesa sanitaria che contribuisce all'utente, se non in parte o per alcune categorie protette o cosiddette vulnerabili. I pazienti stranieri vuoi per difficoltà di lingua, vuoi perché non si sentono accettati, non riescono a capire, dopo ripetute spiegazioni, che si hanno diritto all'accesso, ma devono pagare il ticket. [...] Io sono convinta, senza peccare di presunzione che più che un problema mio è un problema loro; che non si sentono accettati o inseriti. Questa situazione che spesso mi capita mi mette in difficoltà emotivamente; spesso mi sento dire "Se io fossi nato in Italia non pagherei il ticket". Invece non è così perché anche l'italiano che non ha gli estremi per non pagare, paga regolarmente; è molto difficile per me far capire allo straniero, vuoi per difficoltà di lingua, vuoi perché siamo sempre oberati di lavoro, per cui spesso, per fortuna non sempre, dico all'utente-paziente di recarsi all'U.R.P.; situazione spiacevole, vorrei poter risolvere la faccenda senza secondi o terzi.

La situazione riferita in questo caso è del tutto comune, ma manifesta delle singolarità sul piano interpretativo: mentre la seconda parte del resoconto riporta, seppure in modo indiretto, una delle risposte che gli operatori indicano come tipiche degli utenti, la prima parte formula una personale interpretazione della generalità di situazioni che manifestano questo tipo di problema. È piuttosto singolare che l'operatore rinvii la difficoltà di comprensione ad una dimensione psicologica connessa al fatto che questi utenti, a suo dire, "non si sentono accettati o inseriti". Senza niente togliere a tale interpretazione, che ha sicuramente una sua legittimità, non possiamo non tenere presente che essa mette in ombra molti altri problemi: se, infatti, si tratta di "un caso che succede spesso" è plausibile che, retrostanti, vi siano delle difficoltà strutturali e che, come l'operatore stesso fa emergere in alcuni altri passaggi del proprio discorso, queste non vadano riscontrate tanto - o solo - in una problematica di tipo psicologico che caratterizzerebbe il vastissimo ed eterogeneo gruppo di coloro che hanno un percorso di immigrazione alle spalle. La questione odontoiatrica rappresenta peraltro in Italia, come già abbiamo avuto modo di accennare¹²⁸, un ambito di particolare problematicità ed il

¹²⁸ Cfr. cap. "Il circolo vizioso dell'insufficienza di tempo" all'interno della sezione relativa allo "Stile organizzativo"/ "Tempi e spazi di Parola"/"Informazione".

cambiamento a cui l'operatore fa riferimento in introduzione al proprio stesso discorso dovrebbe poter orientare anche nel cogliere una difficoltà specifica in tal senso.

L'ultimo resoconto che riportiamo, diversamente dal precedente, riguarda, invece, una situazione piuttosto inconsueta rispetto a quelle che si presentano quotidianamente agli sportelli dell'A.O.P.:

266. Allo sportello in attività di una prestazione ambulatoriale si presenta una suora italiana con una donna, utente con richiesta di esiliata politica, senza iscrizione al S.S.N. e senza impegnativa medica. Non pensavano che la prestazione doveva essere a pagamento e non sapevano come poter ottenere una ricetta medica, a chi rivolgersi per avere la prestazione di gratuità. La donna arrivava dall'Etiopia, era sofferente, malnutrita e spaventata. Non sono riuscita a soddisfare le sue richieste, perché io stessa non sapevo se con richiesta di esiliato politico non si pagano le prestazioni e se ciò mi doveva essere documentato da parte della Questura o di altro utente. Sapevo che la visita poteva essere eseguita anche senza richiesta, ma a pagamento, e che vicino alle mense popolari potevano richiedere l'impegnativa, ma non sapevo se finché le pratiche alla Questura non fossero pronte ciò si sarebbe risolto. La donna aveva residenza da un giorno come ospite di questa suora, era arrivata come clandestina e non sapeva se sarebbe stata ancora reperibile a quell'indirizzo. Mi sono sentita incompetente nel mio lavoro anche se mal istruita a monte. E avrei voluto chiedere di non registrare la prestazione. Capivo inoltre che non si può rendere il servizio pubblico gratuito a tutti. E mi sentivo io un intoppo a far filare tutto liscio. Lei non capiva il problema, percepiva solo dai gesti o dalle espressioni dei presenti, altri utenti in fila, altri operatori agli sportelli, telefonate da parte della mia responsabile, un consultarsi fra colleghi per cercare di reperire più informazioni corrette da dare, che c'erano dei problemi. Mi sembrava di derubare un indigente. La visita è stata eseguita e la documentazione tenuta da parte, la suora ha pagato l'importo restando intesi che le avremmo comunicato eventuali cambiamenti se invece la pratica diventava gratuita.

Il resoconto, come dicevamo, riporta una situazione ben più rara delle altre ed il vissuto che ne emerge va sicuramente commisurato alla singolarità del caso. Al termine del racconto è lo stesso operatore a fornire un proprio commento, in cui spicca tutta la complessità dei vissuti che possono dilaniare nel momento in cui si esce da un dimensione puramente burocratico-amministrativa e si incontra la problematicità che è insita in certe situazioni di disagio. Come affermerà questo stesso operatore parlando del caso da lui stesso presentato, situazioni come queste fanno emergere in maniera dirompente una molteplicità di problemi che riguardano il senso stesso del proprio agire professionale:

267. Le problematiche che si evidenziano di mancanza di comunicazione per problemi linguistici e forse anche la mancanza di tempo per poter verificare se l'altra persona comprende ciò che gli è stato detto. Questo per rispettare i tempi lavorativi richiesti per prestazioni varie. La mancanza di accettazione di regole burocratiche e dei tempi e dei modi su come si accede ai servizi e alle prestazioni, l'accettazione del pagamento delle prestazioni. La mancanza di conoscenza sulle normative che regolano l'accesso ai servizi ed eventuali riscossioni, il continuo cambiamento che le regola. I tempi non sempre rapidi dove la questura da un'identità e una regolarità all'utente, portando disagi insormontabili. Dove l'uomo viene dopo la riscossione di un ticket. Dove un diritto viene bloccato dalla burocrazia e dalla legalità dell'esistere. Questo deontologicamente viene a scontrarsi quotidianamente con ciò che mi è stato insegnato e con ciò che ho scelto di fare come professione. Questo si riscontra, anche se con il problema razziale forse è più accentuato.

Difficoltà di vario genere

Il raggruppamento n. 258-260 ha evidenziato la presenza di una difformità di comportamenti dal lato istituzionale. Si può senz'altro ritenere che tale fattore rappresenti una delle ragioni che alimentano la problematicità connessa alla questione dei pagamenti nell'ambito della relazione. Alcuni altri resoconti forniti dal personale in servizio fanno intravedere la presenza anche di altri elementi che possono intervenire

nel delineare la fisionomia del problema, sia dal lato dell'Istituzione, sia da quello dell'utenza.

Per quanto riguarda il versante istituzionale la questione ruota essenzialmente attorno alla dimensione informativa:

268. Nel nostro servizio la problematica maggiore è data dalla difficoltà degli stranieri di raggiungere i vari servizi e dal pagamento del ticket con la macchinetta automatica. I cartelli sono solo in italiano e l'accettazione è decentrata rispetto ai servizi.

269. Allo sportello è arrivato il papà (magrebino) con un figlio piccolo per una visita cardiocirurgica (prima visita) senza impegnativa, perché il genitore diceva che non gli era stato riferito che la doveva portare, aggiungendo inoltre che il figlio era pure esente per patologia perché era già stato operato in un altro ospedale. A quel punto ho spiegato al papà che, essendo la prima visita in questa azienda, la visita doveva pagarla anche maggiorata essendo senza impegnativa. Naturalmente dopo varie proteste del padre, la visita l'ha pagata, però a questo punto mi chiedo: come mai non è stata spiegata questa trafila burocratica al genitore quando gli è stata prenotata la visita? Manca un'informazione a livello amministrativo (forse di reparto, in questo caso, visto che le visite cardiocirurgiche pediatriche vengono gestite dal reparto stesso) e questo purtroppo accade spesso. Purtroppo poi gli utenti riversano la loro rabbia sulle persone che si trovano davanti al momento della visita. Servirebbe almeno un opuscolo informativo da dare agli utenti stranieri tradotti nelle lingue principali, dove possono avere informazioni di base su cosa debbano avere per fare una visita ambulatoriale e su cosa debbano sapere al riguardo.

Se questo è quanto percepiscono gli operatori come problematico sul lato istituzionale, a loro dire, sul versante degli utenti, il problema ruota, invece attorno alle dichiarazioni di indigenza. Diversi operatori riportano, infatti, che gli utenti:

270. Vengono informati del pagamento e non vogliono pagare perché dicono di non lavorare...

Gli operatori, in genere, concordano nel riportare in questi termini le situazioni. Altra questione è, però, quella dell'orizzonte interpretativo in cui esse vengono inserite. Talvolta la prospettiva è quella di considerarle come corrispondenti a delle realtà di fatto. In questo caso si riscontrano con frequenza considerazioni che, analogamente alla seguente, esprimono il disagio dell'operatore stesso:

271. Questa situazione diventa imbarazzante per me, perché loro sostengono di non avere i soldi per far fronte a questa spesa.

Altre volte possono inserirsi dentro una prospettiva (o una dinamica relazionale) che tende a riferirle a quell'atteggiamento furbesco di cui si è già più volte avuto modo di parlare e che risulterebbe, ora, volto ad eludere un preciso dovere:

272. Secondo me certi fanno un po' finta di non sapere o non essere informati e pensano di avere diritti in un paese in cui i diritti non li abbiamo nemmeno noi!

Questa modalità di inquadrare il problema è stata già ampiamente considerata in riferimento ad altre situazioni. Riportiamo un ulteriore resoconto che si colloca su questa stessa scia, in quanto introduce un ulteriore dato informativo rispetto a quelli considerati finora:

273. Racconto un episodio capitato con un signore pakistano, padre di 2 figli di 10 e 8 anni, venuti in ambulatorio per la visita (di entrambi). Il padre si è presentato allo sportello con i fogli già stampati di entrambe le prenotazioni, ma non aveva pagato il ticket. Alla mia richiesta di porgere la ricevuta del ticket, il signore mi ha risposto che sarebbe andato a pagarla successivamente alla visita. Dopo aver eseguito le prestazioni, questo signore non si è più ripresentato per riportare le ricevute. Nel pomeriggio l'ho contattato telefonicamente a casa chiedendo di portare il giorno successivo le ricevute del ticket. Il signore ha tentato di protestare dicendo di avere un reddito basso. Ho ribattuto che avrebbe dovuto dichiararlo prima e non fare finta di niente e l'ho reinvitato a tornare nei giorni successivi a portare le ricevute, altrimenti sarei stata costretta ad inviargli la tassa a casa. Mi sono resa conto di aver reagito un po' aggressivamente, ma ho detto al signore

che così fanno tutti e che di conseguenza deve fare così, perché comunque la prestazione era stata eseguita. In uno dei giorni successivi il signore mi ha riportato entrambe le ricevute, spiegandomi anche che riteneva questa visita un doppione di quelle che i [figli] avevano già eseguito nel Distretto. Ho ribattuto sottolineando che in realtà le visite fatte in ospedale avevano avuto come effetto il fatto di aver messo entrambi i figli in lista per [intervento], di conseguenza non erano state superflue. Il signore mi ha salutata stringendomi la mano.

Questa testimonianza, nella sua parte finale, evidenzia la possibilità che il comportamento dell'utente, al di là delle questioni puramente economiche, sia stato influenzato anche da una sorta di insoddisfazione connessa alla prestazione effettuata, di cui non viene individuata o riconosciuta la necessità. Anche in questo caso, al di là del fatto che l'interpretazione dell'utente (così come quella dell'operatore) sia adeguata o meno, occorre prendere in considerazione la possibilità di una sorta di disfunzionamento comunicativo. Ciò che risulta evidente al medico che ha effettuato la visita (o agli altri operatori) non è detto lo sia affatto per colui che usufruisce della prestazione e la disattenzione, che anche nel corso del periodo di osservazione abbiamo rilevato essere spesso presente a questo livello, innesca con facilità una spirale di insoddisfazioni che si ripercuotono inevitabilmente nei comportamenti successivi, andando ad influenzare il percorso di cura¹²⁹.

In conclusione di questo capitolo riportiamo una testimonianza ulteriore che, oltre a presentare alcuni dei problemi già considerati, evidenzia la difficoltà di comprensione delle modalità di funzionamento istituzionale:

274. Io lavoro al Centro Clinico Ambulatoriale e le difficoltà che quotidianamente incontro sono di natura comunicativa, specialmente con pazienti stranieri, che non conoscono le modalità di accesso ai servizi ambulatoriali. Oltre a difficoltà comunicative presentano anche difficoltà di comprensione della modulistica necessaria all'accesso ambulatoriale. Mi riferisco specificatamente ad un episodio con un paziente che proveniva dal Marocco, in possesso dell'STP regolarmente rilasciato, che voleva eseguire una visita per ipertensione non urgente, gratuitamente in quanto indigente (firmando la dichiarazione d'indigenza). Io ho ripetutamente spiegato perché doveva pagare la prestazione. In risposta il paziente scuoteva la testa e continuava a dire con poche parole italiane "no pagare", "no pagato mai", "no soldi ora" e poi spazientito ha lasciato lo sportello e non ha eseguito la visita. Altre volte succede che eseguono la visita lo stesso e non il pagamento della prestazione e lasciano indirizzo o numero telefonico non corretti. Nonostante lo sforzo di far comprendere al paziente le spiegazioni, mi trovo davanti una persona che chiaramente comprendeva solo in parte ciò che dicevo. Impotenza, rabbia e rassegnazione sono stati i sentimenti che hanno prevalso in me in quella situazione.

Sono inevitabilmente le difficoltà comunicative a rappresentare il problema centrale di questa testimonianza. Essa, d'altra parte, contiene diverse altre questioni: quella connessa ad una possibile disparità nel funzionamento istituzionale per cui l'utente non era preparato ad una richiesta di pagamento ("no pagare", "no pagato mai", "no soldi ora"), quella, ben più grave, di un'interruzione del percorso diagnostico/terapeutico, ma anche quella di una difficoltà di comunicazione che probabilmente non riguarda solo la questione linguistica ma anche una dimensione di senso. Non è affatto un caso, infatti, che durante il corso di formazione, il momento dedicato a questa specifica tematica abbia evidenziato la presenza di particolari difficoltà da parte dei discenti, tutti italiani, e che le stesse domande siano state reiterate più volte nonostante le spiegazioni fornite. C'è qualcosa di difficilmente comprensibile nel meccanismo generale che utilizza la locuzione "dichiarazione di indigenza", richiedendo un'autocertificazione in tal senso,

¹²⁹ Sulla questione del percorso di cura e delle percezioni ad esso connesse avremo d'altra parte modo di tornare abbondantemente nella parte successiva di questo lavoro, rimandiamo pertanto alla sezione specificamente dedicata al "Percorso di cura" per ulteriori analisi in questo senso.

per dare accesso a prestazioni che richiedono comunque una partecipazione economica alle spese. Il senso di questa cosa, di certo, non è immediatamente afferrabile ben al di là delle competenze linguistiche.

L'onere e l'onore

Le situazioni riportate finora evidenziano diversi tipi di difficoltà in relazione all'ottenimento del pagamento delle prestazioni. Occorre d'altra parte rilevare che, per quanto risulta dai resoconti forniti, le cose non procedono sempre in questo modo problematico.

275. Circa tre-quattro mesi fa, si è presentata all'accettazione del nostro ambulatorio una signora dell'est europeo, non ricordo più se della Romania, Albania, Moldavia, ecc. Veniva per la visita del figlio, prenotata in precedenza. Non parlava bene l'italiano, ma riusciva a comprendere abbastanza bene quanto le dicevo. Al momento della consegna del modulo per il pagamento del ticket, ha iniziato ad agitarsi un po' e contemporaneamente a esibire alcuni documenti che secondo lei attestavano la sua esenzione dal pagamento. Visionata la documentazione (anche da parte delle mie colleghe) ho cercato di spiegarle che purtroppo non era esente e che doveva pagare. La signora ha cominciato a protestare e ribadire che in altri ambulatori, per altre prestazioni, con quei documenti non l'avevano mai fatta pagare. Mi sono trovata in difficoltà (anche perché non è da molto che lavoro all'accettazione del nostro ambulatorio) perché dovevo far comprendere alla signora che comunque da noi doveva pagare. Si era creata tensione anche perché le mie colleghe continuavano a dirmi che conoscevano questa signora, non voleva mai pagare, creava sempre discussioni – “vedrai che non paga” mi dicevano, “sono i soliti extracomunitari”, “non pagherà vedrai”....ecc. Credo che anche la signora attraverso i microfoni abbia sentito i commenti e la cosa non mi tranquillizzava affatto. Ho cercato di non farmi influenzare troppo (dalle colleghe), prima ho cercato, con calma, di spiegarlo alla signora e poi siccome sembrava non comprendere esattamente il perché del pagamento sono uscita dalla mia postazione e sono andata vicino alla signora. Sempre piano, in modo tranquillo, ma deciso, le ho spiegato la prassi.... ecc. Ha capito. Alla fine la signora ha fatto fare la visita al bambino, è andata a pagare il ticket e me lo ha consegnato. Era sinceramente in difficoltà economiche e dispiaciuta di dover pagare... non era però arrabbiata nei confronti degli operatori.

Questo resoconto contiene al proprio interno due dei diversi atteggiamenti che caratterizzano le reazioni del personale, poiché colui che narra racconta quale sia stata la posizione dei colleghi, ma anche come egli stesso abbia proceduto nel cercare di dirimere la vicenda, mostrando di non farsi influenzare dalle considerazioni espresse dai compagni di lavoro. Purtroppo l'operatore non ci fornisce alcun dato per comprendere quale sia stato l'elemento sulla cui base si costruiva l'aspettativa del fruitore, pertanto l'analisi dell'episodio non può procedere in questa direzione e può essere utilizzato, in questa sede, solo in quanto relativo ad una situazione che, diversamente da altre, non conduce ad un'escalation delle incomprensioni e delle difficoltà. Lo riportiamo, pertanto, quale esempio di possibilità alternativa di impostazione relazionale, in cui il presupposto pregiudiziale dei colleghi non trova corso ed in cui le modalità d'interazione hanno comportato la messa in atto di alcune attenzioni che gli hanno consentito di assumere una forma relazionalmente più 'gestibile' (a partire dalla scelta compiuta dall'operatore di uscire dalla propria postazione, aggirando vetri o quant'altro). Cambia la stessa fisionomia dell'utente, che si trasforma da “una che non voleva mai pagare” ad una persona “sinceramente in difficoltà economiche e dispiaciuta di dover pagare” la quale, ciononostante, “è andata a pagare il ticket” attenendosi a quelle regole che, plausibilmente, la mettevano in difficoltà. Al di là dell'esborso economico, non vorremmo, inoltre, che passasse inosservato l'altro elemento comportamentale che l'operatore segnala: il fatto di aver proceduto con l'effettuazione della visita; avremo modo di vedere, infatti, che non sempre la difficoltà economica, così come altre incontrate, viene accantonata dagli utenti a vantaggio di un regolare

declinarsi del percorso di cura. Un confronto fra questo resoconto ed il n. 237 non ci esime, d'altra parte, dal porci ulteriori possibili interrogativi relativamente al perché della difformità procedurale.

Come quello appena riportato, anche l'esempio che segue si pone su una linea alternativa all'idea diffusa che da parte dell'utenza straniera vi sia un atteggiamento di fondo di scorrettezza rispetto alla questione economica:

276. L'episodio che mi accingo a descrivere è capitato circa un anno fa ed il suo ricordo è ancora vivo dentro di me e mi ha fatto riflettere molto sugli atteggiamenti che si incontrano nell'ambito del lavoro, spesso permeati di preconcetti. Ho ricevuto il paziente allo sportello dopo che aveva fatto una EGOS. A quel tempo facevamo pagare il ticket dopo l'esame, cosa che ora si fa prima visto il numero elevato di mancati pagamenti. Il paziente era dell'area est Europa, regolare. Gli consegno il modulo per il pagamento del ticket e lo invito ad andare alla cassa e riportarmi la ricevuta di pagamento. Il signore se ne va senza dire niente, senza dimostrare atteggiamenti che facessero pensare che non avrebbe pagato. Parlava e capiva l'italiano. A fine turno verifico che questo signore non ha portato la ricevuta. Accantonando la sua pratica, prevedendo che sarà rinviata al recupero crediti e penso: "l'ennesimo straniero che non paga". Era più o meno la fine del mese, e ricordo che il signore faceva l'operaio. Dopo una decina di giorni, questa persona si ripresenta allo sportello con la ricevuta del ticket pagato, e con molta umiltà e senza dire niente altro mi dice che ha portato la ricevuta, come se avesse appena finito l'esame. Ho capito, senza bisogno di altre parole, o forse me l'ha appena accennato, che aveva dovuto aspettare lo stipendio per poter pagare. Io mi sono sentita un verme per averlo giudicato senza tener conto della grande umiltà e dignità di questa persona.

È probabile che quanto verificatosi rappresenti l'eccezione, più che la regola. Il nostro intento, però, non è quello di individuare la rilevanza statistica dei vari tipi di situazioni, ma di individuarne la presenza, cercando di metterne in luce le componenti. A tale scopo, riportiamo, quindi, quanto emerge dall'autoanalisi condotta successivamente dall'operatore sul medesimo episodio:

277. Non ritengo di essermi comportato in modo scorretto, semplicemente la comunicazione è stata data 'automaticamente', in modo freddo e distaccato. Le stesse cose si potrebbero dire con un atteggiamento più disponibile e accogliente e forse l'utente avrebbe potuto confidare la sua momentanea difficoltà e si sarebbe trovata una soluzione al problema. Dalla parte dell'operatore troviamo la necessità di rispettare la normativa imposta dall'Azienda (pagamento ticket), ma anche rigidità nel formulare la richiesta; dalla parte dell'utente la necessità di poter iniziare la cura entro breve tempo, l'esigenza di essere in regola con la normativa prevista, di essere onesto, e al contempo di non sentir violata la propria privacy.

Quanto attribuito all'utente rappresenta necessariamente un'illusione, quanto concerne l'operatore è, invece, frutto della propria stessa auto-riflessione e risulta, pertanto, ben più attendibile. In tal senso, l'analisi compiuta rende evidente la pernicioso presenza di automatismi che rendono "fredda e distaccata" la comunicazione e scarsamente "disponibili e accoglienti" gli atteggiamenti, orientando il problema verso direzioni che, qualora si manifestino specifiche problematicità, non sempre consentono di "trovare la soluzione".

Analogamente a quello precedente, anche l'episodio che segue fornisce non pochi elementi di riflessione per articolare il quadro delle problematiche che possono essere retrostanti ai diversi episodi. In questo caso, peraltro, in una direzione ben diversa da quella che concernerebbe un deficit nel rapporto con le regole:

278. Signora moldava sposata con italiano e in fase di separazione: richiesta del coniuge di allontanamento imposto. La signora accolta in una struttura e priva di lavoro si rivolge al nostro ufficio per presentare la possibilità di esenzione dal ticket sanitario su visite ed esami in quanto priva di reddito. Messa al corrente che per aver il diritto di esenzione nel suo caso, oltre alla disoccupazione e all'iscrizione all'ufficio dell'impiego, si doveva anche tenere conto del reddito del nucleo familiare (quindi anche del reddito del marito) che non

deve essere superiore nell'anno precedente agli 8.263,00 €. La difficoltà che ho incontrato è stata quella di farle capire che, nonostante fosse in fase di separazione, doveva comunque tenere conto del reddito del marito in quanto non ancora separata legalmente. Mi sono sentita emotivamente coinvolta quando la signora si è sentita di rinunciare agli esami pur di non chiedere comunque un mantenimento da parte del marito perché non voleva confermare quello che gli italiani pensano di loro donne moldava "vengono in Italia per sposarsi con gli italiani e farsi mantenere". Devo ammettere che quando ha pronunciato quelle parole mi sono sentita presa in causa, visto che spesso è stato anche il mio pensiero. Ho cercato di consigliarle comunque di rivolgersi ai servizi sociali per un aiuto economico finché non riuscisse a trovare un lavoro.

L'avventura ambigua

L'italianità degli italiani

Nel capitolo sulle problematiche relative alla gestione delle visite effettuate ai degenti da famigliari ed amici, abbiamo parlato di una forte disomogeneità fra le Unità Operative nel definire, comunicare e rendere operative le regole di reparto. La disparità riscontrata è sia di tipo sincronico (variabilità fra reparti), sia di tipo diacronico (anche all'interno di uno stesso reparto) e coinvolge sia la codifica formale delle regole, sia un sistema di abitudini non scritte e, in tal senso, interessa la propensione di ogni singolo operatore, l'alternarsi dei diversi turni, nonché il 'clima' generale che caratterizza ogni gruppo di lavoro ed ogni Unità Operativa.

Successivamente, nel capitolo in cui abbiamo parlato del rispetto degli orari e del calendario degli appuntamenti, si è detto che, a fronte di una ricorrente segnalazione da parte degli operatori, non è emersa alcuna indicazione di problematicità sul versante dei fruitori del servizio. Si è ipotizzato che tale discrasia fosse da mettere in relazione anche con il fatto che il mancato rispetto di quanto stabilito non necessariamente comporta un annullamento o un rinvio della prestazione (come risulta dai resoconti n. 246 e n. 247, ma anche dal n. 253 e dal n. 255), poiché questo tende a rendere impercettibile il problema sul versante dell'utenza. In questa sede, non si intende addentrarsi nella questione dell'opportunità o meno dei vari modi di procedere; ciò che ci si propone di mettere in luce è semmai il fatto che la distanza che separa la cultura dell'utente da quella dell'operatore non trova sempre, nella prassi, quella rigida demarcazione che conseguirebbe da una completa adesione al sistema codificato di regole. Nei resoconti forniti ed anche durante il periodo di osservazione sono emerse diverse tracce di uno stile procedurale che indica come non sia sempre l'orologio a dettare le regole del gioco neanche sul versante degli operatori: il rapporto con gli orologi-tempo trova, infatti, una declinazione per lo meno duplice e si caratterizza talvolta come vincolante e rigido, talvolta come estremamente rilassato, nonché disattento. 'Giurisprudenza' e 'Diritto', anche in questo caso, non rappresentano dei domini sovrapponibili senza scarti.

Spostandoci al capitolo in cui si è parlato delle problematiche connesse alla richiesta di un contributo per le prestazioni (*ticket*), abbiamo riportato una serie piuttosto estesa di testimonianze che segnala la presenza di una forte disparità di comportamenti che, in quest'ambito, sembra, però, legarsi più ad un perpetuo variare delle regole formali che ad una loro libera applicazione. Anche in questo caso, tuttavia, vuoi per scelta dell'operatore (più raramente), vuoi per difetto informativo (ben più spesso), regola codificata e prassi non sembrano sempre coincidere.

Oltre ai tre menzionati sopra, ci sono anche degli altri aspetti del funzionamento istituzionale che gli operatori hanno segnalato come intrinseci di problematicità e, al contempo, di una certa disparità di funzionamento. Uno di questi riguarda l'*iter* da

effettuare per l'ottenimento delle prestazioni e concerne il fatto che gli utenti si presentino talvolta negli ambulatori senza aver effettuato la debita prenotazione. Anche in questo caso la risposta istituzionale, sebbene codificata a monte da un preciso sistema di regole, non manca di disomogeneità nella prassi:

279. Una mattina si presenta in accettazione del nostro ambulatorio un signore di circa 30 anni, di origine nord africana, dicendo che ha bisogno di esser visto perché sta molto male. Non ha prenotazione, ma porta con sé della documentazione, visite pregresse, di cui una eseguita presso la nostra U.O.. Cerco di spiegare al signore che, vista la sua situazione, dovrebbe recarsi al P.S., poiché da noi le visite si effettuano previa prenotazione. Mi rispiega il suo problema ed inizia ad alterarsi, dicendo che in P.S. c'è stato molte volte, gli hanno consigliato l'antibiotico, l'antinfiammatorio, ma senza risolvere il suo problema, insomma da lì non se ne va se non viene visitato. Mi impietosisco oltre ad innervosirmi e chiedo al medico se, per caso, lo vede. Ricevo un no secco. Lo invito di nuovo a recarsi in P.S. perché non è possibile visitarlo. Allora si altera nuovamente, impreca, parla nella sua lingua e dopo circa mezz'ora se ne va. Il giorno dopo me lo ritrovo appoggiato al muro, vicino all'ambulatorio, più agitato che mai, dicendo che da lì non se ne va, butta per aria le sue carte, alza la voce, ecc.. Mi viene il "nervoso". Il medico mi chiama dall'ambulatorio chiedendomi che succede (non è lo stesso del giorno prima). Gli spiego la situazione e siccome è una persona gentile mi dice che lo vede. E così è stato, però pretendo almeno il pagamento del ticket prima della prestazione, ma.. naturalmente non paga, è disoccupato.. ha vinto lui!! Come mi sono sentito? Ho provato rabbia, nervosismo e ho fatto una gran fatica ad impormi quella calma che il mio ruolo richiedeva.

Questa situazione ha al proprio interno diverse questioni, oltre a quella della difformità che si riscontra nell'agire degli operatori. È probabile che in questo caso l'utente sappia orientarsi piuttosto bene nei meandri del funzionamento istituzionale, per lo meno abbastanza da poter distinguere fra aree di competenza. Non è chiaro, invece, se e fino a che punto sia a conoscenza della corretta e diversificata procedura da seguire, anche se niente di specifico orienta verso l'ipotesi che non lo sia stato. Il caso sembra configurarsi come quello di un utente regolare (per lo meno l'operatore non fa menzione di timbri S.T.P. o altro che possa far intravedere una situazione di irregolarità) e questo comprende a sua volta che a monte della trafila effettuata vi sia la presenza di un medico di medicina generale, il quale ha regolarmente effettuato una richiesta di prestazione, ma a cui l'utente sembra non rivolgersi ulteriormente. Occorre, pertanto, chiedersi per quale ragione il servizio ospedaliero - prima nella forma di reiterati accessi al Pronto Soccorso, poi in quella del riferimento diretto ad uno specifico ambulatorio - divenga il referente privilegiato dell'utente. Già da queste osservazioni emergono diversi interrogativi che rimandano alle modalità d'uso della struttura ospedaliera e degli altri servizi forniti dal S.S.N. da parte degli immigrati nell'area territoriale di riferimento. Si tratta di questioni che avremo modo di vedere più attentamente nella sezione dedicata al percorso di cura, ma che dobbiamo, però, prendere in considerazione anche in questa sede in quanto retrostanti alla situazione segnalata e che, nel caso specifico, comportano un uso reiterato ed improduttivo della struttura che finisce con il coinvolgere operatori ed utente in una successione di 'infrazioni' ed in un progressivo senso di esasperazione su entrambi i versanti. Al di là di tutto questo, la situazione evidenzia chiaramente, ancora una volta, la presenza di un diverso agire degli operatori all'interno della medesima struttura.

In definitiva, ci sembra di poter affermare che il rapporto con le regole, nel nostro contesto di ricerca, sia fortemente intriso di problematicità non solo, come rilevano gli operatori, sul versante degli immigrati che si avvalgono del servizio ospedaliero, ma anche su quello dell'operato istituzionale: come da stereotipo l'italianità degli italiani sembra caratterizzarsi anche per questo aspetto, oltre che per la 'gestualità' tipica della comunicazione non verbale di cui abbiamo avuto modo di parlare nella precedente sezione. Non a caso uno dei relatori/testimoni culturali che è intervenuto al corso di formazione portando, con le sue riflessioni, la propria esperienza di immigrato, ha

esplicitamente parlato di un “deficit di cultura della legalità” in Italia e di una marcata propensione alla ricerca di “scorciatoie nel rapporto con le regole” senza che questa sua osservazione, reiterata in più gruppi, riscontrasse alcun dissenso da parte degli operatori. Al contrario, non è mancato chi ha rilanciato l’affermazione, corredandola di esemplificazioni ulteriori:

280. E’ un problema di impunità nostro, del Paese, anche rispetto agli italiani... per la nostra cultura c’è il mondo dei furbi. Noi diamo un cattivissimo esempio, vogliamo che gli altri rispettino le regole e noi non le rispettiamo... Gli operatori del Pronto Soccorso sono i più stressati e sono quelli che vengono caricati anche di responsabilità sociali: i minori che nel week end vengono mollati lì perché ci sono i centri di accoglienza strapieni: ‘Li ricoverate fino a lunedì finché non c’è l’assistente sociale di turno’. Magari si tratta del minore che vedi che non è minore, ma che si dichiara minore, che quindi il poliziotto non sa dove portarlo nel week end. Va nel Pronto Soccorso e sta lì: ‘Dice che ha mal di pancia’. Come faccio a dire che è una balla?

Confini incerti

Come già affermavamo sopra, non è nostra intenzione discutere, in questa sede, sulla legittimità o meno dei comportamenti che vengono di volta in volta messi in atto; basti richiamare, a tale proposito, quanto affermato dall’operatore che ha redatto il resoconto n.267¹³⁰, dal quale risalta tutta la valenza di una posizione - peraltro deontologicamente coerente con il dettato professionale - che evidenzia a sua volta che la legge non scritta ha una portata etica tale da sovrastare qualsiasi formalizzazione.

Tutto questo non può, d’altra parte, non avere anche degli altri risvolti e non è certo un caso che, a più riprese, da parte degli operatori che hanno partecipato al corso di formazione, così come durante il periodo di osservazione, siano state effettuate delle affermazioni critiche nei confronti dell’operato di quei colleghi (degli infermieri, ma anche degli addetti alle attività di sportello e dei medici) che vengono ritenuti troppo indulgenti nei confronti delle situazioni di irregolarità e di cui, pertanto, non si condivide l’impostazione. Le ragioni di tali critiche - del tutto indipendentemente dalla posizione di ognuno di essi rispetto alla presenza straniera - riconducevano sostanzialmente a tre ordini di considerazioni:

- la difficoltà nel riformulare la routine organizzativa una volta che la stessa veniva spezzata;
- la difficoltà nel gestire il rapporto con gli altri utenti laddove si effettuavano delle differenziazioni nei comportamenti istituzionali;
- il fatto che l’utente non venisse ‘educato’ ad un corretto uso del Servizio, mentre al contrario se ne rafforzava l’atteggiamento disfunzionale/inadeguato.

I tre resoconti che riportiamo qui di seguito fanno riferimento rispettivamente ad ognuna di queste categorie di ragioni:

281. Gli utenti (famiglia con bambino) si sono presentati con un’ora di ritardo (l’appuntamento era alle ore 8.00, sono arrivati alle 9.10) nonostante il giorno prima fosse stata data loro conferma telefonica del giorno e soprattutto dell’ora in cui l’apparecchio [holter] sarebbe stato applicato. Questo per noi ha comportato un problema per quanto riguarda il regolare svolgimento ambulatoriale poiché questi apparecchi vengono applicati nell’ambulatorio nel quale vengono eseguiti i controlli dei parametri necessari alla visita. Il ritardo del paziente [...] ha comportato ripercussioni anche nell’andamento generale degli ambulatori.

282. Quel giorno la lista di prenotazione metteva in evidenza anche un appuntamento fuori lista, che probabilmente non aveva avuto il tempo di prenotare oppure si era rivolto al nostro servizio per urgenza. Generalmente gli utenti fuori lista aspettano la fine delle prenotazioni e

¹³⁰ Cfr., in questa stessa sezione, il capitolo relativo ai “Pagamenti”/“Le reazioni del personale”.

ciò può significare anche un'attesa di altre due ore. Ogni qualvolta uscivo dall'ambulatorio per chiamare un utente in prenotazione, il mio sguardo si rivolgeva ad una barella in corridoio, nella quale era sdraiata una paziente sofferente che, girata su un fianco, non si lamentava più di tanto. Chiedendo informazioni alla collega che stava in accettazione, mi rispose che la paziente, di origine marocchina, era arrivata in ambulatorio mezz'ora prima con un signore sempre di origine marocchina e tre bambini piccoli, che l'aveva lasciata lì e si era allontanato con i figli. Vedendo la sofferenza della paziente, decisi di chiamarla per la medicazione anche se fuori lista, oltrepassando le prenotazioni. Il caso era veramente urgente e fui contenta della mia decisione. Quando però feci uscire la paziente, quasi tutti gli utenti che aspettavano fuori mi si rivolsero contro dicendo che non era giusto quello che avevo fatto, che la paziente secondo loro doveva aspettare fino alla fine, essendo senza prenotazione, che poteva andare in Pronto Soccorso se era così urgente, e così via. Qualcuno mi disse anche che "loro sono bravi a recitare". Non so se è giusto quello che ho fatto ma la mia coscienza mi diceva di fare così, dopo tutto in quella situazione era il caso più sofferente.

Posso dire che le mie riflessioni in questo momento sono rivolte non tanto al paziente straniero, ma a quanto risulti difficile relazionarsi con gli utenti italiani in copresenza del paziente straniero. Io credo che nella mia quotidianità lavorativa non ho mai trovato particolari problemi con lo straniero, ma piuttosto nel rapporto degli utenti italiani con quelli stranieri.

283. Paziente straniera proveniente dalla Romania, parla abbastanza bene l'italiano, seguita nell'ambulatorio per epilessia da circa 3 anni. Normalmente il tempo di attesa per la prenotazione è di circa 5-6 mesi per avere una visita di controllo ambulatoriale. Questa paziente viene circa ogni 3-4 mesi, sempre senza appuntamento, con l'impegnativa, il giorno dedicato all'ambulatorio specialistico e vuole essere vista. Più volte le è stato ripetuto che non è possibile fare la visita subito ma che deve prenotarsi. Ogni volta lei ha una scusa: o non si sente bene, o è il farmaco che crea problemi, o non riesce a prendere la linea al telefono, ecc... In ogni caso lei si siede vicino all'ambulatorio, aspetta il termine delle visite, poi il medico la vede, scambia due parole e poi fa la visita. Una delle ultime volte viene allo sportello per prenotarsi la visita di controllo successiva, non ha l'impegnativa e non ha la prenotazione. Le viene spiegato che deve telefonare con l'impegnativa, ma lei dice che il tempo d'attesa è troppo lungo, noi le diciamo di prenotare comunque e che se avesse dei problemi con il farmaco, di telefonare alla dottoressa fornendo il numero di telefono. La signora afferma che al telefono è difficile reperire la dottoressa e che se lei ha bisogno viene come ha sempre fatto. A quel punto le abbiamo spiegato che c'è un tempo d'attesa, che le visite devono essere prenotate e così via...La signora ha risposto che aveva capito tutto e soprattutto aveva capito che era straniera! Sono stata malissimo per quest'ultima affermazione (dopo aver spiegato per almeno 20 minuti come si doveva fare). Volevamo solo farle capire la normale prassi.

I casi appena riportati riguardano tutti delle situazioni di 'eccezioni alle regole' in relazione alle modalità di effettuazione delle prestazioni. In riferimento ai tre ordini di considerazioni formulate dagli operatori, il primo caso fa intravedere come uno slittamento nella programmazione (in questo caso dovuto ad un ritardo dell'utente) possa comportare delle conseguenze nell'organizzazione del lavoro che si ripercuotono poi nella gestione dei casi successivi; il secondo evidenzia che, indipendentemente dalla giustezza o meno della scelta effettuata, ogni azione si colloca in un sistema e che, pertanto, la sua interpretazione e le sue conseguenze non riguardano solo la dimensione organizzativa, ma anche gli aspetti relazionali e, in tal senso, risente del clima generale che caratterizza quello specifico contesto, ben al di là delle intenzioni di colui che la compie; il terzo mette in luce il progressivo consolidarsi di una situazione in cui la regola che implicitamente viene veicolata è quella di una sostanziale 'rilassatezza' rispetto al sistema di regole stesso.

Mentre i primi due casi evidenziano con chiarezza le ripercussioni del problema, il terzo sembra più difficoltoso ed insidioso nell'interpretazione, in quanto internamente articolato in più fasi ed intriso di affermazioni che richiedono una più attenta analisi. Il suo esito rimanda ad una questione che abbiamo già avuto modo di discutere e che rappresenta uno dei punti caldi delle considerazioni generalmente effettuate dagli utenti

intervistati; si tratta, infatti, di un resoconto che potrebbe a pieno titolo rientrare nel raggruppamento di quelle affermazioni nel cui ambito le accuse di razzismo rivolte dagli utenti agli operatori vengono presentate come sostanzialmente improprie. Anche in questo caso, sulla base della ricostruzione dell'episodio che è stata effettuata dall'operatore, risalta con evidenza che l'affermazione dell'utente non è adeguata alla successione degli accadimenti; ciononostante, non possono non colpire le parole di chiusura del resoconto, con le quali l'operatore manifesta il proprio malessere, rimarca quanta energia stia dedicando al caso e chiosa il tutto affermando che, in fondo, il suo intento era solo quello di "far capire la normale prassi" all'utente. Quello che occorre chiedersi, a tale proposito, è, però, quale si può dire sia l'apprendimento che implicitamente viene veicolato nella fruizione dei servizi laddove la scansione degli avvenimenti segue la via tracciata in situazioni analoghe a quella riportata. Difficile non accorgersi, infatti, che in quel caso "la normale prassi" a cui l'utente si era rapportato concerneva la presenza di regole costantemente enunciate e *regolarmente* disattese. Perché mai in quell'ultima occasione le cose non avrebbero dovute procedere allo stesso modo? Perché, inoltre, non ritenere che quello stesso tipo di trattamento, sperimentato per tre anni, non venisse normalmente rivolto anche agli altri utenti, tanto più se italiani? Se queste due considerazioni hanno senso, l'accusa finale, sul piano logico, non risulta così fuori luogo (anche se può non corrispondere affatto alla posizione degli operatori implicati). È certo che lo stesso episodio potrebbe, altrettanto legittimamente, trovare anche altre chiavi di lettura. La liceità dell'una non toglie, tuttavia, la plausibilità dell'altra ed è proprio il carattere 'ambiguo' del rapporto con le regole che si riscontra in taluni contesti a rendere credibile la molteplicità delle alternative possibili.

L'ultima situazione che riportiamo si colloca su questa stessa scia e riguarda un caso in cui le irregolarità si assommano da parte dell'utente e questo sembra avvenire in relazione con una specifica dimensione caratteriale, ma anche rendendo evidente la presenza di abitudini maturate che, se quanto detto finora ha una sua validità, sembrano dare adito ad una sorta di profezia che si autodetermina, in una continua progressione delle richieste e delle difficoltà:

284. Utente del Marocco, 30 anni circa, capisce l'italiano, ricoverato durante un accoglimento e operato in urgenza, accolto da un italiano all'addome e al torace. Alla dimissione si reca in ambulatorio con foglio azzurro per le medicazioni. Passato il mese di cure gratuite, cominciano i problemi. Viene senza impegnativa, non vuole pagare il ticket. Sa che recandosi direttamente in reparto viene medicato gratuitamente. Le ferite sono infette, scarsa igiene personale, necessita di medicazioni sempre più frequenti. Diventa intollerante, quando arriva pretende di entrare subito nonostante non abbia la prenotazione... Un giorno arriva allo sportello dicendo di avere accordi con un chirurgo, di cui riferisce il nome, per le ore 15:00 – dopo dieci minuti comincia ad arrabbiarsi, parla a voce alta, inveendo contro tutti, contro la struttura, ... nonostante la sua compagna tenti di calmarlo. La collega dell'accettazione tenta di comunicargli che il medico è impegnato in sala operatoria e arriverà appena possibile. Lui è convinto che si voglia farlo attendere e che quella sia una bugia. Continua a camminare su e giù per l'ambulatorio, gli altri utenti cominciano a preoccuparsi. Ogni volta che chiamo un numero (identificativo per la privacy) mi urla che faccio preferenze, che voglio lasciarlo per ultimo solo perché è straniero.... e così sale in reparto per verificare. Scende. Finalmente alle 15:45 arriva il chirurgo e lui lo accoglie urlandogli che gli accordi erano diversi, che è dalle 15:00 che aspetta... Il chirurgo che lo vede da settimane, ed è l'unico che si è preso a cuore il caso, non si aspetta un tale comportamento e reagisce dicendogli che ha tentato di fare il possibile ma deve lavorare e c'è reparto, sala operatoria..., che anche gli italiani aspettano, anche gli italiani pagano il ticket e che quindi da quel momento in poi avrebbe seguito il normale iter con prenotazioni senza agevolazioni.. e se ne va senza medicarlo. Il ragazzo sale in reparto alla ricerca di un altro medico disponibile. Veniamo contattati per sapere come mai abbiamo inviato in reparto "una medicazione". Raccontiamo l'accaduto. Il chirurgo invita l'utente a recarsi al CUP per prenotare la medicazione per il giorno dopo. Il giorno dopo non l'abbiamo visto. È tornato dopo una settimana con prenotazione e

pagamento del ticket. Mi sono sentita in difficoltà. Arrabbiata con lui, il suo comportamento, mi sembrava “ingrato” viste le tante volte che lo avevamo accolto senza prenotazione e senza pagamento, inadeguata con me stessa per non essere riuscita a mediare tra lui e il chirurgo, chissà quale era la condizione della medicazione e quale rischio correva senza farla.

Il resoconto è piuttosto interessante per il nostro discorso. Indipendentemente dagli specifici tratti di personalità che, sulla base della ricostruzione effettuata dall'operatore, sembrano avere avuto un certo ruolo in tutta la situazione, una variabile chiaramente in gioco è anche l'aspettativa maturata in virtù di una specifica prassi, poiché il paziente, “viste le tante volte che lo avevamo accolto senza prenotazione e senza pagamento”, “sa che recandosi direttamente in reparto viene medicato gratuitamente”. Sul versante degli operatori la possibile gravità della situazione (“ferite infette, scarsa igiene personale”) rende ragione del comportamento messo in atto, ma al contempo evidenzia anche come la richiesta formulata, seppure del tutto scorretta dal punto di vista formale, abbia trovato fino a quel momento convalida e rinforzo. In tal senso viene ‘legittimamente’ reiterata, mentre dalla parte dell'operatore si evidenzia un forte senso di difficoltà poiché, seppure “arrabbiata con lui per il suo comportamento”, percepito come “ingrato”, si ha una percezione di inadeguatezza in considerazione della possibilità che si fosse in presenza di un rischio per la salute. Probabilmente la questione deve trovare un'altra chiave di lettura ed andare ad interrogare l'eventualità che vi siano delle crepe nel funzionamento generale per cui il ripresentarsi degli stessi problemi comporta, invece che una revisione del funzionamento anche a livello formale ed organizzativo, un riaggiustamento che di volta in volta viene messo in atto dai singoli operatori in virtù delle proprie caratteristiche personali e su base puramente empirica.

Identità di carta

Durante il corso di formazione gli operatori, talvolta effettuando delle affermazioni generiche, talvolta facendo riferimento a specifici episodi, hanno segnalato a più riprese il verificarsi di problemi a livello della registrazione anagrafica dei dati concernenti l'utenza straniera ed anche durante il periodo di osservazione sono stati molti i momenti in cui si è avuto modo di assistere alla rilevazione delle generalità dei pazienti e ci è capitato di imbatterci in affermazioni relative a problemi che si verificano a questo livello. Le difficoltà incontrate hanno coinvolto tutte le diverse sfere che intersecano questa dimensione burocratico-identitaria: età, nazionalità, residenza, arrivando a coinvolgere anche la ‘semplice’ rilevazione del nome dell'utente.

La registrazione di ogni singolo paziente nell'anagrafica dell'Ospedale rappresenta un momento importante della trafila istituzionale; viene effettuata quanto più possibile al momento dell'ingresso, ma, per diverse ragioni, può verificarsi anche in momenti successivi, ad accesso avvenuto ed anche dopo che sono state eseguite alcune prestazioni.

Quando l'immissione dei dati passa dalla dichiarazione orale effettuata dall'utente e dall'appunto cartaceo dell'operatore alla registrazione nel sistema informatico, tutto deve rientrare in specifici canoni, rigidamente predefiniti, pena l'impossibilità di portare a termine la procedura. Gli ‘spazi di libertà’ che è possibile concedersi si riducono progressivamente via via che si compilano le diverse voci, fino ad azzerarsi del tutto per alcune di esse. Come, infatti, ha avuto modo di spiegare un operatore, mentre la computerizzazione lascia delle possibilità di manovra per determinate categorie di informazioni, rispetto alle quali è anche possibile tornare su quanto inserito per

effettuare aggiunte, cancellazioni e modifiche, per alcune informazioni di base questo non può essere in nessun modo effettuato:

285. Nome, cognome, data e luogo di nascita sono i soli dati non modificabili.

All'immissione di ognuno di questi elementi informativi viene, di conseguenza, riservata particolare importanza, poiché delle difformità a questo livello rendono burocraticamente ingestibile lo specifico caso. Nessuno che varchi le soglie della struttura ospedaliera per effettuare una prestazione resta escluso dal sistema, poiché anche se la registrazione non avviene sempre nel momento dell'accesso, viene comunque effettuata prima che il soggetto venga dimesso ed il cambiamento anche di uno solo dei pochi elementi indicati con il riferimento n.261 finisce con l'istituire la realtà identitaria di un soggetto diverso, mentre il loro insieme complessivo individua ogni singolo con precisione matematica. Ciononostante o, meglio, proprio in virtù di tanta precisione, si verificano diversi inconvenienti, tanto che alcuni operatori hanno affermato che:

286. Continuamente si assiste al cambiamento di dati anagrafici che poi si riflette sul ricovero, con cartelle cliniche errate. Al computer a volte non si trova più il paziente proprio per il cambio di questi dati.

Cerchiamo, quindi, ora, di addentrarci in questa questione enuclearne gli aspetti problematici.

Nome

Un primo ambito di problematicità riguarda la registrazione del nome dell'utente. In quest'area, infatti, le difficoltà sembrano presentarsi con relativa frequenza. Riportiamo qui di seguito uno dei resoconti forniti a tale proposito:

287. Un minorenne si presenta c/o il nostro ambulatorio accompagnato dal padre per effettuare una visita di idoneità sportiva agonistica. Se ben ricordo era di origine nigeriana. Il padre si presenta allo sportello dell'accettazione: è una persona distinta, ben vestita, verosimilmente colta, che conosce bene l'italiano. Il figlio è a fianco, ma non partecipa all'eloquio. Da parte mia tiro subito un sospiro quando apprendo che conosce l'italiano e che ha un documento d'identità del figlio. Verifico subito i dati, ripetendo a voce il nome e cognome dell'atleta, per distinguere correttamente la parte afferente al cognome da quella afferente al nome (ha un cognome, o nome, non ricordo bene quale dei due, composto). Inserisco i dati al computer e mi compaiono più nominativi simili con la stessa data di nascita, provo quindi un po' di disagio nello spiegare al padre le possibili motivazioni che possono dare origine a tale fenomeno: superficialità degli operatori sanitari nell'inserimento dei dati? Negligenza?... Mi scuso dell'inconveniente e cerco, tra i nominativi, quello che riporta un nostro numero d'archivio, ma non lo trovo! Ancora più imbarazzata, cerco di smorzare il disagio con un sorriso e sminuisco il problema dicendo "non ha importanza, verrà fuori, facciamo una nuova cartella", le farò compilare l'anamnesi iniziale (per fortuna l'atleta nella visita precedente, da quanto riferitomi dal padre, non aveva avuto problemi/accertamenti ulteriori.. C'era solo, quindi, da ricompilare l'anamnesi completa e il frontespizio della cartella che si fa solo con la prima visita). Consegno al padre tutta la documentazione da compilare scusandomi nuovamente dell'inconveniente; lui accetta cordialmente, sembra comprendere il mio disagio e mi viene incontro con un sorriso. Mentre il padre è impegnato nella compilazione, mi rimbocco le maniche e faccio diversi tentativi, cambiando nome con cognome, mettendo la percentuale di ricerca etc., per trovare il nominativo con la cartella: non mi do per sconfitta, deve venire fuori!! È un lavoro che richiede tempo, anche 5 minuti, preziosi, che non posso rubare al tempo utile per la visita (ogni caso ha circa 15 minuti di tempo per l'accettazione, compilazione della documentazione e per i primi controlli infermieristici: se si prolungano i tempi si ritardano le successive visite, ma soprattutto il medico deve aspettare che l'utente sia pronto per la visita, e al medico non piace aspettare, semmai è l'atleta che deve essere 'paziente' nell'attendere il suo turno!). Alla fine trovo il giusto

nominativo e dentro di me urlo 'vittoria'! Corro subito incontro al padre e interrompo la sua compilazione, non serviva più! E ci ridiamo sopra!!

In questo caso, chi scrive non fornisce le indicazioni necessarie per individuare con precisione quale sia stato il problema retrostante. Quella dell'operatore che si scontra con delle incongruenze nei dati anagrafici registrati rispetto alle dichiarazioni degli utenti è, però, una situazione relativamente condivisa; tende, invece, a cambiare in modo considerevole da operatore ad operatore la lettura che viene effettuata di queste situazioni. La casistica emersa a tale livello indica, infatti, la propensione a mettere l'accento su elementi diversi del problema.

Il resoconto n. 287, da questo punto di vista, rende evidente che colui che scrive si è fatto orientare, nel suo procedere, dall'ipotesi che si fossero verificati degli errori di registrazione sul versante della struttura ospedaliera: l'utente viene descritto come "persona distinta, ben vestita, verosimilmente colta, che conosce bene l'italiano" e si evidenzia che esibisce anche un documento d'identità; la comparsa di "più nominativi simili con la stessa data di nascita" fa quindi propendere per l'interpretazione di una negligenza da parte dei colleghi, tanto che l'operatore si dichiara "imbarazzato" e "a disagio" per l'inconveniente e dopo essersi imbattuto in un'ulteriore carenza, rappresentata dalla mancata registrazione del "numero di archivio", dà avvio ad una laboriosa ricerca, mettendo in atto diverse strategie di combinazione dei dati, fino alla risoluzione del caso.

A fronte di questo genere di impostazione, i resoconti degli operatori mostrano, d'altra parte, la tendenza a farsi più orientare da altre ipotesi interpretative nell'individuazione delle cause che, plausibilmente, possono essere retrostanti alle difformità; in particolare, mostrano di propendere più per letture che ravvisano una qualche forma di responsabilità da imputare all'utenza e questo può a sua volta avvenire secondo diverse direzioni di senso. Una di esse è rappresentata dall'affermazione che riportiamo qui di seguito:

288. Quando li chiami sbagliano a dire il nome, essendo per noi quasi incomprensibile, sembra che si sentano tutti gli occhi addosso e li vedi o timidi e si scusano quasi ad essere lì o strafottenti e si alzano guardando tutti con cattiveria (ritengo comunque sia una forma di difesa).

In questo caso l'attribuzione di responsabilità all'utente rispetto ad un'eventuale errore di registrazione del nome viene del tutto mitigata dalla presenza di un disagio che elimina ogni intenzione fraudolenta. Rispetto a questa posizione, che rappresenta piuttosto l'eccezione che la regola, sono, d'altra parte, ben più frequenti le affermazioni di coloro che, al contrario, tendono a riportare la situazione ad un atteggiamento menzognero scientemente perpetrato:

289. I pazienti non danno intenzionalmente le generalità, ne danno di false.

Le nigeriane danno tanti nomi falsi.

Quando lavoravo in Ostetricia arrivavano nigeriane tutte con lo stesso nome.

Ci sono state situazioni in cui le persone avevano dato un nome falso, poi venivano qui a chiedere dando un nome che non corrispondeva a nessuno.

Come già accaduto per molte altre situazioni che abbiamo discusso finora, anche in questo caso gli operatori mostrano di avere delle posizioni diversificate, ma fra tutte risalta la convinzione di coloro che individuano un intento menzognero dal lato degli utenti: la sequenza n. 289 ha, infatti, come filo conduttore interno l'idea di una vera e propria falsificazione dei dati perpetrata dagli utenti.

Rispetto a tale interpretazione si possono effettuare molti tipi di considerazioni, aventi diverso segno. Da una parte non mancano situazioni in cui la non volontà di fornire i propri dati anagrafici risulta del tutto plausibile ed evidente, come nel caso in cui si

verifica il timore di una denuncia rispetto alla propria situazione di irregolarità, dall'altra ci sono le posizioni di coloro che si fanno orientare da specifici pregiudizi, come può risultare evidente da una certa mancanza di considerazione di problematicità.

Mettendo momentaneamente da parte la questione dell'intenzionalità dissimulatrice, una problematica sicuramente presente e diffusa che può rendere ragione di alcune tipologie di errore riguarda l'esistenza di forme fonetiche disomogenee ed inabituali rispetto al proprio sistema linguistico. Si tratta di una situazione che costituisce più la regola che l'eccezione in ambito interculturale, ciononostante la comunicazione fra operatore ed utente non avviene sempre in modo tale da rendere esplicita la difficoltà fonetica. Una situazione di questo tipo può essere rintracciata attraverso il seguente resoconto osservativo:

290. Mentre si sta svolgendo la visita del bambino, l'operatore chiede all'utente (mamma del bambino che deve effettuare la visita) il nome del figlio. L'utente fornisce i dati, che non riesco bene a capire in quanto l'utente, nigeriano, ha una pronuncia per me poco chiara; l'operatore non mostra di avere dubbi e trascrive immediatamente i dati su carta, compilando dei moduli predisposti. [...] Mentre la mamma si allontana con il bambino per effettuare un'altra visita specialistica, l'operatore, visionando la documentazione relativa alle visite precedenti, si accorge che il bambino vi figura con un nome diverso; esce allora in corridoio, chiede alla mamma e poi rientra nella stanza commentando: "E' un nome biblico, pensavo che fosse islamico".

L'errore verificatosi in questo caso sembra che fosse dovuto ad una sorta di ipercorrezione del nome in relazione al significato presunto: l'ipotesi, arbitrariamente formulata dall'operatore, che l'utente fosse di religione islamica, ne ha orientato l'ascolto e la similitudine fonetica ha reso agevole un 'aggiustamento' della percezione in una direzione di senso che non corrispondeva alla realtà delle cose. L'operatore si è accorto dell'errore in quanto ha consultato la cartella clinica che riportava tutti i dati relativi a visite precedenti immediatamente dopo l'episodio riportato, ma è plausibile pensare che la difformità sarebbe rimasta impressa sulla carta, senza che nessuno se ne accorgesse, se la tempistica fosse stata diversa. Casi come questo, di 'aggiustamento dell'ascolto', si verificano senza che ve ne sia consapevolezza da parte degli interlocutori: la svista non viene percepita come tale e questo rende possibile che in un momento successivo si verifichino dei problemi in ragione di una qualche incongruità dei dati.

Quando, diversamente, l'operatore ha percezione di una difficoltà di comprensione a livello fonetico, il problema ha maggiori possibilità di essere ovviato, per esempio ricorrendo alla consultazione di un documento d'identità. Non sempre, però, l'utente, data anche la specificità della situazione in cui avviene la richiesta, ne risulta fornito nell'immediato. L'operatore può, allora, ricorrere (e anche questo non sempre avviene) alla richiesta di un'indicazione scritta da parte dell'utente, facendogli compilare direttamente il modulo o facendogli scrivere i propri dati su un foglio bianco. Non ci è stato possibile osservare nessuna situazione di questo genere nel corso del periodo di osservazione, ma è ragionevole pensare che se ne verifichino. In tali casi aumentano le probabilità che non si incorra in errori, ma è al contempo plausibile aspettarsi che possano subentrare problemi di analfabetismo e/o di alfabetizzazione in lingue diverse, le quali possiedono diversi sistemi di segni che non hanno quasi mai una corrispondenza biunivoca con l'alfabeto latino. La questione resterebbe, quindi, piuttosto complessa anche a questo riguardo, poiché le traslitterazioni possono essere più o meno difficoltose e la perdita, aggiunta o sostituzione di una semplice lettera può risultare pressoché impercettibile a chi scrive, mentre è del tutto dirimente per il sistema informatico.

Fino a questo livello le difficoltà possono essere, d'altra parte, sufficientemente consapevoli e chiare. Tutt'altra cosa avviene se ci addentriamo nella problematica

dell'individuazione (invece che della trascrizione e traslitterazione) dei termini che globalmente compongono il nome dell'utente. Nessun operatore ritiene, infatti, che l'individuazione di dati così semplici come il nome ed il cognome di una persona possa essere un compito intriso di problematicità in sé. Il rapporto con il nome è, invece, fortemente connotato in senso culturale, pertanto la sua stessa composizione è soggetta a forti variazioni. La non consapevolezza di questo fattore rende quasi automatica la proiezione delle proprie abitudini negli altrui sistemi di orientamento e questo può a sua volta comportare uno scivolamento in ricorrenti forme di errore.

291. Io lavoro all'accettazione di un ambulatorio e una mattina si è presentato da me, con impegnativa, un utente straniero di sesso maschile che capiva poco l'italiano. Con fatica sono riuscita a fargli capire che avevo bisogno di una tessera sanitaria che al momento non aveva con sé. Dopo diversi tentativi sono riuscita a trovare l'anagrafica corretta, in quanto era stato registrato con un nome tutto attaccato (avendone due). Finalmente fatta l'accettazione, consegno il foglio di "ritiro referto" dove indico il giorno del ritiro + il pagamento; spiego anche il passaggio successivo e cioè che sarebbe stato chiamato per il prelievo tra un attimo. La persona alla mia richiesta se ha capito mi risponde con un sorriso e un segno affermativo con la testa. Solo che alla chiamata il signore non si trova e ritornerà dopo qualche giorno per il ritiro della risposta.

Questo resoconto mette in luce il verificarsi di un errore che potrebbe essere piuttosto tipico e, se lo analizziamo con attenzione, risulta interessante anche perché, al di là della sua apparenza di lineare semplicità, consente di evidenziare più ordini di problemi, i quali, peraltro, aumentano se si prendono in considerazione le brevi osservazioni che il medesimo operatore ha aggiunto a distanza di una settimana a commento del suo stesso resoconto:

292. Il medico di base doveva scrivere al computer l'impegnativa (nome e cognome + codice fiscale). La persona pensava che l'esame non venisse eseguito subito ma in data diversa e, spaventato poi dall'importo, l'interessato era convinto di non pagare.

Se prendiamo in considerazione l'insieme delle affermazioni contenute negli stralci n. 289 e n. 291, emerge che nel caso riportato:

- sono presenti difficoltà di tipo linguistico: l'utente "capiva poco l'italiano", tanto che l'operatore ha fatto fatica a "fargli capire che avevo bisogno di una tessera sanitaria";
- a fianco della questione linguistica si pone una questione di competenza procedurale: l'utente non ha con sé quanto richiesto, ma al contempo non è privo di documentazione specifica in quanto si è presentato "con impegnativa";
- sul versante della struttura sono stati commessi degli errori: l'utente aveva effettuato regolare prenotazione, ma era stato registrato nell'anagrafica dell'Istituzione in modo non corrispondente alla sua situazione effettiva;
- l'errore commesso al momento della prenotazione si connette ad una delle disattenzioni tipiche dei medici, non sempre attenti alle forme della comunicazione scritta (sia per quanto riguarda la grafia sia relativamente alla completezza);
- la comunicazione interpersonale/istituzionale non risulta adeguata/efficace: viene consegnata all'utente un'ulteriore documentazione per il "ritiro referto", in qualche modo gli si dice di attendere per effettuare l'esame e.... l'utente annuisce e se ne va;
- sembra che si ponga anche una questione di tipo economico ("spaventato poi dall'importo l'interessato era convinto di non pagare") ma non è chiaro fino a che punto si tratti di un'illusione dell'operatore o di altro.

Non occorre che ci soffermiamo ulteriormente su tutte le questioni enucleate in quanto alcune di esse sono già state trattate nei capitoli precedenti, ci sembra, però, opportuno evidenziare che anche un caso apparentemente così semplice come quello appena presentato in realtà arroga a sé una molteplicità di problemi (dal non uso del servizio di mediazione, al fraintendimento linguistico, alla proiezione di aspettative, ecc.). Al di là di tutto questo, c'è anche in gioco uno specifico errore rispetto alla registrazione anagrafica: l'utente "era stato registrato con un nome tutto attaccato (avendone due)". Questo semplice dato comincia a farci accedere alla complessa fisionomia del problema che concerne la connotazione culturale dei nomi.

Qualche indicazione per non "mangiare il menù"

Mappa e territorio sono domini che appartengono a due diversi piani logici. Ogni territorio, d'altra parte, può trovare diverse forme di rappresentazione, senza che nessuna di esse vada a coincidere con la totalità delle sue possibilità d'essere. Quando utilizziamo una mappa, corriamo però il rischio di dimenticare che i suoi criteri di costruzione utilizzano degli elementi di arbitrarietà e tendiamo a considerarla come corrispondente, seppure in modo schematico, alla realtà delle cose. Può accadere allora, come ha ironicamente affermato Gregory Bateson, che commettiamo inavvertitamente l'errore di 'mangiare il menù, scambiando la schematizzazione che ci viene di volta in volta presentata per le vere e proprie pietanze.

L'articolazione nome-cognome fornisce delle coordinate utili per delineare delle mappe di orientamento che rispondono a specifici sistemi di codifica ed in quanto tale organizza una precisa topografia di relazioni. La nostra abitudine all'uso di questo sistema di orientamento fa perdere la consapevolezza della sua arbitrarietà, tende a 'naturalizzarlo' ed a fargli perdere di portata storico-culturale, dando forma ad un preciso sistema di reificazioni e di attese. Se andiamo a vedere che cosa hanno detto a questo proposito alcuni degli utenti intervistati, troviamo, invece, che alla consueta articolazione di nome e cognome che è propria della nostra tradizione attuale fanno riscontro abitudini diverse e che questa mancata corrispondenza può essere tutt'altro che semplice da gestire. Il raggruppamento di affermazioni che riportiamo qui di seguito fornisce uno spaccato di questa disomogeneità:

293. *Un nigeriano di religione cattolica ha generalmente un nome articolato in tre componenti: una parte 'tradizionale' + il nome di battesimo + una parte ereditata dal padre. Poi magari i nomi che per noi sono diversi a voi sembrano uguali: Ogechukwu (= il tempo di Dio) è diverso da Okechukwu (= il dono che Dio ha dato e nessuno può togliere).*
294. *Nella tradizione africana le persone hanno anche due nomi di battesimo (che possono essere presenti o no sui documenti) e in più hanno anche un altro nome che potrebbe essere paragonato al vostro soprannome ma che è anche un po' come il vostro cognome.*
295. *In Etiopia, fra gli altri sistemi, c'è anche il sistema dell'alternanza: il padre magari si chiama Demsa Abtu, ed il figlio Abtu Demsa e poi il figlio del figlio si chiama di nuovo Demsa Abtu, cioè l'uno è Demsa-figlio di-Abtu, l'altro è Abtu-figlio di-Demsa. Non si può dire una volta per tutte qual è il nome e quale il cognome.*
296. *Per i Ningala dello Zaire due fratelli non hanno necessariamente lo stesso cognome.*
297. *Mio papà si chiama K (nome) B (cognome) e io mi chiamo B Y T. Il mio nome è B, il cognome Y T e R è anche un altro nome. Il cognome del papà è il mio nome. Tutti i miei fratelli hanno nome B, poi si aggiunge il cognome. Il cognome si prende così: il giorno della settimana, oppure se uno vuole prende il nome del nonno/della nonna/di un'amica, si prende il nome di chi è morto e ci è stato caro.... Mi chiamano tutti A, non Y.*
298. *In alcuni dialetti berberi i nomi sono composti. Nome – cognome composto da: famiglia + zona tribù (parola composta), nome individuale.*

299. Il prenome è il cognome... ma non inteso come lo intendiamo noi che lo prendiamo dal papà, dalla famiglia. Il mio nome è il papà, il cognome me lo scelgo.

Le dichiarazioni riportate sopra sono state tutte formulate nell'ambito dei colloqui intercorsi con gli utenti o con operatori di origine non italiana; sulla loro stessa scia s'inserisce anche quanto asserito da un operatore italiano che, in occasione di una visita effettuata con una cinese incinta del terzo figlio, ha commentato la gravidanza dell'utente affermando quanto segue:

300. La signora è al suo terzo figlio. Ha già avuto un maschio ed una femmina e inizialmente voleva abortire. I suoi genitori, però, non hanno voluto 'perché così il bambino prende il cognome della linea materna' e il cognome si tramanda.

In questo caso sembra, cioè, essere attiva una consuetudine culturale che, a fronte di specifiche condizioni, prevede una forma di alternanza nella trasmissione del cognome dalla linea paterna a quella materna.

A complicare le cose in questa articolata variabilità si aggiunge, poi, per chi proviene dalle aree francofone, un ulteriore fattore di complicazione, dettato da assonanze terminologiche cui non fanno riscontro analogie di significato. Il raggruppamento di affermazioni che riportiamo qui di seguito esplicita questa difficoltà ulteriore:

301. Per chi viene dalle zone francofone si aggiunge un'altra complicazione. Per i francofoni 'le nom' è il cognome, nom corrisponde a quello che per gli italiani è il cognome, mentre il termine prénom traduce il nostro nome. Allora si fa una gran confusione.

Io per orientarmi vado a vedere in che ordine sono scritti i vari nomi nei documenti, perché nella carta d'identità c'è prima il cognome e poi il nome. È dall'ordine che capisco quale devo considerare cognome e quale nome in Italia.

In Italia sui registri (carta d'identità, tessera sanitaria...) si trova prima il cognome e poi il nome, se fate delle domande a degli africani loro vi diranno sempre il contrario. Diranno sempre 'no, no, non è il mio nome'... perché questo è il sistema francese, noi abbiamo il sistema francese. A volte mandiamo i soldi a casa tramite Western Union, e poi lì quando si presenta la persona a prenderli, che è tutto il contrario, non gli danno i soldi. Adesso con il tempo abbiamo capito. Quando mando i soldi alla mia sorella invece di mettere A B C metto B C A, cioè cambio l'ordine del nome, del cognome e dell'altro nome, altrimenti i soldi poi in Africa non riescono a prenderli perché sembra che siano stati mandati a un'altra persona.

Infine, come ha fatto notare un utente, occorre tenere conto anche del fatto che:

302. Una cosa, poi, è quello che c'è nei documenti, un'altra cosa è come le persone si chiamano fra loro. A volte le cose non coincidono e si fa confusione.

Tutto questo introduce estrema variabilità entro un dominio che è per noi molto ordinato e lineare. Gli utenti che utilizzano le nostre strutture sanitarie sono in genere dentro un processo di globalizzazione che tende ad uniformare la variabilità e non sono certo alieni al nostro abituale impianto, pertanto il problema non riguarda tanto un'alterità radicale che rende incomunicabili i sistemi, quanto il differente rilievo che possono assumere abitudini diversamente sedimentate che entrano in contrasto (com'è evidente nella sequenza n. 301), quindi il fatto che vi sia una sostanziale mancanza d'immediatezza in ambiti che per altri hanno, invece, una forte dose di automatismo. La questione che si pone, in altri termini, riguarda in buona misura quel complesso insieme di variabili che è costituito dalle assegnazioni di significato e dalle attribuzioni di rilevanza e che concerne il proprio sistema di attese ed orienta l'ascolto.

Età

Documentazione anagrafica e realtà non sempre coincidono neanche relativamente a un'altra delle variabili in gioco: l'età. Anche in questo caso, come aveva esplicitato

l'operatore dell'affermazione n. 285, si è in presenza di un dato rilevante dal punto di vista amministrativo, poiché anche la data di nascita rientra fra gli elementi informativi che vengono utilizzati per la puntuale individuazione di ogni singolo caso e che il sistema informatico registra senza possibilità di modifica, ma anche in questo caso ci si trova al cospetto di situazioni che si organizzano diversamente rispetto alle nostre consuetudini.

Gli operatori hanno segnalato talvolta dei casi di difficoltà in tal senso:

303. Mi è capitato di essere stata chiamata in Pronto Soccorso perché era arrivata una ragazza Rom analfabeta. Non aveva nessun documento, non sapeva neanche quando era nata.

Questo tipo di indicazioni è stato del tutto sporadico da parte degli operatori di sportello e degli infermieri che hanno partecipato al corso di formazione, forse messo in ombra dalla più evidente difficoltà legata alla corretta individuazione degli altri dati anagrafici, in primo luogo del nome e cognome dell'utente. Anche se gli operatori non hanno segnalato molti casi su questo versante, dai colloqui effettuati con alcune di quelle che abbiamo definito 'figure emerse che la questione ha una certa diffusione, anche piuttosto significativa.

304. Per voi la festa di compleanno è una cosa importante, da noi no. Le persone non sanno neanche quando sono nate e non gli interessa saperlo.

305. Nel rapporto con il mio compagno senegalese e con i suoi familiari ed amici mi sono accorta che chiedere quanti anni hai non ha lo stesso valore che da noi. È qualcosa di privato, di cui non devi occuparti, per cui capita anche che se fai delle domande troppo specifiche su questo si arrabbiano. Mi sono accorta che per alcuni di loro le carte dicono che hanno un'età, ma invece ne hanno un'altra. B., per esempio, è nato nel 1978, ma dai documenti risulta un bel po' più giovane perché la data di nascita segnata è il 1986.

306. Ho conosciuto tantissime persone, soprattutto africane ed asiatiche, che nella carta d'identità avevano segnati 3 o 4 anni in meno, o in più.

307. L'età anagrafica non corrisponde mai. Prima di iniziare a fare mediazione do sempre delle informazioni sull'importanza di dire la vera età, di raccontare al medico qual è l'età vera. Per esempio, può capitare che si presenti una nigeriana di 35 anni che rimane incinta, ma che sulla carta, nei documenti, ne ha 25. Nei documenti non c'è l'età giusta. Le ragioni possono essere molte, sono legate alla ricerca del lavoro (se si è più giovani ci sono più possibilità di trovare lavoro), oppure alla necessità di dire di non essere minorenni (per esempio nei casi di prostituzione). In un caso l'età dichiarata sarà minore di quella vera, nell'altro sarà maggiore.

308. L'età non è mai quella dei documenti. Ci sono diverse ragioni per questo. Per esempio da noi in Togo si sono verificate delle situazioni in cui si voleva effettuare l'iscrizione ad un collegio, ma il collegio non accettava iscrizioni oltre una determinata età... in queste situazioni succede che l'età viene abbassata. Allora succede che risultano numerose undicenni menstruate, ma la loro vera età non è quella. Oppure c'è il caso del 'Toto America', una vera e propria lotteria per emigrare. In questi casi l'età è importante. Capita che tutti i componenti della famiglia possano emigrare entro i 21 anni... A volte in Togo ci sono delle dichiarazioni per cui il figlio viene registrato come il proprio marito, oppure anche delle dichiarazioni (a pagamento) di falsa paternità per figli altrui, in modo da riuscire ad emigrare. Aggiusti l'età, aggiusti i dati...

Anche per quanto riguarda le difformità che si registrano nelle dichiarazioni relative all'età sembra, quindi, esservi la concomitanza di diversi ordini di ragioni che vanno da fattori di tipo culturale concernenti la diversa rilevanza ed il diverso significato attribuiti a questo dato informativo alla vera e propria dissimulazione perpetrata con vari tipi di motivazioni. Con la presenza nel territorio italiano, il problema si presenta a sua volta in relazione alla presenza di specifiche impostazioni. Oltre al fatto di costituire uno dei principali fattori d'individuazione attorno a cui ruota la macchina amministrativa, si va, infatti incontro a problemi di diverso genere laddove si configurano delle situazioni di

prossimità con la maggiore età in quanto la normativa fa scattare modalità di intervento e presa in carico piuttosto diverse a seconda che si abbia a che fare con maggiorenni o minorenni.

*Stat rosa pristina nomen?*¹³¹

Il resoconto osservativo che riportiamo qui di seguito riguarda un episodio di rilevamento dei dati anagrafici di un utente ricoverato. Lo riportiamo nella sua interezza in quanto, sebbene non contenga molto delle questioni di cui abbiamo parlato nei precedenti capitoli, ha al proprio interno diversi elementi che indicano quanto un semplice atto di registrazione possa essere intriso di problematicità.

309. Venerdì, ore 10.50, Ambulatorio di accettazione di Chirurgia. Chiamano dal Pronto Soccorso per un paziente che ha avuto un incidente stradale. Mi reco dal paziente con gli operatori. I tratti del volto mi inducono a pensare che sia maghrebino di origine. Gli operatori commentano il caso evidenziando che ha alito alcolemico e che verrà ricoverato in reparto dopo aver effettuato la TAC ed altri accertamenti. Dopo questa breve visita e scambio di informazioni, si rientra in ambulatorio.

Pomeriggio della stessa giornata, ore 14.30: il paziente arriva in reparto trasportato con il lettino e viene collocato in una delle camere. [...] Alla richiesta di dire quale sia il suo nome afferma di chiamarsi K. K.. Dalla cartella che è stata compilata in Pronto Soccorso e che accompagna il paziente risultano: codice giallo, “paziente sconosciuto”, data di nascita (02.01.1970), nazionalità nigeriana. Dopo una prima breve visita, commentando la cartella, il medico afferma che a suo parere il codice avrebbe dovuto essere rosso, non giallo, e che la nazionalità deve essere stata inserita ‘a caso’. Si procede ulteriormente con la visita [...]. Alla richiesta dell’età il paziente risponde di avere 29 anni (dato che non corrisponde a quanto riportato nella cartella).

[...] Lunedì, ore 8.50: viene chiamato l’ufficio competente per effettuare la formale rilevazione-dati. Chiedo agli operatori quale sia la procedura da seguire e mi spiegano che se il paziente fosse stato in grado di muoversi sarebbe andato direttamente allo sportello per fornire i propri dati, oppure, se ci fosse stato un familiare o un altro accompagnatore, se ne sarebbe occupato lui. Dall’ufficio rispondono che non possono venire in reparto “perché sono in pochi in questo momento”: verranno nel pomeriggio o in tarda mattinata.

Alle ore 9.50 dall’accettazione chiedono che gli venga portata la documentazione in possesso. I dati che ora figurano in cartella sono una diversa data di nascita, una diversa nazionalità rispetto a quella indicata originariamente (cioè Tunisia, non più Nigeria) e, infine, l’indirizzo (evidentemente qualche operatore nel fine settimana ha modificato ed integrato i dati); non viene invece, riportato il nome. Chiedo informazioni e mi si riferisce che il nome non è risultato del tutto comprensibile. L’operatore che ha il compito di inoltrare la documentazione all’ufficio accettazione legge i dati ad alta voce e commenta dicendo: “Dice che abita in via Cavour. Chissà quante vie Cavour ci sono a Padova!”.

Raggiungo gli operatori in accettazione, poiché voglio seguire l’evoluzione del caso, ma quando arrivo nell’ufficio mi si dice che è stato nuovamente chiamato il reparto per dire che è inutile inviare loro la cartella se il paziente risulta ancora sconosciuto e che “occorre che facciano scrivere il suo nome su un foglio”.

Quando rientro in reparto l’operatore che aveva avuto il compito di inoltrare la documentazione sta discutendo con i colleghi sul caso, lamentandosi sia della procedura, sia del paziente. Fra le sue affermazioni colgo le seguenti: “Quando andiamo noi all’estero non riceviamo tutte queste attenzioni”, “I pazienti non danno intenzionalmente le generalità/ne danno di false”. L’altro operatore ribadisce affermando: “Quando lavoravo in ostetricia arrivavano nigeriane tutte con lo stesso nome”. Un operatore, a questo punto, si reca dal paziente per fargli scrivere direttamente i propri dati su un foglio. Al rientro nell’ufficio commenta “Aveva detto di essere nigeriano!” e continua a portare avanti l’idea che il paziente avesse precedentemente mentito affermando anche che “I tunisini fanno così

¹³¹ Il titolo di questo capitolo ricalca la frase di chiusura del testo di Umenrto Eco *Il nome della rosa*, con la quale si pone la questione del sopravanzate della dimensione universale del nome rispetto al singolare della cosa realmente esistente, fino alla scomparsa di quest’ultima.

perché gli accordi con la Tunisia prevedono che vengano rinviati in patria”. I due operatori continuano poi a scambiarsi affermazioni che trovo discutibili e stereotipiche, finché dall'accettazione si presentano due persone inviate per la rilevazione dati, le quali dicono di essere venute per l'autocertificazione e per la tessera S.T.P.. Gli operatori che avevano fino a quel momento discusso sul caso mostrano di non essere a conoscenza dell'esistenza delle tessere S.T.P..

Mi reco dal paziente insieme ai due ultimi operatori, i quali si presentano dicendo di essere lì per l'accettazione. Il paziente si mostra perplesso e chiede 'Non ho capito, cosa accettazione?'. Uno degli operatori risponde dicendo "Le facciamo un tesserino per ricovero, per non pagare". Mi assento un attimo e quando rientro (dopo pochissimi minuti) vedo che l'operatore sta lui compilando il modulo che aveva con sé, autonomamente, senza chiedere altro all'utente. Appena compilato il modulo lo passa al paziente per la firma, dicendo: "Questo è un foglio che dice che non sei in grado di pagare. È per le pratiche per il ricovero". Vedo che si tratta di una dichiarazione d'indigenza da cui risulta che il paziente "Dichiara di essere privo di risorse economiche sufficienti e di avere a carico i seguenti familiari: (voce non compilata)". L'operatore aggiunge: "Quando vieni in ospedale vieni con questo". Tutta la comunicazione si risolve in queste brevi frasi, senza che venga fornita nessun'altra informazione su niente e senza che venga posta alcuna domanda al paziente. Mi colpisce che nessuno percepisca il bisogno di fargli domande: abita da solo? Ha amici/parenti qui? C'è qualcuno da avvisare? Che tipo di vita conduce? Le cicatrici che ha sul copro che origine hanno?... Non viene chiesto niente di tutto questo e gli operatori se ne vanno dicendo che nel giro di 15 minuti i dati saranno pronti per la stampa delle etichette. Uno di coloro che interloquivano inizialmente sul caso si reca dagli infermieri del reparto e li 'rimprovera' per la gestione del caso dicendo loro che "in questo reparto si scaricano le cose sugli altri", che "i medici o gli altri operatori avrebbero dovuto prendere i dati del paziente al momento in cui l'hanno ricoverato" e che "questo è più difficile per il Pronto Soccorso perché lì hanno troppi casi".

In questo caso si sono verificate delle difformità nella registrazione poiché la cartella compilata inizialmente in Pronto Soccorso riporta dei dati che non corrispondono a quanto emergerà dalle dichiarazioni successive dell'utente. Le discordanze sono risultate relativamente grossolane in quanto già ad un primissimo impatto i tratti somatici del volto avrebbero dovuto far pensare più ad un'origine maghrebina che nigeriana e questo elemento di base ha forse consentito ai primi operatori che hanno accolto il paziente in reparto di porsi con distacco rispetto a quanto riportato in cartella (non solo la nazionalità, ma anche la data di nascita presunta). Probabilmente gli operatori iniziali avevano deciso di compilare ugualmente queste parti della cartella inserendo delle informazioni fittizie (anche se il paziente sarebbe comunque figurato come 'sconosciuto') in quanto così facendo hanno potuto procedere con l'inserimento dati a livello informatico, mentre altrimenti la procedura si sarebbe bloccata. Gli operatori successivi, però, non hanno in alcun momento formulato questa ipotesi. Non è, d'altra parte, secondario che anche il codice colore con cui il paziente è stato accolto venga percepito come inadeguato da parte dell'operatore successivo (su questa questione avremo modo di tornare nella prossima sezione del lavoro, specificamente destinata al percorso di cura) per cui viene da pensare che a monte della compilazione fittizia sia rinvenibile anche una certa disattenzione, o comunque che siano subentrati anche altri tipi di problemi. Che sia vera l'una o l'altra ipotesi, quello che risulta evidente è che la compilazione è stata effettuata senza effettiva interlocuzione con il paziente: il nome non figura, la nazionalità è con tutta evidenza difforme, sulla data di nascita si può apporre un punto interrogativo, ma date le caratteristiche delle voci precedenti, non c'è ragione di pensare che rappresenti un dato valido, comunicato dal paziente all'operatore. Ciononostante, i commenti di alcuni operatori successivi sono estremamente netti in direzione di una intenzionalità menzognera da parte dell'utente ("I pazienti non danno intenzionalmente le generalità/ne danno di false", "Quando lavoravo in ostetricia arrivavano nigeriane tutte con lo stesso nome", "Aveva detto di essere nigeriano!") e giungono addirittura a formulare delle spiegazioni sulle ragioni retrostanti alla

falsificazione perpetrata (“I tunisini fanno così perché gli accordi con la Tunisia prevedono che vengano rinviati in patria”). Questa chiave interpretativa viene spinta così avanti dai due operatori che stanno commentando i dati rilevati da condurli a formulare delle affermazioni che stanno al limite del grottesco: “Dice che abita in via Cavour. Chissà quante vie Cavour ci sono a Padova!”. Tutta questa prima parte del resoconto, in altri termini, evidenzia fino a che punto la prospettiva preliminare propria di chi si accinge a dare significato agli eventi sia in grado di resistere all’evidenza: non c’è dubbio, si tratta dell’ennesimo caso di dissimulazione!

Molto di quanto avvenuto potrebbe far sorridere per la sua grossolanità, se non fosse che la povertà della dinamica comunicativa si estende ad intaccare zone di forte rilevanza per il percorso di cura. Al di là della questione che abbiamo lasciato in sospeso relativamente al codice-colore con cui è stato effettuato l’accesso, nella seconda parte del protocollo emerge, infatti, un’ulteriore forte carenza a livello di interlocuzione. Il paziente rivela delle difficoltà nella comprensione linguistica (siamo ormai a distanza di tre giorni dal ricovero e la confusione/difficoltà non può più essere imputata alla sola componente traumatica) e ciononostante gli operatori che hanno il compito di effettuare la rilevazione dati non si pongono né il problema di attivare il servizio di mediazione linguistico-culturale, né di cercare delle vie di comprensione riformulando le domande e le affermazioni con una terminologia più semplice ed adeguata alle competenze linguistiche. La via prescelta è, al contrario, quella di rompere la dinamica comunicativa: l’operatore decide di compilare autonomamente la modulistica, lasciando in bianco i campi rispetto ai quali non ha le informazioni richieste, senza formulare altre domande. Ne consegue una carenza generale di dati informativi. La cartella potrà, ora, riportare tutti i dati amministrativamente necessari (nome, cognome e data di nascita presumibilmente corretti), che saranno anche avallati dalla firma del paziente, ma senza che quest’ultimo si fosse reso conto di quanto andava firmando e senza la possibilità di fornire altre indicazioni che avrebbero potute essere utili per la gestione del caso (per il periodo di permanenza in ospedale, così come per le dimissioni e per la messa a punto del percorso di cura). La sola cosa che risulterà al paziente da quel momento in avanti sarà quanto l’operatore gli avrà detto a voce: “Questo è un foglio che dice che non sei in grado di pagare. È per le pratiche per il ricovero”; ogni altra informazione contenutavi, ivi compreso il fatto di avere/non avere familiari a carico, risulterà siglata senza che il paziente se ne renda conto.

Si rende evidente che se *stat rosa pristina nomen*, è d’altra parte vero che *nomina nuda tenemus* e che questo comporta facilmente lo scomparire della persona rispetto alla costruzione burocratica del caso. Nonostante la grossolanità di tutta questa situazione, a conclusione di questa sezione occorre, d’altra parte, fare riferimento al fatto che sono sicuramente presenti situazioni di effettiva volontà di dissimulazione.

Documentazione

Il carattere barocco della normativa

Un dato che è emerso con estrema frequenza dagli operatori e che ha trovato un significativo riscontro anche sul versante degli utenti è quello relativo alla gestione degli incartamenti che, in un modo o nell’altro, vengono richiesti per accedere alle prestazioni o nel dipanarsi del percorso di cura. Gli operatori lamentano spesso delle difficoltà in questo ambito:

310. Si presentano difficoltà a livello burocratico per documenti incompleti o scaduti.

311. *Lavorando in un D.H. le problematiche più frequenti che s'incontrano, oltre alla lingua, sono la mancanza di documentazione, certificazione adatta, corretta e aggiornata per usufruire delle prestazioni richieste, comportando così una serie di disagi e aumento della frequenza di errori burocratici e amministrativi. Tutto ciò a discapito del tempo dedicato per un 'servizio' adeguato.*
312. *Quotidianamente si presentano utenti stranieri non in regola con il permesso di soggiorno e quindi senza documenti, impegnativa e difficoltà nell'espletare il pagamento del ticket. Sono situazioni nelle quali non sai mai come comportarti: rifiuti di fare la prestazione o la fai e lasci perdere?*
313. *Altro tasto dolente sono i documenti: non sono in regola (passaporto scaduto o permesso di soggiorno scaduto da mesi), non hanno i soldi per pagare l'intervento, si scambiano i documenti per fare l'intervento, vanno a fare gli esami del sangue scambiandosi la tessera sanitaria, non pensando alla gravità della situazione (se hanno bisogno di sangue)...*

Questo breve raggruppamento evidenzia la presenza di difficoltà di diverso genere, poiché le affermazioni degli operatori sono riferite talvolta alla documentazione anagrafica, talvolta a certificazioni relative alle modalità di presenza nel territorio nazionale, talvolta a materiale che concerne l'area sanitaria in modo specifico e la procedura da seguire nelle varie circostanze ci sono diversi fattori che possono rendere poco chiara la comprensione della trafila procedurale, sia sul versante degli utenti, sia su quello degli operatori, non ultimo la complessità della normativa e della relativa casistica.

Quanto previsto dalla normativa nel suo stratificarsi successivo dà, infatti, forma ad una casistica complessa ed intricata, tanto da configurare un vero e proprio ginepraio di documenti e situazioni. Testimonianza della difficoltà di orientamento in questo ambito, più che da singoli episodi o da specifici resoconti, viene fornita dalle caratteristiche delle domande¹³² che sono state effettuate dagli operatori al relatore che, nell'ambito del corso di formazione, ha trattato questa specifica tematica, nonché dal dibattito che si è svolto in quella sede. Le une e l'altro rivelano, infatti, implicitamente o esplicitamente, una condizione caotica di fondo relativamente alle informazioni possedute e padroneggiate dagli operatori e, di conseguenza, alle richieste che possono venire rivolte agli utenti.

Un ambito di problematicità, segnalato a più riprese, ha riguardato il fatto che gli utenti spesso non siano in grado di esibire delle tessere sanitarie regolari ed in corso di validità pur dichiarandosi regolarmente presenti. In questi casi la casistica ha mostrato un'ampia articolazione di possibilità, in quanto dal dibattito è emerso che:

- l'iscrizione al SSN è obbligatoria ed automatica per alcune categorie di persone che hanno regolare permesso di soggiorno, ma volontaria per altre e che, di conseguenza, per capire quale sia la situazione del singolo utente, l'operatore talvolta richiede l'esibizione del permesso di soggiorno;
- ma il permesso di soggiorno, anche qualora esibito, non sempre riporta le ragioni del soggiorno (e quindi non sempre consente di individuare la categoria di appartenenza e, di conseguenza, l'obbligatorietà o meno di iscrizione al S.S.N.);
- inoltre il soggetto potrebbe anche trovarsi in situazione di regolarità avendo effettuato domanda di rinnovo, ma non essere ancora in possesso del permesso in quanto i tempi per il rilascio si protendono per mesi;

¹³² Anche in questa prospettiva ci sembra importante la riflessione portata avanti da Gadamer in *Verità e metodo*, laddove il filosofo s'interroga sulla "logica di domanda e risposta" ed evidenzia come la cornice ermeneutica di un testo sia fornita in primo luogo dallo "orizzonte della domanda".

- in mancanza di questo si può ovviare con l'esibizione della domanda di richiesta di permesso di soggiorno, un permesso che potrebbe anche non venir più accordato, ma che rende temporaneamente idoneo il soggetto all'iscrizione al S.S.N., ma in tal caso l'utente dovrebbe comunque essere in possesso di una tessera sanitaria in corso di validità, solo che questo può avvenire solo se, dopo aver effettuato la domanda di rinnovo, l'utente si è anche recato nel proprio Distretto di riferimento, poiché questa situazione non dà adito ad un rinnovo automatico dell'iscrizione al S.S.N., ma l'utente, così come l'operatore, non sempre ne è a conoscenza¹³³.

Al di là del fatto tutte queste possibilità abbiamo una loro logica e legittimazione, non è certo immediato per l'operatore orientarsi e capire, soprattutto se si tiene conto che tutto questo fotografa solo una delle tante casistiche possibili. Altrettanto complessa è, infatti, la situazione dei cittadini comunitari per quanto riguarda la variabilità della documentazione da conoscere e gestire, poiché, se è vero che i comunitari residenti dovrebbero avere regolare tessera di iscrizione al S.S.N., per i comunitari non residenti potrebbero presentarsi diverse situazioni:

- dovrebbero avere la tessera T.E.A.M. (che comprende anche la possibilità di avvalersi di un medico di medicina generale e di un pediatra di libera scelta);
- poiché non tutti i Paesi U.E. hanno rilasciato la tessera T.E.A.M., in alternativa dovrebbe poter esibire un certificato provvisorio;
- nel caso di presenza sul territorio nazionale per 'particolari esigenze' (ad es. per motivi di lavoro) potrebbe esibire un modello internazionale rilasciato dall'istituzione sanitaria del paese di origine (il quale dà diritto a specifiche prestazioni e può a sua volta comprendere o meno i vari famigliari);
- poiché non tutti i Paesi U.E. hanno abbandonato il sistema delle mutue per adottare un sistema universalistico, potrebbe non essere iscritto a nessuna cassa mutua, pertanto non poter esibire nessuna tessera, certificato provvisorio o altra documentazione.

Anche la stessa esibizione della Tessera Europea di Assicurazione Malattie, d'altra parte, non è di per sé garanzia di copertura. Occorre in primo luogo vedere dove è stata rilasciata, poiché lo Stato italiano ha fornito le tessere anche a non aventi diritto (avendole rilasciate non a tutti gli italiani residenti, ma a tutti coloro che erano regolarmente presenti in Italia in un dato momento). Ne consegue che non necessariamente il non italiano che esibisce una tessera T.E.A.M. rilasciata dall'Italia è economicamente coperto per le prestazioni sanitarie, mentre in genere lo sono gli stranieri la cui T.E.A.M. è stata rilasciata all'estero. Un'irregolarità, questa, che coinvolge il momento attuale e che potrà trovare soluzione solo con lo scadere delle vecchie tessere ed il subentro delle nuove.

Se fin qui abbiamo parlato di presenze comunitarie, si apre poi il vasto capitolo dei cosiddetti extracomunitari, regolarmente ed irregolarmente presenti sul territorio nazionale. Prima di addentrarci nel più vasto scenario, per completare la casistica occorre, però, menzionare due ulteriori categorie che alimentano la variabilità della documentazione esibibile:

¹³³ Paradossalmente l'utente, qualora avesse effettuato la procedura prevista, proprio per la lunga tempistica che concerne il rilascio dei permessi di soggiorno, potrebbe anche trovarsi nella condizione opposta: quella di poter esibire una tessera sanitaria valida in presenza di una mancata concessione del rinnovo del permesso di soggiorno.

- quella relativa agli Stati convenzionati (Argentina, Australia, Brasile, Bosnia-Erzegovina, Croazia, Isole capoverdiane, Macedonia, Montenegro, Principato di Monaco, Repubblica di San Marino, Serbia): le persone che provengono da questi paesi, infatti, solitamente (ma non necessariamente) possono esibire specifici modelli rilasciati dagli Stati di provenienza, ma non è affatto scontato che tale ‘modello’ venga loro fornito ed inoltre il modello può essere valido per alcune categorie professionali e non per altre;
- quella dei veneti espatriati: per una Regione come il Veneto esiste l’ulteriore possibilità di riconoscere le prestazioni sanitarie a questa particolare categoria di persone (persone, cioè, che non sono iscritte al S.S.N., ma per cui l’ultimo comune di residenza in Italia si è collocato in Veneto). Una possibilità, questa, che viene riconosciuta su base di autocertificazione (senza, quindi, dover esibire una documentazione predisposta), che non è in vigore in altre Regioni d’Italia e che non vale per coloro che prima dell’espatrio risiedevano in Regioni diverse dal Veneto.

Entrando ora, decisamente, nell’area cosiddetta degli extracomunitari, la casistica distingue fra diverse categorie, a loro volta raggruppate in due macrosettori: stranieri regolarmente presenti ed irregolari.

Gli stranieri regolarmente presenti possono a loro volta essere iscritti o meno al S.S.N.. In particolare:

- vengono automaticamente iscritti coloro che lavorano ed altre specifiche categorie (fra cui i richiedenti asilo e le persone in affido/adozione). Tale condizione è estesa ai familiari a carico (a loro volta regolarmente soggiornanti) ed a quanti abbiano fatto richiesto di rinnovo del permesso;
- è prevista la possibilità di un’iscrizione volontaria per chi è presente sul territorio nazionale per motivi di studio (o anche per motivi religiosi qualche altra categoria). Qualora tale iscrizione non venga effettuata si è però tenuti ad assicurarsi contro malattie, infortuni, maternità mediante stipula di apposito contratto;
- qualora si verifichi il caso di uno straniero regolarmente presente che non rientri in nessuna delle due categorie menzionate sopra è tenuto a pagare per intero le prestazioni sanitarie.

Gli stranieri che si trovino in condizioni di irregolarità rientrano, invece, in una casistica ulteriore.

Occorre specificare che si trova in condizione di irregolarità chiunque non sia in possesso di permesso di soggiorno, o in quanto non l’ha mai avuto, o in quanto non è in corso una sua attività di rinnovo. Per chiunque si trovi in questa condizione, non è possibile l’iscrizione al S.S.N.: per accedere alle prestazioni sanitarie è previsto il rilascio in una specifica tessera per Straniero Temporaneamente Presente (S.T.P.). La normativa prevede che tale tessera venga rilasciata laddove si fornisce l’assistenza per la prima volta, quindi nella sede della prima erogazione, tramite l’assegnazione di un codice regionale, senza esibizione di alcun documento d’identità da parte dell’utente. La persona dichiara i propri dati, l’operatore ne prende atto ed assegna il codice S.T.P. (con, peraltro, il divieto di segnalare il nominativo alla polizia, se non in specifici casi, in modo da fornire garanzie di tutela per la salute, evitando, con questo di fornire ragioni per cui le persone potrebbero rinunciare alle necessarie prestazioni). La fattibilità della cosa dovrebbe essere resa possibile in virtù di un collegamento in rete dei diversi portali d’accesso. L’assegnazione del codice, e poi della tessera, comporta l’ammissione della persona alle prestazioni su tutto il territorio nazionale, ma la tessera

ha fisionomia specifica di Regione in Regione e ciò comporta che ogni operatore possa trovarsi a veder esibite tessere diverse, in quanto rilasciate da enti presenti in Regioni diverse, ma aventi tutte la stessa validità.

Sulla base di quanto previsto dalla normativa vigente (art. 35 della legge n. 40 del 6 marzo 1998, Testo Unico su la condizione dello straniero in ambito sanitario) il rilascio del codice/tessera S.T.P. da diritto a “le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio” specificando poi, al comma 4, che “le prestazioni sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi delle condizioni economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani”.

I due ultimi commi menzionati, lineari negli enunciati ed apparentemente semplici, sono, nella pratica, a loro volta forieri di molteplici difficoltà.

Già definire che cosa debba intendersi per ‘cure urgenti’ e per ‘cure essenziali’ è cosa non immediata, tanto che è dovuta subentrare una circolare esplicativa (C.M. n. 5, del 24 marzo 2000) per fornire degli elementi di orientamento in tal senso. In particolare si legge nella Circolare che, oltre a quanto già previsto nel Testo Unico relativamente agli interventi che riguardano la tutela della gravidanza e della maternità, la tutela del minore, le vaccinazioni, gli interventi di profilassi internazionale e quelli di profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai, sono da intendersi come cure urgenti “le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona” e come cure essenziali “le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell’immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni, aggravamenti)”. Questa delucidazione non può, però, essere dirimente ogni specifico caso e sarà il medico a stabilire di volta in volta se la prestazione richiesta rientra in almeno una delle due categorie o meno. Un’ulteriore delimitazione, viene però dal fatto che non ad ogni medico viene riconosciuta la possibilità di decidere circa il carattere di essenzialità delle prestazioni richieste¹³⁴: i medici a cui è ricondotta la facoltà di decidere intorno a questo sono piuttosto pochi e sono rintracciabili solo in alcune specifiche strutture¹³⁵. Una volta effettuata la valutazione il medico può apporre uno specifico timbro alla richiesta (l’impegno conterrà, allora, oltre all’indicazione del codice S.T.P., quella relativa alla prestazione intesa come ‘essenziale’): è solo a questa condizione che il carattere di essenzialità della prestazione viene riconosciuto come tale.

Per concludere questo *excursus* su quello che abbiamo definito ‘il carattere barocco della normativa’, un punto di vertice è sicuramente rappresentato da quanto previsto intorno alla questione del pagamento del *ticket* nel caso delle situazioni di irregolarità.

Come già precedentemente indicato, il quarto comma dell’articolo 35 del T.U. recita che le prestazioni vengono effettuate “senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi delle condizioni economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa

¹³⁴ L’articolo n 8 del regolamento di attuazione dice che “Le Regioni individuano le modalità più opportune per garantire che le cure essenziali e continuative previste dall’art. 35, comma 3, del T.U. possano essere erogate nell’ambito delle strutture della medicina del territorio o dei presidi sanitari, pubblici e privati accreditati, strutturati in forma poliambulatoriale od ospedaliera, eventualmente in collaborazione con organismi di volontariato aventi esperienza specifica.” La modalità individuata in Veneto è che vi siano alcuni medici prescrittori, dotati di uno specifico timbro.

¹³⁵ Per quanto riguarda il territorio della U.L.S.S. 16 i medici a cui viene riconosciuta questa facoltà decisionale sono quelli del Pronto Soccorso centrale e pediatrico e dei Pronto Soccorso dell’Ospedale San Antonio e della casa di cura di Abano Terme, dell’ambulatorio delle Cucine Popolari e dell’Asilo Notturno, del Dipartimento per le dipendenze e dell’ambulatorio multietnico e della struttura Alta Professionalità Immigrazione della USL siti nella sede centrale di via Scrovegni 12.

a parità con i cittadini italiani”. Anche questa formulazione è apparentemente semplice e lineare, ma assume carattere problematico nel momento in cui la si contestualizza in maniera più ampia. Più estesamente, se facciamo riferimento alla stessa Circolare Ministeriale esplicativa che abbiamo menzionato sopra, il testo recita che “Lo straniero indigente, non in regola con le norme relative all’ingresso ed al soggiorno, è esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa, in analogia con il cittadino italiano” e questo per quanto concerne tutte le tipologie di prestazioni già indicate. In pratica, lo straniero irregolarmente presente che acceda alle prestazioni sanitarie, è, da questo punto di vista, soggetto alle stesse regole del cittadino italiano. La confusione emerge con la premessa dell’affermazione precedente, laddove si parla di indigenza. L’uso di questo termine, introduce, cioè una sostanziale confusione. Con la dichiarazione d’indigenza la persona dichiara di non avere risorse economiche, ma la dichiarazione d’indigenza viene effettuata, tramite autocertificazione, in relazione al rilascio della tessera S.T.P. e non dà diritto ad un’esenzione dal pagamento, bensì al diritto a pagare (solo) il *ticket* per le varie prestazioni. In realtà, con la dichiarazione d’indigenza la persona non sta dichiarando una condizione di indigenza, ma di poter godere di risorse proprie tali da poter contribuire al pagamento delle prestazioni. Difficile che l’interpretazione di questo passaggio possa risultare analoga per tutti.

Nel labirinto senza il filo di Arianna

Data la situazione delineata sopra, ci sembra che sul versante dell’operatore non sia facile capire che cosa debba essere richiesto di volta in volta per dar corso alle prestazioni e questo non può non creare delle difficoltà. Già precedentemente, con il resoconto n. 242¹³⁶, abbiamo incontrato un’espressione di disagio, che in quel caso riguardava, però, una circostanza relativamente inconsueta, in quanto riferita ad un richiedente asilo; la trascrizione che riportiamo qui di seguito fa, invece, riferimento ad una condizione più generale di irregolarità:

314. La signora x, albanese, viene in visita al fratello che vive come regolare in Italia; viene successivamente ricoverata e, diagnosticatole l’insufficienza renale cronica, entra in dialisi peritoneale; la richiesta più pressante è che entri in lista di trapianto quanto prima. E’ clandestina e le viene rilasciato un tesserino sanitario S.T.P.. Mi occupo dell’immissione in lista, ciò significa programmare tutti gli esami necessari previsti da un preciso protocollo. Le difficoltà incontrate sono state, esame per esame, fare la richiesta e avere gli appuntamenti, dato che anche le colleghe del C.U.P., a loro volta, non riuscivano ad inserirla al computer perché senza l’esenzione richiesta in questi casi. Tutte le persone di riferimento, medico e colleghe, non avevano, come me, informazioni sufficienti di tipo legislativo e organizzativo. Una volta riuscita a fissare l’appuntamento in sede di visita esame diagnostico, ricevo una telefonata per chiarire come scaricare la prestazione, con una minaccia di non eseguirla. Alla fine ne sono venuta a capo, ma con tanta fatica e con innumerevoli dubbi perché nessuno oltre a me ha capito quali fosse effettivamente la giusta strada da percorrere. Nel frattempo, il fratello, che ha accolto la signora nella propria casa, e a sua volta ha famiglia, mi ha fatto continue pressioni, a volte estenuanti, perché in fondo io rappresentavo il suo unico punto di riferimento, in quanto cercavo in ogni caso di dare risposte. Nel tempo si è creata tensione da ambo le parti, perché da parte sua probabilmente percepiva una non volontà nostra di aiutarlo, da parte mia perché non avendo io stessa le idee chiare non potevo dargli risposte precise. Devo aggiungere che il medico non si è interessato più di tanto al caso, si è limitato a richiedere l’autorizzazione a procedere per il trapianto a chi di dovere, ma non ad approfondire le problematiche riguardo le procedure. Subentrato il nuovo primario si è arrivati al traguardo e nel frattempo è stata preparata la madre della signora in qualità di donatrice (anche lei clandestina). Credo che nessuno, però, sappia tuttora quale sia la procedura in questi casi. I miei rapporti con la paziente e la famiglia sono buoni e il fratello mi cerca ogni qualvolta

¹³⁶ Cfr. cap. relativo ai “Pagamenti”/“Le reazioni del personale” all’interno della sezione su “Lo stile organizzativo”/“Un mondo di regole”.

si trovi in difficoltà. Reazioni emotive: mi sono sentita investita di una responsabilità superiore alle mie competenze e innervosita dall'atteggiamento del fratello che non credeva a ciò che tentavo di spiegare e ha sempre preteso molto di più dei pazienti italiani.

In questo caso la carenza informativa è percepita ed espressa in modo chiaro dall'operatore il quale, però, non mostra di sapersi ben orientare neanche nel normale funzionamento istituzionale. In questo caso, infatti, l'operatore avrebbe potuto/dovuto rivolgersi al Servizio Sociale attivo all'interno dell'Azienda in modo da avvalersi dell'aiuto dell'Assistente Sociale per la gestione del caso.

Rimanendo sul versante dei resoconti scritti, un'altra indicazione che ci consente di mettere a fuoco la presenza di una certa confusione fra gli operatori relativamente a quanto sia necessario richiedere a livello di documentazione, è quella fornita dalla seguente, lapidaria affermazione:

315. Ragazza brasiliana adottata da italiani: ho chiesto a lei il permesso di soggiorno.

In questo caso l'operatore, a distanza di qualche tempo dall'episodio si è accorto dell'inadeguatezza della richiesta da lui stesso effettuata e proprio per questo è stato in grado di segnalarcela. L'operatore che formula una richiesta inadeguata, nel momento in cui l'effettua, non è, però, consapevole del suo carattere di inadeguatezza, non c'è pertanto da attendersi che questo tipo di casi possa venire segnalato con la stessa frequenza con cui si verificano di fatto. Per individuare delle altre indicazioni in tal senso, più che i resoconti forniti con procedura scritta, possono, allora, risultare utili i dibattiti intercorsi nell'ambito del corso di formazione. Da questo materiale emerge, infatti, con una certa chiarezza la presenza, da parte di un numero significativo di operatori, di una mancanza di consapevolezza circa le modalità procedurali che devono essere obbligatoriamente o meno effettuate, nonché circa il significato che possono rivestire per l'utente le diverse richieste rivoltegli. L'intervento che riportiamo qui di seguito lo rende del tutto evidente:

316. Una cosa che purtroppo mi dispiace vedere è quando vai a chiedere i documenti... gli irregolari hanno paura di mostrare questi documenti, perché magari non ce li hanno, ma hanno paura a dire 'sono clandestino', a volte dicono che ce li ha l'amico... allora io a volte li metto un po' alle strette e gli dico, guarda cerca di procurarteli entro oggi pomeriggio altrimenti devi pagare tutto il ricovero, allora nel giro di 2 ore arrivano i documenti. È una cosa che mi da un po' fastidio perché ti senti presa in giro... qualsiasi documento. Se un paziente è irregolare in qualche modo ... devono riferire nome e cognome poi c'è l'addetto dell'accettazione che viene e con qualsiasi documento, passaporto, permesso di soggiorno... in base a quello che si ha si produce questa tessera.

Come accennavamo sopra, in questo caso l'operatore ha effettuato questa dichiarazione nel contesto di un dibattito che si è sviluppato all'interno del corso di formazione; nell'ambito della discussione, presentandosi, ha specificato anche che quanto riferito è da intendersi come relativo alla sua attività di reparto, quindi non al momento dell'accesso ospedaliero, cioè ad uno sportello o al Pronto Soccorso, ma ad una fase ad esso successiva. Quanto afferma l'operatore mostra una difficoltà di orientamento nel problema. Nel caso degli irregolari, infatti, come già abbiamo avuto modo di evidenziare, la legge non prevede che si richieda un documento identificativo: è sufficiente che la persona autocertifichi la propria identità perché gli si assegni un codice S.T.P.; inoltre, non è affatto chiaro come sia possibile che l'utente, irregolare, fosse giunto fino all'effettivo ricovero in reparto senza che gli venisse preliminarmente rilasciato il codice/la tessera di Straniero Temporaneamente Presente. La confusione procedurale sembra, pertanto, estendersi al di là del singolo operatore e di quanto esplicitamente riferito.

Sempre relativamente alla richiesta di esibizione di documenti, un'ulteriore tipologia di problemi che è emersa in fase di dibattito ha riguardato le conseguenze dell'entrata nella

Comunità Europea dei cittadini romeni. Ricordiamo, a tale proposito, che la presenza romena nel territorio padovano è particolarmente consistente e che, pertanto, sono piuttosto frequenti le situazioni di utilizzo della struttura ospedaliera da parte di questa categoria di migranti; ciononostante, alcuni operatori hanno mostrato di non sapersi affatto orientare nella problematica relativa all'uso delle tessere di accesso che questa tipologia di utenti può legittimamente esibire, tanto che in fase di dibattito sono ripetutamente emerse affermazioni analoghe alle seguenti:

317. Io ho capito che la TEAM può essere anche sostituita momentaneamente dal permesso di soggiorno.

318. Ho ricevuto la comunicazione che chi è della Comunità Europea, però non è in possesso della tessera TEAM, ha comunque bisogno dell'STP.

Queste affermazioni, così come le discussioni effettuate successivamente agli interventi, evidenziano una vera e propria confusione relativamente alla questione della regolarità/irregolarità della presenza sul territorio nazionale e della documentazione ad essa relativa. Alcuni operatori hanno, infatti, mostrato di non distinguere fra il certificato provvisorio che può essere rilasciato in attesa di T.E.A.M. ed il permesso di soggiorno¹³⁷, così come hanno mostrato di ritenere legittimo richiedere l'esibizione di un documento legato ad una situazione di irregolarità (S.T.P.) a cittadini comunitari, non rendendosi conto che essi, in quanto tali, godono di un diritto di libera circolazione su tutto il territorio e che, pertanto, non possono rientrare nella categoria degli irregolari. Capita, pertanto, che la richiesta di esibizione di STP venga effettuata in modo improprio ed a questo si connettono, poi, necessariamente, specifiche aspettative legate alla procedura da seguire (ricorso a strutture di volontariato, modalità di pagamento delle prestazioni, ecc.).

In definitiva, riprendendo quanto già riportato con la sequenza n. 234, richiamiamo una delle affermazioni ad essa interna (l'affermazione 'g'), articolandola ulteriormente:

319. Io lavoro in PS, dove a questo punto ho capito che vige l'anarchia. Stranieri ne vediamo tantissimi. Stranieri con l'STP ultimamente pochi. Stranieri con la tessera TEAM pochissimi. Stranieri che non presentano alcun documento quasi tutti. Lo straniero non comunitario che non presenta alcun documento di riconoscimento sanitario noi dobbiamo inserirlo come pagante, per cui pagherà per intero la prestazione. Dopo se lui se l'è dimenticata, non ce l'ha, l'ha persa, noi questo non lo possiamo sapere. Fatto sta che risulta pagante. Noi abbiamo solo l'indicazione di fare una fotocopia del documento d'identità o se non ce l'ha... chiedergli i dati, che possono essere giusti come no.

L'operatore che ha formulato queste affermazioni stava facendo riferimento ad una direttiva a suo dire risalente ad un livello gerarchico superiore. Non è chiaro se quanto riportato ripetesse alla lettera le istruzioni fornite o se fosse frutto di una propria interpretazione. Quello che sembra risaltarne è la presenza di quella dimensione caotica di cui l'operatore fa menzione in apertura del proprio discorso: sicuramente un'anarchia non perseguita intenzionalmente, ma con tutta probabilità frutto di una confusione di fondo. In questo caso, infatti, per prima cosa non risulta chiaro se si differenzi o meno fra straniero non comunitario regolarmente o irregolarmente presente; una volta specificato questo, occorre però effettuare una serie di altre considerazioni che conducono tutte all'impossibilità di generalizzare la procedura di cui sopra ed, anzi, alla

¹³⁷ Al di là dello specifico dibattito, anche il relatore che è intervenuto su questa tematica ha confermato che talvolta all'ufficio competente della ULS16 sono pervenute segnalazioni di operatori che chiedono passaporto o visto a cittadini UE. Ha specificato, inoltre, che qualora il cittadino UE si trattenesse sul territorio italiano per più di tre mesi allora sarebbe tenuto ad avviare una serie di procedure per l'ottenimento di un permesso di soggiorno. Questa ulteriore distinzione, che aumenta la variabilità delle situazioni, non viene, però generalmente effettuata dagli operatori.

necessità di considerarla, semmai, come riferibile ad un ristrettissimo ambito di situazioni. Nel caso di irregolarità della presenza la documentazione sanitaria è, infatti, riconducibile al codice S.T.P., che, come già precedentemente illustrato, è previsto venga rilasciato in sede di primo accesso alle strutture sanitarie; nel caso di presenza regolare dello straniero non comunitario la mancanza di documentazione sanitaria potrebbe, invece, essere riconducibile a soggiorno per lavoro o per altre ragioni che comportano l'iscrizione automatica al S.S.N.¹³⁸, oppure a soggiorno per motivi di studio o per altre ragioni che comportano un'alternativa di copertura, oppure, infine, per turismo. E' solo negli ultimi due casi fra tutti quelli menzionati che può trovare giustificazione l'affermazione contenuta nella trascrizione n. 295 relativamente all'inserimento come pagante dell'utente straniero non comunitario che non esibisca un documento sanitario; nella stragrande maggioranza delle situazioni la cosa non trova, invece, giustificazione.

Occorre, d'altra parte, rilevare un'altra questione che è emersa sia in sede di dibattito, sia durante il periodo di osservazione, relativamente alle modalità del rilascio della tessera per Stranieri Temporaneamente Presenti. Gli operatori del Pronto Soccorso hanno, infatti, segnalato una recente modifica nelle modalità organizzative:

320. In Pronto Soccorso avevamo uno sportello vicino a quello del triage. Gli stranieri con nessuna tessera venivano registrati e con il foglio del triage andavano allo sportello di fianco a fare l'S.T.P.. L'hanno tolto.

Questo cambiamento ha comportato un grosso sconcerto: gli operatori che per un certo periodo di tempo si erano sentiti confortati dalla presenza di uno sportello specificamente dedicato alla gestione amministrativa delle situazioni di irregolarità, una volta tolto il servizio dalla sede del Pronto Soccorso, hanno percepito un forte senso di abbandono rispetto alla problematica. In realtà l'attività in oggetto è stata demandata ad un ufficio situato al piano superiore, ma il cambiamento intercorso non è stato accompagnato da un adeguato sistema di informazioni, tanto che sia durante il periodo di osservazione, sia dai dibattiti effettuati durante il corso di formazione, gli operatori hanno mostrato di non essere quasi mai a conoscenza dell'esistenza dell'ufficio ed ha prevalso in larga misura la percezione di essere lasciati a dover decidere autonomamente il da farsi nelle varie situazioni con la percezione di quel senso di caos e, talvolta, di anarchia, di cui più volte si è detto.

Per concludere questa parte relativa al disorientamento degli operatori rispetto alla presentazione o meno dei vari tipi di tessere sanitarie riportiamo ancora un caso che, se non aggiunge niente a quanto detto finora, risulta però interessante in quanto rende palese come una difficoltà a questo livello possa interagire con altri fattori.

321. Un lunedì mattina vengo chiamata in triage dall'infermiera che lo stava eseguendo per verificare la posizione sanitaria di una bambina di nazionalità marocchina in quanto aveva la tessera sanitaria scaduta. Parlando con la mamma non riesco a capire se avevano fatto una richiesta di rinnovo del permesso perché di tutta la parte burocratica se ne occupa il marito (la mamma della bambina parlava pochissimo italiano). Arrivato il papà cerco di spiegargli quello di cui avevo bisogno (rinnovo del permesso, rinnovo della tessera). Mi risponde che non ha niente perché non ha il tempo di andare per uffici in quanto lavora. A questo punto il papà va in escandescenza arrivando anche alle minacce nei nostri confronti

¹³⁸ L'assistenza sanitaria per lo straniero regolarmente soggiornante per uno dei motivi per i quali è prevista l'obbligatorietà di iscrizione al S.S.N. (fra cui per motivi di lavoro) non è data dall'esibire la tessera: la sua esibizione concerne un momento puramente ricognitivo, non costitutivo del diritto. Se la persona non ha perfezionato la procedura per il ricevimento della tessera, quindi che ne sia in possesso o meno, ha comunque accesso all'assistenza a parità di diritti con gli italiani. In un certo senso viene iscritto dovunque si presenti, deve solo perfezionare la formalità, in modo tale che, fra l'altro, possa scegliere ed usufruire di un Medico di Medicina Generale.

e minacciando di non far fare nulla alla bambina perché non ha soldi per pagare. Pazientemente mi metto a parlare con lui e cerco di capire dov'è la difficoltà nel rinnovare questa tessera sanitaria. Capisco che non gli è stato spiegato da nessuno qual è l'iter burocratico che deve seguire, quindi gli scrivo su un foglio di carta dove deve recarsi per i vari rinnovi (permesso, tessere) per lui e per i suoi famigliari, consigliandolo intanto di far visitare la bambina e successivamente di farci arrivare la tessera che avremmo provveduto a togliergli il pagamento. Con mia grande sorpresa il papà non solo si è immediatamente calmato ma mi ha anche ringraziato per quello che avevo fatto per lui. In quel momento mi sono sentita utile e gratificata da quel suo "GRAZIE".

Probabilmente la collega che in quel momento effettuava il triage non aveva la minima idea di cosa vuol dire il rinnovo del permesso tra i vari uffici da girare, le carte da presentare ecc., non solo, non si era accorta che la signora non capiva una parola di quello che le stavamo chiedendo. Quindi si era creata una situazione di imbarazzo da parte della signora e di inquietudine da parte dell'infermiere. Arrivato il papà della bambina, la moglie, parlandogli in arabo, gli spiega quello che aveva capito (non necessariamente il giusto) ed è immediatamente nato un atteggiamento molto ostile da parte di lui, che a me sembrava inconcepibile. Parlando con lui, mi accorgo che la moglie, di tutto quello che le era stato chiesto, aveva recepito solo che per fare visitare la bambina dovevano pagare altrimenti non veniva visitata.

Questa situazione potrebbe a pieno titolo essere inserita fra quelle relative all'*escalation* dell'aggressività di cui si è parlato in un capitolo precedente¹³⁹, poiché rende evidente come la situazione stesse assumendo un andamento esponenziale in virtù di una deficienza comunicativa che non era stata messa a fuoco dal primo operatore, nonché di una carenza informativa presente su entrambi i versanti. Tutto cambia, infatti, radicalmente, nella dinamica e nei toni, nel momento in cui il secondo operatore (che inizialmente era caduto nello stesso errore del primo) si accorge di quanto sta avvenendo sul piano relazionale, tanto da trovarsi sorpreso dai suoi stessi esiti (uno stupore a suo volta indice di un diverso sistema di attese).

D'altra parte, il grado di consapevolezza ed abilità comunicativo-relazione sembra piuttosto disomogeneo fra gli operatori che sono intervenuti.

Uscendo dalla 'ristretta' questione della presentazione delle tessere sanitarie, ma rimanendo nel campo dell'adeguatezza della documentazione sanitaria che viene richiesta e presentata, si apre anche il complicato scenario delle prestazioni a cui si ha o meno diritto e delle modalità di pagamento ad esse inerenti.

Abbiamo introdotto questa questione in riferimento agli stranieri irregolarmente presenti facendo riferimento all'articolo n. 35 del T.U., in particolare, ai commi n. 3 e n. 4. Per quanto riguarda il punto n. 3, relativo alle tipologie di cura che vengono assicurate loro, come già abbiamo esplicitato, è previsto che solo un ristretto numero di medici possa certificare il carattere di essenzialità della prestazione richiesta e che questo debba essere attestato con un apposito timbro apposto all'impegnativa. Anche in ambito medico, però, la competenza informativa sembra non essere ottimale e gli operatori hanno segnalato più volte delle situazioni di difficoltà verificatesi nel momento in cui l'utente si è presentato alla struttura ospedaliera esibendo la certificazione rilasciata dal medico ed avendo maturato specifiche aspettative in merito.

322. Capita l'impegnativa fatta da un medico di base a uno straniero che ha la tessera STP: può farlo?

323. A noi è capitata una richiesta delle cucine popolari solo con il nome dell'assistito e basta, c'era il timbro delle cucine popolari, ma era senza timbro di cure essenziali.

324. Capita che un medico specialista, pur non avendo il timbro, rilasci una prestazione per cure essenziali. La richiesta è con codice STP, ma non c'è il timbro nel frontespizio. Il

¹³⁹Cfr. cap. "La spirale dell'aggressività" all'interno della sezione su "La relazione operatore-paziente"/"Relazione"/"Ineducazione".

medico scrive con la penna 'cure essenziali' e timbra, ma non c'è il timbro delle cure essenziali.

325. *Sono arrivate e stanno arrivando delle impegnative senza il timbro. Una, ce l'ho sotto mano, non ha il timbro e non è la prima impegnativa pervenuta senza il timbro. La prestazione era già stata erogata. Abbiamo risolto con un giro di telefonate, lungo come... Mi è arrivata così dall'accettazione e mi è stato detto: fai scrivere al medico 'cure essenziali'. Serviva la conferma dell'avvenuta prestazione essenziale... Io non sono medico, sono l'infermiera, però devo porre attenzione, quando si presenta un STP devo mettere in evidenza al medico affinché il medico a modo suo certifichi, confermi che la prestazione che ha erogato faceva parte delle cure essenziali. Ci è stato chiesto dall'ufficio accettazioni di scrivere cure essenziali e il medico conferma che è una prestazione essenziale. C'è il codice STP ma manca il timbro.*

Le precedenti trascrizioni, tutte tratte dal dibattito effettuato nell'ambito del corso di formazione, illustrano una casistica piuttosto variegata di situazioni problematiche che si verificano in questo ambito.

L'affermazione n. 298, che termina con una domanda sulla legittimità della procedura, fa riferimento ad una delle possibilità di accesso alle prestazioni fornite dalla struttura ospedaliera che, però, è piuttosto inusuale. Non sono molti, infatti, gli stranieri in condizioni di irregolarità che, invece di rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso dell'ospedale, o invece di passare attraverso una visita medica preliminare effettuata in uno dei presidi dedicati (soprattutto strutture di volontariato), si rivolgono prima ad un Medico di Medicina Generale. Questa eventualità può comunque presentarsi, magari in virtù di una conoscenza pregressa, diretta o indiretta che sia, dei due interlocutori. Lasciando per il momento inesplorata la questione se la prestazione del medico venga di fatto pagata o meno dall'utente, ciò che ne risulta è una richiesta di prestazioni pienamente valida, ma senza che la persona possa usufruire delle prestazioni pagando il solo *ticket*. Il medico che ha effettuato la richiesta quasi sicuramente non ne è consapevole; al contempo, è del tutto probabile che il pagamento della prestazione nella sua interezza non rientri affatto nelle aspettative dell'utente che si presenterà poi allo sportello per la prenotazione di quanto necessario.

L'affermazione n. 298, invece, segue la via canonica prevista: le cucine popolari sono una delle strutture di volontariato che hanno l'autorizzazione ad effettuare prescrizioni anche per stranieri irregolari. La richiesta di cui parla l'operatore, com'è emerso dal dibattito successivo, riportava correttamente il codice S.T.P., ma non vi era stato apposto il timbro relativo alle cure essenziali. Con tutta probabilità, se non si era trattato di una semplice svista, il medico aveva ritenuto che il timbro della struttura con aggiunta l'indicazione del codice S.T.P. fossero sufficienti per l'espletamento della prestazione a condizione del pagamento del *ticket*.

L'affermazione n. 300 indica il verificarsi di altri tipi di situazioni: il medico specialista a cui arriva l'utente con la richiesta di prestazione e relativo codice S.T.P. si accorge che nell'impegnativa manca l'indicazione di 'cure essenziali', ritiene allora di poter ovviare alla carenza completando a mano la richiesta ed apponendovi un proprio timbro che la avvalori. Non si tratta, però di un medico prescrittore che rientra fra quelli che sono stati riconosciuti come tali per questa categoria di utenti e quindi dotati dello specifico timbro.

L'affermazione n. 301, infine, sembra che renda prassi generalizzata quella che è, invece, una situazione d'eccezione a cui, come ha rilevato il relatore a cui è stata presentata la questione, si sarebbe semmai dovuto rispondere con altre modalità:

326. *In mancanza dell'apposito timbro viene meno la cura essenziale. Anche lo specialista che visita la persona e poi ritiene che si debba fare qualcos'altro non scrive a penna 'cure essenziali'. Eventualmente sarebbe corretto un consulto con il primo medico prescrittore dicendogli: 'guarda ho rilevato che c'è un problema... ti segnalo il problema'. Ho visto di tutto in questo ambito... ma così non si fa il bene della categoria, né della persona. Stiamo parlando di persone che non sono in condizioni di floridezza economica. Si va a prescrivere*

in maniera non corretta pensando di fare il bene della persona e poi magari lo si mette in grossa difficoltà dal punto di vista economico. La regola garantisce tutti. Ha a monte una ratio.

Come si può ben vedere, anche in questo ambito la confusione regna sovrana ed ognuno vi sopperisce utilizzando le proprie coordinate di orientamento, che non sono necessariamente sempre le stesse. Capita, pertanto, che le impostazioni dei vari operatori rientrino in una gamma piuttosto diversificata, senza che essi stessi abbiano consapevolezza di questa varietà e, di conseguenza, del fatto che gli utenti si trovano a loro volta ad attraversare percorsi difformi (un questione che, come abbiamo avuto modo più volte di indicare, fa scivolare facilmente in percezioni ed accuse di razzismo con tutte le conseguenze a questo relative).

Come il relatore dell'affermazione n. 326 ha chiaramente evidenziato, le questioni che si pongono, oltre a riguardare tutto il percorso di cura dell'utente, hanno un immediato risvolto finanziario. Il comma n. 4 dell'articolo 35 tocca esplicitamente questa tematica ed abbiamo avuto modo di introdurre alcuni altri risvolti problematici ad essa inerenti proprio in quanto riferiti alla normativa ed alle sue interpretazioni. Ritorniamo adesso sul tema per andare a vedere quale lettura ed applicazione del testo di legge emerge dalle affermazioni degli operatori.

Come abbiamo già avuto modo di illustrare, il momento del pagamento delle prestazioni rappresenta uno specifico ambito di controversia, difficoltà di comprensione e disagio. Abbiamo anche già messo in luce la presenza di una certa difformità nel comportamento istituzionale (cfr. in particolare i resoconti 257-260). Senza ripetere quanto già detto, cerchiamo ora di evidenziare come anche la stessa formulazione del testo di legge tenda ad indurre interpretazioni diversificate. Il carattere barocco della normativa si esplica, in questo caso, attraverso il particolare uso del concetto di indigenza, con la procedura relativa alle modalità ed al significato della dichiarazione che viene effettuata in relazione al rilascio della tessera S.T.P.. Senza ripetere quanto già esposto a questo proposito, richiamiamo ora solo il fatto che tale dichiarazione tende a creare aspettative di totale esonero dal pagamento delle prestazioni che non corrispondono alla realtà delle cose. Questa aspettativa non è presente solo sul versante degli utenti, ma anche degli operatori, come emerge chiaramente da alcune domande ed affermazioni analoghe a quella riportiamo qui di seguito, che sono state formulate nell'ambito del corso di formazione:

327.Si parla di equiparare lo straniero agli italiani per il pagamento del ticket. Però se io lo considero indigente non paga il ticket.

Quest'affermazione, com'è evidente, tende a considerare il concetto d'indigenza come una variabile sovraordinata ad ogni ipotesi di pagamento, in linea con il significato comunemente attribuito al termine. Le prestazioni a cui si può accedere senza contributo alle spese, però, sono solo alcune e riguardano le aree della tutela della gravidanza e maternità, della salute del minore, delle vaccinazioni e degli interventi di profilassi internazionale, della profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive; per ogni altra prestazione è richiesto il pagamento di un ticket, a meno che non si rientri in altre specifiche categorie che non hanno a che vedere esclusivamente con l'indigenza, ma con l'età (fino ai 6 anni e dopo i 65) in combinazione con il reddito.

Su questo discorso generale, s'innesta poi la dimensione regionale, che introduce un'ulteriore variabilità sul territorio nazionale in quanto le Regioni possono anche riconoscere altri tipi di esenzione e questo avviene di fatto, ma in modo sostanzialmente disomogeneo.

In tutto questo si innesta poi un ulteriore fattore, poiché non tutti gli operatori sembrano essere nella condizione di poter definire con anticipo l'importo da pagare:

328. *A me capita che non sono in grado di stabilire l'importo del ticket subito. Prima faccio l'esame e poi mando l'utente a pagare. Si arrabbiano perché dicono: come, ho fatto l'esame anche ieri, non mi hanno fatto pagare esibendo l'STP, perché voi ora mi fare pagare? Allora io passo per la persona razzista.*

Perdersi

Sul versante dell'utenza ci si può forse attendere che la confusione possa essere minore rispetto a quanto emerso dal lato istituzionale. È infatti questo che ritengono, in genere, gli operatori, che hanno talvolta effettuato delle osservazioni intese a rimarcare come gli utenti siano ben informati relativamente ai loro diritti e pronti ad utilizzare ogni strategia di aggiramento delle norme. L'impressione che abbiamo ricavato dai colloqui effettuati con gli utenti non va, però, in questa direzione ed a ben guardare anche gli operatori hanno talvolta presentato dei resoconti da cui emerge una difficoltà reciproca ad orientarsi nel meandro delle legittime possibilità, sebbene essa possa essere a sua volta il prodotto di diversi modi di inquadrare problematiche analoghe.

Quanto riportiamo qui di seguito è tratto dalla testimonianza fornita da una delle persone che, in qualità di immigrato ed al contempo di esperto del settore, ha portato la propria testimonianza nell'ambito del corso di formazione e ci sembra costituisca un buon modo per inquadrare il problema dal punto di vista dell'utente immigrato a livello preliminare:

329. *Vi racconto la mia esperienza personale: una volta espulso arrivo qua e devo regolarizzare la mia situazione prima della scadenza dei 90 giorni del permesso turistico. Andare in questura, prendere il protocollo, riempirlo, marca da bollo, andare in un ufficio, no, non è qui deve andare in quell'altro, non è questo... è quest'altra qua, assicurazione... Venendo da un paese con una struttura molto semplice, mi trovo molto confuso... diviso a seconda del tipo di servizio a cui devo ricorrere. In Cile un unico numero vale per la carta d'identità, il passaporto, la partita IVA, il codice fiscale... un solo numero identifica la persona per tutto. In Italia sembra ci sia la mania di inventare sempre più numeri per confondere le persone. Qui anche il camminare per strada è organizzato: la fermata dell'autobus, non puoi passare di qua, la pista ciclabile, il semaforo, non pestare qui... l'ospedale, la quantità di uffici, comparti... prenota, prendi il numero, ticket, paghi di là, orari, il giorno dopo devi venire... La persona viene spezzettata a seconda del comparto specializzato con cui deve trattare, ci segmentano in base al loro bisogno ed alle loro esigenze: questura, lavoro, scuola... E' uno stravolgimento incredibile rispetto a situazioni in cui lo Stato non esiste, le persone non vengono censite, i documenti sono inesistenti, le date di nascita sconosciute. In Ecuador, in Bolivia, in tante zone geografiche ci sono vaste aree che sono solo campagna, in cui non c'è neanche il Comune. Quando è nato il bambino? "In un giorno in cui c'era una grande pioggia". Si chiama Roberto, però... non c'è l'anagrafe, non ci sono strade per arrivarvi in modo agevolato. Ci sono comunità di cui nessuno sa nulla, che per lo Stato non esistono, non c'è una struttura che le raggiunga. L'impatto di chi arriva da quei posti in una società in cui ogni settore è organizzato è enorme. Soltanto la semplice procedura per l'ottenimento del permesso di soggiorno, la quantità di uffici, di timbri, le marche da bollo, le fotocopie... le procedure per andare a scuola.... Ci si trova molto confusi.*

Chi ha effettuato questo racconto risiede in Italia ormai da molto tempo (tanto da possedere la cittadinanza italiana), come anche la padronanza linguistica fa facilmente intuire. Il ritratto è colorito ed energico: in quanto tale, rende evidente con efficacia il grado di confusione e difficoltà cui si può essere soggetti nel momento in cui ci si trova a doversi confrontare con un sistema organizzativo di regole tanto diverso da quello abituale. A fronte di questa testimonianza, sul versante istituzionale non sono emerse dichiarazioni che facessero pensare ad una chiara consapevolezza di questo tipo di difficoltà, la quale, d'altra parte, può risultare poco evidente anche per il fatto che, come afferma un operatore:

330. *Per noi cittadini italiani è più facile entrare nei servizi perché non abbiamo bisogno di tutti i documenti necessari alla persona straniera.*

Se si dà credito a quanto hanno affermato alcuni utenti intervistati, il grado di disinformazione/disorientamento presente dal lato dei fruitori del servizio sanitario, sembra, infatti, essere talvolta anche molto elevato. Come, infatti, ha affermato un altro intervistato:

331. *Alcuni di noi non sanno neanche che devono avere il libretto sanitario. Gli viene chiesta la tessera sanitaria e danno il permesso di soggiorno; hanno la tessera sanitaria scaduta da mesi e magari lo scoprono solo quando vengono ricoverati d'urgenza; nei documenti hanno un vecchio indirizzo, in un'altra città dove non abitano più da tempo...*

Alla luce di questo risulta possibile che molti episodi che vengono segnalati dagli operatori possano avere una molteplicità di interpretazioni, in quanto le variabili in gioco nel determinare l'adeguatezza o inadeguatezza delle richieste e delle aspettative sono a loro volta molteplici e suscettibili di combinarsi fra loro in forme diversificate anche a seconda delle personalità dei richiedenti, delle loro abitudini pregresse e culturalmente connotate, delle dinamiche comunicative e relazionali che di volta in volta prendono forma. Ad esempio, ci sembra che anche che episodi come quello che riportiamo qui di seguito, riferito da un operatore che si è trovato momentaneamente ad affiancare un collega nell'area deputata al rilascio delle cartelle cliniche, possa avere al proprio interno una complessità di determinanti e, pertanto, possa essere suscettibile di letture diverse, per cui anche quella di cui sembra avvalersi l'operatore, ma che non necessariamente si riducono all'unica prospettiva adottata:

332. *Mi è capitato di assistere la collega che era di turno allo sportello quando si è presentata una donna di nazionalità ROOM che con arroganza e cattiveria pretendeva di richiedere la cartella clinica senza rispettare tanto le formalità e i requisiti necessari. Infatti quando la collega ha chiesto il suo documento d'identità, l'utente non l'aveva, ma ciò nonostante pretendeva ugualmente di ottenere la cartella accusando la collega di essere razzista, di non volere fare la richiesta solo perché straniera. La collega ha cercato più volte mantenendo sempre la calma di spiegare che le disposizioni sono uguali per tutti, indipendentemente dalla nazione, che ci sono delle regole da rispettare che non dipendono da lei. Naturalmente la collega era molto agitata in quanto la paziente si proponeva sempre in modo aggressivo, infatti alla fine quando se ne andata ha minacciato la collega. Purtroppo anche gli stranieri hanno i loro pregiudizi, pensano che le leggi siano diverse dalle nostre, quando invece si applicano sempre per qualsiasi sia la nazionalità dell'utente.*

[...] Pensano che il fatto che noi si metta in atto il rispetto delle normative, il regolamento, sia rivolto solo a loro quando è così per tutti ed è giusto che dal momento in cui sono in questo Stato le rispettino perché spesso pretendono solo diritti ma doveri niente, e il fatto di pretendere di avere un attimo di rispetto per il luogo in cui si vive non è da considerare di essere razzisti.

Il commento di chiusura del resoconto, così com'era avvenuto anche per un episodio precedente¹⁴⁰, anch'esso riferito ad una situazione in cui un utente formulava la richiesta di avere la propria documentazione sanitaria, rimanda ad una modalità piuttosto abituale e sbrigativa di risolvere il problema - cognitivo ed emotivo - dell'interpretazione degli episodi problematici che mettono in campo il rispetto delle regole in relazione all'utenza immigrata (o apolide, come nel caso n. 308): la generale propensione a non

¹⁴⁰ Cfr. cap. La spirale dell'aggressività, resoconto n. 147 (all'interno della sezione su "La relazione operatore-paziente"/"Relazione"/"Ineducazione"), in cui l'utente esibisce un documento scaduto a riprova della propria identità per potere formalmente effettuare la richiesta di ottenimento della propria documentazione sanitaria e che ha come esito il rifiuto dell'operatore, quindi l'aggressività dell'utente e poi l'intervento del servizio di sicurezza su richiesta del medesimo operatore. Anche in quel caso la chiusura del resoconto si è caratterizzata per il fatto di risolvere tutta la complessa problematicità della situazione con un lapidario: non ho se abbia compreso che "non ha solo diritti ma anche doveri".

riconoscere la validità delle leggi dello Stato ospitante, se non nella misura in cui sono foriere di vantaggi di carattere personale; diritti sì, doveri no.

Una situazione che è stata segnalata più volte a proposito dell'esibizione di documenti, che può avere a monte diverse ragioni (dalle informazioni possedute o meno, al significato che si attribuisce ai diversi passaggi del funzionamento istituzionale anche in considerazione di variabili a monte connesse alla propria impostazione culturale) e che può anche essere letta in tutt'altra prospettiva rispetto alle possibilità delineate finora è quella, piuttosto estrema, della presentazione di una falsa documentazione da parte dell'utenza.

333. *E' comunissimo che i documenti che vengono presentati siano falsi. A volte sono stati effettuati per scappare per scappare in Nigeria. In Ghana, per esempio, fanno le patenti per ogni paese...*
334. *Anche i cinesi fanno frequente uso di tesserini altrui. Si presentano con lo stesso STP o con la stessa tessera sanitaria e poi risulta che la stessa persona è stata decine di volte in Pronto Soccorso sempre con patologie diverse.*
335. *In un ospedale è stato rilevato che c'è una grossissima comunità di albanesi irregolari che usano sempre lo stesso STP quando potrebbero averlo tutti, facendo impazzire il sistema.*
336. *A volte ci siamo accorti che lo stesso documento se lo sono passati in dieci persone.*
337. *Nella nostra comunità capita a volte che, per mancanza di giuste informazioni, le persone si scambiano i documenti per avere accesso in ospedale.*
338. *Nell'ospedale x, proprio per il problema che le persone si scambiano i documenti, hanno deciso di mettere la foto sul certificato che rilascia l'ospedale.*
339. *Lavoro ad uno sportello di prenotazione in cui abbiamo un'utenza straniera molto varia, dall'età pediatrica all'adulto soprattutto. [...] Le problematiche si possono sommare: documentazione incompleta, tesserino sanitario scaduto, non pago perché sono disoccupato, utilizzo della tessera sanitaria di un conoscente. L'episodio più eclatante è stato quello di un paziente nigeriano che con la tessera sanitaria di un amico è stato operato e visitato più volte. Ha avuto l'esenzione per patologia e il piano terapeutico per i farmaci. Alla partenza dell'amico si è trovato sprovvisto di tutto ciò e la sua realtà è venuta a galla in modo drammatico. La mia sensazione personale è stata di sconcerto perché, malgrado noi ci fossimo attivati per curare questo paziente, lui non ha capito che poteva avere le stesse cure presentandosi con i suoi veri documenti, quindi una totale disinformazione e paura di non essere curato. [...] Occorrerebbe Istituire un ufficio dove possono rivolgersi ed avere risposte per loro e per il personale poiché quando anche noi chiediamo informazioni nessuno sa niente.*
340. *Paziente straniero non regolare che viene visitato. È portatore di una ginocchiera. Il medico visiona la RMN e riscontra una lesione al menisco che necessita di un intervento chirurgico. Il medico trattiene l'indagine radiografica per proporla al direttore in quanto il paziente ha tessera STP per cui ci si deve informare se può "accedere" alla prestazione chirurgica. Rispiego al paziente che il medico si deve informare di questa possibilità, eseguo fotocopia della tessera, preparo con i dati del paziente i fogli gialli sottoscritti poi dal medico. Il paziente continua a ribadire per tutta la durata della visita la sua incapacità di camminare se non ha la ginocchiera e vuole essere operato. Nel momento in cui gli viene rispiegato che noi operatori dobbiamo informarci se lui ha il "diritto di accesso" all'intervento, avverto nel paziente uno stato di agitazione che culmina nell'affermazione "...se io vengo con una tessera sanitaria di un mio amico, allora mi fate l'intervento...". Lì per lì ho affermato che non ci si comporta in questo modo, che faremo di tutto per poterlo aiutare... Lui è uscito dall'ambulatorio...non soddisfatto ed io a tutt'oggi non so se effettivamente potrà essere operato. Con il senno di poi sono stata molto distaccata ho fornito informazioni, ho lasciato che sfogasse "la sua rabbia"; ho concluso in maniera frettolosa. Il medico mi è sembrato voler "scaricare a me questa incombenza".*

Questo raggruppamento di testimonianze è piuttosto eterogeneo, non solo dal punto di vista dei contenuti (la prima affermazione e le successive, ad esempio, indicano delle cose piuttosto diverse), ma anche per quanto riguarda le tipologie di persone che le hanno effettuate: operatori, utenti, e le cosiddette ‘figure intermedie’. Abbiamo scelto di riportarle in sequenza, una di seguito all’altra, in quanto danno un’idea della diffusione della problematicità (le aree geografiche interessate relativamente alla provenienza degli utenti sono diversissime) ed anche perché con la loro sequenza ci consentono di mettere in luce più variabili intervenienti, inducendo, pertanto, a non chiudere l’interpretazione di ogni singola situazione in un quadro univoco, forzatamente coerente. La prima affermazione fa, infatti, riferimento ad una ‘consuetudine’ intenzionalmente fraudolenta, ma sarebbe riduttivo e fuorviante inquadrare tutte le diverse situazioni sulla base univoca della chiave interpretativa che essa sembra sollecitare. Se procedessimo in questo modo si toglierebbe al resoconto n. 340 tutto il suo carattere produttivamente disorientante: la persona che volesse muoversi semplicemente con intento truffaldino non si lascerebbe mai scappare un’espressione come quella riportata dall’operatore (“...se io vengo con una tessera sanitaria di un mio amico, allora mi fate l’intervento...”); il carattere di ingenuità di un’affermazione così palesemente improbabile indica a chiare lettere che i sistemi di senso utilizzati non possono essere gli stessi per gli interlocutori in gioco. Sarebbe d’altra parte altrettanto da sprovveduti pensare che dietro all’abitudine di utilizzare in modo intercambiabile i documenti ci fosse solo una sostanziale onestà, resa tale da un diverso modo di dare significato alle medesime cose.

Quello che risulta evidente, come emerge anche dal resoconto n. 339, è che alla difficoltà di orientamento degli uni (“quando anche noi chiediamo informazioni nessuno sa niente”) corrisponde un altrettanto marcato smarrimento da parte degli altri (“lui non ha capito che poteva avere le stesse cure presentandosi con i suoi veri documenti”) e che in tutto questo “disinformazione” e “paura” sembrano andare di pari passo.

Come Franco La Cecla magistralmente rende evidente nei suoi scritti¹⁴¹, il termine orientamento ha un significato per lo meno duplice:

- da una parte, in modo piuttosto comune, fa riferimento alla capacità di seguire delle indicazioni (quindi di leggere una mappa o consultare una bussola) in modo tale da trovare un luogo, giungere a una meta o altro. In questa accezione ha un senso adattivo rispetto ad un sistema di coordinate preesistenti. Perdersi è, qui, sgomento, un improduttivo smarrirsi, frutto di errori o di comportamenti maldestri;
- dall’altra parte, concerne la capacità di organizzare l’ambiente in modo più attivo, di costruire una trama a cui agganciare delle indicazioni o delle conoscenze ed in cui mantenere capacità di agire. Qui anche lo smarrirsi assume un significato attivo e propositivo, è smarrirsi per poter cercare e cercarsi diversamente, costruendo e ri-costruendo punti di riferimento e, quindi, per ritrovarsi ridefinendosi rispetto ad un contesto. Perdersi è, qui, non più improduttivo sgomento, ma stupore creativo, estraneità sperimentabile che si traduce in vera e propria capacità di spaesamento, capacità di esperienza.

Non siamo abituati all’idea del ‘perdersi’ come ad un’esperienza positiva. Eppure è, spesso, proprio la capacità di mettere via le abituali coordinate d’orientamento a consentire di ridefinire il contesto, e noi stessi in esso, in modo produttivo, in modo, cioè, da farci scoprire qualcosa.

¹⁴¹ Il riferimento è, in particolare, al testo *Perdersi*, Laterza, Bari, 2000.

Un'affermazione come quella che abbiamo discusso sopra, "...se io vengo con una tessera sanitaria di un mio amico, allora mi fate l'intervento...", o la si legge in questa direzione o perde ogni capacità d'impatto, rendendoci impermeabili allo spaesamento. Uno spaesamento che risulta assente tutte le volte che si scivola in interpretazioni frettolose ed improduttive che fanno vedere nell'altro la sola messa in atto di atteggiamenti dissimulati manifestati attraverso un 'far finta di non capire', di volta in volta connesso al pagamento delle prestazioni, ai ritardi rispetto agli appuntamenti prefissati, all'esibizione, al rispetto della procedura prevista per l'effettuazione delle prestazioni, alla dichiarazione dei dati anagrafici o all'esibizione di documenti.

PERCORSO DI CURA

IL CORTOCIRCUITO MMG-PS

Pronto Soccorso

*Un punto di riferimento per tutti
Fra uso ed abuso
Ragioni retrostanti*

Medico di base

*Chi è costui?
Fra efficienza e bisogno relazionale
Svilimento*

DIFFERIMENTI

Fattori di disincentivazione nel rivolgersi ai Servizi

*Una casistica articolata
Fattori culturali
Al crocevia di esigenze diverse*

Prevenire è meglio che curare

Dalla dilazione dell'accesso al rinvio della prestazione

...eppur si accede. Mancanza di tregua nel contesto di energie negative

LA COSTRUZIONE DEL QUADRO CLINICO

Problematici avvii

*L'avvio del percorso diagnostico
Difficoltà nell'ottenere le informazioni
Il contesto dell'indagine anamnestica*

Sbarramenti

*Le aspettative degli operatori
Difficoltà di parola
In principio era il verbo*

Possibilità di passaggio

*Fra privacy e disattenzione
Il tempio della parola
Gerarchie di ruoli in ambito familiare*

Approfondimenti diagnostici

*Fra realtà e utopia
Vecchie e nuove questioni
Cavie umane
Perché tanti prelievi?*

DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA

Fra rifiuti e scomparse

*Ricoveri non effettuati
Prestazioni non effettuabili
Pazienti che scompaiono*

Difficoltà di compliance

*Disease, illness, sickness
Forme alternative di cura
Il qui e l'altrove
C'è farmaco e farmaco*

IL CORTOCIRCUITO MMG-PS

Pronto Soccorso

Un punto di riferimento per tutti

Per quanto riguarda il globale utilizzo delle strutture sanitarie, letteratura ed operatori segnalano, in genere, il problema di un eccessivo/inadeguato uso del servizio di Pronto Soccorso. Fra gli utenti di origine straniera da noi intervistati non emerge una considerazione di inadeguatezza o eccesso a questo proposito, ciononostante, come ha affermato a chiare lettere qualcuno di loro (nel caso specifico un utente di area marocchina), può comunque risultare adeguato affermare che per gli immigrati

341. Il Pronto Soccorso è diventato il punto di riferimento.

Sia per quanto riguarda gli utenti italiani, sia in relazione agli stranieri, l'accesso attraverso il Pronto Soccorso costituisce una delle vie privilegiate per il ricovero ospedaliero e, nel caso in cui il passaggio attraverso quest'area abbia effettivamente come esito l'ospedalizzazione, si può legittimamente parlare di un'adeguata modalità d'impiego del Servizio. Il Pronto Soccorso si configura, però, non solo come la via d'accesso prioritaria/comune al ricovero, ma anche come la struttura a cui rivolgersi in caso di necessità che non possono essere affrontate ricorrendo agli altri presidi sanitari territoriali¹⁴²: è in riferimento a questa seconda ragione d'uso che il ricorrervi risulta eccessivo. Questo elemento di problematicità si presenta per tutta l'utenza, sia essa di origine straniera o meno, ma fa registrare un'accentuazione di rilievo nel caso degli immigrati.

Il problema dell'eccessivo utilizzo dei servizi di Pronto Soccorso viene riferito in modo piuttosto uniforme da tutta la letteratura di settore. A titolo esemplificativo, se prendiamo come riferimento la provincia di Reggio Emilia, risulta che a fronte di un basso ricorso ai ricoveri ospedalieri da parte degli immigrati rispetto alla coetanea popolazione italiana¹⁴³, i P.S. fanno registrare un numero di accessi superiore a quanto sarebbe lecito attendersi tenendo conto della percentuale di stranieri residenti¹⁴⁴; per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliera di Padova, la situazione si configura in modo sostanzialmente analogo: tornando a guardare le tabelle relative alle presenze territoriali degli stranieri ed agli accessi alle strutture di Pronto Soccorso¹⁴⁵, vediamo, infatti, che queste ultime, in termini percentuali, superano di molto il tasso di stranieri regolarmente

¹⁴²In Ospedale si può arrivare su segnalazione del proprio medico di base, su indicazione della guardia medica, oppure direttamente attraverso il Pronto Soccorso.

¹⁴³Con l'unica eccezione dei ricoveri ostetrici relativi alle donne in età fertile.

¹⁴⁴Corrispondente all'11,43% del totale. Si tratta dell'unica voce per la quale l'accesso alle prestazioni sanitarie supera la percentuale degli stranieri regolarmente residenti nel territorio di riferimento.

¹⁴⁵Cfr. tab. n. 9 e tab. n. 10, sezione "Contesto", cap. "Uso del servizio ospedaliero"/"Pronto Soccorso".

residenti nel territorio. Un dato, peraltro, che viene confermato anche se si prendono in considerazione le presenze irregolari: un 16,6% per l'anno 2006 in corrispondenza di una presenza stimata che oscilla fra l'8,1 e l'8,7% ed un 17,6% per il 2007 in relazione ad una presenza stimata che oscilla fra il 9,2 e il 9,8%. Inoltre, se, invece di focalizzare l'attenzione sul rapporto quantitativo italiani-stranieri, prendiamo in considerazione il numero di accessi in relazione al rispettivo numero di presenze territoriali per italiani e stranieri separatamente, la percentuale rivela in modo ancora più evidente la difformità: per il 2006 ed il 2007 la percentuale di italiani che ha fatto ricorso al P. S. si è attestata rispettivamente sul 16,5% e sul 15,5% mentre per quanto riguarda gli stranieri è stata quasi doppia, oscillando fra il 29,9% e il 27,9% per il 2006 e fra il 25% ed il 23,3% per il 2007. I dati che abbiamo appena menzionato a proposito degli accessi al Pronto Soccorso Generale, risultano poi ancor più marcati se si passa all'analoga struttura di area pediatrica. In questo caso la percentuale di stranieri che ha fatto ricorso al Servizio è stata, infatti, ancora più alta nel confronto con quella degli italiani: fra l'10% e il 9,4% rispetto ad un 4,2% degli italiani per il 2006, fra il 9,3% e l'8,7% rispetto al 4,0% degli italiani per il 2007.

In definitiva, dai dati a nostra disposizione emerge una congruenza pressoché totale con la situazione che si trova delineata in letteratura e che risulta anche dall'esame analitico effettuato dal Dipartimento di Sanità di Reggio Emilia.

Fra uso ed abuso

Una volta effettuate le premesse di cui sopra, al di là del forte uso evidenziato, si tratta di valutare la pertinenza d'uso. Occorre, cioè, andare a vedere se i ricorsi possano/debbero essere considerati o meno eccessivi/inadeguati anche per quanto riguarda la situazione padovana, analogamente a quanto si legge in letteratura.

Un dato utile per effettuare questo tipo di analisi è quello relativo al 'codice colore' che viene assegnato ad ogni utente al momento dell'accesso. A tale proposito occorre tenere presente che vengono classificati come 'codici bianchi' i pazienti che presentano un quadro clinico tale per cui si stima che il problema da loro manifestato non sia di diretta pertinenza del Pronto Soccorso, implicitamente ritenendo che la questione potrebbe essere adeguatamente trattata con il ricorso agli altri servizi di tutela presenti nell'area territoriale (in primo luogo al Medico di Medicina Generale, al Pediatra di libera scelta, alla Guardia Medica). In virtù di questo, ai pazienti a cui viene assegnato un codice bianco viene riconosciuta la possibilità di accedere al Servizio, ma in subordine a tutti gli altri utenti a cui viene attribuito un diverso codice di entrata. Gli altri codici-colore, infatti, vengono attribuiti in seguito al riconoscimento di una reale necessità di ricorso, per cui, a seconda che si tratti di colore verde, giallo o rosso, i diversi codici individuano un livello crescente di urgenza. Ciò premesso, i dati mostrano che il Pronto Soccorso centrale dell'A.O.P. registra un'alta frequenza di 'codici bianchi', sia per quanto riguarda gli stranieri, sia relativamente agli italiani; nel primo caso, però, l'utilizzo improprio del Servizio risulta decisamente maggiore. Anche questo dato risulta, pertanto, in linea con quanto riportato dalla letteratura di settore.

Tab. 11

<i>Pronto Soccorso generale A.O.P.</i>									
	BIANCO		VERDE		GIALLO		ROSSO		Totale
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
ITALIANI									
2006	46.952	58,4	10.853	13,5	20.421	25,4	2.170	2,7	80.399
2007	40.726	54,0	10.860	14,4	21.570	28,6	2.262	3,0	75.418
STRANIERI									
2006	12.436	78,3	1.382	8,7	1.938	12,2	127	0,8	15.883
2007	11.923	73,9	1.549	9,6	2.501	15,5	161	1,0	16.134

Procedendo nell'analisi e prendendo in considerazione, oltre al servizio centrale di Pronto Soccorso, anche il Pronto Soccorso pediatrico il dato generale rimane nella sostanza invariato. A questo livello d'analisi emerge, d'altra parte, una difformità che richiede ulteriori considerazioni.

Tab. 12

<i>Pronto Soccorso pediatrico</i>											
	Blu		Bianco		Verde		Giallo		Rosso		
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
ITALIANI											
2006	803	3,6	4.430	20,1	13.705	62,3	2.847	12,94	209	1,0	21.994
2007	1.013	4,9	3.340	16,2	12.621	61,2	3.422	16,6	227	1,1	20.623
STRANIERI											
2006	137	3,2	1.365	32,0	2.292	53,7	440	10,3	35	0,8	4.269
2007	184	4,0	1.246	27,1	2.645	57,5	479	10,4	46	1,0	4.600

Come si può vedere dai dati riportati in tabella, anche nel caso del Pronto Soccorso pediatrico la percentuale di codici bianchi assegnata agli stranieri è decisamente più elevata rispetto a quella degli italiani (in questo caso circa il 50% in più, con una differenza, quindi, ancora più marcata rispetto ai dati del P.S. centrale). Se nel loro andamento d'insieme i dati risultano sostanzialmente in linea, non può, d'altra parte, non colpire la forte difformità delle percentuali nel confronto fra le due strutture, sia per quanto riguarda gli autoctoni che relativamente agli immigrati. Ad una percentuale di codici bianchi che si colloca fra il 54% ed il 58,4% corrisponde, infatti, in area

pediatrica, per gli italiani, un valore compreso fra il 16,2% ed il 20,1%, mentre per gli stranieri ad un valore che oscilla fra il 73,9% ed il 78,3% fa da contrappeso in ambito pediatrico una percentuale che si attesta fra il 27,1% ed il 32%. La linea di tendenza rimane, quindi, immutata (gli stranieri ricorrono percentualmente molto di più degli italiani ai servizi di Pronto Soccorso), ma una così forte differenza di dati chiede di essere interrogata ulteriormente.

Andando a vedere che cosa è disponibile in letteratura a questo proposito, troviamo che la percentuale di codici bianchi di cui fa menzione la struttura di Reggio Emilia è di molto inferiore a quella riscontrata in ambito padovano. I dati a cui ci è risultato possibile accedere a questo proposito fanno riferimento all'anno 2004 e sono riassumibili nella tabella che segue¹⁴⁶:

Tab. 13

<i>Reggio Emilia, Accessi al Pronto Soccorso, anno 2004</i>						
Cittadinanza	Maschi		Femmine		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Italiani*	7.396	13,7	5.674	13,3	13.070	13,5
Stranieri	1.849	23,8	929	21,2	2788	22,8

*Compresi i cittadini dell'UE dei 15 e dei Paesi a sviluppo avanzato

I dati statistici che fanno riferimento all'A.O.P. di Padova e alla struttura ospedaliera di Reggio Emilia non sono immediatamente confrontabili in quanto, nei due casi, è diverso il sistema di classificazione delle categorie 'italiani' e 'stranieri'. In particolare, i dati reggiani raggruppano alla voce 'stranieri' "le persone con cittadinanza in Paesi classificati come 'in via di sviluppo' o 'meno sviluppati' o appartenenti all'Europa centrale e orientale o alla Comunità degli Stati Indipendenti (CSI), con residenza in un comune della provincia di Reggio Emilia", mentre sono stati assimilati agli italiani "gli stranieri appartenenti ai paesi dell'UE dei 15 o altri paesi OCSE 'ad alto reddito'". I dati padovani, invece, raggruppano in un'unica categoria gli stranieri differenziandoli in blocco dagli itoconi. Al di là di questa difformità, il riferimento alla percentuale globale di codici colore resta valido e, analogamente a quanto avviene per la struttura padovana, evidenzia un utilizzo improprio del Pronto Soccorso, da parte degli stranieri, assai maggiore di quello degli italiani. Nel confronto fra le due realtà, tuttavia, emerge che, nel caso di Reggio Emilia, per quanto riguarda i codici bianchi, l'uso risulta in genere inferiore alla realtà padovana in modo del tutto abnorme.

Le ragioni di tanta difformità possono essere di molti tipi e possono riguardare sia un effettivo diverso comportamento dell'utenza (italiana o straniera che sia) nei due territori (che a sua volta può essere dovuta a ragioni di vario genere: diversa disponibilità e funzionamento dei servizi territoriali, diversa 'educazione' all'uso dei servizi...), sia la

¹⁴⁶ AA.VV., *La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia*, Dipartimento di Sanità Pubblica, Collana Progetto Salute, n. 10, Reggio Emilia, 2006.

presenza di un differente criterio di valutazione in uso sul versante della struttura/degli operatori relativamente alle problematiche presentate dall'utenza.

Per articolare la prima ipotesi occorrerebbe un ampliamento dell'indagine in direzione territoriale, cosa che non è stata oggetto della presente ricerca¹⁴⁷. Occorre d'altra parte prendere in considerazione la possibilità che vi siano anche delle significative diversità nelle procedure di attribuzione dei codici a seconda delle strutture di riferimento. Questo fattore renderebbe peraltro comprensibile anche la difformità presente all'interno della stessa A.O.P. nel momento in cui si ha a che fare con l'uno o con l'altro servizio di Pronto Soccorso (in particolare il servizio pediatrico rispetto a quello centrale). Come, infatti, ci è stato possibile cogliere nel corso del periodo di osservazione attraverso alcuni fugaci riferimenti effettuati dal personale in servizio al momento del *triage* in area pediatrica, nelle due strutture vigono due diverse modalità di valutazione diagnostica e, quindi, dell'attribuzione del codice-colore. In particolare:

342. Una differenza con il Pronto Soccorso adulti è che lì il dolore non è un elemento che fa scattare il codice.

Una prima conseguenza che occorre trarre da questa serie di considerazioni riguarda la relatività delle attribuzioni di eccesso nel ricorso ai servizi di Pronto Soccorso. Se è, cioè, indubbio che la popolazione immigrata fa un uso di questi servizi che è significativamente superiore rispetto a quanto avvenga per gli italiani, la qualificazione di tale utilizzo in termini di eccesso ed inappropriata non può avvenire in modo automatico e richiede, invece, la considerazione di più variabili che tengano conto sia di un'attenta analisi di contesto, sia di scelte interpretative di fondo.

Ragioni retrostanti

Che si tratti di adeguatezza d'uso, di uso eccessivo o di vero e proprio abuso, resta il dato di fondo che ci indica che la struttura funge da "*punto di riferimento*" per gli immigrati. La casistica delle ragioni che possiamo considerare retrostanti a questo uso privilegiato è piuttosto articolata. Dall'analisi della letteratura, nonché dai colloqui da noi effettuati, emerge, infatti, che gli immigrati tendono a rivolgersi direttamente al Pronto Soccorso in considerazione di una pluralità di motivi: giuridico-legali, informativi, economici, organizzativi, culturali.

Per quanto riguarda i fattori giuridico-legali, occorre tenere presente in primo luogo la questione dell'irregolarità della presenza nel territorio italiano (mancanza di permesso di soggiorno). Come già abbiamo evidenziato nel capitolo relativo alla normativa, chi si trova in questa condizione non può, infatti, avvalersi dell'iscrizione al SSN (quindi del Medico di Medicina Generale, del Pediatra e di altre strutture di base), ma ha diritto a quelle che l'art. 35 della legge n. 40 del 1998 definisce "le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio". Tale diritto trova peraltro espressione, a livello amministrativo, nell'emissione della una tessera sanitaria per Straniero Temporaneamente Presente

¹⁴⁷A corroborazione della validità di questa prima ipotesi, basti, tuttavia, considerare, per quanto riguarda la popolazione immigrata, la presenza nell'area territoriale reggiana di uno specifico servizio pubblico, il Centro per la salute della famiglia straniera, che fa registrare un fortissimo accesso da parte dell'utenza immigrata irregolare (struttura che nonostante quanto tende a pubblicizzare la struttura Alta Professionalità Immigrazione sorta in ambito ULSS, non ha un corrispettivo paragonabile nel territorio padovano, per lo meno in termini di quantità di accessi).

(STP) da rilasciare in sede di prima erogazione della prestazione ed i Pronto Soccorso sono in genere i luoghi privilegiati per il suo rilascio¹⁴⁸.

Al di là della 'sussistenza del diritto', sia per chi si trova in condizioni di irregolarità, sia per gli utenti regolarmente presenti nel territorio, risulta d'altra parte dirimente la questione informativa. Che siano o meno previste altre possibilità di rilascio della tessera S.T.P. ed altre possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie, l'elemento fondamentale è la quantità e qualità delle informazioni possedute dai potenziali utenti, nonché dagli operatori che con loro entrano in rapporto. Sulla base dei dati a nostra disposizione, la mancanza di informazioni (e di comprensione) sul funzionamento dei Servizi è del tutto evidente su entrambi i versanti e coinvolge sia la conoscenza della normativa, sia la generale organizzazione dei servizi territoriali. Tenendo poi in considerazione che l'area dell'informazione s'intreccia fortemente con quella della comunicazione, a questo livello si situano molteplici possibilità di fraintendimento. Operatori ed utenti risultano, infatti, possedere delle informazioni piuttosto frammentarie e lacunose a questo proposito¹⁴⁹, ma la consapevolezza di questa carenza non sembra fare da sfondo all'interpretazione delle situazioni, mentre, al contrario, è piuttosto presente la tendenza ad attribuire a se stessi e all'altro una maggiore competenza informativa rispetto a quella effettivamente posseduta. Per gli utenti risulta, allora, pressoché automatico rivolgersi al Pronto Soccorso semplicemente perché questa struttura è maggiormente segnalata e – soprattutto - conosciuta rispetto agli altri Servizi.

Per quanto riguarda il terzo fattore menzionato, quello economico, occorre rilevare che nel corso del tempo si sono verificati diversi cambiamenti a questo livello. Come già abbiamo avuto modo di vedere, in quest'ambito ci sono state non poche disomogeneità di comportamento, in ragione di una normativa complessa e cangiante, nonché di una diffusa disinformazione rispetto ai mutamenti intercorsi. Il comma 4 dell'articolo 35 del testo di legge¹⁵⁰ è stato oggetto di interpretazioni diversificate che hanno dato adito a comportamenti dissimili sul versante degli operatori e che, di conseguenza, hanno a loro volta alimentato o corroborato aspettative divergenti sul lato degli utenti. Al di là di questa difformità, la direzione è stata tuttavia quella di un progressivo inasprimento del contributo richiesto per le spese sanitarie (*ticket*). Il fattore economico, inteso come possibilità di accesso gratuito alle prestazioni sanitarie, pertanto, se da una parte può avere inciso significativamente in alcuni momenti e situazioni, non sembra rappresentare più un elemento preponderante nel determinare il ricorso al servizio di Pronto Soccorso, tanto che gli utenti non ne hanno fatto menzione nel corso delle interviste.

Ben altro peso sembrano avere, invece, i fattori di tipo organizzativo. In questa categoria rientrano diverse variabili, che globalmente possono essere ricondotte a macrocategorie quali 'tempo', 'spazio', 'modalità di accesso', le quali mostrano tutte di possedere una certa rilevanza nel determinare la fisionomia del fenomeno.

Gli immigrati, si dice, hanno 'orari per ammalarsi'. Quest'affermazione trova senso in relazione al fatto che, in misura significativamente maggiore rispetto a quanto accada

¹⁴⁸Per quanto riguarda il territorio della U.L.S.S. 16, gli altri luoghi in cui è possibile il rilascio della tessera, al di là del Pronto Soccorso, sono l'ambulatorio delle Cucine Popolari, l'Asilo Notturmo, il Dipartimento per le dipendenze, la sede del Distretto Socio Sanitario n. 1.

¹⁴⁹Per quanto riguarda gli operatori, questo dato è risultato del tutto evidente nell'ambito dei vari corsi di formazione effettuati ed anche durante il periodo di osservazione.

¹⁵⁰ "Le prestazioni sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi delle condizioni economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani."

per gli italiani, l'accesso degli immigrati avviene in orari specifici (fra le 20 di sera e le 8 di mattina), in momenti, cioè, che risultano compatibili con quelli dell'organizzazione familiare e lavorativa (quando per esempio si rende disponibile la presenza del marito, con il relativo mezzo di trasporto per raggiungere la struttura)¹⁵¹. L'accesso diretto al Pronto Soccorso sembra, infatti, avvicinarsi alle esigenze delle famiglie immigrate più di quanto avvenga per ogni altra struttura sanitaria e questo soprattutto in considerazione della sua fruibilità oraria (apertura 24 ore su 24, 7 giorni su 7) e della possibilità di accedervi senza appuntamenti previ. Non a caso, è stato rilevato talvolta, nell'ambito della popolazione extracomunitaria, l'accesso contemporaneo in Pronto Soccorso di fratelli, o comunque di bambini conviventi o di altri famigliari. Un elemento, questo, che ha trovato corroborazione anche durante il periodo di osservazione effettuato nell'area del Pronto Soccorso pediatrico, nel cui ambito si è avuto modo di assistere a situazioni in cui, come accade in quella riportata qui di seguito, la famiglia si era organizzata in modo tale da poter consentire il contemporaneo utilizzo ai diversi famigliari delle diverse aree di Pronto Soccorso:

343. Pronto Soccorso pediatrico. Turno serale/notturno. Si presenta un bambino da solo (il padre si è limitato ad accompagnarlo sulla soglia della porta e lo ha fatto entrare dicendo che avrebbe fatto da solo). Il bambino afferma di avere 13 anni e di essersi fatto male il giorno precedente giocando a calcio. Emerge che il padre è rimasto fuori con la bambina più piccola (entrerà successivamente con lei), mentre la madre in questo momento è in attesa di effettuare una visita nell'altro Pronto Soccorso. Gli infermieri commentano questa situazione affermando che “Gli stranieri sono molto furbi. Dicono di non sapere, ma sanno tutto”.

In questi casi l'inadeguatezza del ricorso ad un servizio di urgenza è risultata del tutto chiara relativamente a buona parte dei componenti del nucleo familiare.

Se il fattore temporale rappresenta un sicuro elemento interveniente, ad esso se ne aggiungono altri ancora di tipo organizzativo, quali la visibilità e raggiungibilità della struttura ospedaliera rispetto agli altri servizi territoriali, la possibilità di effettuare nell'ambito di un'unica struttura e nello stesso momento molto di quanto necessario al caso specifico (visite specialistiche, esami strumentali e di laboratorio), la difficoltà a mantenere una continuità con il pediatra (o con il medico di base), laddove questo rapporto viene instaurato, in virtù dei frequenti spostamenti sul territorio.

Un ultimo raggruppamento di fattori, ben più articolato e complesso dei precedenti, concerne la categoria di variabili che possiamo considerare di tipo eminentemente culturale. Rientrano in questo novero in primo luogo le abitudini acquisite nei paesi di origine in virtù dei diversi sistemi di organizzazione sanitaria, ma anche la diversa concezione di prevenzione che è propria delle varie aree culturali e la differente percezione della malattia che caratterizza ogni persona non solo in quanto singolo individuo (illness) ma anche in quanto appartenente ad uno specifico gruppo (sickness). Per quanto riguarda il primo punto (abitudini acquisite), occorre rilevare che l'organizzazione sanitaria propria dei vari paesi di provenienza è, spesso, significativamente diversa da quella che si riscontra in Italia. La tendenza a rivolgersi direttamente alla struttura di Pronto Soccorso può, quindi, trovare immediata

¹⁵¹Come ha affermato un operatore del servizio di Pronto Soccorso in una discussione intercorsa nell'ambito dell'incontro effettuato con gli uomini della comunità marocchina “Il problema si pone in particolare, per tutti, dal venerdì pomeriggio fino alle 8 del lunedì mattina” e questo avviene anche e soprattutto in relazione al fatto che in quell'orario non c'è possibilità di fare ricorso al Medico di Medicina Generale ed al Pediatra di libera scelta (figure che, entrambe, come avremo modo di vedere nel capitolo successivo, non vengono tuttavia, sempre, effettivamente utilizzate dagli utenti immigrati).

giustificazione in un'abitudine consolidata, o in un sistema di riferimenti mentalmente acquisito. Nella rispettiva area d'origine, soprattutto, possono non essere presenti quelle figure che, come avviene per il Medico di Medicina Generale e per il Pediatra di libera scelta, sono invece previste dall'organizzazione sanitaria nazionale italiana e sono del tutto abituali per l'utenza autoctona (una questione, questa, su cui avremo modo di tornare a breve).

Relativamente al secondo punto, un dato generalmente presente in letteratura, che viene anche riferito a più riprese dagli operatori, riguarda la cosiddetta mancanza del concetto di prevenzione e, quindi, di adeguate strategie preventive in buona parte dell'utenza immigrata. Questo fattore fa sì che ci si possa trovare più facilmente rispetto agli italiani nella situazione di dover ricorrere ad interventi che assumono configurazione d'urgenza o che comunque richiedono di confrontarsi con malattie ormai conclamate e/o in fase acuta. Il ricorso al servizio di Pronto Soccorso, in assenza di un adeguato utilizzo del medico di base/del pediatra di libera scelta, ne consegue in modo pressoché necessario. E' d'altra parte possibile, al contrario – siamo con questo al terzo punto - che la richiesta di una valutazione medica nasca legittimamente per ragioni ben lontane dall'essere definibili di urgenza, per esigenze di cura forse banali (anche se non necessariamente trascurabili), per patologie di lieve entità ed assolutamente curabili (un raffreddore, un mal di testa, un mal di schiena) per le quali è inappropriato ed eccessivo rivolgersi ad un Pronto Soccorso di una struttura pubblica, ma che, ciononostante, producono delle situazioni di allarmismo in quanto sostanzialmente sconosciute o in quanto, al contrario, nella propria area di provenienza possono essere associate ad un imminente pericolo di vita.

Come si può vedere, la casistica delle ragioni retrostanti al massiccio ricorso al servizio di Pronto Soccorso è piuttosto variegata. Rispetto a questo quadro generale, l'analisi delle affermazioni rilasciate da persone di origine non italiana nel corso delle varie chiacchierate/interviste da noi effettuate induce a rimarcarne in modo particolare alcune. Fra di esse, un ampio spazio è stato occupato dalle considerazioni relative al rapporto con il Medico di Medicina Generale. Ci soffermiamo, pertanto, ora, in modo particolare su questa dimensione del problema.

Medico di base

Chi è costui?

Quella del Medico di Medicina Generale (MMG), gergalmente individuato anche con la dicitura di medico di base, è una figura-chiave dell'organizzazione sanitaria, di pubblico dominio e capillarmente presente su tutto il territorio nazionale.

L'italiano viene iscritto fin dalla nascita al Servizio Sanitario Nazionale. L'iscrizione viene effettuata sulla base della residenza anagrafica - che in genere si mantiene relativamente stabile -, dopo avere definito l'Azienda Sanitaria di appartenenza, e resta in vigore finché il cittadino mantiene la residenza in Italia. All'iscrizione corrispondono il rilascio di una specifica tessera (diversa da Regione a Regione, ma valida su tutto il territorio nazionale), il diritto alla scelta di un Medico di Medicina Generale nel territorio di riferimento e la possibilità di effettuare una serie di prestazioni di base (uniformemente definite LEA = Livelli Essenziali di Assistenza). Gli utenti italiani conoscono questa procedura ed in genere se ne avvalgono. Il suo utilizzo non si può dire assoluto, in quanto una percentuale minima degli aventi diritto, sul piano formale, non

opera la scelta del medico, ma è comunque generalizzato. Come testimonia l'uso eccessivo ed inadeguato del servizio di Pronto Soccorso, a questo livello si verificano tuttavia, anche da parte dell'utenza italiana, delle disfunzioni che si ripercuotono su tutto il sistema.

Per quanto riguarda gli immigrati, sul piano formale, le possibilità di avvalersi di un medico di base sono in primo luogo diversificate a seconda che ci si trovi in condizioni di regolarità o irregolarità dell'apresenza. Mentre nel secondo caso, infatti, non è contemplata la possibilità di avvalersi di un Medico di Medicina Generale, nel primo è prevista la regolare iscrizione al S.S.N., che dà diritto agli stessi servizi di cui si avvalgono gli autoctoni¹⁵². Delle distinzioni ulteriori riguardano poi il carattere di obbligatorietà dell'iscrizione (che varia a seconda delle tipologie di soggiorno) e la provenienza o meno dai territori dell'Unione Europea (cui corrisponde una procedura leggermente diversificata - con l'utilizzo della tessera T.E.A.M.¹⁵³ - ma sostanzialmente analoga a quella degli italiani nei suoi tratti di fondo).

Gli irregolari non hanno la possibilità di avvalersi di un medico di base e questo, nel loro caso, rende immediatamente il Pronto Soccorso servizio di riferimento elettivo; gli immigrati regolarmente soggiornanti che potrebbero avvalersene, d'altra parte, sembra vi ricorrano meno di quanto facciano gli italiani. La letteratura non riporta molti dati a tale proposito: si limita in genere a segnalare la presenza del problema senza quantificarlo. Un utile riferimento statistico ci viene, tuttavia, dal Dipartimento di Sanità Pubblica di Reggio Emilia che, nel *dossier* del 2006, riporta che, per il territorio reggiano, la quantità di stranieri che, pur avendone diritto, non si è avvalsa della scelta del Medico di Medicina Generale, è stata più del triplo rispetto a quella degli italiani (il 5,4% rispetto all'1,7%), con delle differenze a seconda delle aree di provenienza degli immigrati, in quanto sono soprattutto i cinesi (con una percentuale dell'8,9%) a non farne uso¹⁵⁴. Questo dato statistico, peraltro, se da una parte indica quanti sul piano formale non abbiano effettuato la scelta prevista, non dice ancora quale sia (quantitativamente e qualitativamente) l'effettivo ricorso a questa figura professionale una volta effettuata la procedura formale di scelta. Per quanto riguarda la situazione padovana non abbiamo dati relativi a questo specifico problema; data la generale convergenza con quanto si verifica in genere sul territorio nazionale è tuttavia presumibile che essa sia presente anche in tal senso. Si

¹⁵²Con la sola differenza, rispetto agli italiani, che l'iscrizione ha carattere temporaneo in quanto resta legata al permesso di soggiorno (decade, quindi, con il decadere della regolarità della presenza).

¹⁵³Tessera TEAM = Tessera Europea Assicurazione Malattie. La tessera prevede che si possa ricevere assistenza da parte del Servizio Sanitario italiano a parità di condizioni con i cittadini italiani. Con la TEAM si ha diritto anche al Medico di Medicina Generale ed al Pediatra di libera scelta.

¹⁵⁴Come, a questo proposito, ci ha riferito un operatore del settore, degli oltre 250 indiani presenti a Correggio (uno dei comuni del territorio) solo una percentuale molto bassa risulta iscritta presso i medici di base. Questo, a detta dell'operatore, "può indicare che una parte consistente degli immigrati non ha un rapporto diretto con un medico di fiducia che sia inserito all'interno del S.S.N. e questo fatto rappresenta un grave problema nell'ambito delle strategie di prevenzione perché configura un approccio alla cura della salute propria e dei propri familiari che è legato solo all'emergere di problemi evidenti e di forme patologiche acute".

A corroborazione di questa informazione, nel corso dell'osservazione effettuata presso il Centro per la Famiglia Straniera di Reggio Emilia è arrivata una telefonata di un'utente cinese la quale ha affermato di aver portato il bambino in Pronto Soccorso perché gli usciva del sangue dal naso. Al bambino è stato somministrato qualcosa su indicazione degli operatori del Pronto Soccorso, ma il pomeriggio il sangue si è ripresentato, pertanto la signora chiede se può venire al Centro per la Famiglia Straniera. L'operatore le risponde che non è possibile in quanto si tratta di un'utente regolarmente presente sul territorio nazionale che, pertanto, può avvalersi del Medico di Medicina Generale. La signora afferma di non aver effettuato la scelta del Medico.

tratta, pertanto, di capire quali sono le ragioni di questo scarso utilizzo (o comunque di un utilizzo inferiore rispetto a quanto avvenga per gli italiani), tenendo presente che per analizzare il fenomeno occorre a sua volta scinderlo in due sotto-categorie:

- quella di coloro che, essendo in possesso di regolare permesso di soggiorno rilasciato per uno dei motivi per i quali è prevista l'obbligatorietà d'iscrizione al SSN non hanno perfezionato la procedura con la scelta di un medico a cui rivolgersi in caso di necessità;
- quella di coloro che hanno portato a termine la procedura fino all'individuazione di un Medico di Medicina Generale (e di un Pediatra di libera scelta) a cui potersi rivolgere gratuitamente e non ne fanno, tuttavia, uso.

Un primo ordine di ragioni retrostanti allo scarso utilizzo può plausibilmente riguardare tutte le categorie di utenti regolari menzionate finora ed ha a che fare con le conoscenze in possesso relativamente al funzionamento generale del Servizio Sanitario Nazionale e, in modo più specifico, del Medico di Medicina Generale. Si tratta, infatti, di una figura che non è necessariamente conosciuta dall'utenza immigrata in quanto creata e definita nell'ambito del nostro sistema sanitario; di conseguenza, i suoi compiti e la sua posizione all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, pur essendo chiaramente presenti per chi appartenga alla nostra area culturale, possono risultare ignoti nel loro significato funzionale a chi abbia altra provenienza. Come, infatti, ha adeguatamente rilevato uno degli operatori che hanno partecipato al corso di formazione:

344. Un deficit che molti stranieri hanno è l'ignoranza, perché nessuno ha spiegato loro della funzione e ruolo del medico di base: molti scelgono il medico di base perché è stato loro detto, ma ignorano di cosa egli si occupi e quali siano i servizi sanitari territoriali usufruibili (distretto, poliambulatori). Comunque si può dire che su ciò anche molti italiani hanno enormi lacune.

[...] Per gestire la situazione di 'anarchia' che si manifesta nelle sale d'attesa del Pronto Soccorso cercherei di investire in una campagna informativa estendendola anche ai servizi territoriali. Distretti e medici di base. Convogliare le risorse sull'informazione significa prevenire l'ansia ed il disagio, che si sviluppano nelle persone di fronte a ciò che è ignoto, e rispettare l'autonomia e indipendenza degli individui dando loro la possibilità di decidere di se stessi: scegliendo. Quando un soggetto indipendentemente dalla nazionalità, razza e cultura, conosce quali prestazioni può ricevere in un Pronto Soccorso e quali nei servizi del Distretto o dal medico di base, si sente libero di poter e saper scegliere quale istituzione è più adatta a risolvere il proprio problema. [Pastore]

L'operatore con questo resoconto mette chiaramente a fuoco uno dei problemi che vengono indicati anche in letteratura, in questo caso esprimendolo in modo del tutto adeguato ed efficace. D'altra parte, se carenza informativa e comprensione del funzionamento sono variabili strettamente intrecciate, non si può dire siano affatto coincidenti. Come, infatti, afferma un medico di origine congolese, avvalendosi al contempo della propria esperienza di immigrato e di quella di operatore sanitario:

345. Occorre spiegare agli immigrati com'è strutturato il Servizio Sanitario, quali numeri fare, quando chiamare il medico di base, quando la guardia medica, quando il Pronto Soccorso. [...] perché la preferenza del P.S. rispetto al medico di base riguarda anche gli italiani, ma in più si tratta di una figura che non esiste in Africa (dove ci sono i dispensari). Qui le persone sanno che devono andare dal medico di base, ma non capiscono bene qual è il suo ruolo.

Da una parte occorre, quindi, informare, ma, dall'altra, è importante tenere presente che c'è differenza fra 'sapere' e 'capire' e che questa differenza, nel caso specifico, ha molto a che fare con le abitudini acquisite nei luoghi di provenienza. Anche laddove si sia informati circa la possibilità di un utilizzo del Medico di Medicina Generale, non è

automatico che se ne comprenda il senso, soprattutto in considerazione del fatto che questa figura non è sempre presente nelle diverse organizzazioni sanitarie:

346. *In Senegal non esiste il medico di base, si va direttamente al dispensario, pertanto viene automatico, qui, rivolgersi al P.S.*
347. *Ci sono delle abitudini culturali a non rivolgersi al medico se non in casi estremi. I concetti di prevenzione, ma anche di 'medico di base' non sono presenti. Ad esempio ad Asmara, capitale dell'Eritrea, non esiste la figura del medico di base.*
348. *I romeni non sanno che c'è il medico di base. Ancora adesso non ci sono medici di base/ambulatori. Gli ambulatori sono tutti in ospedale, dove si va senza appuntamento sulla base del bisogno e si fa la visita direttamente.*
349. *Un esempio a questo riguardo è quello della differenza tra il nostro sistema sanitario (cioè il percorso medico di base-visita specialistica-impegnativa-farmacia) e quello cinese (percorso che si risolve tutto in ospedale, compreso l'acquisto dei farmaci): tra i cinesi, solo gli abitanti delle città, abituati a una certa complessità e varietà delle strutture sanitarie, riescono in poco tempo a comprendere il nostro percorso, mentre agli altri l'apprendimento risulta faticoso e difficilmente gestibile.*

Questa disparità di fondo rende il passaggio dall'informazione alla comprensione effettiva piuttosto difficoltoso e niente affatto immediato. Delle funzioni del medico di base alcune più di altre risultano, poi, particolarmente difficoltose da comprendere.

Fra efficienza e bisogno relazionale

Nella nostra organizzazione sanitaria il Medico di Medicina Generale rappresenta una figura di mediazione fra il paziente ed il generale sistema di cure; in tal senso, del suo ruolo fa parte, anche, la funzione di orientamento e guida per il paziente: il fatto di accompagnarlo nel percorso di cura indirizzandolo verso la fruizione di altri servizi, altre prestazioni ed altri medici specializzati, nonché di garantire la continuità dell'assistenza e la tempestività dell'intervento. Questa complessità di aspetti viene, invece, scarsamente compresa, in quanto il rimando ad altri (altri operatori, altri servizi...) è tendenzialmente percepito come un sovraccarico dispersivo ed inutile:

350. *Ho scoperto del medico di base quando ho avuto il permesso di soggiorno, perché là ho avuto la tessera sanitaria che era obbligatoria... comunque l'ho saputo anche prima che ognuno ha un medico di base... Dal medico di base ci vai solo quando hai mal di testa, cose del genere. Quelli che vanno al P.S. di solito.. se hanno problemi gravi non vanno dal medico di base, ma direttamente in ospedale.. Forse diranno che il medico di base ti da solo... Il medico di base ti guarda, ti scrive magari degli appunti per andare all'ospedale, non è che fa molte cose.*
351. *Si preferisce il Pronto Soccorso perché tanto il medico di base manda dallo specialista, è una perdita di tempo andare da lui. Ci si rivolge al medico di base se si ha bisogno di un certificato. Io potrei pensare che i medici di base 'non erano capaci di darmi le medicine che aiutassero'. Adesso, però, per andare al Pronto Soccorso ci vuole l'impegnativa del medico di base (tranne di notte, quando si può andare senza impegnativa).*
352. *Un altro motivo per evitare il medico di base è che tanto ti manda dallo specialista e per avere l'appuntamento ci vogliono 4-5 mesi. Quest'estate avevo male a un occhio: sono andato dal medico di base che mi ha prescritto una visita urgente. È successo questa estate e fin'ora non sono riuscito a farla. Mi conveniva andare direttamente in Pronto Soccorso. Dopo 10 giorni la macchia si è riassorbita. Volevo sapere che cosa mi ha creato questa cosa e ancora non lo so. Va sempre così, tranne se hai un amico lì e ti dice 'vieni, lo facciamo'.*

Il ricorso al Medico di Medicina Generale, quindi, invece di essere percepito come un ausilio, viene tendenzialmente considerato un sovraccarico, sia per l'utente che per il

servizio sanitario nella sua generalità, soprattutto da chi, facendone talvolta uso, si è trovato a constatare un moltiplicarsi di passaggi di cui non coglieva il significato e la necessità. Dopo una prima esperienza di questo tipo, o anche sulla base di un passaparola preventivo, subentra, pertanto, la decisione di non usufruirne. Se l'utente, che in genere si avvale anche dell'idea di una medicina occidentale molto tecnologizzata ed efficiente, si rivolge al medico con aspettative di risposta risolutiva immediata e si trova invece a doversi confrontare con dei rimandi che richiedono analisi e controlli da effettuare altrove ed in altri tempi, è inoltre plausibile ne risenta anche il senso di fiducia che viene generalmente riposto sulla persona interpellata. Il modo di procedere tipico di questa figura tende, infatti, ad essere letto anche come “segnale di incapacità” ed in tal senso contribuisce a dar forma ad una sorta di sfiducia verso un ruolo professionale di cui non si percepisce il valore, inducendo a spostare l'investimento su altri organismi - in primo luogo il medico ospedaliero ed il servizio di Pronto Soccorso - in quanto in grado di avvalersi di tutti i sussidi tecnologici necessari e di dare una pronta risposta al proprio problema:

353. Perché il mio medico di base mi dà l'impressione di non essere preparato per cui mi rivolgo al Pronto Soccorso perché i medici sono molto preparati.

354. Io ho un amico che non vuole prendere il medico di base... ha detto non mi fido tanto di loro, vado all'ospedale... Una volta aveva un medico. Non vuole prendere un medico... Ha la tessera sanitaria con il medico vecchio.. non vuole più andarci... ho chiesto: quando hai qualche malattia cosa fai? Per il lavoro... Va al PS e porta quella carta lì al lavoro... Paga, ma non vuole proprio prendere il medico... da tanto tempo...

355. Non c'è fiducia nei suoi confronti, tendono a dare 'sciropi' e nient'altro o poco più. Ci si rivolge al medico di base per avere la certificazione di malattie, non per cose più significative.

356. Il medico di base i raggi non li fa, ti manda al Pronto Soccorso. Allora ci vado direttamente, così me li fanno subito.

357. Se vogliamo fare delle analisi andiamo subito al Pronto Soccorso.

Come già è implicito nelle ultime affermazioni, funzionano come disincentivi nel ricorso al Medico di Medicina Generale anche fattori di ordine organizzativo. Si tratta degli stessi fattori che, per ragioni complementari, come già abbiamo avuto modo di vedere, si collocano in modo rilevante anche a monte del ricorso al servizio di Pronto Soccorso. La progressiva modifica delle modalità organizzative prescelte da ogni Medico di Medicina Generale per regolamentare l'accesso alle proprie prestazioni, con la richiesta di appuntamenti previ e la definizione di orari ridotti e rigidi, generalmente definiti sulla base degli standard lavorativi dell'utenza italiana, rende, infatti, mediamente disagiata ricorrere alle sue prestazioni da parte dell'utenza immigrata, la quale lamenta una certa difficoltà nel far coincidere i propri orari lavorativi con quelli prestabiliti dal medico:

358. Sabato e domenica il medico di base non è reperibile.

359. Il medico è diventato con l'appuntamento!

360. Ci sono tante persone che non vogliono veramente passare per il medico di base. Poi il medico di base è sempre pieno, strapieno, capita qualcosa e il pomeriggio non c'è, magari riceve su appuntamento... Chiami al cellulare e non risponde... Sabato chiuso, domenica chiuso. Per i bambini tante volte siamo costretti ad andare in Pediatria.

In questi casi dovrebbe essere la guardia medica a sopperire alla mancanza, ma gli utenti stranieri non mostrano di essere a conoscenza di questo servizio, se non in pochi casi.

A complicare significativamente il quadro si aggiungono poi fattori di tipo comunicativo-relazionale. Il seguente stralcio esprime in modo sintetico ed efficace il convergere di tutte queste variabili:

361. C'è la non disponibilità del medico di base: dovrebbe spostarsi, hanno orari... Devi telefonare la mattina fra le 7.30 e le 8.30 per prendere appuntamento... magari non hai il telefono. È tutto molto macchinoso. Ti rivolgi alla guardia medica... al telefono dicono delle cose, ma tu non sei esperto... Il medico di base, poi, non tiene conto dell'urgenza: se vai lì vuol dire che non è urgenza. Sembra che tu gli dia fastidio. Ti trattano male, meccanicamente, sono molto secchi, manca il lato medico. Devi poterti aprire con chi cura, non avere resistenze... e questo dipende da come ti accoglie... ti abbandoni se non è troppo professionale, invece ti considera uno come tanti, cura solo il livello materiale, non il rapporto, non c'è umanità. Ho incontrato solo un'unica eccezione: un medico con cui si chiacchierava perché voleva sapere cose di te... era anziano, è morto. In tanti immigrati andavano da lui. Dopo non c'è stato nessun altro medico che ci siamo consigliati. Da noi i medici (se ci sono) ti conoscono, conoscono tutta la famiglia.

Questa considerazione parte dalle stesse questioni di carattere organizzativo che emergevano dalle affermazioni precedenti, ma vi aggiunge un'importante variabile di tipo relazionale. Si tratta, in realtà di un problema che abbiamo già ampiamente discusso nella sezione relativa alla relazione operatore-paziente¹⁵⁵ e che trova riscontro anche in quanto ha affermato un medico di origine congolese da noi intervistato relativamente alle caratteristiche che, a suo dire, contraddistinguono – troppo spesso - il rapporto con la figura del medico nel nostro sistema sanitario ed alle carenze che, secondo le sue parole, vengono tipicamente percepite dall'utente immigrato¹⁵⁶. Sul lato degli utenti non sono mancate altre affermazioni in tal senso, talvolta brevi e lapidarie, talvolta più articolate, come quelle che riportiamo qui di seguito a titolo esemplificativo:

362. I medici di base non hanno tempo, quando arrivi fanno presto per mandarti via...

363. Io sono diabetico. All'inizio quando andavo dal medico di base mi curava bene, diceva fai così, fai così, prendi una settimana, vediamo com'è andata.. Adesso cura anche male, perché quando sto male vado lì e poi mi dice... Adesso mi sta curando un po' male perché io mi sono accorto... non so perché... Ho visto un atteggiamento tipo... come forse vado a disturbarla... subito, subito via... via, via, via... Al centro diabetico ci dicono: quando vedi che non sta bene, vai dal medico, vai dal tuo medico. Adesso vado dal medico di base e subito mi manda via. Prima ti curava, ti guardava la pressione, ti mandava a fare anche analisi... L'ultima volta sono stato lì quando tornato dal lavoro, una giornata. Andato a casa, controllato, 230. Io non devo superare 120... Lei non ti chiede neanche. Ho trovato la sua sostituta, lei non c'era. Lei c'era la prima volta quando tornato dal lavoro, lei mi ha dato una giornata. Il giorno dopo, controllato a casa, la mattina, ho visto 204. ho detto 'Io non vado a lavorare'. Torno da lei. Ho trovato una sostituta... La sostituta sai cosa ha fatto? Ha tirato fuori la macchinetta, ha controllato lei... ha detto di prendere una medicina che mi hanno sospesa perché ti fa scendere velocemente. Prendi quello e vediamo. Mangia con l'orario giusto... appena ho preso quella è scesa tanto. Poi ho controllato prima di mangiare, ho preso la pillola... Ho detto anche a mia moglie 'Questo medico lo cambio fra un po''.

¹⁵⁵ In quella sezione nella parte relativa a “Comunicazione”, cap. “Fra comunicazione e relazione”/“Non è il servizio che è male, ma l'interagire”, abbiamo, peraltro, già utilizzato un brano della testimonianza n. 337: cfr. stralcio n. 86.

¹⁵⁶ Cfr. a questo proposito il capitolo “Non è il Servizio che è male, ma l'interagire” e in modo particolare le affermazioni di questo medico, riportate ai nn. 88-90.

Le ultime affermazioni riportate spostano l'attenzione non tanto sull'efficienza del rapporto, quanto sulla percezione di una sua inadeguatezza rispetto ad un bisogno di cura che si declina anche su un piano relazionale. La cosa è del tutto evidente nell'affermazione n. 337 e, sebbene temperata dall'idea finale di un intervento momentaneamente più efficace, anche nella n. 339.

Svilimento

La mancanza di fiducia, o comunque di volontà di ricorrere alle prestazioni del Medico di Medicina Generale, trova ulteriori spiegazioni rispetto alle questioni di tipo organizzativo se prendiamo in considerazione i fattori di tipo relazionale. Viene così rafforzato il senso di quanto mettevamo precedentemente in luce, con l'evidenziazione della difficoltà di cogliere il senso generale di questa importante figura sanitaria e del suo svilimento generale in quanto ne vengono ridefiniti il ruolo ed il valore dentro una dimensione burocratico-opportunistica. Com'è possibile riscontrare in altre affermazioni che riportiamo qui di seguito, si evince, infatti, la tendenza ad attribuirgli un ruolo di mero esecutore di pratiche amministrative a sfondo sanitario:

364. *Una volta mia sorella è andata dal suo medico, aveva mal di testa al lavoro.. va a casa perché sta male, è andata dal suo medico... Lui gli ha detto "vai a casa, vai a comprare moment e prendi". Lei voleva una malattia per 3 giorni per stare a casa. Ha detto no, "vai a prendere un moment, dopo passa e vai al lavoro". Se uno ha mal di testa e non riesce a lavorare e viene dal dottore... mal di testa l'ho avuto anch'io, a volte è forte e non riesci a lavorare...*
365. *Io ci vado dal medico. Quando vai direttamente nella farmacia le medicine costano di più che quando ti scrive la ricetta il medico, quindi io vado sempre dal medico per farmi scrivere la ricetta, e qualche volta la ricetta che mi scrive me le danno gratis, quindi io ci vado sempre.*
366. *Ci sono andato tante volte dal medico di base. Quando mi sento male che non voglio andare a lavorare... quando qualche volta ho mal di testa o ho mal di schiena.. mi da quello per riposarmi. Il medico non l'ho scelto io, c'era una lista... avevo sentito parlare di lui... tutti quelli che conosco vanno lì.. ti accoglie bene, è gentile.. guarda... Quando J. aveva un altro medico e stava male gli dava un solo giorno per lavorare.. sono andato là, stavo male, mi ha dato un solo giorno di riposo, non stavo ancora bene...*
367. *Ci si va per lavoro... Andavo sempre dal medico di base, quando mi scadeva l'infortunio.. mi chiedeva se sentivo male, mi guardava.. Non ci si va quando le cose sono gravi e neanche quando non sono gravi e ci si può curare da soli. Se ci si sente male si va ll'ospedale, sicuramente.*

DIFFERIMENTI

Fattori di disincentivazione nel rivolgersi ai Servizi

Una casistica articolata

Quanto messo in luce finora indica la sussistenza, al contempo, di un eccessivo utilizzo del Pronto Soccorso e di una sottoutilizzazione del Medico di Medicina Generale; questi due fattori sembrano del tutto congruenti fra loro in quanto l'eccessivo ricorso al PS trova ragione anche in uno scarso riferimento al MMG.

La letteratura di settore fa d'altra parte menzione della tendenza, da parte degli immigrati, a rivolgersi ai servizi sanitari 'tardi' rispetto alle necessità, cioè quando la patologia ha ormai assunto una fisionomia tale da non poter più essere ignorata o sottaciuta¹⁵⁷. Quest'ultima considerazione risulta in linea con il dato relativo allo scarso uso del medico di base, ma in contrasto con quello riguardante l'eccessivo/inadeguato utilizzo del Pronto Soccorso.

Nelle interviste con gli utenti e con le cosiddette 'figure intermedie' emergono affermazioni che corroborano l'idea per cui gli immigrati, in genere, tenderebbero effettivamente a dilazionare il momento in cui si rivolgono ai Servizi Sanitari:

368. *Da noi (Repubblica della Moldova) siamo più pigri su salute/malattia: se stiamo male non ci rivolgiamo subito al medico. La salute non è in primo piano.*

369. *I pazienti africani aspettano a rivolgersi al medico/ai servizi finché stanno molto male.*

370. *Ai servizi sanitari ci si rivolge quando la situazione è ormai scoppiata (quando il male è diventato molto evidente): se chiedi alla persona quando ha cominciato ad avere male è difficile avere una risposta (non sanno individuarlo, ma il problema era iniziato da tempo).*

371. *I cinesi cercano prima di risolvere i loro problemi in qualche modo, quando poi arrivano in clinica... bisogna arrivare subito al punto principale perché forse siamo a una malattia con disturbo già avanti.*¹⁵⁸

Come già accennavamo, affermazioni come queste stridono, però, con l'alta percentuale d'uso del Pronto Soccorso e, soprattutto, con l'elevata quantità di codici bianchi assegnati agli utenti al momento dell'accesso. Cercheremo pertanto di mettere meglio a fuoco il senso delle affermazioni 368-71, nonché di addentrarci ulteriormente nella questione del ricorso a questa tipologia di Servizio e nei risvolti della procedura di

¹⁵⁷ De Micco V. (a cura di), *Le culture della salute. Immigrazione e sanità: un approccio trans-culturale*, Liguori, Napoli, 2002, p. 98: "La persona immigrata generalmente non mette in atto strategie preventive ma si rivolge ai servizi sociosanitari solo in caso d'urgenza o di malattia conclamata".

¹⁵⁸ Questo intervento anticipa quanto si dirà più avanti in relazione alla presenza di forme di cura alternative; cfr. sez. "Percorso di cura"/"Dalla diagnosi alla terapia", cap. "Difficoltà di compliance".

assegnazione dei codici-colore, provando peraltro a chiedersi che cosa avvenga nella fase che intercorre fra il presentarsi del problema di salute ed il rivolgersi alle risorse rese disponibili dal Sistema Sanitario Nazionale.

Se, per quanto riguarda il Pronto Soccorso, abbiamo visto finora quali sono le principali ragioni per cui vi si ricorre con maggiore facilità rispetto ad altri presidi, si tratta ora di vedere, al contrario, quali possono essere i motivi retrostanti ad un suo eventuale mancato utilizzo, o comunque ad un tardivo ricorrervi da parte degli immigrati.

Indagando le ragioni per cui il Pronto Soccorso si configura come riferimento prioritario per la popolazione immigrata¹⁵⁹ abbiamo organizzato i dati in cinque raggruppamenti (fattori giuridico-legali, informativi, economici, organizzativi, culturali); in tal modo, abbiamo portato in primo piano gli aspetti di incentivazione, mentre sono rimasti celati i rispettivi elementi disincentivanti. Facendo riferimento a quella stessa casistica, sulla base di quanto è emerso dalle nostre interviste, almeno tre categorie sembrano essere al contempo intrise di elementi che orientano anche verso questa seconda direzione: quelle che fanno riferimento ai fattori giuridico-legali, alla dimensione economica ed alla variabile culturale.

Per quanto riguarda i fattori giuridico-legali, occorre rilevare che la normativa vigente, con l'art. 35 del Decreto Legislativo 286/1998 (Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione), tutela fortemente il diritto alla cura anche per gli immigrati in condizioni di irregolarità. Al comma 4 del testo di legge si legge infatti che "l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno, non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano". Nonostante il fatto che la normativa preveda in modo così esplicito questa misura di tutela, il timore di denuncia da parte dell'immigrato irregolare (giustificato o meno che sia), sembra non manchi di incidere sul percorso di cura, giungendo ad allontanare preventivamente l'utente dall'ipotesi di rivolgersi ai Servizi in caso di necessità (ivi compresi i servizi in regime di urgenza). Per quanto riguarda le interviste da noi effettuate, la presenza di questo fattore frenante è emersa in modo esplicito in diverse dichiarazioni. Difficilmente quanto veniva di volta in volta affermato era riferito alla persona stessa del parlante, trattandosi comunque di utenti dei servizi sanitari, ma riportava situazioni di cui si era in genere a conoscenza:

372. Sento moltissimo in giro: 'mi fa male il dente, non posso andare perché ho paura, non ho il permesso di soggiorno'... C'è poca informazione, perché quelle donne lì, che non hanno ancora il permesso di soggiorno, hanno paura ... Ho parlato anche ieri con una donna che ha problemi con la schiena...

373. Ho degli amici che non hanno carta di soggiorno e hanno paura, appunto, quando sono malati, di andare all'ospedale, e quindi hanno paura, non so, di dire il proprio nome per la paura, non so, che la Questura...

374. Il mio amico ha avuto un incidente e non voleva andare in ospedale perché era irregolare.

375. Ero senza documenti, non sapevo, paura... ho detto, se vado lì forse mi prendono e mi mandano indietro.

376. C'è poi la questione della clandestinità: una donna che conosco ha avuto un aborto spontaneo e non si è rivolta ai Servizi. Aveva timore a presentarsi, timore di denuncia, di essere 'scoperti come clandestini'.

¹⁵⁹Cfr. sezione "Percorso di cura"/"Il cortocircuito MMG-PS", cap. "Pronto Soccorso"/"Ragioni retrostanti".

A corroborazione dell'ipotesi che questo fattore sia di effettivo rilievo, risulta utile il riferimento a quanto verificatosi in seguito alla richiesta presentata in sede parlamentare di effettuare un emendamento al testo di legge proprio nella parte relativa al divieto di segnalazione degli immigrati irregolari che si rivolgono alle strutture sanitarie. La norma non è mai stata abolita in via definitiva - al contrario, la trafila parlamentare e legislativa si è conclusa con l'emanazione di una circolare che ha ribadito il divieto di segnalazione -, ma la momentanea approvazione dell'approvazione del comma da parte del Senato, ha provocato un drastico calo negli accessi, cui ha fatto seguito un lungo periodo di assestamento, per arrivare poi solo a distanza di tempo ad un lento recupero della quantità complessiva di accessi¹⁶⁰.

Accanto ai fattori giuridico-legali si collocano quelli a carattere economico. Come abbiamo avuto modo di rilevare, la dimensione economica sembra non costituire più motivo di spinta nel ricorso al Servizio in quanto la richiesta di uno specifico contributo per le spese sanitarie (*ticket*) è divenuta nel tempo più onerosa, vincolante e rigida. Al contrario, si può dire che costituisce un fattore di forte scoraggiamento, per lo meno in alcuni casi:

377. Essenzialmente si tratta di un fatto economico: si rimandano le visite finché non ce la si fa più. Occorre tener presente che ogni africano non deve pensare solo a sé e alla sua famiglia qui, ma a tutta la famiglia da mantenere in Africa. Io sono qui ormai da 20 anni, ma devo pensare alle necessità di tutta la mia famiglia in Africa, più di 10 persone.

378. In ospedale bisogna pagare, ci si va raramente perché i soldi non ci sono... Chiedere di andare all'ospedale.. preferiscono... non vengono. Non comprano le medicine, scappano perché non hanno i mezzi. Questo anche per voi, ma la differenza è che noi non aiutiamo soltanto noi, ma anche... noi siamo il cacao e il caffè dei nostri genitori. Chi riesce a studiare e va a lavorare in città deve sapere che i suoi soldi sono per la famiglia: genitori, nipoti... Abbiamo i fratelli che sono come i genitori... e i fratelli sono tanti. [...]La famiglia è grande, zie, zii.. I nostri non hanno tutti la pensione come avete voi. Anche se ce l'hanno non basta. Noi siamo qui per lavorare e portare i soldi a loro.

Un altro ordine di fattori che sembra intervenire in modo significativo nel differire il ricorso alle strutture sanitarie è invece rinvenibile nella vasta categoria delle variabili culturali.

Fattori culturali

Abbiamo già accenato all'incidenza di fattori culturali in grado di incidere sulla quantità e sulle modalità di ricorso al Pronto Soccorso facendo riferimento alla presenza di abitudini acquisite, alla mancanza di strategie di tipo preventivo ed all'intervento di specifiche forme di percezione della malattia. In quel caso, si trattava di variabili che tendevano ad incentivare il ricorso al Servizio; altri fattori, sempre di ordine culturale, possono, invece, situarsi a monte di un non-uso (come d'altra parte avviene anche per il

¹⁶⁰ E' quanto risulta in modo particolare dai dati in possesso della SIMM, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni che è stata in prima linea nella lotta intorno a questo specifico problema e che emerge anche dai dati dell'ambulatorio Caritas di Roma, che ha analogamente risentito del problema in seguito ad una sorta di effetto alone che ha coinvolto un po' tutta l'utenza immigrata ed i relativi servizi a cui essa è abituale rivolgersi. L'ambulatorio Caritas di Roma, la cui mole di lavoro ammonta a circa 20.000 prestazioni l'anno, con una presenza annuale di circa 3.000 nuovi casi, solo a distanza di quasi 3 anni (cioè con il primo semestre 2012) è tornato a registrare un numero di accessi analogo a quello precedente alla votazione del Senato. Comunicazione effettuata da Salvatore Geraci in occasione di una lezione tenuta presso il Master in Studi Interculturali dell'Università di Padova nel Giugno 2012.

mancato ricorso al Medico di Medicina Generale, al cui riguardo sono emerse una non comprensione del senso del suo operato ed esigenze relazionali la cui non ottemperanza contribuisce ad ingenerare sfiducia). Questa questione è emersa in modo piuttosto articolato nelle conversazioni effettuate, ed ha fatto affiorare diverse aree di problematicità, che elenchiamo ora brevemente, ma su cui avremo modo di tornare a più riprese ed in modo più dettagliato. Un primo raggruppamento di questioni ruota attorno ad affermazioni analoghe alla seguente:

379. Noi africani lasciamo andare troppo le cose, se mi sento male... per la mia salute non mi preoccupo più di tanto, siamo troppo ottimisti... anche non abbiamo l'abitudine, può essere, oppure siamo troppo ottimisti.

Che si tratti di abitudine o di ottimismo - secondo le parole utilizzate dagli intervistati - in casi come questo sembra emergere una sorta di sottostima del problema sanitario da parte degli stessi utenti ed anche in letteratura troviamo spesso un riferimento al fatto che la salute non è, in genere, al primo posto delle attenzioni degli immigrati¹⁶¹. Questa attitudine, laddove presente, sicuramente cela diversi ordini di fattori (di tipo economico, lavorativo, di sussistenza generale in un contesto di precarietà¹⁶²) e, plausibilmente, trova corroborazione in un atteggiamento di fondo maturato in contesti in cui la gestione della quotidianità segue una gerarchia di priorità che non necessariamente coincide con quella per noi abituale. Rispetto ad essa torna in campo anche il concetto di prevenzione, cui abbiamo già fatto cenno come ad uno dei fattori che plausibilmente si situano a monte di un utilizzo 'selettivo' dei servizi disponibili (il Pronto Soccorso, invece che servizi di base maggiormente adeguati ad azioni tipo preventivo) e su cui avremo modo di tornare fra breve.

In modo piuttosto contrastante con quanto asserito alla voce n. 379, le nostre conversazioni hanno, d'altra parte, rilevato anche affermazioni di altro tenore:

380. Da noi tantissimi... tanti si ammalano e dicono 'non serve che mi portiate, tanto sono pronto per morire', e muoiono così... Mio padre sapeva che moriva... era quasi pronto... non serviva a niente andare in ospedale... sapeva già.

L'affermazione n. 379 e la n. 380 rivelano un atteggiamento che potrebbe configurarsi, quindi, come antitetico. Esso trova, d'altra parte, possibilità di armonizzazione nell'ipotesi di un fatalismo di fondo che lascia pochi spazi di manovra intorno al nesso salute/malattia. Sembrano potersi situare in questa dimensione di senso affermazioni come quelle che riportiamo qui di seguito:

381. Se guarisco è Dio! Anche abbiamo questi problemi.

382. Chi non ha ancora capito pensa che la malattia è 'mistica'. C'è sempre questa fatalità... non si fanno curare, non vanno all'ospedale, potete dargli tutte le medicine che volete, non le prendono, ne prendono un po'.

¹⁶¹«Una ricerca condotta dell'Osservatorio ISMU nel 1998, sottolinea come tra i 1000 immigrati intervistati, cui era stato chiesto di indicare i problemi maggiormente sentiti in Italia (ad eccezione del lavoro), solo il 3,6% ha indicato l'assistenza sanitaria. Di solito, infatti, l'accesso al servizio avviene in caso di malattia conclamata o, in ogni modo, di interventi non procrastinabili». Ragni Chiara, *Alcune considerazioni sulla percezione della salute e della malattia in un gruppo di Senegalesi in Italia*, Tesi Master in Studi Interculturali, Università di Padova, a.a. 2003-2004.

¹⁶²È quanto rileva Maurizio Mazzetti nel suo testo *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto* (ed. Carocci Faber, Roma, 2003), laddove rileva che la capacità lavorativa rappresenta un perno attorno al quale ruota la definizione stessa di malattia: il corpo sano è l'unico capitale posseduto dachi non ha altra fonte di reddito se non le proprie braccia, per cui si può affermare che il ruolo di malato è in antitesi con quello di lavoratore e che è questa una delle ragioni per cui gli immigrati tendenzialmente ricorrono alle cure del medico solo in caso di grave necessità.

383. *La malattia per i paesi arabi, soprattutto per i musulmani non è ...non si ammalano mai, perché dicono quando uno si ammala vuol dire che spiritualmente è malato, che è stato punito.[...] Perché la sofferenza nella religione islamica non viene riconosciuta come sofferenza, come male, dolore, ma viene vista come una cosa che ti colpisce perché Dio l'ha deciso, perché Dio ha voluto che la persona si ammala e loro si rassegnano e dicono: Dio ci ha dato questa cosa, noi siamo in prova, dobbiamo superare questa prova nella vita. Non la vedono come sofferenza, dolore, la vedono in maniera positiva delle volte.*

Oppure anche affermazioni che, seppure in modo piuttosto diverso, mettono evidenza un sistema di attribuzioni causali in virtù delle quali si ricorre ad altre forme di intervento:

384. *A volte gli africani non amano venire all'ospedale o scappano via, non si fanno curare perché gli africani hanno una credenza molto forte nella stregoneria. Una malattia non è mai naturale. Anche se si va in ospedale non ci cureranno mai...*

385. *In Africa non esiste la morte naturale, c'è sempre qualcuno che ha fatto qualcosa. Per esempio in Togo c'è lo spirito Afan: se il marito ha quello spirito nessuno lo deve toccare. In questi casi non vai a farti visitare.*

386. *Gli yoruba sono convinti che il destino delle persone non è altro che la fotocopia del destino dell'altro mondo. Noi arriviamo dall'altro mondo già predestinati. I nostri destini sono scritti nella pianta dei piedi e nella pianta delle mani. La malattia non è che andar fuori dalla linea del proprio destino. Se uno non rispetta, cerca di andar fuori dalla linea, allora si ammala.*

387. *La malattia non viene per caso, ad esempio per via dei microbi, per mancanza di cibo, di pulizia, di igiene. È sempre provocata da qualcuno o da una circostanza [...] Da noi Dio non punisce. Sono sempre gli uomini.... Se sai che qualcuno ti ha mandato una malattia, puoi mandargli quella malattia per la sua morte.*

Domanda: Succede davvero che qualcuno manda una malattia?

Risposta: Io sono cattolico, però so, perché qualcuno mi ha parlato, che si può mandare una malattia. In caso di malattia non si tratta di impegnativa da prendere dal medico, ma bisogna andare dal charlatan, dallo sciamano, dal bagà per sapere il perché. Poi c'è sempre un rito o un sacrificio da fare. Quindi la spesa della cura sanitaria non è così grossa da bloccare la salute.

Domanda: L'offerta del pollo è per pagare la prestazione?

Risposta: Si tratta della vita e per avere qualcosa per la vita bisogna dare la vita, il sangue.

A questo livello, infatti, non si può più parlare di fatalismo, ma della necessità di ricorrere a forme di intervento che esulano dalle prerogative del sistema medico e chiedono, invece, di mettere in campo altri tipi di risorse, più o meno compatibili con il sistema di cura convenzionalmente in uso nell'ambito del nostro sistema sanitario.

Non mancano, d'altra parte, forme di autocura, più o meno compatibili con le modalità proprie della medicina convenzionale, che vengono messe in atto in alternativa, magari in considerazione anche di quella variabile economica che esse portano con sé.

388. *Andiamo all'ospedale quando vediamo che veramente non c'è niente da fare, altrimenti utilizziamo le nostre cose... abbiamo le nostre erbe, le resine. [...] Sul perché gli africani non vanno all'ospedale c'è anche un problema economico. In ospedale bisogna pagare, ci si va raramente perché i soldi non ci sono... Si usano tutti i mezzi per curarsi, cose che costano poco. La malaria ad esempio non ne abbiamo paura perché la curiamo con le foglie di un albero, si fanno bollire delle foglie... (per non prendere la malaria). Ci sono cose che curiamo con la corteccia degli alberi. Qua si deve andare da un medico di base, lui manda da uno specialista, devi pagare il ticket... Voi lo fate perché siete cresciuti così. Per un africano è un problema grande.*

Non ci addentriamo ulteriormente, adesso, nella disamina di questo aspetto in quanto il ricorso alle forme alternative di cura sarà oggetto di trattazione specifica in un capitolo

a sé. A conclusione di questa sezione, riportiamo, invece, un'altra affermazione, che ci ha sorpreso in quanto non abbiamo trovato alcun riferimento analogo in letteratura: ci sembra importante in quanto fa riferimento a delle situazioni di possibile mancato ricorso al servizio ospedaliero per ragioni che riteniamo siano in buona misura riconducibili a fattori di tipo culturale:

389. Ci hanno raccontato questa cosa qua. Vero o non vero non lo so. Se un Africano viene in ospedale subito si pensa alle malattie infettive. Gli africani dicono spesso: noi africani quando andiamo all'ospedale subito ci mandano agli infettivi, perché siamo pieni di malattie infettive, allora subito ci mandano là e preferiamo non andare. È vero.

Torneremo più avanti anche su questa situazione in quanto ci sembra che il suo senso sia riconducibile anche alla presenza di implicite culturali che, nel caso specifico, concernono il peculiare modo di rapportarsi all'idea di malattia che è proprio di alcune aree culturali.

Al crocevia di esigenze diverse

Nei capitoli precedenti è stata presa in considerazione una molteplicità di variabili che rendono ragione del perché fra gli immigrati sia presente la tendenza a dilazionare la possibilità di rivolgersi ai servizi sanitari più tardi rispetto a quanto dovrebbe verificarsi, nonché a quanto normalmente avvenga per gli italiani. Le ragioni dei rinvii di cui si è parlato finora sono tendenzialmente ascrivibili all'utenza, ma sarebbe inopportuno radicalizzare questa dimensione interpretativa focalizzandosi su un unico polo dell'interazione – o anche sull'uno e l'altro separatamente considerati - invece che sulla fisionomia del loro intrecciarsi. Le ragioni di un mancato incontro, infatti, non si situano solo dal lato dell'una o dell'altra componente, ma anche nel loro intersecarsi reale e potenziale.

A questo proposito, un fattore problematico che abbiamo avuto modo di richiamare già in altri punti di questo scritto concerne la realtà di genere:

390. Quando io vado al Servizio Sanitario per una visita ginecologica trovo sempre un medico maschio e non una dottoressa... Io cambia giorno ma trova sempre un uomo, e questo è un problema. Il problema è che chiede un ginecologo donna e invece trova sempre un uomo.

391. E' una cosa molto importante perché le donne quando non trovano una donna allora torna a casa senza fare il prelievo, senza fare il pap test, senza fare tutte queste cose che proseguono il parto e quindi secondo me fa male per il momento di gravidanza.

In casi come questi (chi parla sono, rispettivamente, una donna ed un uomo di area marocchina) si verifica il tentativo di rivolgersi ai servizi, ma subentra una difficoltà d'incontro dovuta alla presenza di esigenze contrapposte sul versante dell'utente e su quello dell'organizzazione istituzionale. Questa questione è emersa in modo esplicito in diverse situazioni, è stata trattata nell'ambito del corso di formazione in rapporto ad alcune osservazioni effettuate dagli operatori, nonché negli incontri di gruppo che hanno coinvolto operatori ed utenti, facendo emergere dimensioni interpretative che fanno a loro volta riferimento a due prospettive culturali nettamente diversificate¹⁶³. In questa sede non ci interessa addentrarsi nel dibattito attorno alla legittimità o meno delle rispettive posizioni; torniamo ad affrontare questa tematica in quanto ad essa sembra

¹⁶³ Ne parleremo in maniera approfondita nella parte di questo lavoro specificamente dedicata alle “Questioni di genere”, in particolare nella sezione relativa alle “Concordanze di percezione” (sezione “Questioni particolari”).

potersi riferire una motivazione ulteriore rispetto a quelle indicate precedentemente, che potrebbe risultare a monte di un ricorso tardivo ai servizi sanitari da parte di un settore dell'utenza che in genere viene identificato con l'appartenenza arabo-islamica. In particolare le due testimonianze, estratte fra altre di carattere simile, corroborano la percezione diffusa fra gli operatori relativamente alla fisionomia che assume la dimensione di genere in ambiente islamico anche in relazione all'area sanitaria. Un questione che tende a declinarsi in una dimensione altamente stereotipica che non rende affatto ragione della complessità e diversificazione di posizioni che si riscontrano in questo ambito in contesto islamico. È, infatti, inscritta nella tradizione islamica stessa la possibilità di gestire la dimensione di genere con flessibilità negli ambiti che concernono le problematiche di salute¹⁶⁴. La presenza di posizioni inflessibili in questo ambito, su entrambi i versanti, non manca di risvolti problematici. La stessa intransigenza istituzionale, infatti, si rivela a sua volta foriera di difficoltà ulteriori in quanto, invece di provocare nell'utente un adattamento alla situazione che orienti verso una tutela di tipo medico, rischia di rinforzare un meccanismo di chiusura che si traduce in un rifiuto preventivo, a totale detrimento dell'iter sanitario. Le affermazioni n. 366 e n. 367 alludevano ad un avvio di rapporto; in particolare con l'affermazione n. 366, effettuata da una donna marocchina in relazione alla sua stessa esperienza, si assisteva ad un reiterato ed estenuante rinvio della prestazione nella speranza di imbattersi, prima o poi, in una situazione ritenuta adeguata alle proprie esigenze; con la n. 367, formulata da un uomo marocchino, sembra profilarsi, d'altra parte, anche una possibilità di abbandono dell'iter diagnostico, invece che di 'solo' rinvio. Il rischio è, da una parte, quello di perdere un paziente che bene o male si era presentato alla struttura, dall'altra, in modo ancor più insidioso, quello di alimentare una predisposizione di fondo che conduce a negare ogni possibilità di accesso... per lo meno fino a quando, come si trova adombrato in letteratura, la situazione non si rivela ad un livello di gravità tale da non poter essere più nascosta o sottaciuta.

Prevenire è meglio che curare

Nei capitoli precedenti abbiamo parlato sia di fattori che tendono a tenere lontani dai servizi sanitari, sia, al contrario, di elementi di attrazione¹⁶⁵ e, nel novero delle questioni incontrate, ci siamo imbattuti anche nel problema della prevenzione. A tale proposito abbiamo fatto riferimento:

- all'idea che fra gli immigrati sostanzialmente manchi il concetto di prevenzione;
- alla possibilità che questa lacuna sia almeno in parte responsabile di un utilizzo 'selettivo' dei servizi sanitari.

Nella letteratura da noi esaminata, la questione della prevenzione viene evocata spesso per parlare di una vera e propria mancanza che si verificherebbe a questo livello fra le

¹⁶⁴ Anche relativamente a questo avremo modo di tornare sull'argomento nel capitolo sulle "Questioni di genere", in particolare nella parte relativa a "La disarticolazione dello stereotipo".

¹⁶⁵ In realtà la disamina potrebbe essere articolata ulteriormente, ad esempio andando a vedere quali tipi di aspettative orientano il sistema di fiducia/sfiducia nell'intervento medico ed istituzionale. A questi livelli ci risulta, ad esempio, che a fronte di aspettative quasi 'miracolistiche' è possibile rintracciare anche forti ed estreme 'disillusioni'.

comunità di immigrati. I dossier Caritas che annualmente aggiornano sul quadro dell'immigrazione in Italia, ivi compresa l'area sanitaria, riportano, infatti, che buona parte della consistente attività di prevenzione che il nostro sistema offre non raggiunge le donne e gli uomini immigrati. Viene con frequenza a mancare la messa in atto delle più abituali strategie preventive: come abbiamo già evidenziato, non ci si rivolge al Medico di Medicina Generale, né si fa uso degli altri servizi di base fruibili nell'area territoriale e questo comporta anche che non si effettuino le più consuete forme di monitoraggio del proprio stato di salute.

La normativa vigente (Legge 40/98, art. 35, comma 3) prevede, a questo proposito, l'estensione a tutti, anche “ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno” dei “programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva”. In tal senso afferma, in particolare, che vengono garantite: “la tutela sociale della gravidanza e della maternità”, “la tutela della salute del minore”, “le vaccinazioni”, “gli interventi di profilassi internazionale”, “la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai”. Anche in questo caso, la sussistenza del diritto non si traduce immediatamente in una realizzazione di fatto: un'analisi condotta nell'ambito della provincia di Reggio Emilia ci fornisce degli attenti dati statistici a questo proposito, che riguardano in particolare le aree degli *screening* oncologici e dell'assistenza in gravidanza¹⁶⁶. Si tratta di dati utili per capire, fra l'altro, “quanto l'equità di offerta si trasformi in equità di accesso”¹⁶⁷. Come si evince dal *dossier*, così come da altri riferimenti presenti in letteratura, la carenza nel ricorso alle strategie preventive messe in atto dal Servizio Sanitario sembra caratterizzare maggiormente le aree dell'Africa e dell'Asia (e fra queste, anche quelle aree in cui è alta la frequenza di malattie/problemi che si correlano alla specifica procedura preventiva). Queste informazioni risultano congruenti con quanto emerso dalle nostre conversazioni. Come, infatti, ha efficacemente espresso uno dei nostri intervistati, originario della Costa d'Avorio:

392. Troverete rari casi che si comportano come voi, che dicono 'voglio controllarmi, voglio sapere il motivo per cui non sto bene e curarmi'.

Le ragioni per cui avviene tutto questo sono, presumibilmente, molteplici, a partire dalla cosiddetta 'mancanza del concetto di prevenzione' che si verificherebbe nell'ambito della popolazione migrante. Facendo riferimento a quanto già asserito in questo stesso scritto, nel capitolo dedicato al Pronto Soccorso, è, infatti, questa la locuzione che viene principalmente utilizzata in letteratura per introdurre il problema. Forse, però, non si tratta di un'espressione del tutto adeguata alla complessità della tematica, in quanto non rende ragione delle varie difficoltà che si frappongono fra

¹⁶⁶Per l'area oncologica è stato preso in considerazione il grado di risposta all'offerta di screening per la diagnosi precoce del tumore della mammella, del collo dell'utero e del colon retto. Sul totale degli inviti effettuati per partecipare al programma, gli stranieri hanno sempre fatto registrare un numero di risposte significativamente inferiore rispetto agli italiani e tale differenza nella percentuale delle risposte è stata talvolta anche molto elevata. Per quanto riguarda, invece, l'assistenza in gravidanza è stata presa in considerazione la distribuzione del numero di visite ed anche in questo caso è emersa una diversa percentuale tra italiane e straniere ed in particolare un rilevante numero di persone, diverso a seconda delle aree di provenienza, che hanno effettuato un numero di visite inferiore alle quattro indicate dal modello di assistenza in gravidanza proposto dall'Organizzazione Mondiale di Sanità. Per una disamina dettagliata di questi dati si rimanda al dossier su *La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia* redatto dal Dipartimento di Sanità Pubblica della AUSL di Reggio Emilia nel 2006, rispettivamente alle pagine 46-49 e 56-58.

¹⁶⁷*Ibidem*, p. 47.

sussistenza del diritto e suo ottemperamento, nonché delle implicazioni che orientano i sistemi di significato dei diversi interlocutori. Se, infatti, come già risultava dalla sequenza 357-63, sembra essere presente un fatalismo di fondo che non lascia spazio ad alcuna possibilità d'intervento, sia esso di tipo preventivo o curativo, in altre prospettive il sistema di attribuzioni causali connesso ai concetti di salute e malattia chiede la messa in atto di specifiche azioni, tanto in una direzione di cura quanto in quella di una possibile prevenzione delle problematiche¹⁶⁸. Se, infatti, è del tutto improbabile imbattersi in complessi culturali che non abbiano maturato nessuna idea circa l'origine ed il trattamento delle malattie, è piuttosto inverosimile l'ipotesi di un sistema che, avendo messo a punto un proprio impianto di interpretazioni ed una correlativa compagine di azioni, non abbia al contempo maturato anche delle idee sulle modalità di prevenzione. Altra cosa è poi quella di stabilire se vi sia o meno corrispondenza - o, addirittura, compatibilità - fra tali idee ed i concetti maturati nell'ambito della medicina occidentale relativamente a cosa debba intendersi per salute e malattia, per guarigione e cura, nonché per strategia di prevenzione.

Che una prospettiva di prevenzione sia effettivamente presente anche fra l'utenza migrante è testimoniato, ad esempio, dal fatto che gli incontri da noi effettuati con i vari gruppi ed esponenti delle comunità di immigrati hanno fatto registrare richieste ed affermazioni che non andavano tanto nella direzione di una 'mancanza del concetto di prevenzione' - intendendo questa espressione nel suo senso forte - quanto in quella di una carenza di indicazioni specifiche riguardanti il sapere medico-sanitario convenzionale (talvolta anche di una esplicita volontà di conoscenza) e che indicavano anche il ricorso a strategie ad esso alternative. È stato in particolare l'incontro effettuato con le donne marocchine ad assumere questa declinazione, con ripetute domande volte a ricevere indicazioni per la prevenzione del tumore, richiamando anche l'opportunità di effettuare specifiche campagne informative e di sensibilizzazione in tal senso¹⁶⁹.

Sulla stessa linea che indica la presenza di una qualche attenzione alla dimensione preventiva ci sembra possibile collocare anche le osservazioni che abbiamo riportato nel capitolo sul Pronto Soccorso, laddove gli operatori indicano che capita talvolta che gli utenti si rivolgano al Servizio non singolarmente - in virtù di un problema effettivamente presentatosi - ma collettivamente, cogliendo l'occasione del malessere di uno per effettuare controlli relativi allo stato di salute di tutti.

Riportiamo, a questo proposito, a titolo esemplificativo, lo stralcio di un episodio che è stato riferito da un operatore dell'area ambulatoriale odontoiatrica nell'ambito del corso di formazione:

393. Un giorno si è presentato uno straniero che parlava e capiva molto poco la nostra lingua, aveva bisogno di una consulenza odontoiatrica; non era da solo ma con moglie e figli e, come spesso accade, i pazienti riferiscono che hanno tutti mal di denti. [...]

¹⁶⁸ Fra i principali obiettivi della tradizione medica islamica figurano la prevenzione delle malattie e l'allontanamento del dolore. L'Islam, infatti, non si occupa solo dell'aspetto spirituale dell'individuo ma anche della sua salute psicofisica; in tal senso, sostiene che l'uomo deve preoccuparsi della propria integrità e avere come scopo la longevità. La prevenzione si attua anche attraverso una serie di esercizi fisici ed alcune pratiche igieniche cui si affiancano, spesso, alcune preghiere; secondo l'Islam, infatti, abbinare dottrina e prassi serve ad armonizzare la coscienza interiore con la realtà esterna della creazione, rendendo l'uomo consapevole del suo profondo legame con la natura. *La medicina islamica*, RED Edizioni, 1992.

Anche la medicina cinese risulta particolarmente attenta alla prevenzione della malattia e proprio per questo fornisce una moltitudine di indicazioni/suggerimenti rispetto alle norme cui attenersi in generale ed in specifici momenti della vita: disciplina fisica e mentale rappresentano, infatti, importanti strumenti di mantenimento della salute e prevenzione della malattia.

¹⁶⁹ Questo dato risulta corroborato anche dall'incontro effettuato con il gruppo di donne di Reggio Emilia.

Quel paziente era irregolare per cui gli ho dovuto dire che prima doveva passare al P.S. centrale per fare la richiesta di consulenza odontoiatrica. A quel punto è andato su tutte le furie perché pretendeva che tutta la famiglia fosse visitata subito e senza andare da uno sportello all'altro. [...] Il giorno dopo è tornato da solo. Era già passato dal P.S. centrale e aveva la richiesta di consulenza. Mi ha chiesto più volte scusa e mi ha detto che i suoi familiari non avevano tanta urgenza; ha detto che ero stata molto gentile e chiara ma che lui aveva paura di essere denunciato.

Come si evince dalle affermazioni dell'operatore, situazioni di questo genere sembrano non essere affatto sporadiche in quanto si verificano 'come accade spesso'; il fatto, poi, che si trattasse più di una misura preventiva adottata che di una problematica conclamata risulta plausibile da quanto dichiarerà il giorno successivo il medesimo utente laddove affermerà che i suoi famigliari “non avevano tanta urgenza” (un'espressione che, per come riportata, lascia tuttavia anche dei margini di dubbio).

Diversi indizi inducono, quindi a ritenere che l'affermazione per cui “l'immigrato generalmente non mette in atto strategie preventive”, vada ricontestualizzata. Al di là del suo carattere generalizzante, già di per sé problematico, va forse rivista nel senso della mancanza di quegli specifici comportamenti che ci attenderemmo venissero messi in atto sulla base delle nostre abitudini medico-sanitarie e non invece nel senso di un'assoluta mancanza del concetto di prevenzione e di attenzioni e strategie di tipo preventivo. Più che mancare 'il concetto di prevenzione', manca la condivisione di quella prospettiva esplicativa su base etiologica che è propria del sapere medico convenzionale, mancano quindi analisi periodiche, osservazioni dello stato di gravidanza attraverso controlli ostetrici ed indagini ecografiche, *screening* per la prevenzione dei tumori, verifiche della pressione..., così come, per una molteplicità di ragioni da noi già analizzate almeno in parte, manca l'abitudine ad utilizzare i vari presidi sanitari territorialmente istituiti per la sanità di base (Medico di Medicina Generale, Pediatra di libera scelta, consultori...). Quello che emerge è, infatti, che quando l'immigrato arriva a rivolgersi al servizio ospedaliero in genere non ha prima effettuato quella serie di accertamenti che l'operatore sanitario si attenderebbe e questo probabilmente per più ragioni concomitanti:

- 394. Non vengono effettuati controlli periodici per la prevenzione perché costano molto e molte si vergognano perché il medico è solitamente maschio.*
- 395. La prevenzione è legata sia a fattori culturali, sia economici: si spendono soldi perché si sta male, perché spenderli se si sta bene? Anche la terapia si prende finché non si sta bene. C'è una visione olistica. Non c'è una mentalità scientifica neanche in chi è andato a scuola. Se cade il succhiotto del bambino lo si pulisce e glielo si rimette in bocca, non c'è l'idea di germi, anche se in astratto lo si sa.*
- 396. O., per esempio, tante analisi non le ha neanche mai fatte. Dice che comportandosi bene... oppure perché costano, 80-100 euro. Magari non arrivi ad avere quei soldi, oppure continui con i sistemi tradizionali. Magari i nigeriani non capiscono perché fare tutte queste analisi. A cosa serve? Perché tutto questo sangue, sempre?*
- 397. Le persone vengono da situazioni in cui il welfare non esiste. La salute è vista come un privilegio, in un'ottica curativa, non come un diritto secondo un'ottica preventiva.*
- 398. C'è carenza di informazioni. Sono pochi i cittadini immigrati informati rispetto ai loro diritti e doveri e spesso questo è legato al problema dell'alfabetizzazione linguistica. Tutti questi fattori concorrono a disegnare il tipo di domanda che arriva ai servizi socio-sanitari da parte degli immigrati. C'è scarsissima educazione alla prevenzione.*
- 399. Quando i cinesi arrivano a farsi vedere dai servizi ospedalieri sono addirittura alla fine della gravidanza. Comunque hanno imparato a utilizzare il nostro servizio per cui almeno qualche ecografia la fanno... non tutte secondo il nostro protocollo, perché non hanno tempo per farsi tutte le ecografie, tutti gli esami, è proprio una questione di tempo, a volte di soldi [...] quando un sistema funziona ed è riconosciuto e*

riconoscibile – servizi che si possano vedere da tutti, dove la donna che viene dalla fabbrica e lavora può andarci... è vicino ai supermercati... – quando i sistemi ci sono vengono usati anche dalle cinesi, in virtù anche di un passaparola.

Come si evince da questo elenco di affermazioni, la maggior parte delle quali sono state effettuate dalle cosiddette 'figure intermedie', le ragioni retrostanti ad un mancato ricorso a specifiche strategie di prevenzione possono essere molteplici¹⁷⁰. Questa situazione di fondo rende la prevenzione un settore intriso di particolare delicatezza. Come, infatti, efficacemente afferma Imbasciati, “per prevenire non si può prescrivere”, poiché limitandosi a questo, con una certa frequenza, “l’utente non fa quello che gli si dice di fare”. Per fare prevenzione in modo efficace “occorre un modello intersoggettivo, di collaborazione paritetica, che implica capacità interpersonali e non persuasivo-manipolatorie”¹⁷¹. Tutta l'area della comunicazione è, quindi, in primo piano in questo settore, in cui risultano fondamentali le competenze relazionali, linguistiche e culturali. Per muoversi adeguatamente in quest'ambito, occorre in primo luogo non farsi orientare ciecamente dall'unica prospettiva di senso abitualmente utilizzata: quella che ci è connaturata in quanto isomorfa al nostro sistema culturale, implicitamente eletto a punto di vista universale. E' solo a partire da questo, infatti, che è possibile creare le condizioni per far emergere le altre variabili in gioco, fra cui un ruolo particolarmente insidioso è svolto dai risvolti semantici connessi al concetto stesso di prevenzione per tutti gli interlocutori implicati. Un campo, questo, permeato di difficoltà ed insidie in quanto fra una prospettiva isomorfa con quella della medicina convenzionale ed il sistema di significati proprio di altri orizzonti di senso non c'è sempre congruenza o compatibilità, tanto da far assumere, talvolta, una caratterizzazione di vera e propria incommensurabilità all'articolazione delle pratiche e dei discorsi. Intendere il discorso dell'uno con le categorie interpretative proprie del contesto dell'altro può rappresentare, pertanto, un'ingiustizia semantica di forte rilievo, che pone immediatamente fuori da quella fisionomia di modello intersoggettivo che troviamo espressa *in nuce* nell'affermazione di Imbasciati. Più che parlare di 'mancanza di un concetto di prevenzione' potrebbe risultare allora più adeguato chiedersi quali siano le varie - presumibilmente diverse - idee di prevenzione che vengono veicolate all'interno dei vari contesti. Questo a sua volta rimanda al diverso modo di intendere i concetti stessi di salute e malattia e quindi, ancora più a monte, alla stessa idea di uomo. Affronteremo analiticamente questa problematica più avanti, in capitoli specificamente dedicati; occorre d'altra parte, preannunciare il tema in quanto fra i fattori di origine culturale che risultano dal nostro elenco di affermazioni s'intravede anche il ricorso a sistemi alternativi di cura: una questione, anch'essa, su cui torneremo in un apposito capitolo.

Dalla dilazione dell'accesso al rinvio della prestazione

Come già si intravedeva dalle affermazioni n. 366 n. 367, la questione dei differimenti non riguarda solo il momento del primo rivolgersi alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, ma anche la possibilità che, una volta realizzato il contatto, le condizioni

¹⁷⁰All'elenco appena formulato occorrerebbe, inoltre, aggiungere anche quanto emerso nel capitolo precedente relativamente alla possibilità che in taluni casi le condizioni organizzative contrastino con le esigenze, così che si verificano differimenti e si può giungere a vere e proprie rinunce. Cfr. cap. “Al crocevia di esigenze diverse”, in particolare, le affermazioni n. 366 e n. 367.

¹⁷¹ Imbasciati A., Margotta M., *Compendio di psicologia per gli operatori sociosanitari*, Piccin, Padova, 2005, cap. 3: Le professioni sanitarie della riabilitazione e della prevenzione.

siano tali da rendere necessario uno spostamento della prestazione. Un caso che fa da ponte fra le situazioni precedentemente evocate a proposito delle differenze di genere ed altre problematiche è quello che riportiamo qui di seguito, che ricalca una situazione abbastanza diffusa:

400. Un caso può essere una donna in gravidanza musulmana che viene per una visita di controllo accompagnata dal marito. Lei non parla italiano e non lo capisce, quindi il marito fa da interprete. Ci sono difficoltà nel capire i problemi e nel farle domande relative agli esami prescritti, difficoltà a spiegare dove può fare gli esami (laboratori vari). Durante la visita il marito esce e quindi in quel momento c'è difficoltà di relazione, il medico non può chiedere nulla. Alla fine della visita rimane un senso di incertezza e si aspetta il controllo successivo per vedere se la signora porta gli esami prescritti.

Nella situazione appena riportata la questione di genere non emerge in modo così problematico da compromettere la possibilità di svolgimento della visita di controllo, s'intreccia, però, con un'altra difficoltà tipica dell'incontro con l'utenza migrante: quella linguistica. Un caso come questo, apparentemente semplice ed 'inoffensivo' nei suoi esiti, ha al proprio interno molteplici problemi e lascia nella totale incertezza circa la prosecuzione dell'iter. Il risultato più immediato vede l'effettuazione di una visita portata a termine, il contesto generale fa però emergere una dinamica comunicativa altamente difficoltosa ed incerta, tanto da lasciare gli operatori nel dubbio circa la possibilità che la paziente si presenti al controllo successivo avendo effettuato quanto necessario. Se da una parte è possibile che tutto si sia svolto senza conseguenze per il percorso di cura, dall'altra è evidente che solo la visita successiva renderà possibile stabilire se quanto affermato dagli operatori è stato recepito o meno dall'utente. Se la paziente non si presenterà con la documentazione richiesta si verificherà un arresto dell'iter procedurale ed un rinvio della prestazione (se non – addirittura – un'interruzione totale del percorso di cura qualora si fosse verificata un'incomprensione di carattere più generale).

Non sono pochi gli operatori che hanno espresso un senso di incertezza rispetto ai risultati delle comunicazioni effettuate e, in aggiunta, s'incontrano anche dei resoconti da cui risulta evidente che a monte di una difficoltà/impossibilità di effettuazione di una prestazione si situa talvolta un vero e proprio scacco comunicativo:

401. Io seguo il servizio di Chirurgia Refrattiva e tra i miei compiti c'è quello di contattare telefonicamente i pazienti per comunicare le date del trattamento e spiegare loro cosa devono fare. Mi è successo di contattare una signora rumena che non capiva bene la lingua tanto più telefonicamente; ho infatti impiegato parecchio tempo e soprattutto energie per tentare di farmi capire cercando di parlare lentamente e con termini facili (o che perlomeno ritenevo tali). Il giorno del trattamento però si è presentata fortunatamente con un'amica rumena che parlava correttamente l'italiano e ho potuto constatare che non aveva tolto le lenti a contatto una settimana prima, come avevo tentato di spiegarle al telefono. L'intervento è stato rinviato e le abbiamo spiegato con l'aiuto dell'amica come comportarsi per la volta successiva. Questo mi ha fatto capire che nonostante durante la visita il medico avesse già dato tutte le indicazioni e spiegato gli eventuali rischi dell'intervento, e avesse avuto l'impressione di essere stato capito, in realtà non era stato così.

402. Paziente di nazionalità araba, si reca in ambulatorio per chiedermi informazione sull'esecuzione di un test. Mi fa visionare la lettera dello specialista. Cerco di capire se ha problemi di comprensione della lingua. Mi dice di non preoccuparmi, qualcuno della famiglia è in grado di tradurre le istruzioni che gli consegno. Cerco comunque di spiegargli che c'è una sostanza da bere e un conservante che è tossico e di attenermi agli orari di esecuzione del test. Mi riferisce che c'è Ramadan e che non può rispettare gli orari. Mi preoccupa perché non avrei dovuto consegnare il kit per il test non sapendo se aveva compreso che c'era una sostanza tossica. Lui insiste per averlo e glielo consegno. Lo rivedo dopo alcuni giorni, capisco che il test è stato eseguito chiaramente in modo

sbagliato. Mi sono resa conto, con dispiacere, che, nonostante tutto non sono riuscita a farmi capire e soprattutto era fondamentale avere l'esito per la sua problematica di salute. Ho dovuto riconsegnargli il kit, ma questa volta mi sono fatta spiegare cosa aveva capito e ho potuto, anche se con estrema difficoltà, fargli eseguire tutto in modo corretto.

403. Riporto un episodio con un paziente "indiano". Alla chiamata telefonica il signore capisce il giorno e l'ora in cui presentarsi al servizio. Quando arrivo mi viene riportato, dal collega che ha fatto già i prelievi e l'ECG al signore, che ci sono delle difficoltà di comprensione e che ha preferito non consegnare il questionario anamnestico. Io chiamo il paziente per spiegare la dinamica della giornata e mi rendo conto che le difficoltà ci sono e non poche (...). Dopo pochi minuti arriva il medico ortopedico che dovrà fare la visita al paziente, spiegare l'intervento chirurgico e far firmare il consenso. Il medico dopo pochi minuti di colloquio mi dice che è impossibile comunicare e spiegare (...) e mi dice di farlo tornare un altro giorno con qualche conoscente che ci capisce. Panico... cosa faccio? Chiedo aiuto alla Capo Sala la quale mi dice di provare a chiedere all'U.R.P.. Chiamo, spiego, riferisco al medico che posso far venire un interprete ma che c'è da aspettare, ma il dottore poi non può: deve andare in sala operatoria... Mi accordo con U.R.P. per giorno, ora, durata del tempo in cui far venire l'operatore culturale. Al paziente cerco di spiegare che quel giorno non si può fare niente e gli do un nuovo appuntamento.

Quanto era presente come mera possibilità nel caso n. 400, si è verificato di fatto in queste due nuove situazioni.

Nel resoconto n. 401 l'operatore registra una difficoltà di comunicazione già a livello telefonico, ma invece di attivarsi per cercare una soluzione istituzionale che gli consenta di gestire adeguatamente la situazione, cerca di adoperarsi personalmente semplificando per quanto gli è possibile il suo linguaggio. Il risultato è quello di una comprensione parziale, che farà sì che l'utente si rechi all'appuntamento nei luoghi e nei tempi stabiliti, ma senza aver fatto quanto necessario affinché la visita possa effettuarsi.

Anche con il resoconto n. 402 ci troviamo al cospetto di difficoltà linguistiche sottovalutate sia dall'operatore che dallo stesso utente. La comprensione sembra avvenire, ma la realtà dei fatti rivela una situazione diversa.

Il resoconto n. 403, più dettagliato, non aggiunge niente a quanto abbiamo già detto relativamente alle difficoltà che s'incontrano sul piano della comunicazione linguistica: emerge un'iniziale sottovalutazione del problema, in quanto chi ha comunicato per via telefonica presumibilmente non ha rilevato - o comunque non ha dato rilievo e non ha segnalato - la presenza di difficoltà di comprensione, di conseguenza, quando l'utente si presenta all'appuntamento, la situazione si rivela ingestibile in quanto non è stato preventivamente attivato il servizio di mediazione linguistica; il secondo operatore che entra in relazione con l'utente, stavolta in un rapporto diretto invece che telefonico, si limita ad effettuare quanto richiesto a livello strumentale senza dare rilievo alle difficoltà comunicative che si sono chiaramente manifestate e neanche in questo caso ci si attiva per preordinare il contesto adeguato alla prosecuzione del percorso attraverso la richiesta di un mediatore; il terzo operatore evidenzia, ancora una volta, la tendenza a cercare strategie 'artigianali', anziché istituzionali, per la gestione del problema (il medico invece di rivolgersi al servizio URP suggerisce che l'utente si faccia accompagnare da un qualche conoscente e sarà successivamente l'infermiere, attraverso l'intermediazione del caposala, ad individuare finalmente la procedura istituzionale da seguire). Al di là di tutto questo, l'indicazione ulteriore che se ne ricava - ed è che questo che ci interessa mettere in rilievo in questa fase della nostra analisi - è, però, relativa alle ripercussioni sul piano del percorso di cura, poiché la sottovalutazione reiterata si traduce in un inevitabile rinvio della prestazione, con le conseguenze che tutto questo può implicare.

Emerge fin dalle prime fasi di contatto che il percorso di cura dell'utente immigrato è intessuto di problematiche tali da rendere necessario attivarsi in modo differenziato per

poter garantire a questa tipologia di utenza un iter sostanzialmente analogo a quello degli autoctoni. Una consapevolezza, questa, che non sembra universalmente presente fra gli operatori.

... eppur si accede. *Manca di tregua nel contesto di energie negative*

Nonostante tutti i fattori di disincentivazione elencati finora, bene o male al sistema sanitario si ricorre e, come abbiamo già messo in luce, il primo approccio avviene in massima parte attraverso il Pronto Soccorso, peraltro in misura maggiore e diversa rispetto alle finalità del Servizio. È opportuno, quindi, andare a vedere ulteriormente cosa avvenga a questo livello per quanto riguarda il caso specifico - e ciononostante generalissimo - dell'utente migrante.

Il periodo di osservazione effettuato nell'ambito del Pronto Soccorso centrale, come abbiamo già esposto in particolar modo nel capitolo dedicato a *La spirale dell'aggressività* ha fatto registrare delle situazioni di marcato disagio. Il lavoro in quest'area si svolge in modo concitato, senza tregua per gli operatori, con una media giornaliera di accessi che, per quanto riguarda i dati relativi ai tre anni da noi considerati (2006-2008), si è attestata intorno alle 250 prestazioni. Fra di esse il 16-18% è indirizzato ad utenti di origine straniera, in misura costantemente crescente negli anni da noi presi in considerazione.

Tab. 24

<i>Pronto Soccorso centrale</i>			
Anno	Media giornaliera	Di cui stranieri	% stranieri
2006	265	44	16,9
2007	252	44	17,3
2008	241	44	18,2

Come si può vedere, i numeri sono decisamente alti ed in certa misura rendono ragione dello stato di disagio osservato, che trova peraltro conferma nelle dichiarazioni effettuate a più riprese dagli operatori nell'ambito dei vari corsi di formazione. Sulla base delle osservazioni effettuate, a questo quadro numerico già di per sé impegnativo non mancano problemi specificamente connessi alla gestione dell'utenza immigrata. Se ne può trovare una testimonianza nello stralcio di osservazioni che riportiamo qui di seguito, tutte effettuate nel corso di una mattinata in cui ci è stato possibile affiancare gli operatori allo sportello di *triage*, in un arco di tempo di tre ore circa. Il breve elenco riportato concerne la sola utenza immigrata presentatasi in quel frangente ed evidenzia la quantità di problematiche non di stretta pertinenza medica che si presentano in un breve arco di tempo.

404. Pronto Soccorso centrale. Martedì, ore 9:30 – 12,30.

Utente che dichiara un'origine greca, ma esibisce un tesserino STP. Parla un italiano

approssimativo ed ha un tono di voce alto. Dichiara problemi di erezione e dice di essere stato inviato allo sportello del Pronto Soccorso dagli operatori del Centro Unico Prenotazioni (cui si era presumibilmente rivolto per richiedere una visita andrologica). L'operatore, perplesso, cerca di mettersi telefonicamente in contatto con i colleghi ma non vi riesce¹⁷², cerca quindi di attivarsi per cercare possibilità alternative d'invio. Così facendo perde di vista l'utente e quando lo cerca con l'intento di fornirgli il recapito delle Cucine Popolari non lo trova più; ricomparirà allo sportello 15 minuti dopo.

Utente della Romania, in visita in Italia. Il caso non sembra presentare particolari difficoltà di gestione in quanto dotato di copertura assicurativa.

Utente marocchino che si era presentato al servizio il giorno precedente. Aveva avviato la procedura di visita e gli era stata somministrata un'iniezione. Sostiene di essere stato mandato a casa e di essere tornato ora su indicazione degli operatori per effettuare le radiografie. Si esprime in italiano, ma in modo decisamente stentato per cui la comprensione di quanto afferma non è né immediata né sicura. Dalle carte che esibisce sembra che, contrariamente a quanto afferma, le radiografie fossero già state effettuate, non è, quindi, chiaro che cosa sia accaduto. L'operatore lo informa che, essendosi lui allontanato gli si rende ora necessario recarsi da un medico, eventualmente alle Cucine Popolari, per farsi fare un'apposita richiesta di radiografie. Da quello che dice ulteriormente l'utente, sembra che se ne sia andato di sua iniziativa senza portare a termine la procedura per effettuare le radiografie, dopo una lunga attesa protrattasi dalle 11 di mattina fino oltre le 3 di notte e dopo che gli era stato suggerito dagli operatori di 'tornare il giorno successivo'. Adesso è tornato e gli viene stato attribuito un codice bianco.

Utente cinese che si presenta per un problema dermatologico.

Utente non italiano che si presenta con una richiesta per effettuare una radiografia. Non avrebbe dovuto presentarsi al Pronto Soccorso, ma al CUP per una prenotazione o ad un ambulatorio convenzionato.

Coppia di utenti di probabile origine nigeriana. Parlano in inglese con l'operatore e gli presentano un pacco di carte. Erano già stati precedentemente al Pronto Soccorso per lo stesso problema (uno dei due, l'uomo, ha due dita fasciate). Dalle carte che esibiscono si evince che non avrebbero dovuto presentarsi al Pronto Soccorso, in quanto la documentazione rinvia al 'distretto competente'. Peraltro risulta anche che abbiano effettuato la scelta di un Medico di Medicina Generale ed avrebbero quindi potuto anche rivolgersi a lui.

Utente nigeriana. Gamba che fa male da 4-5 mesi. Arriva con un'impegnativa rilasciata da un medico.

Utente della Romania. Non ha certificazioni rilasciate dalla Questura (in questo momento sta facendo la documentazione per la madre, poi la farà anche per se stessa). Le viene richiesto di compilare un documento con relativo impegno di spesa al quale verrà allegata una fotocopia di un documento di identità.

Come si può vedere, la casistica presenta un considerevole numero di situazioni 'eccentriche' rispetto alle finalità dello sportello, che mettono a disagio operatori ed utenti fin dal loro primo contatto. Occorre notare, peraltro, che mentre inizialmente gli infermieri occupati nell'area di *triage* erano due, operanti in due sportelli affiancati, dopo trenta minuti circa uno di essi ha dovuto assentarsi e l'altro è rimasto per oltre due ore a gestire da solo una situazione in cui alla casistica presentata sopra si alternavano le richieste degli utenti italiani, i quali talvolta tornavano a più riprese ad interpellare gli operatori per cercare di capire per quanto si sarebbero procrastinati i loro tempi di attesa. Alla mancanza di tregua nel ritmo lavorativo degli operatori ed al disagio connesso al dover gestire situazioni non sempre di loro competenza corrispondono,

¹⁷²Per il resoconto dettagliato di questa tranche di osservazione si rimanda al resoconto n. 162, sezione "Stile organizzativo"/"Ambienti"/"Lo spazio dell'accoglienza".

infatti, sul versante dell'utenza, attese rese estenuanti dall'incertezza¹⁷³. Rispetto ad esse non sembrano essere in questione solo le durate oggettive (a volte i tempi sono decisamente lunghi, a volte sono risultati più brevi di quanto ci si potesse aspettare), ma anche l'assenza di quei minimi sostegni informativi e relazionali che, laddove presenti, consentirebbero quanto meno di contenere l'ansia inevitabilmente connessa ad uno stato di indeterminatezza sperimentato in condizioni di malessere. Come, infatti, ha esplicitamente affermato uno dei nostri intervistati:

405. In Pronto Soccorso si parcheggia per molto tempo e ci sono persone che soffrono, occorrono distrazioni per distoglierli dal male. Occorrerebbe trovare altre forme per distrarre un po' dal male, invece è solo un parcheggio, triste, in cui senti la sofferenza. In Africa tutto è energia: occorrerebbe creare un'energia meno pesante.

La 'pesantezza energetica' di cui parla l'utente dell'affermazione n. 405 non viene, peraltro, sperimentata tanto nella fase iniziale, destinata al *triage*, in cui, nonostante la carenza informativa soprattutto nei riguardi degli stranieri¹⁷⁴ e l'inadeguata organizzazione spaziale di cui si è parlato, la procedura risulta percepibile con sufficiente immediatezza. E', infatti, una volta 'superata' la fase di *triage*, che si presentano le maggiori difficoltà per l'utente, poiché è allora che viene a mancare ogni forma di orientamento informativo e le attese si prolungano in modo indefinito. Non a caso, è in quest'area che si registrano gran parte degli episodi di *escalation* dell'aggressività di cui si è parlato a più riprese, con annesse percezioni di razzismo, adeguate o meno che siano¹⁷⁵.

Non torniamo ulteriormente su questi aspetti in quanto si è avuto modo di parlarne con una certa diffusione nei capitoli precedenti. Ci limitiamo ora a segnalare le parti di questo lavoro in cui si è già avuto modo di dire qualcosa a proposito del Pronto Soccorso in modo da agevolare la ricerca degli specifici riferimenti. Nella stesura di questo lavoro abbiamo, infatti, parlato a più riprese ed anche con una certa diffusione di questo Servizio: abbiamo presentato i dati relativi agli accessi (cfr. cap. *Uso del servizio ospedaliero*) evidenziando in modo particolare come il suo utilizzo assuma i caratteri dell'eccesso e dell'inappropriatezza (cap. *Il cortocircuito MMG-PS/Pronto Soccorso*); ne abbiamo descritto l'organizzazione spaziale avvalendoci anche dell'utile raffronto fra l'area del Pronto Soccorso centrale e di quello pediatrico e tale comparazione ci ha consentito di evidenziare come anche la strutturazione degli spazi possa incidere sulla dinamica comunicativa e sulle relazioni fra operatori ed utenti (cfr. *Lo spazio dell'accoglienza*); abbiamo messo in luce come sia soprattutto quest'area a far registrare episodi di *escalation* dell'aggressività (cap. *La spirale dell'aggressività*) e come la concitazione generale connessa all'accumulo di richieste non lasci tregua agli operatori ed al contempo esaspera le situazioni di attesa alimentando una dinamica interpretativa intrisa di accuse di razzismo (capp. *L'onnipresenza del razzismo, Gli ambiti del*

¹⁷³ Si segnala, a questo proposito, che alle ore 10.45 di quella stessa mattinata si è presentato allo sportello un utente italiano che era in attesa dalle 8 circa per avere informazioni sui suoi ulteriori tempi di attesa e che l'operatore ha risposto alla richiesta affermando che il paziente sarebbe stato visto da un medico "Difficilmente prima di mezzogiorno".

¹⁷⁴ Nel periodo in cui si è svolta la fase osservativa le indicazioni affisse nell'area di accesso erano molto poche, del tutto insufficienti per orientarsi sul funzionamento ed in ogni caso tutte scritte esclusivamente in italiano, lo sportello destinato all'utenza straniera era chiuso e non era presente nessuna indicazione relativa all'andamento degli accessi dalla cui base poter evincere qualcosa sui tempi di attesa.

¹⁷⁵ A questo proposito si rimanda, in particolare, agli episodi n. 145 e n. 148, riportati e discussi nel cap. su *La spirale dell'aggressività* (sez. "La relazione operatore-paziente"/"Relazione"/"Educazione").

pregiudizio razziale, Razzismo?) e, reciprocamente, di maleducazione (cap. *Indeducazione*) e creando un circolo vizioso di rimandi che si rivela improduttivo ed esasperante sia sul versante dell'utenza sia su quello della struttura (cap. *Il circolo vizioso dell'insufficienza di tempo*), senza che, tuttavia, vi sia necessariamente percezione delle dinamiche che si creano (cap. *Mancanza di percezione e percezione della mancanza*); abbiamo indicato come il rapporto con le regole incontri anche in quest'ambito delle condizioni di criticità (cfr. *L'italianità degli italiani*), come diverse abitudini e percezioni di necessità - anche culturalmente connotate - diano adito a situazioni che richiedono la messa in campo di abilità di ascolto e di gestione creativa dei conflitti (capp. *Lo tsunami visite* e *Mamma li turchi*), come gli operatori percepiscano la carenza di competenze linguistiche e di ausili di tipo amministrativo e, rispetto a questo, evidenzino delle mancanze ad un livello gestionale sovraordinato (capp. *Le competenze linguistiche di operatori e utenti* e *Nel labirinto senza il filo di Arianna*); abbiamo accennato a come in quest'area si presentino delle problematiche che possono dare adito a difficoltà ulteriori in quanto innestano circuiti interpretativi intrisi di impliciti non necessariamente consapevoli e padroneggiati (capp. *Leggere le emozioni: la persona e la maschera* e *Perdersi*); abbiamo, infine, evidenziato come, nonostante tutte le difficoltà elencate, questo Servizio si costituisca come punto di riferimento privilegiato (cap. *Un punto di riferimento per tutti*), facendo registrare dei veri e propri eccessi nel suo utilizzo (cap. *Fra uso ed abuso*) per una molteplicità di ragioni (cap. *Ragioni retrostanti*). Assodato tutto questo, si tratta di vedere ora quali ulteriori elementi intervengano a caratterizzare la fisionomia del percorso di cura.

LA COSTRUZIONE DEL QUADRO CLINICO

Problematici avvii

L'avvio del percorso diagnostico

La formulazione di una diagnosi non consiste nell'effettuazione di un semplice e puntuale atto di definizione, in quanto richiede la realizzazione di un vero e proprio percorso. Il passaggio attraverso il *triage* ne costituisce un momento significativo, ma, in quanto tale, rappresenta solo la prima tappa di un tragitto istituzionale che a sua volta fa riferimento ad un processo articolato e complesso.

L'iter diagnostico mette sempre in campo delle diversità culturali: quella dei professionisti della salute, i cui sguardi e procedure interpretative tengono conto di competenze specifiche e di diverse specializzazioni, e quella del paziente, che si avvale di un'esperienza soggettiva e di ben altri riferimenti rispetto agli operatori. L'articolazione dei concetti di *illness*, *disease*, *sickness* tiene fortemente in conto di questa problematica, configurando il rapporto medico-paziente come un importante ambito di mediazione fra linguaggi diversi. Le esigenze di un dialogo interculturale si fanno, poi, inevitabilmente più marcate nel caso in cui gli interlocutori provengano da aree geografico-culturali distinte, poiché la procedura diagnostica viene ad essere un percorso tanto più accidentato quanto più significative sono le differenze di fondo fra i soggetti. Questa prospettiva ermeneutica vede una messa in gioco continua degli interlocutori, con il loro bagaglio di precognizioni, e richiede la disponibilità degli operatori ad interrogarsi sulle loro stesse reazioni cognitive, affettive e comportamentali; essa, però, non è sempre condivisa, e gli operatori tendono talvolta a ritenere di potersi ritirare dalla relazione e di potere, al contrario, adottare una chiave interpretativa ad impianto universalistico che li garantisca dai particolarismi di un'implicazione soggettiva. Gli errori diagnostici, d'altra parte, non mancano, né sono sempre e necessariamente frutto di fallacie nella declinazione matematica del linguaggio medico. Plausibilmente, concernono anche le difficoltà insite nell'incontro fra interlocutori diversi.

Se andiamo a vedere quanto emerge dai colloqui effettuati con gli utenti, non mancano le affermazioni che individuano nella procedura diagnostica un momento di particolare difficoltà, intriso di trascuratezze ed errori.

406. In Pronto Soccorso sbagliano al momento dell'accettazione: non possono fare diagnosi in base all'apparenza, non possono sapere dall'apparenza, solo guardando così una persona quando arriva. Ti ricevono dopo la diagnosi. Devono fare un'analisi più approfondita. Se trovi dei bravi medici che ti ascoltano poi scoprono cose diverse da quelle che sono state scritte inizialmente. Occorre ascoltare bene e i medici non dovrebbero fidarsi di quello che c'è scritto in accettazione. Tutto dipende da chi trovi. Ho visto molti che... ti fanno un'iniezione solo per farti andare a casa... magari perché sono stanchi.

In questo caso l'utente intervistato allude a situazioni che potrebbero, ovviamente, dare adito anche ad altre interpretazioni; nel modo tipico di impostare la dinamica

relazionale ci sono, d'altra parte, diversi elementi che rendono legittima anche questa prospettiva di lettura, seppure essa possa non essere necessariamente corretta. L'affermazione appena riportata è, inoltre, piuttosto generica e, per lo meno a livello esplicito, non fa riferimento ad una situazione concreta che si possa analizzare ulteriormente. Fra le dichiarazioni degli utenti da noi intervistati troviamo, però, anche il riferimento a situazioni specifiche dalle quali si evince che la procedura diagnostica in cui sono incorsi ha talvolta manifestato qualche significativa lacuna. Episodi del genere sono già stati riferiti nell'ambito di questo stesso scritto, non li riportiamo, pertanto, nuovamente; ci limitiamo ad effettuare ad essi dei rimandi, aggiungendo qualche riga di commento.

Un episodio già riportato è il n. 134¹⁷⁶: in esso troviamo che all'utente viene assegnato un codice bianco che comporterà una dimissione a breve, ma nell'arco della stessa giornata l'utente si troverà nella condizione di doversi presentare nuovamente al servizio di Pronto Soccorso; la situazione avrà uno sbocco diverso rispetto a quanto era implicato nella diagnosi originaria, ma questo in seguito all'intervento di un medico che era già conosciuto dall'utente, il quale avvierà un'altra procedura, che sfocerà in un altro responso che comporterà a sua volta un ricovero ed un correlativo intervento chirurgico. Da altri episodi si evince la presenza di un'iniziale sottovalutazione diagnostica, che nel prosieguo della situazione comporta la trasformazione del codice colore, facendolo passare addirittura da bianco (indice di una valutazione di non pertinenza nel far uso del Servizio) a rosso (indice di urgenza/gravità estrema)¹⁷⁷. Su questa stessa linea rimandiamo, infine, anche al caso n. 72¹⁷⁸ in cui l'utente riferisce dell'attribuzione di un codice bianco che l'ha costretto ad una lunga attesa esponendolo ad un vero e proprio rischio.

Nei tre episodi summenzionati i protagonisti erano gli stessi intervistati; nel corso della nostra indagine sono però state segnalate anche altre situazioni, non verificatesi direttamente ai danni del parlante, ma di cui egli era di volta in volta a conoscenza. Fa parte di questa seconda categoria il caso che riportiamo qui di seguito:

407. Un mio amico si è fatto male a lavorare in fabbrica. È andato in ospedale. Gli hanno dato calmanti, così.. Forse internamente, aveva emorragia interna, quando è andato lì hanno detto 'non hai niente', gli hanno dato calmanti e andato a casa. È tornato ancora di nuovo e.. gli hanno dato un sonnifero per farlo dormire. Per fortuna che non l'ha voluto, perché è svenuto per strada.. se andava a casa con il sonnifero rimaneva lì.. è svenuto per terra, l'hanno portato ancora in ospedale e aveva l'emorragia interna..

Tutti i casi menzionati sopra sono emersi nell'ambito delle interviste, ma anche durante il periodo di osservazione ci è capitato di assistere ad una situazione in cui, a detta degli operatori che hanno trattato il caso in fase di ricovero (cioè dopo che l'utente era passato attraverso il servizio di Pronto Soccorso), l'attribuzione del codice colore risultava inadeguata alla gravità della situazione (anche se, nella situazione specifica, non si trattava dell'assegnazione erronea di un codice bianco, ma di un ben più grave codice

¹⁷⁶ Cfr. sezione "La relazione operatore-paziente"/"Relazione", cap. "Una questione centrale"/"Razzismo?".

¹⁷⁷ Un caso di questo tipo viene riportato più avanti, nella sezione relativa a "Forme del fraintendimento"/"Questioni lessicali", testimonianza n. 656.

¹⁷⁸ Cfr. sez. "La relazione operatore-paziente"/"Comunicazione", cap. "Leggere le emozioni: la persona e la maschera".

giallo, che avrebbe tuttavia dovuto configurarsi come rosso): è quanto risulta dal protocollo osservativo riportato al numero 379¹⁷⁹, a cui rinviamo.

In definitiva, la casistica sembra configurarsi come tutt'altro che irrilevante. La presenza di questa problematica trova peraltro corroborazione anche in quanto asserito dallo stesso responsabile del servizio di Pronto Soccorso il quale, in un breve colloquio effettuato nel corso del periodo di osservazione, alla richiesta di elencare le problematiche che, a suo avviso, si riscontrano nel rapporto con l'utenza immigrata ha indicato che, in modo del tutto complementare al fatto che si registra un "uso improprio del Pronto Soccorso in percentuale maggiore rispetto agli italiani", i problemi degli stranieri vengono con relativa frequenza "sottostimati dal punto di vista medico" dagli operatori nel momento dell'accesso al Servizio¹⁸⁰.

Difficoltà nell'ottenere le informazioni

Le ragioni della discrasia appena segnalata possono essere molteplici. Plausibilmente risiedono in molte delle questioni che abbiamo discusso finora, in primo luogo nelle difficoltà linguistiche che intessono il rapporto degli operatori con gli utenti non italofoni. Il fattore linguistico potrebbe però legittimamente indurre verso una sovrastima del problema, invece che ad una sua sottovalutazione, in quanto l'operatore consapevole della difficoltà comunicativa potrebbe essere portato a compensare la carenza di informazioni che riesce ad ottenere dal paziente in modo da cautelarlo, prendendo quindi in considerazione prudenzialmente una possibile gravità della sua condizione. Questa circostanza tende, però, a non verificarsi e proprio questo fatto può contribuire ad alimentare una percezione di razzismo perpetrato dagli operatori nei confronti degli utenti. D'altra parte, come abbiamo più volte asserito, è la stessa difficoltà linguistica a non venire sempre considerata dagli operatori in tutto il suo spessore problematico: prende spesso il sopravvento la sensazione di aver capito a sufficienza il senso di un discorso che si presenta in modo lacunoso e frammentario, oppure si tende a sostituire la carenza manifestatasi a livello di verbalizzazione con l'idea di un'intesa di fondo perseguita ricorrendo al non verbale. L'una e l'altra strategia di 'completamento' del discorso dell'altro, come abbiamo già avuto modo di discutere, sono però foriere di molteplici possibilità di fraintendimento. In aggiunta a tutto questo, di cui si è già ampiamente parlato, nella fase diagnostica s'inseriscono anche delle difficoltà di carattere specifico (che si riscontrano sia a livello di *triage*, così come nel momento della vera e propria visita medica).

L'indagine clinica effettuata con il paziente straniero manifesta sovente una peculiare difficoltà nella messa a fuoco della situazione. Come si legge nella letteratura di settore, il medico in genere fa domande specifiche cercando di puntualizzare e localizzare le problematiche a livello somatico, mentre il paziente, dall'altra parte, tende con facilità a fornire delle risposte ammantate di vaghezza: "Non bene, male dappertutto, qua, là...", resistendo ad ogni tentativo di specificazione, oppure assentendo rispetto a qualsiasi affermazione dello specialista. Ai tentativi di circostanziare da parte del medico "Dove ha male? Alla testa? Allo stomaco? Alla pancia?", corrispondono risposte

¹⁷⁹ Cfr. sezione "Stie organizzativo"/"Un mondo di regole", cap "Identità di carta"/"Stat rosa pristina nomen?".

¹⁸⁰ A tale proposito, occorrerebbe effettuare un supplemento di indagine andando a vedere, cartella per cartella, qual è il percorso diagnostico degli utenti dal momento del triage, percorrendo le fasi successive per valutare fino a che punto l'attribuzione iniziale resta invariata e fino a che punto è soggetta a cambiamenti nel confronto con gli italiani.

onnicomprendive sul versante del paziente “Sì testa, stomaco, pancia”; alle domande che differenziano fra varie sintomatologie “Ha tosse? Febbre? Dolore?”, fa seguito la pura ripetizione delle affermazioni appena udite “Tosse, febbre, dolore”. L'esito di queste interlocuzioni, come ha rilevato una delle cosiddette figure intermedie con cui abbiamo avuto modo di confrontarci, può facilmente comportare una sottovalutazione del problema da parte dell'operatore, proprio in quanto esso assume un carattere di vaghezza ed indeterminazione già nelle espressioni del paziente:

408. Quando poi l'utente arriva alla struttura non riesce ad esprimersi e di conseguenza (ma anche per fattori di razzismo/rifiuto) l'operatore tende a 'sdrammatizzare'.

Una volta varcata la soglia del *triage*, la procedura, d'altra parte, è tutt'altro che portata a termine: l'*iter* è stato solo avviato e la costruzione della diagnosi procede andando ad intrecciarsi con ulteriori questioni problematiche. Il rapporto medico-paziente non avviene in un vuoto culturale: le domande dell'uno trovano corrispondenza in modo relativamente congruo nelle risposte dell'altro solo finché si rimane nel contesto di una relazione isoculturale, in cui gli interlocutori condividono una prospettiva di massima che fa da cornice all'interlocuzione. Come ha chiaramente messo in luce un medico di origine togolese, bene o male, infatti:

409. Tutti gli italiani hanno una visione organica del loro proprio corpo. Anche le trasmissioni televisive, come check up o altro, orientano in questa direzione e fanno sì che tutti gli italiani ormai sappiano tutto del loro corpo, del fegato, degli organi. Hanno una visione organica del loro corpo e la esprimono anche quando vanno dal medico e dicono 'ho male al fegato, al cuore' e indicano, anzi sanno più del medico della loro malattia. (...) Con i pazienti che provengono da aree culturali in cui la visione del corpo ha un carattere meno organicistico, più legato ad una dimensione cosmologica, olistica, globalizzante, non avviene la stessa cosa. Bisogna allora conoscere qual è l'habitat psicologico di un paziente africano, un habitat legato all'ambiente dell'animismo (...), alla natura, alla comunità in cui uno vive. Il pensiero del paziente africano non fa la demarcazione fra l'animato, l'inanimato, il sovrannaturale. Un esempio pratico: se uno si ammala da noi, quando lo vanno a interrogare il guaritore fa domande non soltanto su lui, gli chiedono della sua comunità, del perché lui magari ha trasgredito a un tabù comunitario che è stato responsabile della malattia.

Nella prospettiva del paziente non sono, pertanto, automaticamente contemplate le domande di tipo organismico, non è presente l'abitudine a sezionare il corpo sulla base delle sue componenti organiche, non è, di conseguenza, assodata la disponibilità a leggere nella stessa chiave interpretativa del medico i segnali del proprio corpo, a codificarli e riferirli secondo la medesima mappa concettuale, né a dare analogo rilievo alle questioni che gli vengono poste. Nell'orizzonte del paziente potrebbero essere attive aspettative di tutt'altro genere:

410. Prima di tutto perché qui quando arrivi dal medico lui ti chiede 'cos'hai?' Se uno va dal guaritore, dal curandero, è lui che ti dice quello che hai, lui non ti chiede cos'hai, è lui che deve scoprire quello che hai. Chi culturalmente è abituato ad andare dal guaritore che gli dice quello che ha trova strano se uno si presenta dal medico sentirsi chiedere cos'hai. Sono venuto da te per saperlo e tu lo chiedi a me?

In questo caso chi parla è un medico togolese, ma una stessa prospettiva viene dichiarata anche da un operatore italiano che da anni lavora con utenti stranieri di area cinese:

411. Ai tentativi di effettuare un'anamnesi accurata con i cinesi ottieni spesso delle risposte che si riducono a monosillabi. La loro posizione è quella di coloro che pensano "Ma lei dovrebbe già sapere tutto".

Le questioni poste dagli operatori, per loro fondamentali ai fini della formulazione diagnostica, possono, quindi, non trovare senso nella prospettiva dell'utente, o quanto meno non rivestire la stessa importanza e ricoprire lo stesso significato che hanno dal punto di vista del personale sanitario.

Il contesto dell'indagine anamnestica

I problemi si presentano in modo particolare nel momento della raccolta anamnestica: una fase cruciale del percorso diagnostico, intriso di particolare delicatezza, in cui le domande divengono più articolate e si estendono a molte sfere della vita del paziente. La questione del cosa chiedere e come si riaffaccia, allora, con forza e richiede attenzione, capacità di riflessione critica e di considerazione attenta dei propri stessi presupposti culturali, in modo da predisporre una condizione mentale che renda possibile un effettivo ascolto della posizione altrui. L'operatore chiede qualcosa di specifico sulle malattie che la persona ed i suoi famigliari hanno avuto e si aspetta che il paziente ne parli, ma c'è la possibilità che si stiano andando a toccare delle sfere problematiche, delle aree di particolare delicatezza, questioni che sfuggono alla percezione in virtù di altre abitudini interpretative, la cui possibilità di esplicitazione non è affatto automatica ed evidente, o che, secondo la prospettiva del paziente, devono rimanere celate nell'intimo della persona in quanto legate all'appartenenza religiosa, alla tradizione, alla vicenda familiare, alla storia della comunità... In un rapporto eteroculturale, che cosa chiedere, fino a che punto e attraverso quali modalità, necessita di ponderazione attenta e continua e non può essere dato per scontato sulla base di un comune sistema di significati e di riferimenti valoriali. Come ha affermato un infermiere di origine nigeriana, invece, proprio nel momento dell'indagine anamnestica, quando occorrerebbe molta sensibilità ed attenzione critica, la raccolta delle informazioni avviene spesso in modo eccessivamente brutale. Capita, allora che:

412. L'altro si chiude e dice no anche a cose che sono vere. Occorre che i medici imparino ad avere un altro approccio: andare vicino al paziente, avviare un confronto amichevole, sedersi sul letto, non avviare subito il discorso senza nessun preliminare, ma prima salutare, fare il giro dei bianchi prima di arrivare al paziente africano, il quale intanto si abitua, si prepara, vede come vanno le cose. Una volta arrivati dallo straniero chiedergli delle altre cose, 'Da dove vieni?', 'Sai, anch'io sono stato...', non cominciare brutalmente con l'anamnesi, con la compilazione dei moduli... Il saluto porta benessere e porta allegria.

La prospettiva appena delineata è stata espressa da un operatore di area africana, ma è stata presentata in termini simili anche da alcuni utenti di analoga provenienza, nonché da un medico di origine indiana:

413. Alcune donne africane delle mie parti, che sono un po' timide anche se parlano bene l'italiano, quando arrivano dal medico rimangono un po' bloccate. Allora il medico deve essere in grado di mettere il paziente a proprio agio, allora il paziente diventa più comunicante. Invece io ho visto che alcuni medici che non hanno questa pazienza... per esempio uno che ha qualcosa, quando si trova davanti a questo medico un po' così, non gli dice tutto, non gli dice niente, dice alcune cose poi se ne va... Io fino adesso sono stata bene sempre, perché... chiedo, parlo, allora mi vengono incontro, però ho visto che ci sono tante mie paesane che parlano l'italiano però non sono come me, quando si trovano davanti al medico... Dovrebbe essere un medico che ti viene incontro sorridente, che alla fine ti apre anche senza sapere.

414. Aggredire subito nell'intimità un paziente può portare alla chiusura dell'informazione. Occorre chiedere prima al paziente da dove proviene e cercare con lui un po' di confidenza... partire dal largo e avvicinarsi gradualmente. Se chiedo subito al paziente che medicina prende, dove è stato operato... sono già partito in modo sbagliato. Chiedo come si chiama, da

quanto è in Italia, come si trova, se è già sposato... entrare gradualmente nell'intimo della persona, entrare in confidenza, poi il resto.

Che cosa è lecito chiedere ed a quali condizioni sono, allora, degli aspetti da tenere in attenta considerazione per perseguire la massima possibilità di successo nella raccolta delle informazioni necessarie alla definizione del quadro clinico, o per lo meno per arginare la possibilità di andare incontro ad un vero e proprio insuccesso conoscitivo. Per quanto ci è stato possibile rilevare, d'altra parte, difficilmente si presta la debita attenzione a questo aspetto così delicato e può anzi capitare che un questionario anamnestico, predefinito nelle singole voci, venga consegnato al paziente per la compilazione in attesa di quella che sarà la vera e propria visita medica, prima di ogni altra effettiva interlocuzione con lui. Una situazione di questo genere è emersa con il resoconto n. 28, fornito da uno degli operatori che hanno partecipato al corso di formazione, dal quale risulta che la richiesta di compilazione di uno strumento di rilevazione anamnestica è stata rivolta all'utente anche senza tenere in considerazione la sua impossibilità di fatto di comprensione delle domande per ragioni di ordine linguistico. In quel caso l'esito non ha potuto che essere la mancata riconsegna del questionario, ma l'episodio indica a chiare lettere fino a che punto questo momento possa essere affrontato in modo routinario, senza declinarlo sulle specificità della singola situazione, sia per quanto riguarda le modalità, sia relativamente ai contenuti stessi degli *item* informativi. A questo proposito, anche durante il periodo di osservazione ci è stato possibile rilevare la presenza di analoghe modalità di approccio. Lo stralcio di resoconto osservativo che riportiamo qui di seguito testimonia di questa eventualità.

415. Giovedì 26 Luglio, affiancamento al mediatore di lingua araba. Arriviamo all'ambulatorio che ha effettuato la richiesta di mediazione e vi troviamo un utente di origine somala con il figlio. Veniamo fatti accomodare in una stanzetta predisposta per i colloqui, assieme a due giovani specializzandi. All'utente viene per prima cosa fornito un questionario anamnestico da compilare. L'utente afferma di parlare arabo, italiano, inglese, quindi di non avere problemi a livello linguistico nel rispondere alle singole voci, ma la mimica del volto ed il tono di voce sembrano manifestare perplessità, tanto che, prima di apprestarsi alla compilazione, esprime il suo sconcerto affermando: "Vorrei sapere a cosa serve questa visita". Uno dei due specializzandi specifica che la visita è volta ad accertare la presenza di un'eventuale base genetica della sindrome presentata dal bambino. L'utente mostra di non comprendere bene la terminologia medica, ma di orientarsi adeguatamente nella comprensione e nell'espressione in italiano e formula, una di seguito all'altra, una serie di affermazioni orientate a minimizzare il problema, quali "Non ho malattie. Neanche mia moglie. Il bambino ha solo qualche problema di tosse. Abbiamo fatto esami per TBC ecc., non c'è niente. Non ha asma", senza redigere il questionario, tanto che uno dei due specializzandi insiste, chiedendone la compilazione. Lui afferma nuovamente di non avere problemi a questo proposito, ma continua a manifestare un'espressione perplessa. Vengono compilate senza difficoltà le prime voci (principalmente dati anagrafici), poi la compilazione viene costantemente intervallata da commenti volti a minimizzare la presenza degli eventuali problemi, talvolta aggiustando le risposte in senso 'normalizzante' (ad esempio inserendo dati relativamente alle caratteristiche fisiche del figlio, come altezza, peso e tappe di sviluppo, solo dopo aver interpellato gli specializzandi su quanto avvenga normalmente e poi effettuando delle 'ipercorrezioni' in tale direzione. Domanda: "Di che altezza nascono i bambini?"; risposta: "52-53 centimetri"; commento dell'utente: "Allora lui era 58. Io sono alto"; commento dell'operatore: "Mi sembra strano". "A parlare ha iniziato subito, quando cominciano i bambini normali". "A stare seduto ha cominciato a 4 mesi. Come i bambini normali"; commento dell'operatore: allora a 6 mesi").

Il caso appena riportato ha avuto un altro esito rispetto al resoconto n. 28, poiché le competenze linguistiche dell'utente gli hanno consentito di comprendere il senso delle singole domande e di rispondervi. Peraltro la presenza del mediatore di lingua araba, in quel caso, avrebbe potuto sopperire alle indecisioni interpretative (com'è effettivamente avvenuto per qualche singolo termine). D'altra parte la dinamica della situazione ha

rivelato dei forti bisogni di 'normalizzazione' da parte dell'utente, con la tendenza, se non a rispondere in modo fallace, per lo meno ad aggiustare le informazioni in modo da renderle quanto più possibile corrispondenti ad un'idea di funzionamento normale/ottimale. Nella compilazione dello strumento anamnestico l'utente ha poi esplicitato anche la presenza di alcune forme patologiche nell'*entourage* familiare: dichiarando “qualche problema di asma fino a 15 anni” in un fratello, e contemporaneamente temperando l'affermazione con il rilievo del fatto che si trattava di una famiglia in cui “grazie a Dio ci sono tanti fratelli e sorelle da genitori unici” e, sull'altro versante della coppia, dichiarando un problema di TBC ed uno di epatite, ma nel contesto di una famiglia costituita da molti fratelli ed in cui gli stessi genitori erano particolarmente sani, tanto che “stavano meglio di noi perché mangiavano cose naturali”. In questo caso, quindi, tutto è sembrato svolgersi in un alternarsi di affermazioni e reticenze; forse non è stato celato niente di essenziale proprio in quanto l'utente ha trovato un suo modo per dire - e contemporaneamente attenuare - la portata di quanto stava emergendo. Probabilmente, sul piano psicologico, la situazione non sarebbe dissimile per un utente italiano. Se teniamo in considerazione quanto risulta dalle affermazioni di alcuni degli utenti con cui abbiamo svolto i nostri colloqui, occorre, d'altra parte, tenere ben presente l'ipotesi che in alcuni contesti culturali agisca, più che in altri, un 'bisogno di normalità' che si esprime con una spiccata tendenza ad occultare o dissimulare quanto risulterebbe socialmente stigmatizzabile, non dichiarando ciò che si sa essere presente, per lo meno finché non si realizzano delle condizioni che vengano percepite come securizzanti. Come ha, infatti, sostenuto un utente, del tutto in linea con le affermazioni precedentemente riportate, per ottenere delle risposte attendibili e veritiere, in un campo così delicato com'è quello della salute, con gli 'africani':

416. Prima occorre conquistare la fiducia. Se ti rivolgi in modo crudo per chiedere quali malattie hai avuto, quello che ne ricavi è la tendenza a nascondersi. Non si risponde alle domande dirette se non senti che il medico 'è con te'. Invece i medici hanno l'idea che l'Africa sia un bacino di malattie... hanno un atteggiamento aggressivo. Nella nostra cultura si è riservati. Non si devono fare domande dirette.

Sulla base di quanto emerso finora, sono già molti i fattori che sembrano alimentare significativamente le difficoltà della raccolta anamnestica: carenze linguistico-espressive, diversa visione del corpo, aspettative relative all'agire dei medici/dei guaritori, modalità di approccio degli operatori. L'ultima affermazione riportata aggiunge a questo primo elenco anche due indicazioni ulteriori, relative rispettivamente alla modalità di formulazione delle domande (e, potremmo aggiungere, ai contenuti delle domande stesse) ed alla delicata questione di una possibile presenza di specifici impliciti interpretativi sul versante degli operatori. Torneremo a breve sul primo punto poiché la questione del cosa chiedere e come ha rivelato molti risvolti problematici nel dire degli intervistati; ci soffermiamo, invece, brevemente, ora, sulla seconda indicazione.

Sbarramenti

Le aspettative degli operatori

L'affermazione n. 416 mette sull'avviso che fra gli operatori potrebbe essere presente un atteggiamento pregiudiziale nei confronti dell'utenza africana, che si sostanzierebbe di una forte aspettativa circa la presenza di malattie d'importazione. Come abbiamo

evidenziato nella parte teorica, di una questione analoga si parla anche nella letteratura di settore, facendo riferimento ad una 'fase dell'esotismo' che tipicamente caratterizzerebbe il primo approccio degli operatori con gli utenti immigrati in area sanitaria e che non trova, però, convalida nei dati emersi dalle ricerche effettuate in senso epidemiologico. La presenza di questa preoccupazione pregiudiziale si è fatta sentire anche nell'ambito dei vari corsi di formazione a cui ci è stata fornita occasione di collaborare. Si è manifestata a più riprese sia nelle preoccupazioni espresse da diversi operatori e formulate con reiterate domande a tale proposito, sia nell'impostazione dell'esposizione di alcuni relatori, che hanno scelto uno schema di discorso volto a corroborare l'idea di una pericolosità di fondo insita nel contatto con gli utenti immigrati in ragione di un loro possibile effetto contaminante rispetto a specifiche patologie che risulterebbero pressoché debellate fra gli autoctoni (in primo luogo la tubercolosi). Anche un medico togolese da noi intervistato, che però presta la sua opera in una diversa struttura ospedaliera rispetto a quella padovana, testimonia della presenza di questo atteggiamento di fondo in ambito medico:

417. È vero che si ha questa tendenza soprattutto a legare il paziente straniero con la patologia infettiva. (...) C'è questo atteggiamento in genere di esotismo reciproco¹⁸¹ che fa sì che quando arriva lo straniero in Pronto Soccorso la prima cosa che fanno i miei colleghi si mettono triplici guanti. Chissà che malattie strane che ha questo qui.

Gli utenti mostrano di avere un qualche sentore di tale orientamento di fondo. Al di là dell'affermazione n. 416, infatti, seppure sporadicamente, anche altri hanno fatto riferimento alla problematica generale dell'operatore che vede nell'altrove "un bacino di malattie", e lo hanno fatto in modo particolare connettendola ad una tendenza a direzionare pregiudizialmente il proprio orientamento interpretativo verso la categoria degli infettivi. Abbiamo già incontrato una dichiarazione di questo tipo con l'affermazione n. 126, che nel caso specifico avevamo riportato in connessione con il tema del razzismo. Un'altra dichiarazione che ci sembra interessante in relazione a questa tematica rimanda, invece, al caso di un utente che, essendo stato inviato al reparto infettivologico dagli operatori del Pronto Soccorso, è addirittura 'scappato via' dalla struttura, in tal modo interrompendo il suo percorso di cura:

418. Mio figlio ha avuto un incidente ed è andato in ortopedia dove è rimasto per due-tre settimane con braccio e gamba rotta. Poi è tornato a casa dopo il gesso e gli è stato consigliato di fare la bici in casa.... il medico gli aveva detto di fare la ciclette, ma di non andare fuori in bicicletta. Lui non ha obbedito, ha preso la bici normale e gli si era scatenata l'infiammazione. L'hanno portato al Pronto Soccorso con l'ambulanza e da lì subito l'hanno portato agli infettivi. Ho chiesto come mai non in ortopedia e invece agli infettivi. Lui aveva il problema al ginocchio che era gonfio, aveva male. Ho lasciato stare. È rimasto lì tre giorni. Il suo vicino di stanza gli ha detto che lì c'erano per l'A.I.D.S., la TBC ecc. La stessa notte alle 11 di sera ha detto che voleva andare via dall'ospedale. Sono stata chiamata che chiamavano la polizia perché non riuscivano più a trattenerlo perché lui voleva andare via da lì. Voleva uscire perché il suo posto non era lì. Cosa c'entra A.I.D.S. e queste cose qua? Io non ho una malattia... A mio figlio ho detto che sicuramente non c'era posto in Ortopedia, non ho voluto sapere... era importante che fosse curato, ho detto che anche lì curano. Lui alla fine è scappato via.

¹⁸¹ Non abbiamo utilizzato, in questo scritto, l'espressione 'esotismo reciproco', ma quelle, del tutto assimilabili, di 'esotismo' per quanto riguarda la posizione degli operatori sanitari che si attendono che l'immigrato sia facilmente portatore di malattie sconosciute e potenzialmente contaminanti e di 'esotismo capovolto' per fare riferimento a quella degli utenti la cui aspettativa e di incontrare un universo medico intriso di efficientismo e di tecnologia all'avanguardia, in cui ogni problema sanitario possa incontrare la più grande competenza, rapidità dei tempi e possibilità di risoluzione definitiva.

Lo stesso utente che ha formulato il racconto, in un altro momento del colloquio fa chiaramente intuire la possibilità che il ricovero nel reparto infettivi possa essere stato orientato da un atteggiamento pregiudiziale analogo a quello di cui si è detto finora e parlerà chiaramente anche della presenza di questa convinzione all'interno della sua comunità. Indipendentemente dal fatto che questa chiave di lettura, nel caso specifico, sia corretta o meno, l'aspetto che, d'altra parte, ci sembra importante mettere in luce, attraverso il riferimento alla narrazione, riguarda il fatto che, in ogni caso, per gli immigrati di area africana, determinate patologie sono rivestite di forte apprensione, tanto che, come afferma la stessa utente poco più avanti:

419. Per parlarne con loro a volte bisogna parlare un po' con delicatezza, altrimenti scappano via, non c'è niente da fare.

Questa realtà di fatto apre lo scenario ad un'altra serie di problemi, su cui avremo modo di tornare a parlare più avanti, poiché proprio la percezione del fatto che sia presente fra gli operatori una tendenza come quella di cui si è parlato finora e che questo venga rilevato dagli utenti può costituire un deterrente al loro rivolgersi ai presidi sanitari o, come nel caso appena riportato, può dare anche adito a vere e proprie interruzioni del percorso di cura. D'altra parte, come afferma ancora lo stesso utente, se è vero che questo ambito è particolarmente delicato, non è del tutto impossibile affrontare la problematica anche con il più refrattario fra gli utenti africani:

420. Ci sono modi per fargli capire e rendere la cosa più leggera, allora rimarranno e si faranno curare.

Occorre, pertanto, addentrarsi nella questione del “cosa dire e come”, cioè di quali siano le aree che suscitano maggiore difficoltà ad essere trattate esplicitamente e di quali possano essere le modalità più adeguate per avvicinarle in modo tale da arginare le possibilità d'insuccesso e massimizzare quelle di riuscita per il percorso terapeutico.

Difficoltà di parola

Sulla base dei colloqui effettuati, lo spettro delle cose di cui è difficile, se non impossibile, parlare è piuttosto articolato e concerne sia l'ambito delle vere e proprie malattie, sia quello di particolari condizioni fisiologiche e, soprattutto, di quanto è soggetto a regolamentazione sociale e s'intreccia con i precetti religiosi. In tutto questo, alcune aree più di altre sembrano essere rivestite di attenzioni normative e dare adito a minori possibilità di esplicitazione.

Una delle sfere che, dalle dichiarazioni degli utenti, risulta incontrare diverse difficoltà è quella che riguarda in modo specifico i comportamenti sessuali e tutto quanto concerne la sessualità in senso generale. Rispetto ad essa sembrano, infatti, essere attivi dei veri e propri tabù:

421. Mentre per gli italiani è un tabù la morte, per gli africani lo è il sesso. In Africa c'è difficoltà per tutte le cose che riguardano la sessualità. È vergogna, tabù.

I cinesi non vengono a dire se hanno problemi sessuali.

Parlare di cose legate alla sessualità in Marocco richiede molte attenzioni....

Morte e sessualità – per certi versi morte e vita, poiché la sessualità ha a che fare con la riproduzione della vita - sono investite ovunque di attenzioni privilegiate. Se, come sostiene uno degli utenti del precedente gruppo di affermazioni, è vero che, per lo meno nel frangente storico attuale, per noi è l'ambito del morire a suscitare le massime forme di rimozione e ad essere pressoché escluso da ogni possibilità di parola, la sfera della sessualità, anche alle nostre latitudini, non è d'altra parte scevra da regolamentazioni più

o meno vincolanti e rigide per quanto concerne le modalità di comunicazione e le relative forme di esplicitazione. Quest'ambito si costituisce invariabilmente come crocevia di attenzioni sia a livello sociale che religioso ed in quanto connesso alla fondamentale dimensione della riproduzione. Talvolta, quanto ha a che fare con la sessualità può non avere globalmente accesso alla parola e comunque richiede, in genere, particolari cautele per giungere ad una sua considerazione esplicita; ciononostante, proprio in quanto si tratta di un ambito sovrainvestito a molti livelli, il discorso che lo concerne può anche fuoriuscire in modo relativamente dirompente dagli argini che ogni sistema culturale tende a costruirgli intorno per regolarne il deflusso anche a livello discorsivo¹⁸².

I comportamenti sessuali sono spessissimo oggetto di attenzioni anche sul versante religioso e questo rende ancora più cogente la distinzione fra lecito ed illecito, fra ciò che è fattibile e dicibile in quanto consentito ed approvato e ciò che, invece, rientra nei confini del peccato. Inoltrarsi nei territori interessati dal discorso religioso è in genere difficile anche per un professionista della salute. Come, infatti, ha affermato uno dei nostri intervistati:

422. Non è serio chiedere determinate cose, non ci si deve permettere di farlo. Se faccio qualcosa fuori dalla norma, qualcosa che è peccato, non potrò mai comunicarlo/condividerlo, altrimenti Dio non mi perdonerà mai. Ci si confessa solo con Allah.

La sfera del peccato, d'altra parte, ha a che fare anche con altri ambiti comportamentali, diversi da quelli che concernono la sessualità. Risulta, quindi, difficoltoso toccare anche altre tematiche:

423. Un musulmano beve 2 bottiglie di birra di colpo, ha un quadro di pancreatite acuta, non vuole dirti che ha bevuto la birra perché si vergogna...

424. E' difficile che al medico si dicano certe cose, parlare di certe trasgressioni. (...) Alle domande che toccano profondamente la persona è difficile, anche impossibile, rispondere. C'è mancanza di rispetto se si domandano cose del genere, per esempio anche chiedere se l'uomo fa uso di preservativi. In questi casi c'è proprio mancanza di rispetto. Un altro ambito è quello della frequentazione delle prostitute, quindi il fatto di parlare di problemi che potrebbero derivare da queste frequentazioni. (...) Poi ci sono delle cose che mettono a disagio senza mancanza di rispetto. Le cose che riguardano il fumo e l'alcool mettono a disagio, ma lo stesso non è detto che si risponda.

Sempre nell'ambito dei comportamenti da mantenere celati, si situano, poi varie forme di violenza. Di questo aspetto, però, non hanno parlato tanto gli utenti, quanto alcune 'figure intermedie', operatori sanitari o mediatori, di diversa provenienza:

425. Un altro punto critico per i cinesi, oltre a quello dei problemi sessuali, riguarda la violenza. Non si dice neanche al medico.

Non si rivela la violenza intrafamiliare. Per esempio, un marito della Costa d'Avorio, ha picchiato la moglie, sono arrivati in Pronto Soccorso. Lei ha detto "Sono caduta, ho battuto la testa". Era evidente che non poteva essere così e l'operatore ha provato a farlo notare. Lei ha insistito: "Se ti ho detto che è così, è così". C'era il marito vicino e i figli. I figli dicevano la verità (che era stata picchiata dal marito) e lei negava.

C'è il caso di una donna costretta a prostituirsi dal marito. La violenza si vede, ma loro non lo dicono, è un argomento tabù.

¹⁸² Abbiamo incontrato un esempio di questo tipo con la situazione n. 162., riportata nel capitolo relativo alla strutturazione degli ambienti.

Tutto quanto detto finora ci ha fatto intersecare già diversi ambiti (sessualità, peccato, violenza) rimanendo però sempre all'interno della sfera comportamentale. Al di fuori di essa, ci sono anche delle altre aree che non possono generalmente essere fatte oggetto di un discorso esplicito se non a prezzo del superamento di forti resistenze. Alcune di esse concernono la presenza di vere e proprie malattie, altre riguardano specifiche condizioni fisiologiche.

Per quanto riguarda quest'ultimo aspetto, gli utenti di area africana hanno parlato in particolare, a più riprese, di una fortissima tendenza a non affrontare alcuna forma di discorso che concerna le difficoltà di procreazione:

426. La TBC, il cancro e soprattutto la sterilità, soprattutto, questo non vogliono sentirlo. Chi non ha fatto figli è una vergogna, non vogliamo sentirci dire queste cose qua.

Come risulta dal caso che riportiamo qui di seguito, il disagio in tale ambito può essere così marcato da far sì che si possa addirittura decidere di abbandonare la relazione con il medico che svela il problema:

427. Con le donne nigeriane, quando il medico dice loro che 'hanno problemi ad avere figli', loro dopo 'cancellano' e non tornano più. Hanno un vero e proprio rifiuto. Una ragazza a cui, in una situazione di questo genere, il medico ha dato una cura ormonale. La ragazza poi è sparita, non è più tornata da quel medico, è andata in un altro servizio, anche se nel frattempo ha fatto la cura che le era stata data. Ha fatto comunque le cure, ma non bene, e non ha portato al medico i risultati. È andata da un altro.

Questo genere di risposta risulta per alcuni versi difficilmente comprensibile, in quanto il medico che ha formulato la diagnosi è, al contempo, colui che fornisce una possibile strategia di soluzione al problema rilevato. D'altra parte la situazione psicologica che può far seguito ad una così sgradevole scoperta¹⁸³ può almeno in parte rendere ragione di un comportamento che altrimenti potrebbe apparirci del tutto inadeguato. Rimanendo nell'alveo della vicenda riproduttiva, ancor più incomprensibile, per la mentalità occidentale, risulta, poi, la difficoltà/impossibilità di parola che sembra connettersi a momenti che, diversamente dal precedente, sono ammantati di positività. Sulla base di quello che si riscontra in letteratura¹⁸⁴, nonché da quanto risulta anche dalle parole di alcuni nostri intervistati, infatti, anche il parlare delle varie fasi della gravidanza è problematico in alcune aree culturali:

428. In Nigeria la donna non dice di essere incinta finché la cosa non è evidente. C'è paura del malocchio. Le donne non ne parlano fra loro, non dicono neanche quando ci sarà il parto. Questo non avviene con i medici.

429. La donna cerca di partorire senza dirlo. Per esempio una donna del Togo sposata con un italiano, quando era in Togo con il marito lo ha fatto mangiare e ubriacare quando lei aveva le doglie in modo da potersi assentare senza che lui se ne accorgesse. (...) Fino a che punto queste cose restano attive nell'emigrazione? Dipende dal legame con la comunità. Se la comunità è forte le credenze rimangono uguali

Le due affermazioni appena riportate si caratterizzano per un'analogia di fondo rispetto all'indicazione del contenuto da mantenere celato e, al contempo, per una sostanziale

¹⁸³ Avremo modo di vedere più avanti (capitolo "Procreazione") che designare con il termine 'sgradevole' una situazione di questo genere non rende affatto ragione, per la donna africana, della drammaticità/gravità della situazione.

¹⁸⁴ "In Africa non è possibile domandare a una donna: 'Sei incinta? Di quanti mesi?'. C'è un 'quadro' per parlarne". *Concevoir et naître. Accoucher en Afrique. Accoucher en France*, « Les cahiers de l'URACA » n. 9, Edition Uraca, Settembre 1998.

difficoltà rispetto al fatto di ritenere che un siffatto comportamento dissimulatorio possa verificarsi anche in contesto di immigrazione. Non affrontiamo immediatamente questo aspetto del problema, ma ci torneremo fra breve, dopo aver considerato anche il versante dei dinieghi rispetto alle vere e proprie patologie. Anche per quanto riguarda quest'ultimo settore, infatti, come già emergeva dall'affermazione n. 426, ci sono alcuni ambiti che rivelano particolare disagio.

Una prima area è strettamente connessa alla tematica con cui abbiamo aperto questo capitolo - la sessualità - e, per quanto concerne le patologie, riguarda, quindi, le malattie a trasmissione sessuale (M.T.S.). Com'è ormai da tempo assodato nei settori in cui ci si occupa di A.I.D.S., il ricorso ai servizi sanitari in quest'ambito risulta particolarmente difficoltoso e lo spazio di parola vi incontra ostacoli molto forti, necessitando, pertanto, di reiterate attenzioni. Accanto ad esse figurano, poi, la tubercolosi e l'epatite, ma anche, in maniera del tutto inattesa, i problemi cardiaci (infarto), il diabete, probabilmente le varie forme tumorali e tutto quanto comporta il dover ricorrere a dialisi. In altri termini, come riscontreremo in altre affermazioni, tutte quelle che vengono considerate malattie 'molto serie'.

430. Non si parla di quello di cui ci si potrebbe vergognare: epatite, TBC, malattie sessuali. Anche se il medico fa delle domande non si risponde.

E' una mancanza di dignità avere l'AIDS. Non si vuole che lo sappia nessuno.

AIDS, dialisi... anche tumore. Chi fa dialisi è persona finita; la persona è segnata.

Anche per TBC, cancro... tu sei parte di una famiglia in cui si muore di cancro...

Io ho saputo 5 anni fa che ho il diabete. Nella famiglia quando me lo chiedevano non lo dicevo a nessuno. Abbiamo scoperto dopo che anche altri ce l'avevano, ma non lo dicevano.

Ci sono problemi che possono essere presenti da anni (cuore, testa, reni...). Il medico domanda: "Qualcuno ha sofferto di... in famiglia?" loro negano. C'è vergogna perché si è etichettati come 'la famiglia in cui si muore d'infarto'.

Come si evince dalla casistica che emerge da tutto il capitolo, lo spettro delle situazioni che incontrano difficoltà di parola è piuttosto vasto. A complicare il quadro, la disamina effettuata fa anche emergere delle considerazioni relativamente alle diverse ragioni retrostanti, alla possibile presenza di strategie espressivo/comunicative che possano in qualche modo consentire di avvicinare le problematiche sottese ed alla possibilità o meno che alcune questioni si presentino effettivamente anche in contesto di immigrazione, facendo così intravedere l'inopportunità del tentativo di racchiudere le situazioni in una griglia predefinita sulla base della sola origine geografico-culturale.

In principio era il verbo

Fra le ragioni retrostanti, come emerge anche dal raggruppamento n. 406, occorre annoverare in primo luogo un meccanismo di funzionamento sociale che tende a stigmatizzare fortemente non solo l'individuo, ma tutto l'*entourage* familiare.

431. "Non si aprono, non vogliono rivelare le proprie malattie: non dicono tutto (specialmente gli uomini, le donne si aprono di più). Non per la lingua, ma è la cultura, perché si vergognano. Se la malattia è molto seria vieni isolato, quindi non lo dici. (...) Preferiscono non curarsi. In pubblico mangiano cose che non dovrebbero mangiare avendo quel problema proprio per non far capire che c'è il problema.

Ci sono, poi, delle ragioni di ordine eminentemente conoscitivo:

432. Questo [la vergogna] è un ordine di ragioni per cui le persone non parlano. Poi ce n'è un altro: in Africa di molte morti non si conosce la causa.

433. *Certi tipi di malattia come il diabete... una volta in Africa non erano malattie conosciute e poi anche se la gente moriva di un malattia, non si sapeva di cosa. Non c'erano malattie naturali, si era ammalati perché lo stregone ci aveva mangiato...*

Come già si vede dall'affermazione n. 433, a tutti i fattori emersi precedentemente ed alle ragioni di ordine sociale se ne aggiungono anche altri a carattere esoterico-culturale. In realtà anche questo tipo di fattori era già emerso nella disamina precedente, in particolare con lo stralcio n. 428, in cui si faceva riferimento ad un bisogno di protezione da pratiche d'influenzamento di tipo magico (il malocchio, secondo la terminologia della persona intervistata). Questa stessa spiegazione è stata fornita anche nell'ambito di altri colloqui, sia in relazione alle varie situazioni legate alla gravidanza, sia evocando un contesto più ampio. In particolare, è stato messo in luce come in Africa, in genere, alla parola venga riconosciuto uno spessore che non si riscontra in Occidente, fino ad attribuirle un così forte potere fattuale da farla sconfinare in quelli che per noi sono i territori del magico.

434. *In Africa ci sono parole che si materializzano come malattia, per cui non si può pronunciarle. Il valore dato alla parola non dovrebbe stupire perché il cattolico dice che il verbo si è fatto carne, quindi il verbo, la parola, può incarnarsi e da noi c'è la credenza che la parola s'incarna come malattia. (...) Quello che è intimo non si dice, così come non si dice quello che potrebbe essere usato per nuocerti. E in Africa moltissime cose possono essere usate per nuocere. (...) Quindi il fatto che 'mi sono ammalato perché lui mi ha detto questo', se uno viene in ospedale qui e dice una cosa di questo genere fa ridere. Invece viene considerato da noi come un fattore molto importante. (...) Anche quando due genitori litigano, il figlio si ammala, la prima cosa che dice il guaritore, chiede ai genitori di far pace, perché dice che il litigare si è trasformato in malattia nel corpo del loro figlio. C'è convinzione totale in questo.*

Il forte rilievo dato alla parola, la sua capacità di materializzarsi, fornisce sia al proprio dire, sia al dire altrui, un evidente carico di responsabilità ed apprensioni, tanto da rendere decisamente scivoloso il terreno di una possibile interlocuzione intorno alle varie forme di patologia. Fattori culturali e dinamiche sociali non sono, d'altra parte, scollegati: si rafforzano vicendevolmente, caricando di significati per noi inabituali l'area di alcune specifiche malattie.

Come già avveniva per le affermazioni n. 428 e n. 429, occorre d'altra parte chiedersi fino a che punto quanto normalmente avverrebbe nel contesto d'origine si ripeta anche in Italia.

La dichiarazione n. 428, se da una parte risulta in linea con quanto riscontrato in letteratura, dall'altra formula, giustamente, una netta distinzione fra contesti, affermando che ciò che accade altrove non si verifica, invece, nel rapporto con la figura del medico in area d'immigrazione. Mentre, infatti, la regola del silenzio mantiene tutto il suo spessore nell'ambito che la codifica e la avvalora, in contesto di immigrazione, per lo meno quando si è al cospetto degli esponenti della medicina occidentale, viene messa in ombra da altre regole e sistemi di significato.

Se la validità di questa affermazione è indubbia, è possibile, tuttavia, che non sia da assumere in modo assoluto ed automatico. Come, infatti, viene asserito nell'affermazione successiva, il percorso migratorio, pur avendo una forma strutturalmente simile per la generalità delle persone, segue comunque un ritmo e delle modalità di elaborazione che risentono anche di variabili più individuali, per cui alla domanda "Fino a che punto queste cose restano attive nell'emigrazione?" occorre rispondere con dei distinguo che prendano in considerazione anche il diverso legame di ognuno con la/le comunità di appartenenza.

In altri termini, come già abbiamo affermato nel capitolo in cui argomentavamo intorno alla questione delle differenze nella percezione e manifestazione delle emozioni¹⁸⁵, se da una parte, come sostiene Marco Aime, si pone il rischio di un “eccesso di culture”, con la possibilità che l'altro venga appiattito in un'immagine della cultura tradizionale che non trova corrispettivo nei suoi riferimenti effettivi, dall'altra è altrettanto insidiosa la tendenza ad equalizzare, proiettando nell'altro ciò che è nostro in virtù dell'idea di un umano sentire dai tratti universalistici. Come, infatti, a questo proposito, ha efficacemente affermato in un altro punto del suo discorso la stessa persona a cui risale la paternità dell'affermazione n. 429, un medico africano da noi intervistato, parlando delle varie forme di credenza che intessono la sua cultura di origine e con le quali deve costantemente commisurarsi:

435. ...poi alla fine tante volte io personalmente non so più quanto ci credo e quanto non ci credo, perché quando torno a casa... perché l'ambiente in cui avvengono questi elementi è forte come influenza, cioè, quando io vado a casa, dicevo, con i miei cugini “No, no, non entrai in quel”. Gli dico: “Perché?”, e loro: “Non hai visto che c'è quel tessuto rosso, quello nero, che sono attaccati all'ingresso?”; dico; “Sì, e questo..?”. “E' un segnale del dio Sapeté, che è il dio del vaiolo, che se tu entri lì, qualsiasi cosa tu mangi lì ti becchi il vaiolo”... Io ho studiato a Bologna, una delle grandi università dell'Europa, mi sono nutrito del determinismo scientifico, sono stato nutrito fin nel midollo spinale che le cose devono essere riproducibili... Io non ci credo in queste cose qui. E mio cugino fa: “Prendi, vai a mangiare se non ci credi” ... Non lo mangio. Dico ch enon ci credo, ma non lo mangio.

Questa serie di affermazioni ci sembra molto importante in quanto esplicita e rende evidente la pervicacia di modi di sentire che ognuno può forse riconoscere anche in se stesso rispetto alle proprie abitudini culturali. La questione che si pone, pertanto, non è tanto quella di un tutto-niente in relazioni alle varie impostazioni, ma quella di una moltitudine di sfumature che possono caratterizzare comportamenti e vissuti. La questione, pertanto, per quanto riguarda in modo specifico ciò di cui stiamo discutendo, non si risolve in un semplice dire o non dire, ma ha forse più a che fare con un dire-non dire privo di soluzioni di continuità e ricco di tonalità dal carattere più o meno evanescente o definito. È molto probabile che ogni donna africana immigrata in Italia sia, come si legge nell'affermazione n. 428, nella condizione di poter parlare della propria gravidanza con un medico occidentale, ma è forse non di meno opportuno aspettarsi che i processi interiori di significazione ed i vissuti ad essi inerenti non ricalchino esattamente quelli per noi abituali e che si usino, pertanto, delle adeguate cautele nell'interloquire, cioè sia nel domandare, sia nell'ascoltare, sia nel rispondere e corrispondere ai bisogni dell'altro. L'altro, infatti, ha diverse strategie a disposizione per gestire le proprie reticenze. Una di esse si colloca in una via intermedia fra il dire e il non dire.

436. Non si parla di tutte le malattie sessuali e della sterilità. In questi casi non vanno dal medico e se vanno gli parlano di altri problemi. Dicono: “Ho visto sangue quando ho visto le urine”, mentre sapevano che c'era la malattia.

437. I marocchini hanno paura e si vergognano di dire le cose. Hanno paura che si venga a sapere delle loro trasgressioni. (...) Se c'è un problema che si lega al fatto di aver avuto un comportamento sessuale che non dovevano avere... è più probabile che rispondano che è successo qualcosa perché stavano facendo la pipì all'aperto ed era freddo invece di parlare di dire.... (...) Non si tratta di bugie, non è bugia, è legittimo che un marocchino racconti altro.

¹⁸⁵ Cfr. sezione su “La relazione fra operatore e paziente”/“Comunicazione”, cap. “Leggere le emozioni. La persona e la maschera”.

Questi due stralci di discorso fanno emergere una modalità di presentare il proprio problema e di rispondere alle eventuali domande degli operatori sanitari che si situa in una posizione intermedia fra verità e menzogna e rendono evidente come, da parte dell'utente, possa essere messo in atto un meccanismo di dissimulazione che, se da una parte gli consente di mantenere celata la questione vera, dall'altra gli rende comunque possibile formulare una richiesta di presa in carico e questo senza che necessariamente debba passare attraverso l'effettiva esplicitazione del problema e, quindi, consentendogli di non esporsi all'altro né con la dichiarazione di un comportamento trasgressivo, né con l'esplicitazione di qualche altro dato informativo che si vuole/deve rimanere celato. Questo stesso stile di comunicazione è emerso anche dai racconti di altri utenti e, come è stato chiaramente espresso nell'affermazione n. 437, nei vissuti di chi parla non è configurabile come 'bugia' in quanto legittimato da uno specifico sistema di riferimenti e valori culturali.

Possibilità di passaggio

Fra privacy e disattenzioni

Il condensato di potere della parola, vuoi per ragioni di ordine culturale, vuoi per il verificarsi di specifiche dinamiche a livello sociale – le due cose non sono disgiunte –, chiede che gli ambiti di discorso siano regolamentati. Gli scambi di parola difficilmente vengono lasciati al dominio del caso ed ogni sistema culturale tende a disciplinarli mettendo a punto procedure di arginamento volte a canalizzarne gli esiti. Al di là del 'cosa chiedere', la costruzione del contesto, il 'come chiedere', diviene, pertanto, ambito di particolare attenzione.

Per quanto riguarda il nostro sistema storico culturale, in ambito sanitario e non solo, la costruzione del contesto avviene sullo sfondo di uno specifico meccanismo, giuridicamente formalizzato, che si è progressivamente imposto. Il rapporto operatore-paziente prende forma, infatti, in riferimento ad un sistema di regole codificate volto a salvaguardare il diritto di ognuno alla riservatezza: la legge sulla *privacy*. In tal modo si tende ad impedire che le informazioni che riguardano la persona vengano trattate/guardate da altri divenendo di dominio pubblico, a meno che il soggetto non abbia volontariamente prestato il proprio consenso. Il nostro sistema organizzativo incornicia il rapporto con i professionisti della salute ricorrendo a questa specifica forma di tutela, cui fa riscontro la codifica di un regolamento aziendale che prevede precise azioni procedurali, mentre gli stessi ordini professionali vigilano su questo aspetto approntando codici deontologici che vincolano gli iscritti al segreto professionale. Questa modalità di controllo rappresenta, in genere, un'efficace garanzia per gli autoctoni e non è certo un caso che il riferimento al meccanismo della *privacy* ricorra spesso nel dire degli operatori. Questo avviene, però, sia invocando la sua presenza a salvaguardia dell'utente, sia - ancor più - richiamando una sua insufficiente o inadeguata considerazione.

Abbiamo già avuto modo di evocare più volte questa questione nel corso dello scritto, parlando della strutturazione degli ambienti, ma anche della scarsa attenzione che viene spesso riservata al *setting* dell'interazione (ad esempio tenendo aperte le porte della stanza in cui avviene la consultazione o la vera e propria visita e sottoponendo così la parola alla concreta possibilità di un ascolto estraneo, se non esponendo anche l'utente ad ogni sguardo occasionale e/o indiscreto). Non a caso, nei commenti forniti per

iscritto dagli operatori ai casi da loro stessi riportati¹⁸⁶ e nelle discussioni che hanno fatto seguito alle loro esposizioni sono emerse più volte osservazioni analoghe alle seguenti:

438. Dove presto servizio occorrerebbe prima di tutto abbattere il vetro che divide l'operatore e l'utente. Il vetro divisorio non rispetta la privacy del singolo utente, ma anzi amplifica in tutta la stanza.

439. Io mi trovo in una situazione in cui non c'è neanche la stanza per poter dire a queste persone che cos'hanno. Glielo devo dire davanti agli altri. Questo significa non rispetto... di niente. Fra l'altro la legge impone che tu non dovresti nemmeno chiamarli per nome. Questo l'Azienda non se ne fa carico. Ti da la legge sulla privacy, te la manda, te la fa leggere, ti dice che devi ... però non si rende conto che ci sono servizi che hanno sì e no due stanzette dove appunto sono insieme stranieri, italiani, eccetera eccetera, con problemi anche intimi che non è giusto tu faccia sapere agli altri. L'ambulatorio è sempre occupato. Dov'è che le fai andare queste persone per chiedergli..

Con queste due asserzioni tornano ad emergere problemi che già avevamo evidenziato e rispetto ai quali gli operatori mostrano di attuare strategie interpretative diverse, nonché di mettere in atto comportamenti non sempre congruenti. Se da una parte, infatti, la questione della presenza/assenza del vetro incontra anche altre considerazioni, ben diverse da quelle dell'affermazione n. 435¹⁸⁷, la necessità pressoché uniformemente dichiarata relativamente alla carenza di spazi non vede sempre la messa in atto di strategie coerenti con le loro possibilità di utilizzazione, per lo meno nella misura in cui, com'è emerso durante il periodo di osservazione, non si sfrutta la loro disponibilità quando lo si potrebbe fare. Una situazione di questo genere emerge anche dall'affermazione che riportiamo qui di seguito, fornita da un operatore a commento del caso da lui stesso riportato:

440. Penso che la strategia da attuare per mettere tranquillo sia il marito che la moglie sarebbe stata quella di mettere per pochi minuti a sedere nella stanzetta (che abbiamo a lato del corridoio) le due persone con lo scopo di tutelare un minimo di privacy in modo da creare un clima più disteso.

Indipendentemente da quale fosse stata la situazione problematica a monte, l'osservazione autocritica dell'operatore testimonia di una scarsa considerazione di questo livello di problematicità, che risulta del tutto svincolata dall'effettiva possibilità di agire diversamente.

Questa disattenzione alle necessità di una *privacy* altrimenti eletta a standard di garanzia, è testimoniata anche dalla facilità con cui si fa uso di utenti occasionali per sopperire alle carenze di tipo linguistico. Un problema che abbiamo incontrato più volte e che ritroviamo ora nell'espressione di un operatore che, nell'impossibilità di ricorrere ad altre strategie per affrontare un problema che gli si presentava con caratteri di urgenza, si avvale in modo provvidenziale di un'altra persona, casualmente presente e del tutto sconosciuta sia alla struttura, sia all'utente in difficoltà:

441. Spesso da noi vengono persone straniere con problemi più o meno gravi, l'episodio che vi descriverò riguarda una coppia di persone cinesi con le quali ci siamo dovuti confrontare e che non parlavano assolutamente l'italiano ma solo il cinese. La situazione

¹⁸⁶ Ricordiamo, a tale proposito, che nell'ambito dei corsi di formazione veniva richiesto ai partecipanti prima di raccontare una situazione che li vedeva coinvolti o a cui avevano assistito e, in un secondo tempo, in un momento successivo del corso, di tornare sul racconto fornito per effettuare delle eventuali correzioni, aggiunte e commenti.

¹⁸⁷ Cfr. a questo proposito il resoconto n. 240.

si è protratta fino a tarda mattinata, con un forte senso di impotenza e di frustrazione, la paziente affetta da una forma di glaucoma e quindi pressione oculare molto alta, necessitava di un intervento farmacologico, diagnostico-strumentale e di un trattamento laser alquanto invasivo. Esprimerci in inglese non aveva dato nessun risultato, l'utente era piuttosto smarrito e continuava a parlare con il marito, l'ufficio preposto per i mediatori culturali non aveva una persona parlante cinese e noi infermieri e medici eravamo piuttosto in crisi. Ci è stato un po' d'aiuto la gestualità che ha reso il clima un po' meno teso. Fortuna ha voluto però che in ambulatorio è arrivato un ragazzo cinese per una visita oculistica, e tempestivamente, pur sapendo di violare la privacy, gli abbiamo chiesto di aiutarci. La disponibilità e la cortesia di questo ragazzo hanno reso possibile un intervento medico che andava eseguito e non poteva essere rimandato. Sono felice di poter dire che il tutto si è risolto positivamente per l'utente, ma gli altri pazienti in attesa non sono stati molto comprensivi e quindi io come infermiera mi sono sentita accusata di non essere in grado di offrire assistenza ai pazienti, a loro dire discriminati.

Nel caso appena riportato non c'erano, evidentemente, possibilità alternative d'azione e l'operatore mostra anche di essere consapevole del fatto di aver dovuto mettere in atto una strategia non ottimale in quanto del tutto caratterizzata da mancanza di *privacy*. Non è, quindi, in discussione, il suo specifico operato. Come, d'altra parte, rende evidente la reazione degli altri utenti che si sono trovati ad assistere alla medesima situazione, in casi come questi si palesa un *deficit* di funzionamento sul versante della struttura, che di fatto crea discriminazione fra l'utenza. Se da una parte non sembra opportuno rimarcare ulteriormente il problema in relazione a questo singolo caso, data la sua fisionomia di urgenza, occorre dall'altra ricordare quanto abbiamo già messo in luce, a questo stesso proposito, nei capitoli dedicati ai vari aspetti della comunicazione verbale, laddove si è parlato diffusamente dello scarso utilizzo della figura del mediatore linguistico-culturale e della facilità con cui, invece, si ricorre alle prestazioni di familiari e di utenti del tutto occasionali per gestire le necessità linguistiche. Le conseguenze di tutto questo vengono ora più chiaramente in luce anche per quanto riguarda il rapporto generale che l'utenza straniera può maturare nei confronti del Servizio¹⁸⁸, nonché relativamente alla questione specifica della possibilità di esporsi rispetto a contenuti considerati di particolare delicatezza.

Sulla scia di tutto questo, occorre peraltro rilevare che non ci è stato possibile assistere, se non rarissimamente, a situazioni in cui i mediatori, prima di avviare l'interlocuzione clinica, rassicurassero il paziente circa la presenza di un vincolo di riservatezza che coinvolgesse anche il loro operato, né a situazioni in cui venisse richiesto il consenso per la presenza dei mediatori stessi. Una questione, questa, come avremo modo di vedere più avanti, che non manca di problematicità dal lato dell'utenza.

Ciononostante, come ha affermato un operatore nell'ambito di una discussione emersa durante uno dei corsi di formazione:

442. Quando il paziente viene ricoverato bisogna far firmare il foglio della privacy con il modulo fornito dall'Azienda, che secondo me, tra l'altro, non è neanche tanto chiaro.

Un modulo invariabilmente in lingua italiana, che, a detta dell'operatore, è caratterizzato da scarsa chiarezza già a livello dell'utente italofono.

Con tutta evidenza, addentrandosi nello specifico delle azioni che ogni azienda mette in atto per corrispondere al dettato legislativo aprirebbe non pochi problemi, a cominciare dall'informativa sulle modalità di trattamento dei dati e sui rispettivi diritti di tutela che viene fornita in modo astruso o non viene fornita affatto agli utenti nei vari momenti del

¹⁸⁸ Ricordiamo, a tale proposito, di esserci personalmente imbattuti in situazioni in cui gli utenti avevano deciso di avvalersi di altre strutture, ubicate in tutt'altra area del territorio nazionale, in quanto convinti che nel territorio padovano non fosse presente alcun servizio di mediazione linguistica.

percorso di cura per estendersi alla considerazione delle difficoltà e dei limiti che caratterizzano i vari momenti della dinamica comunicativa considerati finora. Senza addentrarci ulteriormente su questo aspetto della problematica, ci sembra importante rilevare che la dimensione formale del regolamento codificato tende spesso a stridere con la prassi reale poiché, se da una parte viene richiesto che l'operatore si attenga a precisi *iter* procedurali volti, per esempio, a garantire l'ottenimento del consenso preventivo da parte dell'utente per la divulgazione dei dati che lo riguardano, dall'altra si registra con frequenza una palese mancanza di attenzioni rispetto a tutto quanto concerne ciò che per l'utente stesso va di volta in volta a costituirsi come ambito di riservatezza.

In tutto questo, le annotazioni effettuabili sono spesso analoghe per l'utenza italiana e per quella straniera. Ciononostante, ci sembra possibile affermare che questa modalità di controllo rappresenta, in genere, un'efficace garanzia per gli autoctoni mentre non è affatto assodato che vi sia una percezione analoga da parte di coloro che provengono da altre aree geografico-culturali. Non a caso, il termine *privacy* non è mai stato evocato da alcuno degli utenti con cui abbiamo avuto modo d'interloquire. Un'assenza che ci sembra emblematica non tanto della mancanza di un bisogno di riservatezza – che ci risulta, invece, ben marcato –, quanto, semmai, di una non percezione/conoscenza di questo specifico meccanismo di tutela o, laddove si sia informati solo superficialmente della sua presenza, di una sua mancata valorizzazione. Come, infatti, emerge dalle annotazioni effettuate da due medici di origine straniera intervistati:

443. *Occorre capire che qui la legge protegge l'anonimato, la privacy, ma non tutti lo sanno e non tutti lo capiscono.*

444. *Le persone non sanno che c'è il segreto professionale e, se lo sanno, non si fidano che venga mantenuto.*

D'altra parte un meccanismo di tutela della *privacy* non è necessariamente presente nelle aree di origine degli utenti:

445. *In Moldavia non abbiamo una legge sulla privacy.*

Pertanto è del tutto attendibile che non se ne conosca l'esistenza, così come, laddove si possiede l'informazione sulla sua presenza, non sia immediato coglierne il senso e le modalità di funzionamento.

Il meccanismo della *privacy* sembra quindi rappresentare l'intelaiatura di un sistema di riferimenti peculiarmente soggetto ad interpretazione; manifesta uno specifico carattere di precarietà sia in quanto l'intento di salvaguardia ad esso retrostante non riesce a compenetrare di sé i diversi anfratti della prassi organizzativa e della dinamica relazionale, sia in quanto manca talvolta di un adeguato substrato informativo e di una comune possibilità di attribuzione di significato e valore da parte della generalità dell'utenza immigrata.

Il tempio della parola

Come affermavamo in apertura del precedente capitolo, una qualche procedura di regolamentazione degli scambi discorsivi è universalmente presente fra gli umani, sia che essa prenda forma esplicita in un insieme di regole codificate e scritte, come avviene nel caso della legge sulla *privacy*, sia che rimanga sottaciuta in quanto implicitamente presente nel sistema di orientamento di ognuno. Non si può parlare di qualsiasi cosa, né è possibile parlarne in qualsiasi condizione.

Molti discorsi possono essere effettuati in maniera diversa a seconda delle condizioni contestuali ed ogni gruppo umano ha storicamente messo a punto proprie procedure a salvaguardia degli scambi comunicativi, cui si connettono i rispettivi processi di significazione.

446. Si dice 'lavare la bocca della parola brutta che è stata detta' per permettere di guarire. Sono cose che qui fanno ridere. Ma chi crede in queste cose vive di questo. In Togo, per esempio, se io voglio... mi alzo per chiedere la mano di una ragazza, non è che mi alzo e chiacchiero con tutti. In Togo quando ci si alza la mattina nessuno si parla finché non è lavato il tempio della parola che è la bocca. Una delle cose che ci faceva ridere quando vedevamo dei film, che le persone si svegliano nel letto e si mettono a parlare. Da noi è impensabile. Quando ti svegli prima devi lavarti la bocca e poi dopo parli. Prima di salutare è importante lavare il tempio della parola. Così, se io vado a chiedere la mano della mia Dulcinea, io mi alzo e non parlo con nessuno, perché a lei devo portare le primizie della giornata, devo portare le prime parole che io pronuncio. Non è che chiacchiero con tutti e poi vado da lei a chiedere la sua mano, non ha nessun valore. La convinzione del potere, della forza del verbo, della forza della parola è qualcosa che ti entra dentro.

Metaforicamente parlando, occorre chiedersi in che modo “lavarsi la bocca” prima di iniziare ad affrontare determinate tematiche; fuor di metafora: quali passi preliminari è bene effettuare, come strutturare la situazione, quali accorgimenti mettere in atto. Il meccanismo della *privacy* è sicuramente uno di essi, congruente con il sistema culturale entro cui trova forma, ma, proprio per questo, non immediatamente cogente nelle situazioni in cui gli scambi hanno una fisionomia eteroculturale. Si possono sicuramente creare altre condizioni, mettere in atto altri accorgimenti che aumentino la probabilità di riuscire ad ottenere dagli utenti le informazioni necessarie per orientarsi al meglio nel problema che loro stessi presentano. Come hanno affermato in genere i medici di origine straniera che ci è stato possibile incontrare nel corso del periodo di ricerca sul campo, occorre però una preconditione di base per rendere possibile questa eventualità: la disponibilità di tempo per un vero ascolto.

447. C'è una certa compostezza. Timidezza, riservatezza che a volte preoccupa: non riesco a ottenere tutte le informazioni. Occorre spendere più tempo con gli orientali.

448. ... molte cose sono segrete e possono essere usate contro di te, facendo delle fatture. Raccontare di sé può essere usato per nuocerti. Una malattia può essere un segreto di famiglia, quindi raccontarlo non sta bene. Ci sono diversi falsi elementi di questo genere che entrano... però io penso che la via dell'ascolto, del riscoprire l'ascolto sia importante, anche se faticosa. Questo presuppone di avere più tempo.

La prima parte dell'affermazione n. 448 richiama indubbiamente tutta la serie di problematiche che già abbiamo evocato in altre parti di questo scritto, al di là di tutto questo, proprio in quanto si tratta di rapporto eteroculturale, ciò che, in esso, è invariabilmente in atto è l'impossibilità di 'sapere prima', di prevedere che cosa accadrà prima del suo accadere di fatto. Il rapporto eteroculturale, infatti, in virtù della sua stessa definizione si caratterizza per l'intrinseca non coincidenza delle prospettive, per la smarcatura che sussiste fra i rispettivi sistemi di significazione; in quanto tale si connota come vero e proprio paradigma della complessità. Per orientarsi al suo interno, pertanto, non è possibile avvalersi di tutta quella serie di impliciti che sono propri di ogni relazione isoculturale, che gli consentono di procedere in modo relativamente automatico, in 'economia' di tempo e risorse proprio in quanto al suo interno si rende possibile dare per scontato le medesime premesse implicite (che si tratti di normativa sulla *privacy* o altro) e l'alterità dell'altro può essere ignorata senza conseguenze significative. Nel rapporto etero-culturale, al contrario, le premesse non sono condivise in modo uniforme, le 'stesse cose' hanno significati differenti e ciò che viene dato per

scontato non aiuta a comunicare bensì si costituisce come un vero e proprio impedimento per la comunicazione. Il tempo risulta allora indispensabile per poter mettere in atto le strategie necessarie ad un ascolto attivo, il quale richiede la continua messa alla prova dei propri impliciti interpretativi in un reiterato 'provare e sbagliare' che si avvale della capacità di dare risalto agli elementi di margine e del saper mettere in gioco le proprie emozioni in modo non eminentemente empatico.

Come abbiamo già ampiamente discusso, serve in genere più tempo con tutti gli stranieri per una complessità di motivi. Fra essi emergono anche delle ragioni del tutto ovvie come il fatto che gli interlocutori hanno competenze linguistiche diverse, che le informazioni di base possedute dagli utenti immigrati sono inferiori e diverse rispetto a quelle degli autoctoni, nonché in quanto anche la 'semplice' consultazione dei documenti, l'individuazione dei dati e la loro trascrizione è più laboriosa, ma anche perché - come già dicevamo nella sezione relativa alla costruzione diagnostica¹⁸⁹ -, al di là di ogni precettistica, è possibile occorra preparare adeguatamente il contesto relazionale che ospita la parola, per esempio avvicinandosi gradualmente alle questioni 'scottanti' dopo aver conquistato almeno in parte la fiducia dell'interlocutore, dopo essere entrato con lui in confidenza, senza rivolgergli domande troppo dirette.

449. E' importante l'approccio. Occorre guadagnare la fiducia e questo avviene a poco a poco. Per esempio: far finta di non conoscere niente (di non sapere che le analisi hanno dato un certo esito), andare vicino alla persona, conquistare la sua fiducia; manifestare calma, serenità, allegria. È importante il primo impatto. Non fare domande che facciano paura, non fare domande pesanti.

450. Andare a domandare: lei ha avuto la TBC? C'è il rischio, se la prima domanda è quella, che l'altro parta in quarta e dica 'questo mi ha preso per un tubercolotico...' e non risponda o risponda cose non vere. Gli orientali su questo aspetto sono molto complicati/problematici. Nell'aspetto culturale occorre prendere le cose alla larga e avvicinarsi gradualmente al problema.

451. Occorre portare a dire la verità. In che modo? Descrivere la malattia, ma dando anche fiducia sulle possibilità di guarire. Far capire la gravità perché a volte le persone non ritengono di aver bisogno di terapia, ma stare anche attenti a dare fiducia sulle possibilità di guarire.

452. Su alcune cose come la sterilità occorre anche saper lasciar perdere: si è diagnosticato, si danno consigli.... basta.

In buona misura si tratta delle normali 'regole di buon senso' che risultano valide ed efficaci per ogni colloquio clinico, anche relativamente all'utenza autoctona, ma che richiedono tempo e reali disponibilità di ascolto e che, forse, risultano particolarmente cruciali nel caso dell'utenza straniera proprio in quanto la relazione non prende forma a partire da una condivisione di fondo di linguaggi e sistemi di significato. Se in genere, infatti, la fiducia nella medicina occidentale (intesa come insieme di strumenti diagnostici, farmacopea e procedure tecniche d'intervento) da parte dell'utente immigrato può spesso essere ottimale, non si può dire avvenga la stessa cosa relativamente allo 'strumento umano' considerato nei suoi aspetti relazionali.

Gerarchie di ruoli in ambito familiare

Fra gli accorgimenti segnalati con maggiore frequenza per giungere ad ottenere le informazioni necessarie ad una corretta formulazione diagnostica, si situano, poi, quelli relativi ai rapporti coniugali. Le situazioni in cui si verifica la contemporanea presenza

¹⁸⁹ Cfr. in particolare nn. 388-90, cap. *Il contesto dell'indagine anamnestica*.

dei coniugi sembrano, infatti, richiedere una particolare vigilanza, in modo da valutare con attenzione come comportarsi rispetto agli stessi contenuti del discorso, soprattutto laddove l'argomento concerne la sfera della sessualità e della riproduzione:

453. Con gli africani non interrogare la moglie davanti al marito sugli aborti.

454. Con i marocchini non è possibile parlare di cose legate alla sessualità se c'è il marito... anche delle mestruazioni, la donna non ne parla mai con il marito e alla sua presenza.

455. Con i nigeriani aborto, sterilità, infezioni sono argomenti da non trattare con la donna in presenza del marito: se c'è il marito vicino non si dice la verità. Se il marito non c'è è possibile che parlino.

456. L'immigrazione è fatta di momenti diversi... Quando mi chiamano per intervenire in arabo, per fare qualche traduzione in un consultorio, o in ospedale, subito il marito viene emarginato, la moglie non lo vuole, lo manda via, gli dice "Vai fuori", è un momento molto intimo per lei, vuole viverlo da sola e poi è una questione di pudore. La donna non può mai dire a suo marito "io ho il prurito, ho i problemi" perché viene allontanata. Il disturbo non avvicina, bisogna stare attenti a queste cose qui... E' capitato per le perdite di candidosi che la donna fosse definita marcia... .. è come un ricatto psicologico.

Che fare, quindi, quando si presentano queste situazioni? Sulla base di quanto emerge dalle affermazioni effettuate, viene in genere fornita l'indicazione di procedere ad un'estromissione del coniuge maschio dal contesto di discorso, la quale può a sua volta rivelarsi problematica o meno:

457. Con il musulmano nigeriano non ci sono problemi ad accettare che il medico uomo rimanga solo con la donna. La donna, però, parla solo se ha fiducia, allora scatta un meccanismo tipo: "tu sei come una sorella per me"... e parlano.

458. Qualsiasi cosa accada, se ci sono i parenti, parlare prima con la donna.

459. Donne che vanno alle visite con i mariti: occorre essere fermi e lasciare il marito fuori dall'ambulatorio perché alcune domande (soprattutto per quanto riguarda gli aborti) non possono essere poste alla presenza del marito (la donna non risponderebbe sinceramente, ed è difficile comunque). Lui si arrabbierà ed anche lei si arrabbierà, ma è necessario. Fare in modo che l'operatore sia donna, altrimenti lui si arrabbierà di più.

L'item n. 433 fa emergere una sostanziale ap problematicità rispetto alla possibile esclusione del coniuge maschio dall'ambito di discorso, andando, con questo, ad infrangere lo stereotipo che vede l'uomo islamico presidiare in modo del tutto perentorio ogni situazione in cui la propria compagna si trovi al cospetto di un altro uomo. Non si riscontra la stessa ap problematicità nell'affermazione n. 435, dalla quale emerge, invece, la prospettiva di uno scontro di posizioni pressoché inevitabile e, ciononostante, l'invito alla fermezza nell'assunzione della posizione medica, ma con l'inserimento di un accorgimento volto ad attenuare la spigolosità del problema: "Fare in modo che l'operatore sia donna". Alla perentorietà di questa posizione fanno, d'altra parte, da contrappeso, altre affermazioni, che invitano ad una maggiore prudenza nella gestione della dinamica di inclusione/esclusione del coniuge o di qualsiasi altro familiare di sesso maschile che accompagni la donna.

460. Può capitare che parli solo il padre, il capo famiglia: non preoccuparsi, date importanza all'uomo, cercate di capire la donna, poi se ritenete di dover trattare in modo individuale usate l'autorità sanitaria. Il medico deve avere il camice bianco. Si può far capire all'uomo che secondo la legge/regola clinica "ora abbiamo parlato con lui, adesso dobbiamo parlare solo con lei". Non succede niente. Il 99% accetta volentieri. Dedicare un po' di tempo al discorso comune e poi... dire che si deve parlare con il paziente. Allontanare gli altri in modo intelligente. Nel caso di famiglie in Inghilterra usano già questo sistema.. chiarire le cose come se fossero fatte per legge, anche se non è così. Fare le domande, ma dare la priorità all'uomo perché qui l'obiettivo è il paziente.

Quest'ultima affermazione pone un accento particolare sulla necessità di portare avanti una richiesta che contrasta con una precisa impostazione di ruoli in ambito familiare. Nel farlo suggerisce di far perno su quell'altra gerarchia di ruoli che pone l'operatore sanitario ed il paziente in un rapporto di reciproca complementarietà. In altri termini, il suggerimento è quello di dosare sapientemente la richiesta, avendo cura di non contrastare immediatamente la dinamica in atto (per prima cosa 'dare importanza all'uomo') per poter poi introdurre un elemento di disequilibrio che consenta l'effettuazione di quanto viene ritenuto necessario dall'operatore, senza innescare un gioco di simmetrie che rischierebbe l'*escalation* della dinamica con la conseguente interruzione dell'*iter* procedurale necessario alla formulazione della diagnosi.

Se tutto quanto detto finora ha riguardato le situazioni in cui è la donna, accompagnata dal coniuge, a rappresentare l'utente diretto della prestazione, la questione dell'opportunità di separare i membri della coppia per dare adito a colloqui distinti è emersa anche in relazione a situazioni in cui il paziente è il membro maschio della coppia.

461. Se l'uomo è il paziente continuerà a dire alla moglie di non dire. In quel caso invertite il sistema: parlo con l'uomo ma poi dico, parlo anche con sua moglie. Parlate anche con lei perché magari il marito è alcolizzato e non vuole dire. Un musulmano che beve birra... La moglie ci tiene che il marito venga guarito, anche se a casa la picchia. Fare colloqui comuni e individuali.

In questo caso risulta una tendenza alla dissimulazione di cui abbiamo già parlato poiché la questione va a toccare quella sfera del peccato che ha sullo sfondo la propria appartenenza religiosa. Proprio per questo, emerge l'indicazione dell'opportunità di un controllo incrociato ricercando la testimonianza di interlocutori diversi intorno alla medesima questione e moltiplicando le situazioni d'indagine con la successiva proposta di colloqui da svolgere in modo differenziato. Sarà, infatti, l'attenzione critica rivolta alla dinamica relazionale della coppia a suggerire all'operatore di adottare una strategia in cui ai colloqui comuni ne faranno seguito di individuali, svolti in successione con i vari membri, con una moltiplicazione, inevitabile e necessaria di tempi e sforzi.

Al di là dell'apparente omogeneità delle affermazioni rispetto al separare i coniugi al momento della visita, soprattutto laddove si abbia a che fare con questioni che coinvolgono la sfera sessuale/riproduttiva, la questione di fondo ci sembra più rappresentata dal fatto che si evidenzia l'opportunità di utilizzare una particolare cautela nelle situazioni che coinvolgono i ruoli ricoperti in ambito familiare. Se da un parte le accortezze risultano del tutto necessarie, non possono, però, dall'altra, ancora una volta, trovare soddisfazione alcuna nella messa a punto di protocolli comportamentali applicabili in modo automatico. Le stesse strategie suggerite, infatti, non risultano così omogenee come sembrerebbe di primo acchito: 'parlare prima con la donna', 'tenere l'uomo fuori', 'dare priorità all'uomo', 'dare importanza all'uomo' sono indicazioni relativamente contrastanti l'una con l'altra, come ad indicare l'impossibilità di stabilire uno standard operativo adottabile come precetto procedurale.

È, d'altra parte, nota e ricorrente la situazione in cui l'allontanamento del coniuge maschio non risulta in alcun modo possibile, pena la non esecuzione dell'accertamento diagnostico richiesto. Alle indicazioni che possiamo ricavare dagli *item* appena riportati possiamo, quindi, affiancarne delle altre che evidenziano il pericolo che l'utente possa anche sottrarsi del tutto all'accertamento diagnostico qualora non si tenga adeguatamente in conto la posizione del partner.

462. Dopo aver inoltrato il tutto dopo circa 10 minuti i colleghi mi vengono a chiamare perché la signora in questione è stata chiamata da un collega (maschio) e il marito della signora si è rifiutato che fosse lui a fare il prelievo.

463. L'episodio si riferisce a qualche anno fa. Dovevo eseguire un esame radiologico ad una signora di fede islamica. Era accompagnata dal marito ed erano strettamente religiosi. Per eseguire l'esame avrei dovuto far entrare la signora da sola in sala radiologica e spogiarla. Dopo aver spiegato ad entrambi come si sarebbe svolto l'esame ho ricevuto un netto rifiuto da entrambi al fatto che la signora entrasse da sola e tantomeno che si spogliasse.

464. Qualche tempo fa in ambulatorio è arrivata una paziente di cui non ricordo la nazionalità ma sicuramente del medio oriente e di religione musulmana. Nonostante i suoi problemi di salute, arrivata nell'ambulatorio medico accompagnata da me, la paziente si rifiutava di scoprire la parte superiore del torace (pratica NECESSARIA per eseguire l'ecografia). Il rifiuto era netto sia nei mie confronti, sia rispetto al medico (maschio). La paziente tornava ripetutamente alla porta per uscire. All'arrivo del marito (momentaneamente allontanatosi per pratiche burocratiche) la signora si è fatta convincere ma a patto che si seguissero le sue regole.

Si tratta di tre casi in buona misura analoghi, riferiti da operatori diversi, che fanno riferimento a un tipo di situazione riconosciuta come frequente dagli operatori. Rispetto ad essi, per il discorso che stiamo effettuando a questo punto dello scritto, ci sembra importante evidenziare come la questione della presenza del coniuge maschio s'imponga progressivamente ad opera non del solo marito (come emerge nel primo caso, in cui il rifiuto dell'operatore maschio risulta essere perentorio e vede il subentro di un'infermiera) ma anche dei due coniugi congiuntamente (seconda situazione) e, infine, della moglie singolarmente (terzo caso); in particolare nell'ultima situazione sarà proprio la presenza del marito a rendere possibile l'effettuazione di un accertamento altrimenti rifiutato dalla donna in modo categorico.

Approfondimenti diagnostici

Fra realtà ed utopia

Per formulare una diagnosi può rendersi opportuno effettuare delle indagini ulteriori rispetto alla prima visita ed al colloquio anamnestico. Il medico può ravvisare la necessità di visite specialistiche, nonché di particolari approfondimenti strumentali, pertanto è possibile che ancora in fase diagnostica, superati i primi scogli, vengano incontrate delle altre criticità nel rapporto con l'utenza.

Da quanto emerso nei vari momenti dell'indagine, gli atteggiamenti degli utenti a proposito delle richieste di approfondimento diagnostico sono, ancora una volta, diversificati ed hanno alle spalle una molteplicità di motivazioni distinte. Su un versante estremo della casistica sembrano collocarsi le posizioni di coloro che, come in quella sorta di 'esotismo capovolto' di cui si è parlato nella parte teorica, si attendono di vedere confermate le proprie aspettative di procedure connotate da alta ed efficiente tecnologia al punto che, come emerge con chiarezza dall'affermazione riportata qui di seguito, se lo strumentario idealizzato non viene attivato sviluppano sospetti di noncuranza specificamente orientati.

465. *[Il paziente pensa] sono in Europa dove hanno tutti i mezzi, mi guarderanno dentro con la macchina e mi troveranno la malattia. Quindi se tu non gli fai fare la radiografia, l'ecografia, non l'hai visitato, per lui non è valsa niente questa visita. Non mi ha neanche fatto fare nessun esame radiografico'. E pretende e lo vuole: 'ma come, non mi*

fate la TAC?’ ‘No, perché non è necessario fare la TAC!’. Il paziente che arriva e non gli si fanno TAC, raggi X... ha una sindrome da Calimero, dovuta alla fede cieca.

Il discorso appena riportato, molto evidente ed esplicito, è stato formulato da un medico di origine togolese in riferimento alla propria esperienza. L'atteggiamento che ne emerge, d'altra parte, non può essere in alcun modo generalizzato né all'utenza straniera in toto, né a specifiche aree di provenienza, poiché, come avremo modo di vedere fra breve, la richiesta di approfondimenti diagnostico-strumentali può incontrare reazioni del tutto diversificate sul versante dell'utenza. Esso può, invece, trovare una qualche corrispondenza collusiva sul versante degli operatori, se è vero che, come hanno segnalato alcuni relatori nell'ambito del corso di formazione, tende a verificarsi una quantità eccessiva di indagini diagnostiche nella generalità delle situazioni che coinvolgono la relazione con gli stranieri. In particolare è stato il rappresentante della struttura sanitaria di Reggio Emilia - che, lo ricordiamo, ha costituito in Italia il luogo di sperimentazione del percorso europeo dei *Migrant Friendly Hospital* – ad indicare la presenza di questa problematica, mettendola in relazione alla maggiore difficoltà di comunicazione/comprendimento che è tipica di queste situazioni:

466. Si verifica un numero superiore alla norma di esami e di ricoveri. Non capendosi gli si fa fare tutto...

Analogamente, il problema si riscontra anche in letteratura, in riferimento, più che alle difficoltà di comunicazione, a quella che è stata definita la sindrome di Salgari, la quale, secondo la terminologia di Salvatore Geraci, caratterizzerebbe una specifica fase della relazione fra operatore sanitario autoctono ed utente immigrato e che, fra le altre cose, sarebbe caratterizzata proprio dalla tendenza a richiedere un numero di analisi esorbitante e sofisticato¹⁹⁰ rispetto alle necessità effettive.

In relazione alle ragioni che possono condurre ad un possibile eccesso di indagini strumentali/diagnostiche ci sembra, infine, interessante riportare quanto riferito da un relatore che è intervenuto nell'ambito del corso di formazione.

467. Un giorno si è presentato in ambulatorio un paziente africano chiedendo insistentemente di eseguire una radiografia della testa del femore. Sembrava disposto a tutto pur di ottenere questo intervento diagnostico, che comunque non era possibile effettuare in quel momento. Era un paziente grintoso che cercava di esprimere attraverso i gesti e con sgrammaticature evidenti quello che voleva. Alla fine l'ortopedico prescrisse una radiografia coxofemorale, da cui non emerse niente. È ritornato più volte. Era sempre sofferente. Era un paziente di cui si poteva pensare un'esagerata sensibilità... un ipocondriaco... Alla fine, dopo un attento ascolto si capì chiaramente che si trattava di ... il paziente era affetto da un'intensa infezione dell'apparato genitale contratta dopo un incontro con una prostituta. Era partito con un dolore alla gamba, con insistenza... addirittura la radiografia... e poi si scopre che in realtà aveva... contratto un'infezione genitale.

Il caso mette in evidenza come a monte del problema si situino anche, talvolta, le complicazioni di cui abbiamo parlato nel capitolo relativo alle 'Difficoltà di parola'¹⁹¹, poiché in questo caso il paziente non era evidentemente nella condizione di poter

¹⁹⁰ Cfr., in questa stessa sezione, il capitolo su "Le aspettative degli operatori". Da parte nostra, riteniamo di avere almeno indirettamente verificato il presentarsi di questo atteggiamento di fondo in alcuni momenti del corso di formazione, in particolare con l'atteggiamento allarmistico suscitato da un relatore che ha presentato, in maniera piuttosto discutibile, il problema della presenza di malattie infettive nella popolazione immigrata. La reazione pressoché unanime ed immediata degli operatori è stata quella di sollecitare la struttura ad effettuare quante più indagini diagnostiche possibile in modo da garantire gli operatori relativamente al potenziale pericolo.

¹⁹¹ Cfr., in questa stessa sezione il cap. "Sbarramenti"/"Difficoltà di parola".

parlare delle ragioni vere per cui si presentava in ambulatorio. In questo caso gli impedimenti psicologico-culturali ad affrontare esplicitamente il vero oggetto del discorso hanno probabilmente colluso con una difficoltà nel leggere specifici segnali interni alla dinamica comunicativa, inducendo a ricorrere all'*escamotage* tecnico dell'accertamento strumentale, come peraltro l'utente risultava chiedere in modo esplicito ed insistente.

Vecchie e nuove questioni

Se, per quanto riguarda gli utenti, su un versante estremo della casistica si situano delle situazioni di forte attesa rispetto alla prescrizione degli accertamenti strumentali, sull'altro versante troviamo dei casi di vero e proprio rifiuto ad effettuarli. In questi casi le motivazioni retrostanti sembrano però distendersi su una vasta area. Per prima cosa emergono delle ragioni di tipo economico:

468. *Se tu entri là devono farti tutte le analisi, le radiografie, per sapere che cosa hai davvero.*

Domanda: *Secondo te fanno poche analisi?*

Risposta: *Le analisi devi chiederle tu, perché se no loro non ti fanno le analisi.*

Domanda: *Sai che a volte i medici vengono ripresi perché fanno fare troppe analisi?*

Risposta: *Anche?... eh sì, anche, perché.. io sono andato a fare analisi e le ho portate dal medico, mi fa... perché non capisce, devi ancora fare analisi... ma le analisi non sono mica gratis, devi pagare per fare. [...] La prima volta le ho fatte, la seconda no [...] nella struttura pubblica paghi il ticket.*

469. *Sempre al triage è capitato di dover spiegare ad un cittadino straniero con passaporto regolare ma senza tessera TEAM o quant'altro che al termine del suo accesso avrebbe dovuto pagare per intero le prestazioni erogate. Ho spiegato che questo era una norma di legge e che non potevo dirgli l'ammontare della spesa perché il PS non si occupa della parte amministrativa. Il signore dopo aver protestato dicendo di 'sentirsi discriminato' ha preferito andarsene e rinunciare alla prestazione.*

Come risulta evidente, il primo stralcio di conversazione testimonia di una certa ambivalenza rispetto alla tematica, poiché l'utente, dopo aver manifestato una posizione congruente con quanto rilevato dal medico dell'affermazione n. 465, in seguito ad una domanda dell'intervistatore fa esplicito riferimento al problema dei costi e lo invoca per rendere ragione della non effettuazione di una prestazione che gli era stata richiesta. L'affermazione successiva, formulata da un operatore, fa ancor più chiaramente riferimento ad una situazione in cui la problematica economica è ben presente e percepita. Si è, infatti, direttamente testimoni di una rinuncia che è stata effettuata proprio in considerazione del costo delle prestazioni, dando adito ad una percezione di discriminazione. Non ci soffermiamo ulteriormente su questa dimensione del problema, che rappresenta con assoluta evidenza un elemento di forte rilievo nel determinare le scelte dell'utenza immigrata, in quanto non aggiungerei sostanzialmente niente a quello che abbiamo già evidenziato a questo proposito nei capitoli precedenti.

Oltre alla questione economica, un'altra ragione retrostante ai rifiuti/alla non effettuazione delle prestazioni - che possiamo evincere dai resoconti degli operatori, i quali fanno talvolta riferimento anche alle spiegazioni addotte dagli stessi utenti -, sembra risiedere in una qualche forma di timore, se non di vera e propria paura. Una considerazione di questo genere è stata effettuata, in particolare, da uno dei relatori che sono intervenuti nell'ambito del corso di formazione, a sua volta di origine straniera (Venezuelana, per la precisione), il quale ha affermato che possono essere talvolta presenti delle paure che noi considereremmo piuttosto bizzarre:

470. Ci possono essere problemi con i raggi X... c'è chi ha paura di essere fotografato perché dice che con la fotografia viene rubato lo spirito.

Nell'ambito dei colloqui da noi effettuati non sono emersi riferimenti a questo genere di situazioni, di cui riconosciamo, tuttavia, la legittimità. Il tema della paura si è invece presentato nei resoconti degli operatori:

471. Premetto che nel mio ambulatorio eseguiamo manometria e phmetria esofagea, esami che durano circa un'ora e mezza per paziente. [...] Dovevamo spostare un appuntamento di una paziente cinese. Al numero datoci risponde un amico, non sa dirci nulla e ci dà il numero giusto. Proviamo a chiamare la paziente che chiude il telefono quando sente parlare italiano. Dopo qualche giorno passa un amico della signora chiedendo spiegazioni dell'esame e ci dice che forse la paziente non verrà visto di cosa si tratta perché ha paura dell'esame. La paziente non si è mai presentata. Il medico non le aveva spiegato né com'era l'esame, né la sua utilità.

472. Notiamo spesso la paura che loro hanno nell'approccio vero e proprio del prelievo, del dolore, manifestato spesso nel rifiuto nell'eseguirlo, nell'incapacità di capire il motivo perché viene eseguito.

Entrambi i resoconti riportati richiamano delle situazioni in cui sembra essere decisiva la paura connessa alla specifica prestazione nel determinare il rifiuto della stessa. La sequenza n. 471 mette in relazione lo stato d'animo dell'utente con la mancanza di informazioni adeguate relativamente alle procedure di svolgimento dell'esame ed alla sua utilità: una questione che richiama tutta la problematica della comunicazione in ambito medico-sanitario e su cui si è già avuto modo di soffermarci più volte; ci limitiamo pertanto, ora, a rilevare la legittimità della connessione evidenziata, facendo notare che essa si è resa possibile in seguito all'intermediazione con una figura terza, mentre in assenza di questo passaggio il disguido, molto probabilmente, sarebbe andato ad incrementare la casistica delle situazioni di inattendibilità e/o maleducazione che alimentano l'immagine che circola in modo prevalente fra gli operatori. Per quanto riguarda l'affermazione n. 472, anche in questo caso si fa menzione di una paura da mettere in relazione con un qualche difetto di comprensione, questa volta senza, però, evocare carenze informative di alcun genere. Al di là di questa analogia di superficie, questo breve stralcio rivela delle caratteristiche piuttosto diverse dal precedente, a partire dal fatto che, seppure con tutte le migliori intenzioni, l'operatore vi manifesta un forte atteggiamento generalizzante. Esso si palesa in primo luogo nell'uso di un indeterminato 'loro' per designare una categoria estremamente vasta ed eterogenea di persone e con la corrispettiva difficoltà di mettere a fuoco e raccontare una situazione specifica, diversamente da quanto avviene nella sequenza precedente). Questa tonalità di fondo non ci sembra inessenziale e potrebbe riguardare anche altri punti del discorso, per esempio l'accostamento effettuato fra prelievo e dolore che sembra risultare dietro al corrispondente rifiuto – 'manifestato spesso' – di eseguire la prestazione. La questione dei prelievi, infatti, è stata evocata sporadicamente da alcuni utenti che hanno palesato una certa apprensione a questo riguardo, senza che, però, emergessero delle preoccupazioni connesse a qualsivoglia forma di dolore:

473. Mio fratello ha l'asma. Spesso all'ospedale gli fanno un prelievo... lui non va proprio. Dice non va perché non sa cosa fanno del suo sangue... per lui è troppo, allora non va proprio.

Quest'affermazione, formulata da un utente proveniente dall'Africa subsahariana, fa chiaramente intravedere una problematicità legata ai prelievi di sangue. Questo ambito di discorso, che non era ancora emerso nel corso di questo scritto, si è presentato in modo del tutto impreveduto in alcuni colloqui e ci sembra meriti un'attenzione ulteriore.

Ci soffermeremo, pertanto, in modo più dettagliato su tale questione dopo aver terminato la breve disamina che ci conduce prima a richiamare alcune altre variabili. Sulla base di quanto emerso dai colloqui con gli utenti, una qualche paura, oltre ad associarsi alle situazioni specifiche connesse alle modalità e/o tipologie di analisi, potrebbe, infatti, concernere più genericamente i risultati degli accertamenti.

474. Hanno paura di sapere che hanno certi tipi di malattie, non vogliamo neanche scoprire, non vogliamo sapere. Diciamo: viviamo meglio senza sapere. Se vado a fare un prelievo si vede. Dicono: tanto io morirò, preferisco andare a casa mia, farmi le cure con le radici, le erbe.

Abbiamo già incontrato la problematica che s'intravede in apertura dell'affermazione n. 474 nelle sezioni precedenti, in cui abbiamo visto che ci sono diversi ambiti che richiedono molta delicatezza per poter essere trattati. Voler sapere o meno del proprio stato fisiologico e/o della propria malattia, accettare o meno che se ne parli e - spostandoci sul versante degli operatori - comunicare o meno la diagnosi, rappresentano modi distinti di concepire se stessi in rapporto con gli altri che risentono di forti determinazioni culturali. Non a caso la trasparenza nella comunicazione ai diretti interessati delle problematiche di salute/malattia rappresenta una questione 'calda' anche laddove la biomedicina si costituisce come chiave elettiva/unica d'intervento, manifestando, in questo, tutta la difficoltà - se non l'impossibilità - di individuare delle modalità di risposta che possano essere ritenute universalmente valide. Laddove si ha a che fare con 'diagnosi gravi', infatti, è la stessa biomedicina a non essere più in grado di dire in modo univoco quale strategia si renda più opportuno perseguire ed il personale sanitario può decidere di percorrere delle vie del tutto antitetiche, ma che tendenzialmente ricalcheranno l' 'approccio dominante'¹⁹² dei rispettivi ambiti culturali, ritenendo la comunicazione della diagnosi un atto dovuto in termini di apertura/franchezza, oppure un comportamento del tutto impensabile e professionalmente inappropriato¹⁹³. Laddove si ha a che fare con un incontro etero culturale si pone poi la questione ulteriore di stabilire cosa debba intendersi di volta in volta per 'diagnosi grave' e di andare ad interrogarsi su cosa ad essa si connetta in termini di dinamiche socio-relazionali e di sistemi di significato. Una cosa, infatti, è la gravità intesa nei termini tecnici della biomedicina, altra cosa è la gravità attribuita/percepita in chiave esistenziale, socio-relazionale, culturale. Ecco allora che, in determinate situazioni, può verificarsi l'eventualità che a far propendere per il diniego non sia tanto la mancanza di informazioni, come parrebbe dai casi n. 471 e n. 473, ma proprio il possesso dell'informazione mancante.

L'affermazione n. 474, oltre a richiamare la problematica di cui si è appena discusso, nella sua parte finale fa intravedere anche la possibilità che vi siano delle questioni ulteriori che interferiscono con il percorso di cura: in particolare che l'utente sia nella condizione di poter utilizzare delle vie alternative di diagnosi e cura. Questa questione, che nell'affermazione appena richiamata è solo accennata e rimanda comunque ad un'ipotesi di rientro nel contesto di origine, è emersa più articolatamente nell'ambito di

¹⁹² Utilizziamo questa locuzione nel senso che gli viene attribuito da Deborah Gordon (cit. in Pizza G., *Antropologia medica*, p. 140).

¹⁹³ Una delle aree rispetto alle quali è stata maggiormente studiata questa problematica è quella relativa alle diagnosi di cancro. A tale proposito negli Stati Uniti, così come in Messico, la scelta preponderante è quella di una comunicazione diretta e franca; in Italia tende invece a prevalere l'idea di un'informazione dissimulata; in Giappone viene decisamente prediletta ed apprezzata una comunicazione ambigua, mentre una comunicazione franca viene considerata del tutto inappropriata anche sul piano professionale. Pizza G., *Antropologia medica*, pp. 134-42.

altre interviste e rappresenta un punto di particolare criticità nel rapporto con l'utenza immigrata poiché anche in contesto di immigrazione può verificarsi la presenza, in diverso grado, di credenze e pratiche che rimandano alle tradizioni interpretative proprie dei luoghi di provenienza ed ai connessi sistemi di diagnosi e cura. Vi torneremo, pertanto, analiticamente più avanti.

Cavie umane

Per terminare la disamina avviata relativamente agli atteggiamenti dell'utenza rispetto alle richieste di approfondimento diagnostico, su un versante che contrasta con l'affermazione n. 465 troviamo osservazioni del tenore della seguente:

475. Lui è abituato che quando va in ospedale nel suo paese gli danno... torna a casa e sta bene. Quando arriva qui alle vostre strutture si trova in difficoltà. Devo stare male, oltre a superare questa prova devo aspettare che mi fanno gli accertamenti, sono diventato un tema di studio, devono studiare che cosa ho, di che cosa soffro, che terapia devono darmi, sono soggetto di ricerca.... Il mio sistema sanitario funziona meglio perché quando stavo male andavo, mi davano l'aspirina e tornavo a casa... ...qui non funziona, mi trattano come un soggetto di ricerca. Quando arrivo in reparto la prima cosa che mi dicono: 'Sono arrivato da 3-4 giorni e non mi hanno dato ancora niente'. Come non ti hanno dato niente? Stanno cercando... ... No, no, perché io sono straniero, vengo trattato male, non mi danno nulla... ... Io sono trattato male, l'italiano è trattato bene. ...Al mio paese sono sempre stato trattato bene, qua mi trattano male...

Questo stralcio inquadra ben diversamente la questione della tecnologia medica rispetto a quanto sia stato evidenziato in apertura di questa sezione, evidenziando, al contrario di un'attesa fideistica e salvifica negli strumentari di cui si avvale il Sistema Sanitario Nazionale, l'ipotesi di un loro uso per finalità diverse da quella della diagnosi e cura ed adombrando, in questo, la possibilità di una scelta selettiva di stampo razzista. La posizione espressa in questo caso è stata riportata da un mediatore di area araba sulla base della propria esperienza con immigrati prevalentemente maghrebini. Una posizione analoga è stata, però, espressa anche da altri utenti di origine africana che, come nel caso della testimonianza che riportiamo qui di seguito, hanno parlato della presenza, all'interno della loro comunità, di analoghe apprensioni, estendendole ben al di là della fase diagnostica:

476. Rifiutiamo spesso anche perché gli studenti medici usano i nostri corpi per lavorare, per conoscerci meglio. Ci hanno detto che ci usate per fare i vostri studi. Quando ci portate in sala operatoria e ci aprite usate i nostri organi. Abbiamo questa paura. Si sta attenti a tutto. Abbiamo questa idea dell'ospedale, dei medici in particolare. Ci usano gli studenti medici che stanno imparando. Usano il nostro corpo per studiare. Perché siamo stranieri, perché non abbiamo nessuno. Quando moriamo non vogliamo proprio che il corpo rimanga perché si usano gli organi. Sono tutte ragioni per cui gli africani sono prevenuti. Quando ho visto il taglio che mi avevano fatto ho pensato che mi avevano veramente usato... ho chiesto come mai. Dopo mi è stato detto che mi è stata tolta la milza.

Si tratta di una prospettiva interpretativa non nuova, che abbiamo già incontrato nel corso di questo scritto in relazione al tema della presenza di personale in formazione (specializzandi, tirocinanti, stagisti) in ambito ospedaliero ed al loro possibile uso in modo discriminatorio¹⁹⁴. In questo caso la tematica ritorna in modo decisamente esplicito facendo emergere con estrema evidenza fino a che punto la prospettiva razziale

¹⁹⁴ Cfr. sezione "Stile organizzativo"/"Disidentità", cap. "La contemporaneità delle presenze"/"Dalla quantità alla qualità".

permei di sé l'interpretazione delle vicende sanitarie, andando ad influenzarne fortemente gli esiti.

Perché tanti prelievi?

Fra le problematiche elencate finora, ci soffermiamo brevemente, ora, sulla questione dei prelievi ematici, che già si intravedeva nelle affermazioni n. 472 e n. 473. Questa tematica è emersa in modo particolare con un utente nigeriano, il colloquio con il quale, per un inconveniente tecnico, non è stato registrato. Al termine del colloquio, quando ormai si era sul punto di salutarsi e dopo aver parlato a lungo di una serie di altre problematiche, l'utente ha spontaneamente introdotto la questione dei prelievi di sangue, chiedendo quasi di sfuggita, ma con una certa apprensione, quali siano le ragioni per cui i medici ne prescrivono tanti e per cui, nel momento del prelievo, al paziente viene tolto così tanto sangue. In quell'occasione non è stato possibile soffermarci ulteriormente sulla questione, ma proprio la modalità con cui è stata posta, che manifestava una sorta di intenzionalità dissimulata (in piedi al momento del saluto, ma - ci è sembrato - tutt'altro che in modo distratto), ha costituito un segnale di avvertimento circa la possibilità che rappresentasse un punto di particolare problematicità. Sulla scia del colloquio effettuato, è stato così possibile introdurre la tematica in alcuni incontri successivi, in genere sollecitandola con delle riflessioni e/o domande, ed in un altro caso si è presentata anche, nuovamente, in modo spontaneo:

477. Ho notato una cosa, quando vado all'ospedale la prima cosa che fanno prendono il sangue. Perché? Sempre! Non so se lo fanno solo a noi.. le analisi...

Domanda: tu prima non dicevi che sei scontento del tuo medico perché ti fa fare poche analisi?]

Risposta: Per me va bene, per le mie cose va bene, però io so che tanti amici si lamentano. Vai al Pronto Soccorso, appena arrivi analisi, sempre. Anche se vanno per il mal di pancia prendono sempre analisi. Ho sentito che tanti miei paesani si lamentano per analisi. Appena arrivi, anche per una piccola cosa. Se non vai dal tuo medico, se vai in ospedale, subito prendono analisi. Dà fastidio... Si lamentano perché fanno fare tante analisi.

Lo stralcio appena riportato è stato tratto da un discorso effettuato da un utente congolese nel contesto di una conversazione che vedeva la presenza anche di un amico senegalese il quale si è inserito nel discorso con delle osservazioni ulteriori:

478. No, non si lamentano. È un problema di abitudini soltanto, perché in Africa non è che lo prendi più di tanto... Mi ricordo mio figlio è stato ricoverato in ospedale quattro giorni, ogni giorno gli prendevano analisi. Mia moglie si è arrabbiata... poi mi stava chiedendo a me dove va a finire tutto questo sangue... Io ho detto 'per me forse è per vedere che cosa ha, per scoprire meglio'.

L'insieme della conversazione che ha coinvolto i due interlocutori ricalca in certa misura l'apprensione manifestata nell'ambito del primo colloquio in cui è emerso il problema: la questione, anche in questo caso è stata posta in modo spontaneo dall'utente ed in tal senso si può ritenere che, diversamente da quanto avvenga per le risposte fornite alle domande dell'intervistatore, rappresenti una sua istanza precipua. Contemporaneamente, l'utente non si è sbilanciato nel formulare delle proprie ipotesi interpretative; al contrario, ha lasciato cadere il discorso quando, nell'ambito dello stesso colloquio, gli sono state poste delle domande più dirette. L'amico senegalese che si è inserito nella conversazione ha a sua volta sminuito il problema mettendolo in relazione con una semplice mancanza di familiarità con le medesime procedure, in quanto assenti nella prassi sanitaria dei paesi di origine. Ha però evocato anche la reazione della moglie, la quale gli ha posto degli interrogativi sul destino finale del

sangue prelevato: una questione analoga a quella presente nell'affermazione n. 473. Alla luce di tutto questo, non ci sembra manchi di interesse neppure la segnalazione di un operatore, effettuata nell'ambito del corso di formazione, che, formulando un breve elenco delle situazioni problematiche da lui incontrate nel rapporto con l'utenza straniera, seppure in modo lapidario, ha indicato anche un episodio connesso alla tematica che stiamo trattando:

479. Sono stata accusata dal marito di una paziente di vendere il sangue che le prelevavo per gli esami ematici.

Ci sembrano, tutti questi, segnali di un'inquietudine problematica che indicano che quella dei prelievi ematici può rappresentare un'area di criticità da meritare delle indagini ulteriori. Allo stato delle nostre conoscenze, ci sembra di poter affermare che l'eventuale rifiuto di approfondimento diagnostico tramite prelievo ematico (esplicitamente manifestato, oppure testimoniato di fatto con la non effettuazione delle indagini richieste) possa risalire a diverse ragioni singolarmente considerate ed al loro eventuale intrecciarsi. Fra queste le inquietudini connesse ad una mancata abitudine, ma anche i significati che il sangue, in quanto tale, assume nella psicologia individuale e nei vari sistemi culturali. In tal senso, come hanno suggerito alcuni degli intervistati, nonché uno dei relatori che sono intervenuti nell'ambito del corso di formazione, è forse opportuno tenere presente anche il fatto che, in alcune tradizioni, il sangue entra in gioco in modo del tutto diverso e significativo nell'ambito di pratiche di consultazione e cura:

480. Il sangue è elemento dei riti sacrificali effettuati per riparare gli errori commessi contro gli spiriti.

481. Rispetto alla malattia bisogna considerare un certo numero di parametri: culturale, socioeconomico, medico. [...] Il parametro medico è quello che indica di consultare chi è in grado di dare aiuto per la guarigione. Di solito si tratta del bagà e da lui si va solitamente con un pollo.. qualcosa che ha sangue per il sacrificio. [...]

Domanda: l'offerta del pollo è per pagare la prestazione?

Risposta: Si tratta della vita e per avere qualcosa per la vita bisogna dare la vita, il sangue.

Sicuramente anche in questo caso, come già abbiamo rilevato altrove, occorre fare attenzione a non cadere in un 'eccesso di culturalizzazione', commettendo l'errore di generalizzare alla globalità degli immigrati (in questo caso di area africana) aspetti presenti in un'eventuale minoranza e di attribuire ad essi una valenza preponderante quando invece potrebbe legittimamente essere considerata del tutto marginale. Ci sembrerebbe, d'altra parte, altrettanto scorretto scavalcare con disinvoltura quanto tuttavia emerge magari proprio per il fatto che nel corso dei colloqui effettuati si è presentato con caratteri di marginalità¹⁹⁵.

¹⁹⁵ Anche a proposito di questo risultano importanti le considerazioni effettuate da Marianella Sclavi nel suo *Arte di ascoltare e mondo possibili*, laddove pone in evidenza la centralità, per la comprensione, proprio degli elementi più "marginali e fastidiosi".

DALLA DIAGNOSI ALLA TERAPIA

Una volta portato a termine l'iter diagnostico, o, comunque, una volta varcata la soglia che, approssimativamente, delimita la prima fase dell'indagine da quella del vero e proprio intervento, si presenta l'eventualità di un ricovero, oppure di prescrizioni terapeutiche da ottemperare al di fuori dell'area ospedaliera. Nell'un caso e nell'altro è tutt'altro che automatico che il rapporto clinico prosegua senza ostacoli, come sarebbe, invece, nelle aspettative degli operatori. Nei capitoli che seguono ci soffermeremo dapprima sulle situazioni di ospedalizzazione, andando a considerare alcune evenienze inattese; successivamente ci occuperemo di quelle che non richiedono il ricorso ad un vero e proprio ricovero, ma che necessitano, tuttavia, di una prosecuzione del percorso clinico/terapeutico. Per quanto riguarda le situazioni che danno adito a ricovero ospedaliero si è constatato il verificarsi di problematiche quali rifiuto del ricovero, scomparsa del paziente a ricovero avvenuto, rifiuto di specifiche tecniche d'intervento (in particolare taglio cesareo ed uso di flebo); per quanto riguarda, invece, le situazioni che non richiedono ricovero ospedaliero si è constatato il verificarsi di situazioni quali interruzione del rapporto ambulatoriale, oppure di continuazione del rapporto, ma con l'impossibilità di effettuazione della prestazione nel momento in cui il paziente si presenta (per esempio in quanto connesse al periodo di Ramadan o anche perchè le prescrizioni risultavano incomplete/illeggibili). In ogni caso, laddove si perviene alla messa a punto di un *iter* terapeutico da portare avanti, risulta possibile che si presentino dei problemi ulteriori, specificamente legati alla prosecuzione del percorso.

Fra rifiuti e scomparse

Ricoveri non effettuati

Dopo la prima fase diagnostica, può prefigurarsi la necessità di un ricovero ospedaliero. Anche in questo caso possono presentarsi specifiche difficoltà, poiché non è automaticamente detto che l'eventualità del ricovero venga accolta senza problemi e che l'iter prosegua secondo le modalità che gli operatori si attenderebbero.

482. Giunge in Pronto Soccorso Pediatrico di notte un bambino rumeno con mamma, nonna, zia, e amica rumena che ospita la famiglia. Il bambino presenta frattura scomposta dell'avambraccio, inserita in triage e valutata come codice giallo. La mamma però asserisce di non avere documenti e di essere badante ma non in regola, come tutta la famiglia. Dopo aver seguito il bambino dal punto di vista sanitario, si spiega alla mamma che la prestazione è a pagamento e si spiega come comportarsi per ottenere l'assistenza sanitaria e ottenere la tessera sanitaria. Si invita la famiglia a portare il bambino il giorno seguente per ricovero in ortopedia (non disponibili posti al momento) il giorno seguente la mamma e il bambino non si presentano e non si è riusciti a rintracciarli. Personalmente la cosa mi ha fatto molto riflettere e devo dire di essermi sentita emotivamente coinvolta, forse non ci siamo spiegati in modo sufficientemente chiaro, forse si poteva insistere sulla necessità del ricovero.

Il caso appena riportato fa intravedere la possibilità che le ragioni della mancata ospedalizzazione possano essere rintracciabili nella presenza di più fattori. Vi sono delle singolarità, a partire dal fatto che si è in presenza di una situazione che, sulla base di quanto rilevato dalla stessa struttura ospedaliera, richiede una procedura di ricovero, ma al contempo si opta per un rinvio dell'ospedalizzazione in ragione di una mancanza di disponibilità di posti. E' possibile che già questa discordanza di elementi fornisca all'utente un messaggio di non urgenza/non indispensabilità del trattamento, se non di incongruenza o d'inefficienza almeno parziale. Al di là di questo, la situazione si presenta come caratterizzata anche da una certa complessità in ragione della presenza di fattori concomitanti che s'intrecciano fra loro in modo da far intravedere vari generi di difficoltà e disagio. Dal resoconto, si vede, infatti, che vi sono più variabili potenzialmente in gioco: la non regolarità della posizione giuridica di tutta la famiglia, il pagamento plausibilmente inatteso per una prestazione di evidente gravità, la possibilità stessa che le spiegazioni fornite dall'operatore non siano state del tutto chiare relativamente al grado di necessità connesso al ricovero.

Un'ulteriore situazione di diniego rispetto al ricovero richiesto è quella che riportiamo qui di seguito, che fa riferimento, peraltro, ad una situazione di particolare gravità:

483. Io lavoro nel reparto di Radioterapia Sezione Protetta, reparto dove si ricoverano pazienti con patologie maligne, in particolar modo, tumori della tiroide. Questi pazienti vengono trattati con materiale radioattivo, questo comporta l'isolamento (in stanze particolari) sia dai parenti e sia dal personale sanitario. Il mio caso riguarda una paziente marocchina che non parlava italiano, accompagnata da un parente, anche lui con grosse difficoltà con la lingua. La situazione [del mio reparto] è davvero complessa in quanto ci sono delle norme comportamentali da seguire da parte dei pazienti durante la degenza. Con grande difficoltà ho cercato di spiegare al parente che le restrizioni che questo ricovero comporta sono legate al fatto che la paziente viene curata con sostanze radioattive. La mancata osservazione di queste norme comporta il rischio di contaminazione radioattiva dell'ambiente, delle persone e anche del personale. Nonostante la buona volontà del parente a fare da interprete tra noi infermieri e la paziente non c'è stato modo di far capire l'importanza dell'isolamento e tutte le problematiche legate alla radioattività, al punto tale che la paziente ha rifiutato il ricovero. Il mio reparto rappresenta per fortuna un'eccezione, ma è sufficiente per far capire quanto è grosso il problema. Sicuramente il mio impegno non è stato sufficiente, ma ha solo creato un forte stress emotivo. Nella mia situazione specifica non si può operare con pazienti che non capiscono bene le condizioni del ricovero e le regole da rispettare in quanto pazienti radioattivi. Queste persone dovrebbero essere informate nei dettagli da persone competenti, prima del ricovero, per dare anche a loro la possibilità di curarsi in condizioni di sicurezza per loro e per gli operatori sanitari che se ne occupano. Cosa sono le radiazioni? Questa è stata la prima (e legittima) curiosità della paziente. Non è facile!

Se nella situazione n. 482 la questione di un'eventuale insufficienza a livello comunicativo rimaneva sullo sfondo in modo ancora ipotetico, in questo caso emerge con forza. Il problema viene chiaramente segnalato dall'operatore, il quale rileva, peraltro, come la carenza sia reiterata: la paziente risulta, infatti, essere giunta alle soglie del ricovero ospedaliero senza aver ricevuto le informazioni preliminari necessarie a maturare un suo orientamento intorno al problema. Con tutta evidenza non sono stati attivati precedentemente gli ausili che la struttura, pur tuttavia, mette a disposizione, né la loro attivazione viene effettuata dall'operatore che ha fornito il resoconto. Nel caso riportato, la carenza si ammantava di particolare gravità nella misura in cui - se è esatta la percezione dell'operatore - può essere stata responsabile del diniego dell'utente, il quale è arrivato al momento della formalizzazione del ricovero e dell'esecuzione della relativa prestazione senza aver ricevuto le informazioni necessarie per maturarne l'accettazione. Se quanto ipotizzato dall'operatore in termini di possibile

spiegazione delle ragioni retrostanti al rifiuto è effettivamente corrisposto alla realtà delle cose, in questo caso – come rileva l'operatore stesso - si può affermare di essere stati in presenza di una palese disparità di condizioni nel trattamento dell'utenza, poiché sono venute meno le condizioni in base alle quali poter esercitare una scelta consapevole rispetto a fattori determinanti per la propria vita.

Altre ragioni di rifiuto dell'ospedalizzazione sono emerse sul versante degli utenti. Un caso, in particolare, è quello che abbiamo riportato nell'ambito del capitolo su 'Le aspettative degli operatori', in cui si palesa una situazione di ricovero formalmente effettuato, ma rispetto al quale il paziente 'scappa' in un momento successivo, quando si rende conto di quale sia la tipologia di reparto in cui è inserito: il "reparto per l'AIDS, la TBC ecc.". Quello che occorre richiamare in questa sede in relazione a quest'ultimo caso non è tanto la presenza di un eventuale timore di contagio, come verrebbe da pensare con una certa immediatezza, ma più la presa d'atto o l'interpretazione di un etichettamento pregiudiziale da parte degli operatori ed il timore di un etichettamento da parte della comunità.

Se confrontiamo questo caso riferito dagli utenti con i due precedenti segnalati dagli operatori sembra porsi una questione piuttosto particolare relativamente alla dimensione informativa. Mentre nelle situazioni riferite dagli operatori, infatti, essi pongono l'accento su una carenza rispetto alle informazioni veicolate, ritenendola in qualche misura responsabile di una non comprensione delle ragioni del ricovero e di un suo conseguente rifiuto, nel caso riportato dall'utente sembra profilarsi più una questione di senso. Al di là del possedere o meno le informazioni relative, in quest'ultima situazione sarebbe, cioè, il diverso modo di inquadrare il problema a risultare determinante: in un caso si ha la centratura dell'attenzione sull'iter procedurale ritenuto idoneo alla cura intesa come presa in carico tecnico-operativa, nell'altro l'intervento di una dimensione interpretativa che coinvolge una prospettiva di cura che si estende al di là del perimetro della tecnica medica. In altri termini, il ricovero non viene rifiutato perché non se ne comprendono le condizioni, ma perché non se ne accettano le condizioni in considerazione del significato che esso viene ad assumere.

Prestazioni non effettuabili

Sulla base di quanto emerso nel capitolo precedente, il caso estremo di difficoltà connesse al ricovero ospedaliero si può ritenere riguarda il rifiuto stesso dell'ospedalizzazione; un'eventualità sicuramente non frequente. D'altra parte, altri casi segnalati indicano che, sebbene il ricovero ospedaliero venga accettato e regolarmente effettuato, possono poi venire rifiutate le prestazioni ad esso connesse.

484. Mi ricordo di una situazione particolare vissuta qualche anno fa quando lavoravo in ospedale ed avevo ricoverato un paziente egiziano che non conosceva la lingua italiana (solo qualche parola) e tendeva al rifiuto di qualsiasi prestazione terapeutica a causa dell'incomprensione linguistica.

485. Quando ero turnista in Medicina d'Urgenza si era presentato un caso di un signore d'origine nigeriana che non parlava assolutamente l'italiano e anche l'inglese; quando è arrivato in reparto non voleva assolutamente accettare le cure, tra cui l'infusione di una flebo, abbiamo provato tra colleghi a spiegare come meglio potevamo, ci ha provato anche il medico di guardia del reparto ma il paziente lo si vedeva dallo sguardo, da come ci guardava, dall'espressione che assumeva, che proprio era 'lontano' da quello che volevamo fargli capire. Dopo quasi 15 minuti per fortuna è arrivato il figlio il quale riusciva a capirci e così dopo aver spiegato anche al padre cosa dovevamo fare siamo riusciti ad andare avanti. [...] dopo questo episodio, confrontandoci con il gruppo di lavoro, ci siamo chiesti che questo può costituire un

vero ostacolo nel garantire la continuità delle cure ed anche conoscendo poco la loro formazione culturale non possiamo sapere fino a che punto si potrebbe insistere...

I due resoconti testimoniano entrambi della problematica indicata e dell'ipotesi, formulata dagli operatori, che a monte della difficoltà fossero ancora una volta rinvenibili delle insufficienze a livello di passaggio delle informazioni in ragione delle diverse competenze linguistiche. L'ipotesi rimane appena abbozzata nel caso n. 484, mentre viene corroborata dallo sviluppo della situazione nel resoconto n. 485, facendo intravedere anche la difficoltà ulteriore che incontra l'operatore nel momento in cui, pur avendo sentore della presenza di un rifiuto dovuto a carenze informative, si trova a dover gestire l'incertezza comunicativa chiedendosi fino a che punto la propria insistenza non giunga ad invadere la sfera della libera determinazione da parte degli utenti. Cambia, quindi, lo scenario del rifiuto, ma le ragioni individuate a monte vengono riportate a problemi del tutto analoghi ai precedenti.

Di altro tenore, ma anche in questo caso risalenti a problematiche già note, sono, invece, le ragioni individuate a monte del caso successivo, il cui esito ha addirittura comportato le autodimissioni del paziente:

486. Quando ancora lavoravo in reparto arrivò dal P.S. un ricovero di un paziente (non ne ricordo la nazionalità). Io e il mio collega lo accompagniamo al letto e gli chiedo se capisce l'italiano. In modo molto brusco mi risponde "sì, abbastanza". Io e il mio collega ci accorgiamo subito che qualcosa non va: il paziente è molto brusco con me, mentre risponde in modo più tranquillo al mio collega. Così decidiamo che mentre io sistemo il letto il mio collega gli parla e gli spiega come funziona il reparto cercando di capire il perché di questo comportamento. Osserviamo che il paziente controlla tutti i movimenti che faccio, cosa tocco, con aria indagatrice. Io mi sento molto in imbarazzo e non so come comportarmi, mi spiacerebbe scatenare per un motivo che non so l'ira del paziente. Finché mi avvicino a lui per controllargli i parametri vitali, come facciamo con tutti i pazienti "Ora le controlliamo la pressione", gli dico, nel modo più tranquillo possibile.. ma come mi avvicino il paziente mi toglie dalle mani lo sfigmomanometro, lo getta a terra e comincia ad urlare che io non l'avrei toccato, io ero una donna e lui non si sarebbe mai fatto fare niente da una donna. Lui era un uomo ed io solo una donna. Il mio collega mi si avvicina e mi allontana.. Io non sapevo se mi sentivo più arrabbiata o più spaventata da questa reazione. Nel frattempo arriva anche il m.d.g. che per fortuna era un uomo.. viene spiegato al paziente che in quel reparto di uomini ce ne sono pochi e che avrebbe dovuto accettare gli interventi delle operatrici donne. Io ho assistito a tutta la conversazione in silenzio e ho notato che comunque lo sguardo del paziente nei confronti miei e della caposala (che nel frattempo era arrivata) era comunque molto scuro. Conclusione: il paziente si è autodimesso.

Il resoconto ci mette di fronte a una problematica cui abbiamo già accennato, che troverà anche trattazione articolata più avanti in una specifica sezione dedicata alle Questioni di genere ed il cui esito è sicuramente di rilievo in considerazione delle sue possibili conseguenze ulteriori. La difficoltà incontrata dall'utente ad accettare una situazione che, evidentemente, strideva in maniera forte con i propri principi, sembra essersi rivelata in questo caso insormontabile, al punto da fargliela rifiutare violentemente nella sua generalità e da indurlo alle autodimissioni. In questo caso risulta del tutto evidente l'improduttività del tentativo effettuato dal medico di guardia che, seppure di sesso maschile, subentrando con le proprie spiegazioni di carattere logico-organizzativo, ha avvalorato e rafforzato quanto per il paziente risultava, invece, intollerabile.

Un tipico caso di difficoltà, foriero di palesi rifiuti, è poi relativo a quelle situazioni connesse al parto in cui gli operatori prefigurano l'eventualità di ricorso al taglio cesareo. Qualche caso di questo genere ci è stato segnalato dagli operatori durante il

periodo di osservazione trascorso nel reparto di Ostetricia e ginecologia, mentre il tema è stato toccato in modo decisamente ricorrente dagli utenti di area africana. L'argomento è crocevia di problematiche e osservazioni di diverso genere e vi dedicheremo una specifica sezione più avanti in questo stesso scritto. In questa sede ci limitiamo, pertanto, ad inserire la questione nell'elenco delle problematiche emerse, facendo riferimento a situazioni che prefigurano il fatto che questa tipologia d'intervento incontra interpretazioni diversificate e specifiche resistenze e rifiuti¹⁹⁶. Quella del cesareo è, infatti, una pratica auspicata e ricercata in alcune aree culturali, mentre in altre, in modo specifico in contesto africano, vigono pratiche educative in cui l'insegnamento impartito è di segno decisamente opposto. Capita pertanto che l'utente rifiuti la tipologia di intervento e le prestazioni ad esse collegate, come emerge con evidenza anche dalla situazione che riportiamo qui di seguito, riferita da un'utente ivoriana:

487. Ci hanno insegnato di non farci tagliare. Cesareo, mai. Perché ci hanno insegnato la resistenza alle sofferenze, dall'inizio. Perché ci fanno passare tante sofferenze, tanti dolori. Abbiamo sopportato. Finché ce la fai non farti aprire, solo se veramente sei al limite... Bisogna essere coraggiose. Se qualcuna lo fa è per la modernizzazione... E' venuta, le hanno fatto capire [che avrebbero fatto un cesareo e che occorreva] l'anestesia... doveva firmare delle carte e lei si rifiuta...

Avremo modo di tornare più avanti su questo argomento, entrando nello specifico del sistema di significati retrostanti alla pratica del cesareo in area africana, poiché, come già si evince dall'affermazione riportata, a questo livello s'incontrano determinazioni culturali nettamente diversificate e vi si connettono delle altre questioni significative, su cui i gruppi culturali agiscono inevitabilmente ed in modo del tutto peculiare, come avviene nel caso della percezione, espressione, tolleranza ed attribuzione di significato al dolore.

Altre situazioni di 'non luogo a procedere' sono poi quelle in cui, non essendoci necessità di ospedalizzazione, si prevede, tuttavia, una continuazione del percorso di cura. Anche in questi casi può verificarsi che l'utente continui o meno il rapporto e, nella prima eventualità, che quanto programmato e previsto venga effettivamente eseguito, oppure no. La casistica delle prestazioni che non vengono effettuate in quanto incontrano specifici ostacoli è, però, almeno in parte diversa. Fanno parte di questa categoria, infatti, non solo le situazioni di diniego da parte dell'utente, ma anche quelle in cui si verificano delle specifiche responsabilità sul versante della struttura.

488. Svolgendo il mio lavoro di tecnico di laboratorio al servizio immunotrasfusionale non ho contatti diretti con utenti "stranieri" tranne in rari casi di personale extracomunitario che portano richieste di emocomponenti, magari non correttamente compilati sia nella modulistica sia sul prelievo, o contatti telefonici, che necessitano di correzioni o indicazioni. Non di facile svolgimento da parte loro perché non in grado di svolgere la correzione e quindi nella maggior parte dei casi si rimandano al reparto che li ha mandati.

In casi come questo si prefigura lo svilupparsi di quel continuo gioco di rimandi che vede gli utenti vagare da uno sportello all'altro in modo dispersivo ed inconcludente e di cui abbiamo avuto già modo di parlare. Si tratta di situazioni che non sono certo esclusive dell'utenza straniera, ma che nel loro caso assumono una forma particolarmente esasperante, proprio in quanto le diverse competenze linguistiche e la

¹⁹⁶ In tal senso può anche essere richiamato un caso che discuteremo nella sezione relativa alle "Forme del fraintendimento" (cfr. più avanti, sezione "Situazioni particolari"), in particolare nel cap. relativo alle "Interferenze linguistiche" ed in riferimento alla questione della percezione di razzismo (cfr. in particolare "Bestialità").

diversa familiarità con il sistema di orientamento della struttura rende particolarmente difficoltoso trovare il bandolo della matassa e dipanare il problema.

Di tutt'altro tenore sono, invece, le situazioni che, avendo una specifica connotazione culturale, non vengono preventivamente considerate dagli operatori nei loro possibili risvolti. Il caso emblematico, in tal senso, è rappresentato dalle circostanze che coinvolgono gli utenti islamici ed in cui l'appuntamento fissato cade all'interno del periodo di Ramadan. In questi casi, può non risultare possibile procedere come preventivato, in quanto l'effettuazione della prestazione richiederebbe l'ingestione di una qualche sostanza.

489. Nel periodo di Ramadan arrivano pazienti che sono in ipoglicemia e non si riesce a fare... gli diamo acqua e zucchero, però non accettano.... allora, o si mandano via...]

490. ...in certi casi i pazienti che sono in Ramadan non accettano acqua o quant'altro, noi operatori ci sentiamo un po' in difficoltà. Per esempio quando si sentono svenire per mancanza di zuccheri, allora noi spieghiamo loro di prendere un po' di acqua zuccherata, alcuni la prendono altri la rifiutano perché non possono ingerire nessun alimento.

In realtà in queste situazioni non è affatto detto che sia inevitabile il 'non luogo a procedere'. Per potersi muovere in tal senso occorrono, però, delle specifiche competenze che né gli operatori, né gli stessi utenti mostrano sempre di possedere.

Un'ulteriore tipologia di situazioni è, infine, quella che chiamo in gioco specifiche aree di priorità, le quali si presentano in maniera talmente forte da non consentire la messa in atto di una riformulazione organizzativa che sarebbe oggettivamente possibile.

491. Un altro caso è avvenuto con una donna africana in stato di gravidanza che doveva eseguire un EEG e una visita neurologica perché affetta da epilessia; lo stesso giorno però aveva anche un appuntamento in ostetricia per un'ecografia. Noi avevamo trovato il modo perché potesse fare entrambi gli accertamenti e senza l'intervento del mediatore culturale eravamo riusciti a farglielo capire, ma lei ha ritenuto più importante andare in ostetricia piuttosto che fare i suoi controlli. Al momento non avevo compreso la sua scelta, ma ora alla luce delle conoscenze apprese durante la seconda lezione del corso, capisco la decisione presa dalla donna scegliendo come priorità la salute del figlio che ha in grembo.

Pazienti che scompaiono

Nel capitolo precedente ci siamo soffermati prevalentemente sui casi di interruzioni del rapporto con la struttura che richiedevano ricovero ospedaliero. Si tratta ora di vedere che cosa è emerso relativamente alle situazioni che non prevedono ospedalizzazione, ma che evidenziano, tuttavia, la necessità di una prosecuzione del rapporto di cura a livello ambulatoriale. Occorre rilevare, a tale proposito, che l'organizzazione ospedaliera eroga un considerevole numero di prestazioni ambulatoriali, in alcune aree in quantità significativamente per quanto riguarda l'utenza immigrata rispetto a quella autoctona.

Anche relativamente a queste situazioni emerge il problema delle interruzioni. Si tratta di circostanze meno eclatanti rispetto a quanto avvenga per i rifiuti di ospedalizzazione, quindi più difficili da palesare, ma, allo stesso tempo, più diffuse. Molte di esse risultano plausibilmente comuni all'utenza autoctona ed a quella immigrata, mentre per altre emergono delle specificità più connotate dal punto di vista dell'appartenenza culturale.

Una situazione sicuramente condivisa è quella che fa riferimento a quanto abbiamo già discusso nel capitolo relativo a "La successione delle presenze", in particolare con il caso n. 201, da cui emergeva la difficoltà di avere un referente fisso per le visite

sanitarie. Così come avverrebbe per gli italiani, risulta piuttosto disincentivante il fatto che il rivolgersi alla struttura ospedaliera comporti il dover accondiscendere ad un continuo *turn over* dei medici, oltre che degli altri operatori, senza che si riesca a stabilizzare un punto di riferimento che dia continuità al rapporto ed alimenti una percezione di senso e di effettiva presa in carico, invece che di una ripetitività routinaria ed inefficace.

Un'altra questione emersa concerne la sfera dei costi delle prestazioni. Mentre, infatti, a livello di prima visita, può verificarsi il caso che, dato il carattere di urgenza/gravità dell'intervento richiesto, non si debba corrispondere alcun onere per il servizio erogato, la stessa cosa in genere non accade per le prestazioni successive. Capita allora che si verifichino situazioni nelle quali l'utente per la prima volta, anche in modo non previsto, o comunque in maniera significativa e tale da sollevare delle difficoltà, debba confrontarsi con la necessità di un pagamento reiterato.

Abbiamo già incontrato più volte il problema dei pagamenti ed abbiamo effettuato già diverse considerazioni a questo livello; in aggiunta a quanto già riportato, inseriamo la testimonianza di un caso riferito da un relatore nell'ambito del corso di formazione da cui risulta la presenza della questione economica, ma anche la sua inadeguata impostazione sul piano relazionale da parte dell'operatore in gioco:

492. ...ho trovato un ginecologo un po' scemo. Mi aveva prescritto una seconda ecografia, sono andata per prenotarla ma non ho trovato posto, dovevo farla privatamente e non avevo i soldi. Quando sono tornata il medico mi ha trattata male dicendomi che trovavo i soldi per altro, per andare dalla parrucchiera, ma non quelli per farmi cure mediche. Forse mi ha trattata così perché ero straniera. Dovevo tornare da lui ma non sono più tornata.]

In questo caso, al di là del fatto che il problema economico fosse interpretabile in un modo o nell'altro, legittimamente o meno, la sua gestione sul piano relazionale ha avuto un impianto sicuramente inadeguato nella misura in cui ha contribuito a provocare una rottura della relazione terapeutica (vedendo peraltro l'intervento delle consuete percezioni di razzismo).

Anche il racconto che riportiamo qui di seguito, questa volta fornito direttamente da un utente nell'ambito di una discussione di gruppo, rileva la concomitante presenza di un questione di tipo economico con delle altre variabili, questa volta legate ad una percezione di inefficacia

493. Sono andato che ho i piedi che mi fanno male, tante volte. Sono andato la prima volta, paga il ticket; il dottore così ti guarda, basta, dice torna fra 15-20 giorni. Fra 15-20 giorni paghi ancora il ticket. Lavoriamo per fare il ticket, 2-3-4-5- volte... sono andato 5 volte. O ti danno cose che non fanno niente al piede o vai avanti a pagare per niente. L'ultima volta ho pensato di andare a pagamento. Mi ha preso in day hospital per farmi fare tutte le analisi, tutte le cose, un'operazione piccola per vedere i nervi... Anche adesso c'è tanta gente che dice io non posso andare dal dottore perché fanno pagare e dopo non fanno niente, mandano a casa... Allora andiamo in Marocco che facciamo meglio, lì facciamo un giorno, paghiamo di meno... Qui in Italia le cose non vanno più bene come prima. O pagare o... non riesci a pagare tutto... Poi quella persona lì gli hanno detto di tornare, ha detto no, lì non torno più..

Come si vede, nei due ultimi casi riportati l'esito è quello dell'interruzione del rapporto di cura in relazione a problematiche che coinvolgono anche la sfera economica. Nell'ultima situazione la scelta che sembra prefigurarsi dopo l'interruzione è quella della ricerca di altre vie percorribili, mentre nella precedente non si forniscono informazioni su quale possa essere l'itinerario percorso in seguito all'abbandono del rapporto di cura originario. Occorre peraltro chiedersi fino a che punto, in situazioni come queste, non si prefigurino una qualche violazione dei diritti in considerazione del

fatto che l'articolo 32 della Costituzione italiana sancisce il principio che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". La situazione n. 492 introduce un problema organizzativo a sua volta foriero di discriminazioni, non tanto fra autoctoni e stranieri, quanto fra persone che possono avvalersi di diversa disponibilità finanziaria. In questo caso, infatti, l'utente si trova nella condizione di dover rinunciare ad una prestazione richiesta dal medico curante che sembra peraltro rientrare fra quelle che la normativa prevede esplicitamente debbano poter essere riconosciute senza contributo alcuno da parte dell'utenza, in quanto relative alla tutela della gravidanza. Il caso n. 493 potrebbe, invece, caratterizzare una situazione di irregolarità della presenza: ci si attenderebbe, infatti, che un immigrato in situazione di regolarità si rivolgesse al medico curante fornitogli dal Servizio Sanitario Nazionale, invece che direttamente alla struttura ospedaliera, ma, anche se così fosse, occorre rilevare che il citato articolo del testo costituzionale parla dell'individuo senza specificazioni ulteriori, cioè dell'individuo in quanto tale, indipendentemente dalla nazionalità, dalla cittadinanza o dalla regolarità o irregolarità del soggiorno in territorio italiano¹⁹⁷.

Al di là della questione economica, entrambi i casi appena considerati fanno intravedere la presenza di ulteriori fattori di disincentivazione; in essi, infatti, s'individuano sia percezioni di inefficacia del percorso intrapreso, sia considerazioni di inadeguatezza sul piano relazionale. Elementi, ambedue, emersi anche in altri racconti, di volta in volta ammantati o meno da percezioni di razzismo:

494. L'operatore ha forse i suoi problemi ... si trova davanti a una persona che è un po' timido da spiegare le cose, allora comincia a alzare la voce e la paziente allora dice, va be', lascio perdere, vado a curarmi da sola a casa mia con 2-3 aspirine vediamo se passa.

495. Tornano a casa loro e si fanno curare da altri. A causa del rapporto freddo il medico può essere ritenuto un incapace. Ho un amico con retto colite ulcerosa degenerata in cancro. All'inizio la cura ha avuto effetto, poi no. Il medico gli consentiva anche cose come l'uso del peperoncino e del latte, nel senso che il paziente ne faceva uso e il medico non ha corretto questa utilizzazione. Ad un certo punto ha cominciato a smettere di curarsi. "Parlano, parlano, mi curano male perché sono straniero". Ha sentito sottovalutare il male che aveva. "Sono uno su cui si fanno esperimenti". Ad un certo punto è andato a Parigi e si è fatto curare all'interno di un centro di medici musulmani. Bastava che il medico dicesse "Se hai bisogno, vieni a trovarmi".

Come si può vedere, anche in questi casi sussiste una forte similitudine con le situazioni che si trovano a dover gestire anche gli utenti italiani; come già per il caso n. 492, d'altra parte, comincia ad emergere anche una qualche forma di specificità, non foss'altro per il fatto che la considerazione effettuata dall'utente inquadra decisamente il problema entro una prospettiva interpretativa a carattere razzista: 'mi curano male perché sono straniero', ma anche 'sono uno su cui si fanno esperimenti'. Due considerazioni piuttosto 'tipiche', rispetto alle quali, come già affermato altre volte nel contesto di questo scritto, non ci sembra tanto importante stabilire se l'interpretazione effettuata dall'utente sia o meno corretta, quanto mettere in luce la presenza di un

¹⁹⁷ Abbiamo trattato la questione delle prestazioni sanitarie alle persone in condizioni di irregolarità in uno specifico capitolo, a cui, pertanto, si rimanda per ulteriori specificazioni. Vedere in particolare il capitolo "Documentazione"/"Il carattere barocco della normativa", all'interno della sezione "Stile organizzativo"/"Un mondo di regole" e la connessa questione delle "cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio" erogabili "senza oneri a carico dei richiedenti qualora privi delle condizioni economiche sufficienti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani".

meccanismo ricorrente: l'utente, in questo come in altri casi, si risolve ad interrompere il rapporto di cura in virtù di una percezione di razzismo che circola all'interno delle comunità. E' una realtà di cui occorre prendere atto in ogni caso, sia che si tratti di percezione corrispondente alla realtà della posizione dell'altro, sia che si tratti di attribuzione priva di riscontro, poiché in un caso e nell'altro va a costituire il terreno di fondo su cui si costruiscono i rapporti, fin'anche alla possibilità di caratterizzarsi come profezia che si autoverifica ed a concretizzarsi, quindi, come una realtà di fatto.

La struttura, peraltro, non è necessariamente consapevole del verificarsi di queste situazioni di defezione, poiché non esiste un sistema di controllo che, come un *follow up*, preveda di verificare quale sia il percorso intrapreso dagli utenti dopo il primo approccio qualora non si proceda ad ospedalizzazione. Gli stessi operatori hanno, tuttavia, segnalato il verificarsi di casi di 'abbandono', poiché si sono talvolta imbattuti in situazioni in cui questo si rendeva particolarmente evidente. Sempre rimanendo nell'ambito delle difficoltà di rapporto, un'ulteriore situazione segnalata dagli operatori è stata, infatti, la seguente:

496. Un bambino marocchino di circa 9 anni aveva bisogno di cure canalari. Il bambino si presentava sempre accompagnato dalla madre e la comunicazione verbale tra il paziente e gli operatori sembrava ottima. Si è presentato il problema di aumentare le sedute perché il bambino aveva avuto dolore in sede del dente curato per cui si è cercato di spiegare le cose che dovevano essere fatte. Purtroppo ultimamente la madre non lo accompagnava più e si presentava sempre il padre che non riusciva a capire il perché gli appuntamenti dati non bastassero. Nonostante il medico continuasse a sostenere che il figlio avrebbe avuto dolore non voleva più portarlo nei nostri ambulatori e io come i.p. e il dentista, anzi le dentiste, non riuscivamo a fargli cambiare idea. Anzi questi continuava ad alzare la voce e sembrava che avesse un atteggiamento di sfida nei nostri confronti (perché eravamo donne?). Sono riuscita dopo parecchio tempo a convincerlo che le cose dovevano essere fatte per il bene del bambino, almeno così sembrava, ho fissato altri 2 appuntamenti ma purtroppo non si è più presentato nei nostri ambulatori senza aver neanche telefonato. Ho avuto una grossa delusione per questo perché pensavo di esser stata convincente ma soprattutto ho pensato al bambino e non all'adulto con eventuali suoi problemi. La sensazione è stata di non considerazione del papà nei confronti del bambino e delle sue necessità, mi sono sentita inadeguata come professionista ma soprattutto come persona.

Senza entrare nello specifico delle considerazioni formulate dall'operatore durante il percorso, presumibilmente piuttosto lungo, che ha riguardato questo caso, sembrano essersi presentate con una certa evidenza delle incomprensioni e delle difficoltà di rapporto che sono state interpretate in modo specifico da chi ha fornito il resoconto. In casi come questo, proprio in considerazione delle interpretazioni formulate (rispetto alle quali non è possibile avanzare alcuna considerazione ulteriore se non in modo del tutto azzardato), nonché della lunghezza del periodo interessato e del fatto che le prestazioni erano del tutto programmate, viene ancora una volta da chiedersi perché, se l'operatore riteneva che vi fosse un così forte problema a livello di comprensione e di relazione, non sia stato deciso in alcun momento di avvalersi di qualche forma di intermediazione. In questo caso non si sa, peraltro, quale possa essere stato l'esito della situazione una volta interrotto il rapporto, non avendo dato corso ad alcun accertamento ulteriore.

Ancora dai racconti degli utenti emergono delle altre considerazioni a rendere ragione delle interruzioni effettuate. Segnaliamo in modo particolare la presenza, anche a questo livello, di alcuni fattori che abbiamo già indicato in altri frangenti e che sembrano risentire fortemente di una connotazione a carattere culturale:

497. Di alcuni mali ci si vergogna, per cui non si torna più dal medico. Le persone non sanno che c'è il segreto professionale e, se lo sanno, non si fidano che venga mantenuto.

La testimonianza, nella sua genericità, ripropone delle questioni che abbiamo avuto modo di vedere poco sopra, nel capitolo relativo alle ‘Difficoltà di parola’, questa volta connettendolo non ad una ‘semplice’ difficoltà a dire, a parlare in modo esplicito, seppure in contesto medico, di specifiche patologie, ma alla ancor più seria possibilità che toccare determinati argomenti possa comportare l’interruzione del rapporto di cura. Rientrano in questo raggruppamento le varie situazioni che, per una ragione o per l’altra, comportano ‘vergogna’ e rispetto alle quali la casistica subisce necessariamente delle variazioni in funzione delle appartenenze culturali. In tutti questi casi vale poi quanto abbiamo rilevato relativamente all’efficacia o meno di specifiche forme di tutela, come avviene per quanto riguarda la normativa sulla *privacy* e quanto ad essa connesso, la cui capacità di costituirsi come efficace forma di garanzia rimanda necessariamente al problema della condivisione del sistema di significati entro cui è sorta e che la mantiene in vigore.

Altri fattori segnalati riguardano poi le abitudini consolidate nei rispettivi percorsi di vita e la difficoltà a riformulare l’organizzazione della quotidianità per andare incontro alle necessità presentatesi:

498... c’è insofferenza... Le visite, i controlli... comportano grossa insofferenza. Ad un certo punto i/le pazienti non vengono più. Non c’è pazienza, si crede che prendere 2 o 3 pastiglie al giorno sia sufficiente.

499. Anni fa è arrivata al nostro ambulatorio una signora di nazionalità africana per prendere un appuntamento con regolare impegnativa. Il giorno della visita si è presentata con i suoi due bambini, un neonato ed un bimbo di 2 anni, durante la visita i bambini sono entrati con lei in ambulatorio ed una di noi infermiere li ha intrattenuti finché la mamma veniva visitata dal medico. Successivamente le è stato prescritto un ciclo di terapie da eseguire presso il nostro servizio. Le abbiamo spiegato allora che i bambini non avrebbero potuto entrare con lei in ambulatorio, quindi era preferibile che lei li lasciasse a qualcuno. Lei ci spiegò che non aveva nessuno a cui lasciarli. Ci siamo allora organizzate in modo che nel momento in cui la signora si sottoponeva alla terapia una di noi avrebbe tenuto i bambini. A volte questo è stato comunque un disagio in quanto i bambini piangevano perché volevano la mamma e a volte perché noi dovevamo eseguire l’attività ambulatoriale. La fortuna comunque è stata che in quel periodo il carico di lavoro era meno intenso e quindi siamo riuscite a gestirlo. Successivamente la signora avrebbe dovuto ripetere il ciclo ma le spiegammo che in quel periodo non avremmo potuto assolutamente tenere i bambini in quanto l’attività sarebbe stata a pieno regime. La signora dopo aver comunque preso l’appuntamento non si è presentata. Abbiamo saputo poi che aveva trovato un lavoro e il suo problema di salute lo aveva superato.

La ‘scomparsa’ dei pazienti si verifica, d’altra parte, anche nel caso dei ricoveri ospedalieri al di là dell’accettazione iniziale dell’ospedalizzazione stessa. Si tratta di situazioni che sono state segnalate in modo decisamente sporadico, a cui facciamo riferimento in questa sezione in quanto si connettono a delle forme di rifiuto o, per lo meno, di difficile accettazione, di qualche aspetto della dinamica ospedaliera.

Una di tali ‘scomparsa’ è quella relativa al caso richiamato poco sopra, in cui la procedura di ospedalizzazione era stata portata a termine e l’utente era ricoverato ormai da tre giorni nel reparto da cui si è poi allontanato mettendo in atto una vera e propria fuga senza rientro successivo. Un caso ulteriore, diverso nei suoi esiti nonché nelle motivazioni retrostanti, è, invece quello che riportiamo qui di seguito, riferito da uno dei relatori che sono intervenuti nell’ambito del corso di formazione:

500. Sono stato chiamato per un caso [...] Avevano un rifugiato curdo che è stato torturato per anni, moglie e figlio piccolo in Finlandia. Ricoverato per una polmonite. Ieri era uscito senza avvisare nessuno in reparto. È andato nella locanda.. si sono preoccupati ed hanno contattato la locanda. Era lì e si stava facendo la doccia. È tornato in

ospedale e l'hanno sgridato... parlava soltanto arabo e curdo. Volevano fargli punture, fisioterapia, si è rifiutato 'visto che mi parlate con questi toni...'. Ho fatto mediazione telefonica. Ho cercato di capire, non gli ho detto 'prendi la terapia'. Mi ha detto, era il mio terzo giorno in ospedale, mi sono fatto un esame di coscienza e mi sono sentito in colpa nei confronti di Dio. Per pregare devo farmi l'abluzione rituale, quindi sono andato nella locandina per potermi cambiare e mettere qualcosa di pulito. Ho cercato di avvisare la dottoressa, ma non l'ho vista. Abbiamo cercato di spiegare questo alla dottoressa. Ho detto: adesso prendi la terapia e comportati da buon musulmano...

Difficoltà di compliance

Disease, illness, sickness

Quanto è stato considerato nel corso della precedente sezione relativa al tema 'rifiuti e scomparse' riguardava le condizioni di prosecuzione del percorso di cura all'interno della struttura ospedaliera, sia che si trattasse di ricovero, sia che si avesse a che fare con situazioni che non necessitavano di ospedalizzazione ma di continuazione del rapporto a livello ambulatoriale. In questa sezione ci occuperemo, invece, di quegli aspetti dell'*iter* terapeutico che rimandano ad azioni da effettuare autonomamente dagli utenti.

Anche durante la fase più strettamente terapeutica si registrano, oltre ad una serie di problematiche che abbiamo già incontrato in relazione alla fase diagnostica ed all'avvio del successivo percorso di cura, dei punti di criticità di carattere specifico ed una gamma piuttosto diversificata di atteggiamenti da parte degli utenti. Il concetto-chiave che viene utilizzato per addentrarsi nelle problematiche di questa fase è in primo luogo quello di *compliance*. Con questo termine si fa riferimento alla generale collaborazione del paziente alla declinazione del percorso di cura, intendendola, però, più come adesione alle prescrizioni del medico che come cooperazione propositiva. La prospettiva in cui prendono forma le aspettative del personale sanitario è, pertanto, quella che prevede un sostanziale adattamento - che è anche conformità, sottomissione - , da parte del paziente, alle prescrizioni del medico. Questa situazione, invece, non si verifica automaticamente e, soprattutto in relazione ai percorsi di cura che coinvolgono l'utenza immigrata, vengono segnalate ripetute situazioni di *non-compliance*.

Il problema non riguarda in modo esclusivo il rapporto con l'utente straniero; al contrario, può essere messo in relazione con una dimensione strutturale della comunicazione medico-paziente. Il modello di salute e malattia che è normalmente proprio del medico (*disease*) tende, infatti, a non corrispondere del tutto con quello del paziente (*illness*), il quale, con facilità, non terrà fede alle prescrizioni mediche quando non ne valuterà la necessità sulla base dei bisogni percepiti (esempio tipico è quello delle malattie asintomatiche in cui si dà *disease* senza *illness*), o si sentirà insoddisfatto e non adeguatamente considerato quando non sentirà riconosciuto il proprio malessere (nei casi di *illness* senza *disease*). Data questa generale possibilità di asimmetria, anche nel contesto della nostra indagine, non sono mancate segnalazioni di problematicità:

501. A volte le persone non ritengono di aver bisogno di terapia. [...] Problema dell'interruzione delle cure: le interrompono perché si sentono guariti, fanno uso di medicine naturali

502. Caso di uomo sieropositivo a cui è morta la moglie per AIDS: difficile spiegargli che deve prendere i farmaci (sta bene). [...] Ma come andare a spiegare a una persona che sta bene che deve andare a fare degli esami? È difficile passare questo concetto. Molte volte la terapia non viene fatta totalmente perché... hai la febbre, prendi

l'antibiotico, in due giorni stai bene, smetti di prenderlo. E molte volte è recidiva la stessa patologia. [...] La terapia si prende finché non si sta bene.

Le osservazioni riportate al n. 501 si devono ad un utente originario dell'Africa subsahariana, quelle del n. 502 ad un medico di analoga origine. In esse troviamo diverse questioni su cui occorre soffermarci. In primo luogo emergono delle analogie: i farmaci vengono tendenzialmente assunti in quanto c'è una percezione di malessere (*illness*), mentre la prescrizione viene effettuata sulla base di una mappa concettuale che tiene conto di una serie di indici di tipo biomedico che possono non aver riscontro alcuno con la percezione corporea, di conseguenza la *compliance* viene meno, tanto che gli utenti interrompono le cure 'perché si sentono guariti' o, il che è lo stesso, 'la terapia si prende finché non si sta bene'. Al di là di queste similitudini, l'affermazione n. 501 fa anche emergere la questione ulteriore della possibilità che si verifichi una qualche interruzione del percorso farmacologico per il connesso uso di 'medicine naturali', mentre la n. 502, ponendo più esplicitamente la questione delle malattie asintomatiche, mette anche sull'avviso di una possibile recidiva delle patologie come conseguenza di queste interruzioni nell'uso. Sul tema dell'uso dei farmaci torneremo, rimanendo, invece, sul problema della non corrispondenza fra *disease* ed *illness* e delle conseguenze a questo connesse, un caso segnalato dagli operatori è stato il seguente:

503. Mi è capitato una paziente marocchina con grossa insufficienza renale che non parlava italiano e che era accompagnata dal marito che parlava poco l'italiano. Ho avuto grosse difficoltà a spiegare la parte burocratica (ogni volta che veniva doveva avere l'impegnativa rossa del medico), anche se il marito parlava un poco di italiano c'è voluto molto tempo per farmi capire, probabilmente la loro sanità funziona molto diversamente e la burocrazia non ha molta importanza, però in quel momento mi sono sentita un po' impotente. Ho chiesto anche al medico che lavora con me aiuto, ma lui era interessato alla parte medica e mi ha fatto capire che i problemi di questo tipo erano miei, ma grossa difficoltà c'è stata poi da parte mia e del medico a spiegare la gravità della malattia per la quale c'era bisogno di dialisi. A malapena il marito ci ha riferito che nel loro paese non avevano riscontrato la gravità della malattia e non voleva credere a quello che dicevamo. Abbiamo spiegato che avrebbe dovuto sottoporsi a emodialisi, ma il marito, sempre con difficoltà di linguaggio, ci ha riferito che nel loro paese non esiste l'emodialisi. Abbiamo spiegato che se non faceva l'emodialisi sarebbe morta, ma non sembrava comprendere perché diceva che si sentiva bene. E' passato del tempo, la paziente tuttora non si sottopone all'emodialisi perché la sua cultura etnica non lo concepisce. Ogni volta cerchiamo di convincerla, mi sento impotente di fronte a questa persona che se non farà l'emodialisi morirà. Ho sempre la sensazione di non spiegarmi e che non abbia capito che non sarà lontana la morte.

Come si può ben vedere, il caso riferito presenta una situazione di particolare gravità. La discrasia fra la diagnosi medica e la percezione soggettiva è elevata e le conseguenze di una mancata effettuazione delle prescrizioni dello specialista sono del tutto evidenti.

Il binomio *illness-disease* non è d'altra parte sufficiente a spiegare tutta la complessità del problema. In altri casi, infatti, la necessità di fare uso dei farmaci prescritti potrebbe essere più chiaramente percepita, ma entra comunque in gioco anche la dimensione della *sickness*, quindi del 'significato sociale dello star male', del 'ruolo sociale del malato', dei significati che vengono socio-culturalmente definiti in relazione alla malattia in generale ed alle diverse forme patologiche in modo più specifico. Se, infatti, il 'prezzo sociale' connesso all'implicita pubblicizzazione del problema rischia di essere elevato, come ha indicato un operatore sanitario di area nigeriana, può accadere che l'utente propenda per non curarsi:

504. Ci sono problemi che possono essere presenti da anni (cuore, testa, reni...). Paura di... Il medico domanda: "Qualcuno ha sofferto di... in famiglia?" loro negano. C'è

vergogna perché si è etichettati come 'la famiglia in cui si muore d'infarto' [...] Preferiscono non curarsi. (In pubblico) mangiano cose che non dovrebbero mangiare avendo quel problema proprio per non far capire che c'è il problema.

Avevamo già utilizzato parte di questo stralcio all'interno del raggruppamento di affermazioni n. 427 per evidenziare la presenza di difficoltà nel parlare di specifici argomenti; in questo caso la testimonianza, che riportiamo in forma un po' più estesa, ci aiuta a mostrare come il problema non si limiti al solo ambito dell'esplicitazione verbale, ma possa coinvolgere il declinarsi ulteriore del percorso di cura, inducendo ad evitare ogni comportamento che possa palesarne la presenza.

Di tenore in parte analogo ed in parte diverso può essere considerata l'affermazione seguente:

505. Gli africani [...] non seguono la terapia perché si sono messi in testa che i bianchi pensano sempre che loro siano malati di AIDS. Tutti si lamentano di questo.

In questo caso l'utente parla di decisioni di rinuncia che hanno plausibilmente una doppia componente: da una parte lo stigma sociale cui si presume di andare incontro, dall'altra l'attribuzione di un preciso atteggiamento pregiudiziale alla prospettiva interpretativa di coloro che appartengono alla cultura di accoglienza.

Forme alternative di cura

L'affermazione n. 501 aveva introdotto la questione del ricorso a strumenti di cura diversi rispetto a quelli propri della medicina convenzionale, in particolare all'uso di 'medicine naturali'. Anche questa tematica non è di pertinenza esclusiva del rapporto sanitario che coinvolge gli utenti stranieri, poiché viene riconosciuta come sostanzialmente diffusa anche fra gli autoctoni¹⁹⁸, assume però una rinnovata rilevanza in relazione alla presenza degli immigrati e, soprattutto, prende una fisionomia almeno parzialmente inedita in considerazione delle diverse attitudini, delle diverse disponibilità di alternative di cura e delle diverse risultanze che tutto questo sembra avere nel rapporto instauratosi o instaurabile con gli strumenti resi disponibili dal Servizio Sanitario Nazionale.

In realtà anche l'offerta sanitaria pubblica non ha più una fisionomia del tutto monolitica, poiché da alcuni anni si registra anche in Italia il riconoscimento di validità ad alcune modalità d'intervento che sono maturate al di fuori dell'ambito della biomedicina. Si tratta, però, di un ingresso di forme di cura alternative che si verifica maggiormente in alcune zone del territorio nazionale rispetto ad altre¹⁹⁹ e che, in ogni caso, è piuttosto minimale e sporadico. A monte di questa lieve trasformazione si colloca un dibattito stimolato dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità a partire dagli anni '70, che ha avuto delle tappe significative nella conferenza sull'assistenza sanitaria primaria svoltasi ad Alma Ata del 1978 e nella carta di Ottawa

¹⁹⁸ Sulla base di quanto riportato da Elisabetta Confaloni nell'ambito del corso di formazione su "La relazione con il paziente straniero", "da un'indagine ISTAT condotta per verificare quali fossero gli utilizzatori della medicina non convenzionale., risulta che in Europa dal 20% al 40% di persone utilizza questo tipo di medicine per lo più insieme alla biomedicina".

¹⁹⁹ Un esempio in tal senso è stato fornito da Elisabetta Confaloni nel suo intervento effettuato nell'ambito del corso di formazione su "La relazione con il paziente straniero", la quale ha riportato che la Regione Toscana, "dopo diversi anni di sperimentazione di queste medicine a livello dei suoi ambulatori pubblici, le ha immesse direttamente nei livelli essenziali di assistenza, quindi oggi in Toscana si può usufruire del trattamento con uno di questi sistemi con il ticket del SSN".

del 1986. In particolare dalla conferenza di Alma Ata sono emersi specifici inviti ai Paesi membri²⁰⁰ ad abbattere gli steccati fra i singoli sistemi medici, incoraggiando a studiare i farmaci tradizionali, a riconoscere l'apporto delle varie figure deputate alla cura presenti nei distinti contesti culturali in quanto risorse di salute per le popolazioni, valorizzando, quindi, i diversi sistemi di cura (omeopatia, fitoterapia, naturopatia...) in considerazione anche dei risultati empirici da essi conseguiti, professionalizzando i guaritori ed incoraggiando i processi di articolazione fra biomedicina e medicine tradizionali. Un esito del dibattito effettuato è rinvenibile anche nella trasformazione linguistica, specchio di una progressiva conversione semantica, che è successivamente intercorsa: le medicine non convenzionali, dapprima etichettate in forma un po' svilente come pratiche 'alternative' di cura, sono gradualmente divenute 'risorse di salute' e 'medicine complementari' che, proprio in quanto tali, rappresentano il possibile 'complemento' di tecniche convenzionali non più considerate esclusivamente valide e soddisfacenti. Un'insoddisfazione che si deve, peraltro, a diversi ordini di ragioni, fra cui, non certo secondarie, la frammentazione dell'intervento medico nei molti specialismi ed il conseguente impoverimento della relazione umana nell'ambito del rapporto medico-paziente.

Questa commistione di tecniche e saperi, così problematica ed inusuale nel nostro sistema, trova peraltro maggiori possibilità di articolazione in altre aree del mondo, come avviene per esempio in Cina, dove la persona può curarsi con il sistema tradizionale maturato nell'ambito della propria, millenaria, storia culturale, ma fruire anche della medicina occidentale che il sistema sanitario eroga nelle strutture pubbliche²⁰¹, per cui chi intenda avvalersi dell'uno o dell'altro sistema può farlo senza problemi in base a quello che preferisce sia più efficace e percorribile per il proprio trattamento; o come sembra accadere in India²⁰², dove è possibile che vengano al contempo consultati il medico ayurveda, l'omeopata e lo specialista formatosi sulle tecniche occidentali, fino a costruire un personale circuito di riferimenti che può comprendere anche il referente religioso o altri con cui interloquire rispetto a bisogni diversificati ma che rientrano tutti nella strutturazione di quel generale concetto di salute che è stato fatto proprio dalla stessa O.M.S. nel momento in cui la definisce uno "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità". Anche in Africa non mancano attestazioni in tal senso, per esempio per quanto riguarda il Mali, dove, dopo una prima fase in cui le forme di cura tradizionali sono state sostanzialmente osteggiate²⁰³, è ora possibile imbattersi in

²⁰⁰ La Conferenza, organizzata dall'OMS/Organizzazione Pan Americana della Salute, dall'UNICEF, e patrocinata dall'Unione Sovietica, si è svolta ad Alma Ata (ex-Unione Sovietica, attuale Kazakistan) nel periodo 6-12 settembre 1978 alla presenza di 134 Paesi e 67 organizzazioni internazionali, con l'assenza importante della Repubblica Popolare Cinese.

²⁰¹ In Cina la stessa formazione medica prevede per tutti una parte iniziale comune e poi la possibilità di optare specializzandosi o sulla medicina tradizionale o su quella occidentale.

²⁰² Facendo riferimento a quanto sostenuto da un medico di origine indiana che è intervenuto nell'ambito del corso di formazione, lo stesso percorso formativo dei medici in India contempla ormai una duplicità di riferimenti in quanto "la Facoltà di Medicina mantiene i due sistemi: Ayurveda e medicina occidentale".

²⁰³ Come ha affermato il medico maliano Ogobara Kodio, laureatosi in Medicina all'Università di Bamako e da noi incontrato nell'ambito del convegno *Le culture della salute*, svoltosi a Padova il 18 e 19 settembre 2009, "Durante tutto il mio percorso formativo non c'è stato un professore che mi avesse parlato della conoscenza delle medicina tradizionale e, semmai, quando è capitato, i professori tendevano a sabotare il sapere dei guaritori".

situazioni che prevedono la collaborazione dei diversi saper fare presenti nel territorio in epoca di globalizzazione, fin'anche al riconoscimento istituzionale delle figure dei guaritori, con tanto di rilascio di una specifica certificazione di professionalità, accordata dopo una lunga e meticolosa trafila di verifiche ed il costituirsi dei guaritori stessi in associazioni formalmente organizzate e regolamentate²⁰⁴.

Il qui e l'altrove

Attestazioni in tal senso sono emerse anche nell'ambito dei nostri colloqui, formulate da 'figure intermedie':

506. Il cinese magari in Cina si curava con la medicina tradizionale cinese, ma usava anche la medicina occidentale presente negli ambulatori e negli ospedali. Si producono abitudini che poi vengono portate anche in Italia.

507. I cinesi utilizzano la medicina tradizionale o quella occidentale anche in base all'efficacia. C'è il dolore lombare, è sicuro che la medicina tradizionale è efficace.

Oppure anche direttamente da utenti, per esempio in riferimento all'area africana. In tal senso, emergono almeno due diverse modalità di implicazione delle diverse forme di cura nel percorso terapeutico: per iniziativa propria dell'utente, il quale autonomamente decide di rivolgersi all'uno e all'altro sistema, o anche per decisione stessa del guaritore, il quale ha iniziato ad includere dentro il proprio sistema di riferimenti anche quanto gli perviene attraverso canali ad esso originariamente esterni:

508. Oggi non esiste più l'Africa solo tradizionale, non si va più solo dallo sciamano o dal bagà, ma si va allo sciamano e dal medico.

509. Ho visto in Senegal che adesso i medici tradizionali non sono quasi più tradizionali, hanno tutte e due... adesso prima che ti danno la medicina tradizionale ti fanno delle analisi. Alcuni, non tutti.. fanno prima analisi... [...] Di solito... anche qua.. la gente va in ospedale e i medici gli dicono 'non ho visto la tua malattia', dalle analisi non vediamo niente. Allora quando loro dicono 'non vediamo niente', allora si buttano subito sulla medicina tradizionale.. qua, anche in Africa..

Questo stralcio di conversazione ci aiuta peraltro ad introdurre la questione dei risvolti che possono avere le abitudini e le trasformazioni in atto nei vari paesi di provenienza per gli emigrati una volta giunti nell'area d'immigrazione. Ognuno, infatti, è portatore delle consuetudini maturate nel proprio ambiente di crescita e, se non è affatto detto che quanto accadeva nei luoghi d'origine venga trapiantato in forma identica nel nuovo contesto di vita, sarebbe altrettanto irrealistico attendersi un oblio senza residui. Come si intravede dalla testimonianza n. 509, è allora normale che nei momenti in cui la malattia prende forma, quando il disagio si fa sentire in quanto il corpo non risponde più nella maniera abituale alle esigenze dell'ambiente, o quando l'equilibrio psico-fisico viene meno per il subentrare di specifiche forme di alterazione, ci si attivi per l'individuazione di efficaci forme d'intervento cercando di mettere in campo tutte le risorse incontrate nella propria storia di vita. Può allora accadere di rivolgersi

²⁰⁴ Vedere a tale proposito il testo di Piero Coppo, *Guaritori di follia. Storie dell'altopiano Dogon* (ed. Bollati Boringhieri, Torino, 1994) ed il successivo *Negoziare con il male. Stregoneria e controstregoneria Dogon* (ed. Bollati Boringhieri, Torino, 2007) che, in continuità con il precedente, traccia un percorso di ricerca e confronto con il sapere Dogon che a sua volta ha dato vita al Centro di Medicina Tradizionale di Bandiagara. Per i riferimenti di cui ci si avvale in questo capitolo figura anche il convegno su "Le culture della salute", svoltosi a Padova nei giorni 18 e 19 settembre 2009 nell'ambito delle iniziative di ImmaginAfrica ed in collaborazione con il Dottorato di Sociologia dell'Università di Padova.

contemporaneamente a sistemi di cura differenti e di affidarsi ad essi in modo più o meno organizzato o contraddittorio, come peraltro avviene anche fuori dal campo dell'immigrazione, con gli stessi utenti italiani.

In realtà la testimonianza n. 509 non è stata così trasparente ed immediata come potrebbe sembrare dal breve stralcio riportato: l'affermazione finale è arrivata al termine di una lunga sequela di asserzioni di ben altro tenore, volte a smentire l'ipotesi di un ricorso a modalità di cura estranee al sistema di riferimento della biomedicina, invece che a confermarne la presenza. L'intervistato, infatti, ha originariamente reagito negando la possibilità che i suoi connazionali in territorio italiano facessero ricorso a pratiche 'non ortodosse': le affermazioni iniziali sono state piuttosto secche e sbrigative a questo proposito ed è stato solo in virtù del contesto destrutturato nel quale avveniva la conversazione, con il crearsi momentaneo e mobile di gruppetti di discussione ed il verificarsi successivo di piccole provocazioni reciproche che hanno fatto sì che il discorso avesse una svolta progressiva, che è stato possibile far emergere la posizione finale. Si è passati, così, da un iniziale e perentorio "Se si sentono male vanno all'ospedale, sicuramente", che negava l'eventualità di ogni ricorso a consuetudini non convenzionali, ad un più sfumato "Quelli che sono qua non credo che se sono qua vanno a vedere il marabut... di solito vanno in ospedale", per giungere al riconoscimento della possibilità che, così come avviene in Senegal, anche in Italia - ma, certo, in altri luoghi, piuttosto distanti - si possa fare riferimento a figure estranee al sistema sanitario: "In Senegal ci sono persone che vanno dal marabut.. A Brescia ci saranno marabut, ma qui non ci sono queste cose"; si è arrivati quindi a personalizzare maggiormente il discorso precisando che "Ci sono persone che credono al marabut, ci sono persone come me che non ci credono", per poi distinguere ulteriormente: "sto parlando dei marabut *charlatanes*, che guariscono.. .. Alcuni ci vanno, ci credono. Ci saranno alcuni che saranno in grado di fare qualcosa", ed arrivare infine ad asserire - come risulta dall'affermazione n. 509 - che tutto questo, in realtà, avviene anche 'qua' poiché quando "la gente va in ospedale e i medici gli dicono 'non ho visto la tua malattia', dalle analisi non vediamo niente' la reazione è che 'si buttano subito sulla medicina tradizionale". Risulta, pertanto, una certa difficoltà, in questo come in altri casi incontrati, a riconoscere apertamente l'esistenza del fenomeno nel contesto di immigrazione o, per lo meno, a parlarne. Ciononostante, non sono mancate altre dichiarazioni esplicite in tal senso, come risulta dagli ulteriori scambi che riportiamo qui di seguito in cui talvolta si tende a minimizzare ed a prendere le distanze, ma da cui emergono anche chiare conferme:

510. - *Qua queste cose si usano meno.*

- *Sì, si usano meno, quello è vero, però tanti africani si ammalano e il medico non può curare loro, devono andare dal... perché si va dal medico tradizionale, lui ti cura. A volte dal medico fai analisi, ti guarda dappertutto, non trova niente, poi si va dal medico tradizionale. Io non ci credo*

511. - *Qui avete qualche medico tradizionale...?*

- *No*

- *Se uno sta male e vede che non sta risolvendo la cosa, da qui cosa fa, prende e va a Brescia?*

- *Non è detto... oppure si chiama a casa, magari chiama sua madre, suo padre, un parente vicino e mandano qualcosa.*

512. - *Oggi non esiste più l'Africa solo tradizionale, non si va più solo dalla sciamano o dal bagà, ma si va dallo sciamano e dal medico. È il caso di mettere a profitto il vecchio e il nuovo.*

- *Ci sono sciamani anche qua?*

- *Ho sentito che ci sono.*

513. *Se vai all'ospedale e ti dicono 'non vediamo niente' sei obbligato ad andare dai marabut... non si va per prima cosa dal marabut. Ci sono delle persone che sono malate e gli dicono che non hanno niente, allora sono obbligati a tornare in Senegal e cercare i marabut..*

Al di là di queste brevi attestazioni, anche quanto riferito dal mediatore culturale di area maghrebina nell'ambito del corso di formazione avvalorà l'idea di una molteplicità di riferimenti in uso all'interno della comunità di immigrati originari della sua stessa area. In quell'ambito, infatti, il mediatore ha fatto riferimento al caso di un utente che ha deciso di rivolgersi esclusivamente al servizio ospedaliero solo in seguito all'evolversi negativo di una precedente esperienza. L'utente in questione, padre di due figli, che nella propria esperienza di vita aveva a sua volta avuto un problema di malocchio, nel momento in cui si trova a dover affrontare una situazione di salute problematica con uno dei due figli decide di rivolgersi ad un Imam e, quindi, di curarlo "con il Corano", ma la situazione evolve negativamente, fino alla morte del figlio. Nel momento di una malattia sopraggiunte con il secondo figlio, deciderà, pertanto, diversamente, e sarà solo allora che si dichiarerà "pronto ad affrontare il medico".

Aanche i resoconti che riportiamo qui di seguito testimoniano, questa volta con le parole degli operatori, la presenza di chiavi interpretative diverse da quella della medicina convenzionale, sebbene in questi casi non sia possibile dire con certezza se e fino a che punto vi abbia corrisposto il ricorso a specifiche consultazioni e tecniche d'intervento:

514. *Lavoro in dialisi peritoneale come infermiera: il mio lavoro consiste "nell'addestrare" i paziente a farsi la dialisi peritoneale a domicilio e a medicarsi. Il problema quindi che mi trovo ad affrontare più spesso è quello di farmi capire dal paziente straniero a causa della diversità della lingua (è già molto difficile a volte farsi capire dai connazionali). Premesso questo, un episodio particolare che si è verificato è stato il caso di un paziente africano al quale abbiamo dovuto spiegare il motivo per cui avrebbe dovuto iniziare a fare la dialisi e quindi perché avrebbe dovuto mettere il catetere peritoneale. Al termine di tutte le spiegazioni date sia da parte medica che infermieristica, il paziente straniero ha concluso dicendo che la causa della sua malattia era un "malocchio" fatto dalla madre con la quale non aveva buoni rapporti e quindi che il modo per "curarsi" non sarebbe stato certo quello propostogli da noi. Successivamente però, il paziente ha seguito le indicazioni dei sanitari.*

515. *Lavoro con pazienti affetti da ipoacusia profonda, quando questa insorge in età preverbale i bambini non sviluppano (o sviluppano molto parzialmente) il linguaggio. Fondamentale è la diagnosi precoce perché un impianto cocleare ripristina la soglia uditiva e consente lo sviluppo linguistico. Ricordo il caso di un nostro piccolo paziente ghanese. Lo conosciamo quando ha già quattro anni e la sua produzione verbale è nulla. Comunica solo con qualche gesto e, a causa della sua incapacità a comunicare adeguatamente, ha sviluppato ipercinesia e irrequietezza: è incontenibile e questo comportamento limita molto il suo apprendimento globale. Il ritardo della diagnosi ha una causa, per noi operatori, sorprendente: il padre (la madre rimane sempre a ... , città in cui risiedono) ci dice che il mutismo del figlio è dovuto al malocchio che il nonno del bambino gli ha trasmesso sputandogli in bocca. Sanno che facciamo parlare i muti e vogliono che noi risolviamo il problema, soprattutto (ci sembra di capire) per convincere il nonno di aver eliminato il malocchio. Spieghiamo loro (nei mesi che precedono l'intervento di impianto cocleare) tutto quello che invece riguarda una sordità congenita. Ci sembra comprenda (vediamo sempre e solo il padre) e impiantiamo il bimbo. Nei mesi successivi la funzione uditiva è ripristinata ma ovviamente lo sviluppo linguistico necessita di un lunghissimo e paziente lavoro logopedico, col coinvolgimento della famiglia intera. Il padre percepisce che il bambino adesso sente ma è molto contrariato perché non parla. Secondo lui il bambino è responsabile e, in mia presenza, lo picchia. Sono indignata ma freno la mia reazione istintiva di rabbia e cerco di spiegargli che non è colpa del bambino. Lo*

vediamo circa ogni 3 mesi per i controlli e arriva spesso con l'impianto non funzionante, con le batterie scariche o altri problemi. Frequenta poco il trattamento logopedico [...] e progredisce più lentamente di quanto potrebbe. Il problema si è rivelato non linguistico (ovviabile con il mediatore) ma culturale: quello della cura, attenzione e considerazione che il bambino, purtroppo ha in misura diversa da quella che generalmente hanno i bambini occidentali.[...]

Il primo caso presenta una reazione piuttosto netta nell'immediato da parte del paziente, il quale dichiara addirittura che, dato quanto ritiene che vi sia all'origine della malattia, il suo modo di curarsi non sarebbe stato quello proposto in ambito ospedaliero; il percorso di cura successivo, d'altra parte, sembra essersi svolto in diverso modo rispetto alla dichiarazione iniziale, cioè con l'effettuazione - anche - di quanto previsto dagli operatori sanitari.

Neanche per quanto riguarda il caso n. 515 è possibile sapere fino a che punto gli utenti siano ricorsi ad altre consultazioni e tecniche d'intervento, ma, sicuramente, il ritardo con cui il paziente arriva alla consulenza ospedaliera è indice del fatto che la biomedicina non è stato il loro primo, o immediato punto d'approdo. Questa situazione testimonia, fra le altre cose, della difficoltà ad integrare il nuovo 'sapere' nell'originario sistema di riferimenti. Appare piuttosto singolare l'interpretazione finale dell'operatore che, oltre ad intendere la figura del mediatore solo nel senso di un apporto di competenze linguistiche e non anche culturali, propende per un'interpretazione di mancanza di attenzioni verso il bambino. Un'interpretazione più articolata potrebbe rimarcare la disparità dei sistemi di riferimento, evidenziare, fra le altre cose, anche un presumibile difficoltà ad assumere pienamente la nuova prospettiva ed a riconoscere, di conseguenza, l'importanza dell'apporto dei vari sussidi forniti: il bambino 'frequenta poco il trattamento logopedico' laddove si avrebbe la necessità di un 'lungo e paziente lavoro' che coinvolga 'la famiglia intera' e si verificano delle disattenzioni anche rispetto agli altri strumentari tecnici per cui si arriva alla consultazione 'spesso con l'impianto non funzionante, con le batterie scariche o altri problemi', ma tutto questo avviene nel contesto di un regolare presentarsi del padre alla consultazione (abitando peraltro in un'altra città situata a diverse centinaia di chilometri di distanza) che stride almeno in parte con l'idea di una generale noncuranza.

Stabilito che il ricorso a modalità alternative di cura si realizza di fatto, si tratta di capire quali forme assume²⁰⁵.

²⁰⁵ Una conferma della permanenza anche nei luoghi d'immigrazione delle attitudini maturate nelle rispettive aree di provenienza, nonché una testimonianza utile per comprendere quali siano alcune delle modalità attraverso cui prende forma il ricorso a metodi alternativi ci dura, proviene da un medico di origine africana (togolese) con cui ci è stato possibile confrontarci nel periodo della ricerca e con il quale si è avuto modo di valutare che forma dare allo stesso corso di formazione. Il medico in questione non lavora, però, nel territorio padovano, ma in un altro ospedale italiano, e, proprio in virtù della sua particolare fisionomia identitaria, ha modo di rapportarsi con il fenomeno da una posizione particolare. Ci sembra, pertanto, interessante il racconto da lui effettuato relativamente ad alcune situazioni che si trova ad affrontare con relativa frequenza:

Io quotidianamente vivo queste realtà. Un giorno alle 2 di notte mi arriva una ragazza delle Mauritius a bussare a casa perché c'è sua cognata che non sta bene. Io dico "Cos'hai?". "Solo tu puoi capire perché tu sei un africano", lei dice, "Sicuramente tu hai dei poteri". Sono arrivato lì nella casa e lei era in una crisi d'ansia forte, acuta, con sensazioni di soffocamento, non riusciva a respirare. Quelle poche cose di cui sono riuscito a parlare con lei - buttava in aria tutto - era perché lei avrebbe voluto fare la fotomodella, sua zia non lo voleva e sua zia le ha fatto il malocchio. Io che ho capito la situazione, nel senso "Ma tua zia ha dei poteri?", "Sì", "Guarda che i miei poteri sono maggiori di quelli di tua zia"... e già ho avvertito che cominciava a rilassarsi. Mancava soltanto l'atto rituale da fare. Ho cominciato a dire delle parolacce nella mia lingua, tanto lei non capiva, ho preso un pezzo di fazzoletto e l'ho portato alla gola. Ho detto: "Adesso soffia che tiriamo fuori il malocchio". Ha soffiato, ho fatto un nodo, l'ho bruciato, lei si è rilassata un po', ho risolto il problema. Perché aveva la convinzione che io avessi

C'è farmaco e farmaco

Come prima tipologia di situazioni, come emerge dall'ultimo insieme di affermazioni riportate, troviamo il ricorso a figure che possiamo definire 'non ortodosse' rispetto ai canoni della medicina convenzionale. I 'medici tradizionali' di volta in volta evocati vengono consultati nel contesto di immigrazione o, più spesso, nei luoghi di origine, direttamente o per interposta persona. Sia in connessione con le consultazioni 'alternative' effettuate, sia in modo del tutto sganciato da esse, emerge poi la questione del ricorso ad una farmacopea di altro tipo rispetto a quella riconosciuta e prescritta entro i binari della biomedicina. A questo livello le testimonianze sono state diverse ed il raggruppamento riportato qui di seguito ne fornisce uno stralcio:

516. Qui a Padova per trovare delle medicine alternative basta andare in piazza.... Ci sono i cinesi che hanno anche prodotti africani [...] si provano le due strade: prima l'una e poi l'altra.

C'è il djamablà, che viene preso per tutti i mali, ci sono i farmaci che arrivano dalla Cina...

La medicina tradizionale è molto in uso per situazioni quali febbre, mal di testa, mal di stomaco. In particolare: infusi di origano, patate tagliate e applicate sulla testa, erbe per la febbre

Per il male alla gola si prende una bevanda a base di zenzero, non farmaci. C'è una bevanda specifica anche per la malaria...

Il peperoncino serve come forma di cura, anche per i neonati. A partire da 1 mese dalla nascita... siamo stati cresciuti così. Lo si fa anche in Italia. Io lo faccio. Anche 5-6 peperoncini...

Da noi abbiamo il pepe nero, facciamo bruciare insieme a zenzero... si fa un'emulsione... ci curiamo così. Siccome qua in Italia non possiamo prendiamo il Vicks...

Noi abbiamo tutti i tipi per curarci. Quindi qua quando le ragazze non vengono all'ospedale o quando si danno delle medicine che non rispettano... vanno altrove, perché ci sono tutti i tipi, tutti i rimedi...

Si fa la cura tramite le piante analgesiche tipo... , o tramite le piante che contengono probabilmente dell'aspirina...

Questo primo elenco evidenzia la disponibilità ed in buona misura la possibilità di percorrere i due canali in modo piuttosto indifferenziato e questo talvolta anche per

questo potere. Figurati se uno così arriva in PS con questa cosa qui. Io mi immagino che cosa succede. Così mi è capitato, per esempio, delle coppie di ghanesi che mi chiamano e lui dice "Tu vieni dall'Africa, con te possiamo dire questa cosa" e la moglie comincia a dire ... perché molte volte cosa succede? Lei è venuta col ricongiungimento familiare. La prima ricerca che fa è quella della gravidanza, cerca di rimanere incinta, perché dà giustificazione all'allontanamento dal proprio paese, perché sa che se non rimane incinta i genitori di lui a casa cominciano a dire di cercarsi un'altra donna fertile, eccetera, quindi quando la gravidanza non arriva diventa un dramma. Allora si comincia con le visite ginecologiche ripetute e poi, quando la magia bianca non ha risolto il problema, si ritorna alla magia tradizionale ...e cercano qualcuno che possa mediare fra le due cose. Quindi io sono proprio la persona giusta perché io sono un medico e sono anche africano. Allora si viene da me cercando di risolvere questo problema. Io ho capito, io riesco a capire - quello che non può fare il medico italiano - dov'è il problema e dico "Avete fatto tutte le cerimonie prima di partire da casa?" allora mi dicono "Sì, sì", allora le elenco, quando c'è una cultura di cui conosco le cerimonie che vengono fatte per liberarti quando tu vai via [...] Molti si dimenticano di fare questa cerimonia e quando si verifica... può essere un punto di aggancio. Molte volte a me serve per obbligarli a tornare a casa e molte volte tornano a casa, ritornano in un ambiente con un ritmo a cui sono abituati e lei rimane incinta. Ha funzionato diverse volte. "Torna a casa, magari questa cerimonia dovete andarla a rifare, non è stata fatta bene e lo spirito degli antenati richiede che si viene a rifarla..."

situazioni che non si presentano come del tutto prive di gravità o di ragioni di preoccupazione. Questo aspetto viene più chiaramente in luce con altre affermazioni:

517. C'è qui mia mamma che è diabetica. Prende delle bevande tradizionali (corteccia d'albero ridotta in polvere e cotta in acqua: due litri d'acqua, un cucchiaino di polvere/corteccia tritata, si fa bollire fino a ridurre i due litri d'acqua ad uno) e le ha portate anche a Padova. Se non la seguio prende solo la bevanda senza prendere l'insulina, poi si misura la glicemia ed è altissima. Quando tornerà in Africa smetterà di nuovo di prendere l'insulina.... La fiducia nella medicina occidentale non riguarda tutte le malattie. Per il tumore si pensa all'Europa, per la TBC, tosse bianca, è già più complesso, ci sono delle erbe, solo dopo aver usato le erbe, se la cosa non funziona, si pensa all'Europa.

La possibilità di accedere indifferentemente a due diversi sistemi di cura, com'è chiaramente espresso nella prima affermazione del gruppo n. 516, non sembra, in questo caso, rappresentare tanto un positivo accrescimento delle possibilità di cura, quanto creare un'alternativa di scelta foriera di difficoltà ulteriori, peraltro piuttosto inquietanti per coloro che fanno affidamento sull'impianto della medicina convenzionale. La prima parte della testimonianza fa emergere una tenace resistenza rispetto alla possibilità di dare credito a ciò con cui non si ha familiarità e non risulta subentrarvi in alcun modo quella prospettiva di idealizzazione della tecnologia medica occidentale - che si verifica invece in altri casi - che potrebbe rimpiazzare agevolmente la non conoscenza di base nella costruzione della motivazione alla prosecuzione della terapia. Il sistema di riferimenti maturato nel contesto d'origine sembra venga trasferito *in toto* nel nuovo ambito di cura, assieme a tutto lo strumentario ad esso annesso, e non s'intravede alcuna prospettiva di modifica della personale prospettiva. La seconda parte evidenzia, poi, in modo esplicito, che la fiducia che viene in genere riposta nella 'medicina occidentale' non è affatto indiscriminata per cui, mentre alcuni ambiti vengono chiaramente investiti di aspettative di efficacia, altri restano non valorizzati e le corrispondenti modalità di cura vengono tenute del tutto in subordine rispetto a quelle presenti nella propria tradizione culturale. Si tratta peraltro, in questo caso, di una forma patologica particolarmente grave, la cui presenza è fonte di forte inquietudine per lo meno alle nostre latitudini.

Con tutta evidenza, quanto asserito nella testimonianza precedente rimanda a quanto maturato nel luogo d'origine. Come già abbiamo fatto in altri punti di questo scritto, occorre però chiedersi, a questo proposito, fino a che punto l'esperienza di emigrazione lasci immutati i caratteri di fondo dell'appartenenza culturale originaria, in questo caso andando a decretare la possibilità di un vero e proprio fallimento del percorso terapeutico. Per quanto riguarda la prima parte dell'affermazione n. 493, infatti, si ha plausibilmente a che fare con una persona non più giovane, che ha passato la maggior parte della vita nel proprio luogo d'origine (nel caso specifico la Costa d'Avorio), che non ha intrapreso un vero e proprio percorso emigratorio e che si pone nella prospettiva di un rientro a breve. In questa situazione la volontà di confrontarsi con la fatica del cambiamento dei propri sistemi di riferimento è plausibilmente ben più bassa rispetto a quella di chi, come nel caso della figlia, ha alle spalle altre spinte e motivazioni ed una duratura prospettiva di permanenza nel nuovo contesto di vita. Occorre, pertanto, essere attenti a non trasferire forzatamente nel qui l'altrove presumendo che le difficoltà evidenziate siano proprio quelle che caratterizzerebbero le situazioni degli immigrati in modo assolutamente tipico. A questo proposito, anche la seconda parte dell'affermazione dovrebbe essere attentamente vagliata, facendo propendere per l'ipotesi che la scelta di ricorrere alla farmacopea tradizionale non riguardi il contesto d'immigrazione e rimanga tale solo nei luoghi d'origine. Ancora una volta, però, si pone la questione di collocarsi in modo adeguato fra negazione ed 'eccessi di culture',

quindi di non ipostatizzare una dimensione intrinsecamente in divenire bloccando le posizioni delle persone in appartenenze reificanti, ma anche di riconoscere la possibilità di permanenza di spinte molteplici nella complessità dei vissuti interiori e nella declinazione dei comportamenti. Il ricorso alla farmacopea tradizionale, invece che a quella maturata nell'ambito della biomedicina, è, infatti, non a caso, particolarmente diffuso (anche in quanto ha, plausibilmente, una sua efficacia).

Sulla base di quanto asserito dagli operatori nei diversi momenti della ricerca (quindi durante il periodo di osservazione, come in conversazioni perseguite in forma più o meno occasionale, nonché nel contesto del corso di formazione), capita con una certa frequenza con gli utenti stranieri che le prescrizioni farmacologiche fornite non vengano seguite del tutto o in parte, o comunque che non vengano seguite adeguatamente nelle modalità e/o nei tempi previsti, oppure, anche, che vengano seguite per un periodo e che si verifichi poi un'interruzione del percorso intrapreso.

Sicuramente uno dei fattori che entrano in gioco anche a questo livello riguarda la comprensione linguistica delle prescrizioni ed in tal senso il problema rinvia a tutto quanto abbiamo detto finora a tale proposito. Occorre poi tenere presente il fatto che in queste situazioni l'operatore può anche non essere consapevole delle difficoltà di comprensione che sono in atto²⁰⁶, anche perché il fallimento dell'incontro/dell'intervento clinico non si palesa nell'immediato. Proprio per questa ragione, alcuni operatori maggiormente consapevoli della presenza di questo genere di ostacoli hanno evidenziato la necessità che la comunicazione orale dell'operatore si accompagni con delle chiare e dettagliate indicazioni scritte:

518. Abbiamo riscontrato ad esempio il caso di una persona che prendeva tutti i farmaci al mattino, così era a posto per tutta la giornata. Occorre dare indicazioni scritte precise sulle modalità di somministrazione dei farmaci, con gli orari precisi.

Si tratta di una pratica di buon senso che tuttavia non è sempre in uso o, per lo meno, non viene messa sempre in atto con la dovuta attenzione in modo tale da perseguire e raggiungere la necessaria chiarezza espressiva. L'inosservanza della specifica prescrizione farmacologica può però riguardare anche tutt'altre ragioni, a partire dal fatto che, al di là della comprensione linguistica, vi sia anche una condivisione del valore e del senso da attribuire alle indicazioni fornite, poiché può accadere che ciò che risulta pregnante ed ovvio per l'operatore sanitario non lo sia affatto per l'utente²⁰⁷. Si scambia allora per *non-compliance* qualcosa che ricade, invece, ancora una volta, sulla consapevolezza o meno della complessità che caratterizza le dinamiche della comunicazione, soprattutto se ci si muove in contesto eteroculturale, o per lo meno si sottovaluta fino a che punto la *compliance* risenta di una comunicazione efficace.

Al di là della comunicazione in senso stretto, entrano poi in gioco tutte le variabili che, in un modo o nell'altro, intessono la dinamica relazionale, a partire dal sussistere o meno di un atteggiamento di fiducia nei confronti del professionista e di una volontà di adesione alla specifica forma di cura, trovando quindi declinazione nel contesto di un più generale insieme di possibilità e significati.

²⁰⁶ Cfr. a questo proposito quanto è stato riportato più volte a proposito della 'sensazione di essersi capitì' e della presenza di forme di assenso da parte dell'utente che non necessariamente corrispondono ad assensi reali.

²⁰⁷ Facendo riferimento a quanto si legge in letteratura, a questo livello potrebbero subentrare anche dei peculiari modi d'intendere la stessa malattia. Risulta, per esempio, che, secondo la medicina tradizionale di molti Paesi africani, la malattia non si svilupperebbe progressivamente, ma colpirebbe l'individuo in modo improvviso. Per questo motivo la potenza del rimedio non sarebbe da considerare in funzione della ripetizione continua e regolare, ma del suo carattere massiccio.

Un fattore d'influenza, in tal senso, può legittimamente essere rappresentato anche dalla fiducia che viene riposta nella tecnologia a disposizione del sistema medico. In modo del tutto analogo a quanto abbiamo rilevato per lo strumentario diagnostico, anche il farmaco può rientrare in una percezione di base di tipo fideistico da cui prendono corpo delle aspettative di piena disponibilità e prive di 'controindicazioni' o, al contrario, può accadere che la non familiarità con questo ausilio terapeutico alimenti timori e sospetti relativamente al suo uso eventuale. Come, a questo proposito, ha infatti rilevato uno dei relatori d'origine straniera che sono intervenuti nell'ambito del corso di formazione, il quale ha lavorato per anni come infermiere in contesto ospedaliero, accade che:

519. ...alcuni prendono la medicina come una cosa miracolosa, altri sono impauriti e non la prendono, dipende da come la vivono... magari c'è rifiuto e paura mentre dall'altra parte la cosa bianca che ha prescritto il dottore va bene per tutto.

Se ci fermiamo a questo livello di analisi, a questo proposito sembrerebbe non esserci una differenza significativa fra autoctoni ed immigrati. In ogni contesto possono, infatti, presentarsi degli atteggiamenti di fondo del tutto diversi fra gli utenti, in una gamma di possibilità che si distende per gradi fra gli estremi opposti di un affidamento totale ed indiscriminato e di un rifiuto intriso di scetticismo e timori. A monte di tali posizioni possono risiedere semplicemente delle inclinazioni soggettive del tutto trasversali, invece che delle specificità etniche, ma occorre d'altra parte chiedersi se tali propensioni, cui si connettono rifiuti e paure (come si fa menzione nell'affermazione n. 519), trovino a loro volta possibilità di svilupparsi in modo sostanzialmente analogo ad ogni latitudine, oppure se ogni area culturale fornisca loro dei terreni di coltura differenziati e specifici²⁰⁸.

Per quanto riguarda l'eventuale fiducia nella medicina 'occidentale' e nei suoi strumenti (farmaci inclusi), ci sembra importante richiamare quanto già emergeva precedentemente in relazione al fatto che, come risulta dall'affermazione n. 493 "la fiducia nella medicina occidentale non riguarda tutte le malattie".

Un insieme di problematiche del tutto diversa sembra essere, invece, quella che concerne le caratteristiche dei farmaci prescritti, rispetto alle quali emergono delle preferenze o delle difficoltà di accettazione dettate dai rispettivi riferimenti culturali. Alcune testimonianze in tal senso provengono dai medici di origine straniera che abbiamo avuto modo di incontrare durante il percorso di ricerca. In particolare un medico di origine sub-sahariana ha segnalato la presenza di difficoltà, con rischio di non adempimento delle prescrizioni, relativamente ai farmaci che agiscano, seppure indirettamente, sulle prestazioni sessuali:

520. Prescriviamo farmaci che hanno come effetto collaterale un'azione sulla libido: è un dramma. C'è una vera e propria fissazione sulla sfera sessuale.

Un medico indiano ha invece messo l'accento sulla preferibilità di prescrizioni di farmaci di origine vegetale, in modo da facilitare la possibilità di un regolare adempimento delle prescrizioni da parte degli utenti che provengono dalla sua stessa area:

521. Il sistema della reincarnazione: giustifica i vegetariani; inoltre l'Ayurveda [...] dà molta importanza all'alimentazione [...]. Invece di dare una medicina, sceglierne una che viene dall'erba.

Per quanto riguarda l'area islamica, invece, nell'ambito del percorso di formazione un operatore ha posto la questione della prescrivibilità di farmaci che abbiano fra le loro

²⁰⁸ Cfr. Coppo P., *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.

componenti dei derivati del maiale. Contrariamente alle aspettative, il mediatore culturale a cui è stata posta la questione non ha rimarcato la presenza di alcun problema a questo livello:

522. La carne di maiale non è permessa perché deve essere mangiata per via orale, tutto ciò però che è stato trattato chimicamente, persino il sangue o gli organi del maiale, invece sono accettati. Il medico decide quali farmaci siano giusti e il paziente non deve rifiutarsi. Per la terapia quindi basta spiegare e il musulmano accetta.

Per l'area islamica, d'altra parte, ciò che risulta rappresentare ambito di possibile difficoltà concerne non tanto le componenti del farmaco quanto le caratteristiche delle prescrizioni. Torna in primo piano, a questo livello, la questione del Ramadan, di cui abbiamo già avuto modo di parlare nel capitolo relativo alle 'Prestazioni non effettuate'. Come già emergeva in quella sede il fatto di trovarsi in periodo di *ramadan* crea, infatti, talvolta, delle difficoltà per l'effettuazione degli interventi che erano stati previsti. Tali difficoltà concernono anche l'ingestione dei farmaci e le condizioni in cui essi devono essere ingeriti. Il resoconto che riportiamo qui di seguito testimonia in modo chiaro di tale difficoltà.

523. Paziente di 15 anni, ricoverato con la mamma per una patologia grave, deve affrontare una terapia molto impegnativa. E' di origine magrebina, musulmana. Al momento del ricovero durante l'effettuazione della cartella si riscontra che sia la madre che il ragazzo parlano molto poco la lingua italiana. Non si riesce a comunicare e la paura è quella del fraintendimento. Si riesce comunque a completare la cartella infermieristica, cercando di avvisare il paziente che deve assumere la nuova terapia a stomaco pieno. Sia il paziente che la madre fanno presente che in tale mese si pratica il ramadan per cui il paziente non potrà assumere la terapia agli orari stabiliti, almeno questo è quello che si riesce a percepire. A questo punto, in reparto regna il più totale sbigottimento, come si fa a far capire al paziente l'importanza dell'assunzione della terapia a stomaco pieno? Ma anche il paziente ha il diritto di seguire la sua religione. Non si riesce più a capire cosa poter fare.. alla fine, presi dallo sconforto, si contatta una persona (tra l'altro un medico) che ha fatto da mediatore culturale, che ha spiegato l'importanza della terapia a stomaco pieno.

Come si evince da quanto riferito dall'operatore che ha riportato il caso, la posizione inizialmente assunta dall'utente ha poi avuto un diverso esito. Ad ulteriore chiarimento di tale possibilità riportiamo quanto emerso a questo proposito nell'ambito del corso di formazione grazie all'intervento di un relatore di origine magrebina, al contempo medico ed imam:

524. [...] Mi ha chiamato una dottoressa da un ospedale con cui collaboro. Mi parlava di una ragazza di 14 anni che aveva la TBC. La ragazza, spinta dai genitori, non voleva rompere il digiuno del Ramadan e non voleva prendere la terapia. [...] La dottoressa mi ha chiesto di andare in ospedale. Ho fatto alla dottoressa un'ora e mezzo di lezione sul Ramadan perché aveva bisogno di capire. Ho poi parlato con la ragazzina che ha preso la medicina. [...] Il Ramadan è il mese del digiuno obbligatorio dall'alba al tramonto. La medicina se assunta per OS (vie orali) o intravenosa rompe il digiuno. Quindi il paziente deve dare il suo consenso. In teoria non dovrebbero esserci problemi, il paziente non dovrebbe fare resistenza. A volte il paziente dice: "Visto che questa medicina posso prenderla anche dopo il tramonto... non interrompo il digiuno". Bisogna spiegare al paziente. Semmai sono problemi di musulmani, di persone che resistono a qualsiasi tipo di ragionamento, non dell'Islam.

QUESTIONI PARTICOLARI

PROCREAZIONE

L'imperativo della procreazione

“Signora, pensi prima alla salute” – Donna = madre

Centralità della procreazione

Ovvie conseguenze

Contracezione

Interruzione Volontaria della Gravidanza

Assistenza prenatale

Fra informazioni presunte e funzionamento reale

Il parto

“Non vogliono che facciano più di 2-3 bambini”

C'è cesareo e cesareo

Fra ansie ed eccessi di zelo

Travagli

Disuguaglianze di fatto

Al momento del parto - Uomini e donne

Dopo il parto

DOLORE

Universale e singolare

Orientalismi

Finzioni africane

Fraintendimenti reali e potenziali

Prospettive di senso

QUESTIONI DI GENERE

Concordanze di percezione

Percezioni di legittimità

Sessualità e genere

La disarticolazione dello stereotipo

Il terzo incomodo

Figure di inter-mediazione

Variazioni sul tema

PROCREAZIONE

L'imperativo della procreazione

“Signora, pensi prima alla salute”

Una questione che si è imposta con particolare evidenza nel corso delle conversazioni effettuate è la fortissima connessione che intercorre fra l'essere donna e l'essere madre in alcune situazioni chiaramente connotate in senso geografico-culturale. Questa tematica è da considerare niente affatto ignota sul piano teorico ed è, pertanto, riscontrabile anche in letteratura; nella concretezza delle situazioni, ha d'altra parte rivelato una forza d'impatto ben superiore al previsto e, soprattutto, una grande capacità di coinvolgere in modo significativo una serie di elementi ad essa correlabili. La forza della connessione sussistente fra la dimensione dell'essere donna e quella dell'essere madre si è evidenziata talvolta in modo così pregnante da indurre a considerare pleonastico lo stesso affiancamento dei termini 'madre' e 'donna', come se si perdesse la possibilità stessa di essere 'donna' se, una volta raggiunta l'età riconosciuta come idonea, non avvenisse quella trasformazione dall'essere in potenza all'essere in atto che vede la giovane trasformarsi in genitrice: quando si realizza questo 'divenire ciò che si è' ogni specificazione dell'essere donna in direzione dell'essere madre diviene pura tautologia.

Il vissuto che corrisponde a queste situazioni sembra avere una grande immediatezza, sebbene sia indubitabilmente frutto di una molteplicità di dinamiche sociali che s'intersecano in modo complesso con la singolarità di ognuno. Un riscontro piuttosto evidente della sua pregnanza anche a livello emotivo, come emerge dalle testimonianze che riportiamo qui di seguito, è rinvenibile nella percezione riportata da alcune utenti rispetto agli atteggiamenti assunti ed alle affermazioni formulate dagli operatori nei loro riguardi (o nei confronti di situazioni a loro vicine).

525. Le donne vengono trattate malissimo. Gli dicono: come mai voi ne avete 3 e state facendo il quarto o il quinto? Invece ci sono anche le meridionali che ne stanno facendo anche loro tanti.

526. Mi ricordo di un'amica marocchina. Aveva 43 anni quando è rimasta di nuovo incinta dopo 9 anni. È andata in un Consultorio dove la dottoressa subito le ha fatto capire che ha sbagliato. 43 anni sono troppi per fare un figlio, avrà una deformazione..., ma fai ancora figli?... Anche fino a 70 anni una donna africana deve rimanere incinta, anch'io... Finché non hai la menopausa va tutto bene. Quella donna quando le è stato detto che a 43 anni non può fare figli ha avuto un trauma. Ogni volta che incontrava la dottoressa ripeteva le stesse cose... lei ci teneva ... poi hanno anche scoperto che aveva l'epatite C... hai l'epatite C, con l'età che hai non va bene fare figli... lei ha voluto fare un figlio, per cui capite la sofferenza di lei. Sempre piangeva... Però ha fatto il figlio, è una femmina, sta bene, non ha avuto neanche il cesareo.

527. Se una donna ha un intervento, una patologia... la prima cosa che dice è: quando posso fare un figlio? Qui si dice: signora, pensi prima alla sua salute. Ma lei pensa alla famiglia. La donna non pensa a se stessa ma ad avere figli, alla sua struttura familiare, perché un giorno il marito può andare a cercare un'altra donna che possa dargli un figlio.

Le testimonianze riportate rendono evidente la discrasia che si verifica talvolta fra operatori ed utenti rispetto alla percezione che rispettivamente hanno ed ai significati che attribuiscono al percorso che porta a divenire madri. Se da una parte può essere considerato legittimo affermare, come si riscontra in genere, che l'importanza attribuita alla maternità è qualcosa che accomuna tutte le donne, i vissuti di ognuno a questo proposito sono cionondimeno intessuti di connotazioni storico-culturali che delimitano peculiarmente i confini entro cui tale asserzione trova senso; non a caso, nessuna delle affermazioni appena riportate susciterebbe di norma reazioni perplesse - e tantomeno indignate - in utenti isoculturali: la numerosità dei figli (affermazione n. 525), l'età idonea entro cui procreare, tanto più se in presenza di patologie (affermazione n. 526), la necessità di salvaguardare innanzitutto la salute (affermazione n. 527), sono tutte variabili che vengono tenute in considerazione in maniera piuttosto ovvia nel nostro sistema di riferimenti, tanto che difficilmente percepiamo come inadeguato o indebito il fatto che un operatore le richiami in modo anche esplicito. Ben altro vissuto sembra essere stato, invece, quello delle utenti coinvolte nelle affermazioni riportate sopra, poiché - come dalle loro stesse parole - di volta in volta si sono sentite 'trattate malissimo' dagli operatori, hanno indicato come traumatizzanti le osservazioni effettuate o le hanno ritenute sostanzialmente inadeguate rispetto alla loro scala di valori. La seconda affermazione, in particolare, rende piuttosto palese la corrispondenza fra 'dovere' e vissuto in quanto, se da una parte è vero che la letteralità del testo fa riferimento ad un 'dovere' della donna africana di rimanere incinta - anche 'a 70 anni' - è altrettanto vero che il senso che traspariva dall'espressione nell'atto della sua formulazione non rimandava tanto ad una costrizione rispetto ad un obbligo esterno, quanto alla necessità percepita di corrispondere ad una sorta di vincolo interno insito nella propria stessa natura: in un certo senso, la donna non decide o sceglie di diventare madre, bensì la sua identità femminile è quella di essere madre²⁰⁹.

Per quanto riguarda la terza testimonianza, ci sembra importante rimarcare, inoltre, la disparità che in essa traspare fra la posizione dell'operatore e quella dell'utente in rapporto non solo al ruolo da attribuire alla maternità in una precisa scala di valori, ma anche al concetto stesso di salute. La questione centrale retrostante all'affermazione riportata, infatti, potrebbe non essere tanto legata al fatto che l'utente non metta al primo posto della propria gerarchia la sua stessa salute, quanto al che cosa si debba intendere per salute nelle due diverse prospettive. Da una parte sembra collocarsi l'idea di una salute speculare al concetto di patologia, da intendere cioè sostanzialmente come "assenza di malattia o infermità", dall'altra, seppure in modo implicito, quella ben più complessa di una salute come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale" che è stata fatta propria dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità. Disattendere questa complessità può facilmente comportare il crearsi di asimmetrie foriere di fraintendimenti in quanto, se da una parte, senza ombra di dubbio, la posizione degli interlocutori coincide rispetto alla volontà di fare il meglio per il benessere dell'utente, dall'altra mostra sia punti di convergenza che di divergenza per quanto riguarda il

²⁰⁹ Altra cosa rispetto a quanto stiamo dicendo sarebbe poi il fatto di ritenere che l'identità sia una costruzione complessa, che ben poco o nulla ha a che fare con l'idea di una natura ipostatizzata.

percorso che l'uno e l'altro intraprendono in relazione alla meta prefissata; la meta stessa, identica sul piano formale, rischia così di risultare diversa nella sua sostanzialità. Per quanto concerne la tematica del cortocircuito femminilità-maternità, il resoconto n. 503 ha poi la caratteristica ulteriore, rispetto ai precedenti, di provocare la fuoriuscita della problematica dall'ambito di una presunta naturalità dell'umano. Se è vero che la 'natura umana' è intrinsecamente culturale, occorre chiedersi, come avviene per tutto ciò che concerne l'essere uomo, fino a che punto l'appartenenza ad un particolare gruppo intervenga a definire le coniugazioni possibili del rapporto donna-madre, a partire proprio dalla sua declinazione in senso tautologico. Il resoconto, a questo proposito, introduce la questione della retrostante presenza di alcuni meccanismi socio-culturali e, di conseguenza, del ruolo che essi possono avere nel determinare le scelte ed i vissuti delle persone (nel caso specifico la sussistenza di un meccanismo di legittimazione della poligamia in presenza di difficoltà di procreazione). Altre affermazioni che aiutano a rendere evidente l'intervento di determinazioni socio-culturali sono emerse a più riprese nel contesto del generale discorso sulla maternità, talvolta per rispondere a specifiche domande (com'è avvenuto con le questioni che sono state poste ai relatori/testimoni intervenuti nell'ambito del corso di formazione), talvolta in modo del tutto spontaneo nell'ambito delle varie chiacchierate effettuate:

528.D: Abbiamo parlato del ruolo fondamentale della donna nella procreazione, dal momento che ci sono dei problemi... la donna non può avere bambini, c'è accettazione? Com'è la qualità della vita, come viene vissuta questa cosa?

R: E' una grande sconfitta per la donna e una grande possibilità per l'uomo di trovarsi un'altra donna... [...] Viene emarginata... (Solidarietà?) Siccome sanno che non avere figli è una grande sofferenza e può capitare anche a lei... i familiari, nipoti...

529. Il lavoro della donna: l'Islam lo considera un diritto, non un dovere per la donna. Il primo dovere della donna musulmana è di far crescere una famiglia, è un lavoro più nobile. [...]

D: Quindi l'infertilità nella donna è una patologia o è...

R: E' una patologia sicuramente, anche se sentirà dire da qualche ignorante che questa donna è stata castigata perché non è una buona musulmana, questa è cultura, da distinguere dalla religione.

530. Non avere neppure un bambino in una famiglia assomiglia ad una maledizione. L'assenza del bambino in una famiglia è molto sentita e la famiglia non viene considerata. Quindi uno degli scopi più importanti del matrimonio è la procreazione, perché la ricchezza nella cultura negro-africana viene dimostrata non dai beni materiali ma dal numero di persone in famiglia, quindi dalla nascita dei bambini.

531. La TBC, il cancro e soprattutto la sterilità, soprattutto, questo non vogliono sentirlo. Chi non ha fatto figli è una vergogna, non vogliamo sentirci dire queste cose qua.

532. Una persona di una certa età non possiamo chiamarla con il suo nome: è mamma, oppure zia o zio...

Le affermazioni riportate sopra si devono tutte a persone di provenienza africana, sebbene appartenenti ad aree piuttosto diverse del continente, che si estendono dalla regione sub-sahariana a quella maghrebina. Vi vengono richiamati fattori connessi alle specifiche dinamiche sociali e culturali, quindi le azioni che concretamente possono conseguire al palesarsi di una situazione di infertilità o, comunque, di procreazione mancata, nonché alcune attribuzioni di significato e declinazioni linguistiche che denotano la forte pregnanza del problema per la comunità di riferimento e dei suoi risvolti per la persona. Affermazioni di questo tenore sono state molteplici; sarebbe ridondante estendere ulteriormente l'elenco. Esse peraltro corrispondono a quanto si trova in letteratura su questa questione, anche in riferimento a specifiche ricerche

condotte in questo stesso ambito²¹⁰ e da cui risulta, oltre ad un ampliamento dei riferimenti in direzione di altre aree geografiche²¹¹, l'esplicito richiamo a meccanismi di stigmatizzazione sociale cui si connettono comportamenti di esclusione e vissuti di inaccettabilità. Un particolare interesse nel gruppo di affermazioni ci sembra ricopra l'ultima riportata, la n. 532, sebbene non faccia riferimento al solo ambito della maternità, ma coinvolga un più vasto insieme di rapporti. Essa, infatti, introduce un'informazione grazie alla quale è possibile intravedere fino a che punto la portata del discorso possa essere pervasiva, andando a coinvolgere il linguaggio stesso nelle sue determinazioni capillari e, con esso, tutto il complesso dei riferimenti reciproci. Il sistema linguistico proprio di alcune culture sembra infatti non comprendere neanche la possibilità di identificare la persona al di fuori della sua appartenenza ad un insieme di relazioni in cui il rapporto di filiazione è centrale. Ogni persona che abbia raggiunto l'età rispetto alla quale è possibile attendersi il suo divenire madre (o, più in generale, genitore) o diviene ipso facto 'madre di'/'padre di' o viene comunque individuata e designata come il fratello/la sorella di colui/colei che è a sua volta 'madre di'/'padre di'.

La portata di tutto questo è inevitabilmente di estrema significatività e non può non interferire, oltre che con la concretezza dei comportamenti palesati, con la strutturazione dei vissuti e con il modo di percepirsi e rapportarsi a sé medesimi, in senso razionale ed anche in termini prettamente emotivi. Il 'pensare alla salute' ne è, di conseguenza, inestricabilmente intessuto.

Centralità della procreazione

Una delle questioni fortemente connesse con quanto abbiamo rilevato nel precedente capitolo, che d'altra parte si estende al di là della posizione femminile e giunge ad interessare pienamente anche l'universo maschile, riguarda le possibili reazioni dell'utenza all'eventualità di una comunicazione che concerna l'impossibilità di procreare.

Rispetto a questo, facendo fede ad alcune affermazioni formulate, emerge fra l'altro la tradizionale presenza, nei luoghi di origine, di un meccanismo di esplicita denegazione del problema sul versante maschile, affiancato da varie strategie che ne consentano l'arginamento. È quanto segnala esplicitamente una delle utenti intervistate, che ha fornito la propria testimonianza anche nell'ambito del corso di formazione:

533. Devo rimanere incinta. Dopo il matrimonio, i figli sono molto importanti, si vede il matrimonio e subito ci sono i figli. Se tutto va bene e rimango incinta sono una donna felice, una donna amata. Ogni due anni figli, anche 12, 15. Se dopo un po' non ci sono figli, se non riesco a rimanere incinta, si cercano le radici per curarsi, erbe, usiamo le cose naturali. Un infuso da bere. Se rimani incinta... sennò diviene una preoccupazione per le due famiglie e soprattutto per quella di lui. Aiutano come possono e poi si propone che vada con un'altra donna, una cugina o quello che è. Perché non si dice che il maschio è sterile. Non esiste il maschio sterile, sono le donne che non riescono a partorire. Diranno che l'uomo è sfortunato, che c'è stato il malocchio... Il marito, se innamoratissimo, sopporta, ma vuole i figli, prende un'altra e tu devi accettare, accettare la poligamia. Anche per i cristiani. O accetto la poligamia, o vado via. Adesso

²¹⁰ Cfr. in particolare la tesi di Cristina Mibelli, *Incontro tra culture: la gravidanza e il parto delle donne straniere a Padova*, discussa nell'ambito del Master in Studi Interculturali nel 2006.

²¹¹ Nella tesi citata nella nota precedente le testimonianze raccolte nello stesso contesto ospedaliero di Padova che corroborano quanto stiamo dicendo concernono, oltre alle varie aree del continente africano, anche donne provenienti dallo Sri Lanka.

la scienza dimostra che dipende anche dall'uomo, ma una volta nessun maschio era sterile.

L'affermazione è ricca di dati informativi che in buona parte corroborano l'idea di un'inscindibilità del nesso femminilità-maternità, non foss'altro per il fatto che il susseguirsi ininterrotto di gravidanze e parti ad un ritmo incalzante - "Ogni due anni figli, anche 12, 15" - lascia difficilmente spazio ad altre possibilità di declinazione dell'essere donna. Parzialmente diversa è la situazione sul versante maschile in quanto in questo caso non sembra emergere un assorbimento totale dell'essere uomo nella dimensione della paternità, ma si evidenzia comunque una fortissima gravidanza del problema, tanto da far risultare impensabile la possibilità stessa di un'incapacità di fecondazione da parte dell'uomo. Essendo quella della procreazione una dimensione del tutto trasversale alla condizione umana, risulta piuttosto difficile ipotizzare l'esistenza di un contesto culturale che non abbia messo a punto un proprio strumentario per affrontare e gestire il fenomeno nei suoi vari aspetti anche problematici. L'affermazione n. 533 fornisce delle indicazioni in tal senso, richiamando almeno due diversi ambiti di discorso: da una parte la presenza di una farmacopea specifica per affrontare le situazioni di difficoltà, dall'altra quella di un sistema di regole di organizzazione dei rapporti sessuali volti al concepimento. A quest'ultimo riguardo, l'utente esordisce mettendo in relazione il fatto di avere figli con la presenza di una preesistente situazione matrimoniale, quindi prevedendo che la donna abbia preliminarmente regolarizzato la propria posizione sociale. Questo avvio, che nell'immediato farebbe pensare alla sussistenza di un sistema organizzativo simile a quello di stampo occidentale, cela invece la presenza di una ben diversa fisionomia di possibilità. Emerge, infatti, poco dopo, nel discorso, il tema dell'organizzazione familiare di tipo poligamico in quanto presente anche nel contesto del cristianesimo (fra l'altro l'utente professa un'appartenenza osservante alla religione cattolica). La fenomenologia delle modalità attraverso cui vengono riorganizzati i rapporti in modo da consentire la riproduzione non si ferma, d'altra parte, alla poligamia e risulta essere, invece, piuttosto articolata. Sulla base di quanto asserito dalla medesima persona in un altro momento del suo discorso, nella tradizione culturale della sua area d'origine sono previsti, in maniera più o meno codificata, anche degli *escamotage* ulteriori:

534. La moglie può mettersi d'accordo per tradire il marito (se lui si accorge di essere 'sterile', impotente), si mettono d'accordo fra di loro, semmai anche sull'eventuale scelta dell'uomo.

Oppure ci sono le donne anziane che scelgono un'altra donna per il marito, che poi aiuta per esempio per i campi.

Domanda: Il bimbo che nasce dalla seconda moglie... ?

Risposta: La prima moglie è lei che diviene automaticamente la madre.

Entra quindi in campo anche la possibilità di ricorrere del tutto concordemente a rapporti sessuali extraconiugali e tutto il sistema familiare-comunitario sembra concorrere in modo consapevole ed articolato allo sforzo di individuare le strategie per gestire delle situazioni che si configurano altrimenti come inaccettabili proprio in quanto non consentono uno sbocco procreativo. Il nesso matrimonio-procreazione, nonostante fosse comparso all'inizio dell'affermazione n. 533 in modo apparentemente consequenziale e vincolante, rivela quindi delle possibilità di articolazione piuttosto fluide, che trovano peraltro corroborazione negli studi antropologici, i quali mettono anch'essi in luce la presenza di una fenomenologia articolata e fantasiosa di sistemi di regolamentazione dei rapporti volti al concepimento dei figli.

Nel caleidoscopio delle possibilità non mancano, in modo piuttosto ovvio, anche delle alternative di scelta per noi più consuete:

535. Molte ragazze preferiscono essere ragazze-madri piuttosto che non avere figli. Il non avere figli in genere è vissuto come qualcosa di terribile. Quindi si è pronti a tutto pur di avere figli.

Al di là della fenomenologia degli artifici possibili, la questione che accomuna questa serie di testimonianze riguarda la loro capacità di evidenziare la forte pregnanza del tema della procreazione nei sistemi culturali di riferimento. La messa in luce di questa prospettiva, con l'evidenziamento anche del suo carattere pervasivo rispetto all'organizzazione della vita nella sua complessità, aiuta a capire fino a che punto i problemi connessi richiedano di essere trattati con estrema attenzione e delicatezza. Non a caso, come già abbiamo intravisto, non sono mancate le osservazioni di operatori ed utenti che hanno parlato di una difficoltà di accettazione di un'eventuale sterilità sia sul versante maschile che su quello femminile. Emblematica a questo proposito è l'osservazione formulata da un operatore nel ricordo di una contingenza in cui si era trovato a dover comunicare la difficoltà di procreazione ad un uomo di origine africana:

536. Ricordo il caso di un africano zoo spermico: sembrava gli avessi detto che aveva tre mesi di vita. La mediatrice culturale in questo caso aveva reagito dicendogli: 'Vai in chiesa? Prega: per il Signore nulla è impossibile', poi aveva commentato con me la situazione dicendo che la moglie sicuramente lo avrebbe lasciato.

Se questa testimonianza evidenzia la presenza del problema da parte maschile, la situazione sembra avere un corrispettivo speculare sul versante femminile.

537. Ho un'amica che 'non riesce a fare figli al marito'. Questo per gli africani è molto importante perché in Africa se non fai figli al marito ti cacciano via. Invece di andare in ospedale prende ogni tipo di erba.

Le due affermazioni hanno un carattere di forte simmetria in quanto si stagliano sullo sfondo di una possibilità di rottura dei rapporti a livello intrafamigliare in seguito alla scoperta di una condizione di sterilità. Al di là di questo, evidenziano entrambe, con modalità diverse, la presenza di punti di criticità nel percorso reale o potenziale dell'utente con il mondo sanitario. Nel primo caso si presenta una situazione difficile da gestire per lo stesso operatore nella concretezza del rapporto clinico, nel secondo l'utente non arriva neppure a presentarsi alla struttura in quanto decide di avvalersi di altri ausili. Questo secondo tipo di situazioni rischia di rimanere del tutto in ombra, però, non tanto e non solo in virtù di un suo ridimensionamento, quindi per il fatto che il problema possa assumere una fisionomia gestibile anche sul piano emotivo affidandosi ad un sistema di cure 'alternativo', ma proprio per la sua eccessiva pregnanza. Prendendo in considerazione quanto abbiamo già avuto modo di osservare in altre sezioni di questo lavoro, risulta infatti che fra le utenti che incarnano la posizione di sovrapposibilità pressoché senza residui fra l'essere donna e l'essere madre può addirittura verificarsi l'eventualità che abbandonino il rapporto con il medico che si è fatto latore della comunicazione²¹², oppure che rifuggano dalla possibilità stessa di un accertamento diagnostico, implicitamente manifestando di preferire 'non sapere' piuttosto che andare incontro ad una comunicazione così difficile da tollerare sul piano emotivo e così spinosa da gestire nella concretezza dei rapporti intracomunitari.

538. Con le donne nigeriane, quando il medico dice loro che 'hanno problemi ad avere figli', loro dopo 'cancellano' e non tornano più. Hanno un vero e proprio rifiuto. Una ragazza a cui, in una situazione di questo genere, il medico ha dato una cura ormonale. La ragazza poi è sparita, non è più tornata da quel medico, è andata in un altro servizio, anche se nel frattempo ha fatto la cura che le era stata data. Ha fatto comunque le cure, ma non bene, e non ha portato al medico i risultati. È andata da un altro.

²¹² Cfr. cap. "Sbarramenti"/"Difficoltà di parola", all'interno della sezione "Percorso di cura"/"La costruzione del quadro clinico."

Questo genere di testimonianze mostra tutta la difficoltà del caso; il suo excursus evidenzia anche che l'utente ha sì abbandonato il rapporto con il medico che ha rivelato il problema, ma non si è ritirato dal portare avanti il percorso di cura che auspicabilmente l'avrebbe messo nella condizione di risolverlo, non è però secondario il fatto che tale percorso sia stato effettuato 'non bene', cioè non secondo le modalità più adeguate a renderne possibile il successo. Questo elemento richiama delle altre considerazioni, poiché nel delineare la fisionomia del percorso di cura, come risulta anche dalla testimonianza n. 538, possono intervenire diversi fattori, forieri anche di possibili interferenze reciproche. Dell'essere 'pronti a tutto pur di avere figli' (come si affermava al termine dell'item n. 536) fa parte, oltre alle diverse strategie di riorganizzazione dei rapporti sessuali, anche il ricorso a modalità di cura diverse da quelle messe in campo dalla biomedicina. Ha questo carattere il ricorso alla farmacopea messa a punto nei diversi contesti, che già emergeva dall'affermazione n. 533 così come dalla n. 538, ma anche il ricorso alle varie figure che nelle diverse tradizioni si occupano di consultazioni su tematiche inerenti l'infertilità e la fisiopatologia della riproduzione in genere²¹³. Questo tipo di riferimenti non viene automaticamente meno con l'emigrazione; è anzi abbastanza accertato che delle consultazioni delle varie figure che nella tradizione si occupano di problematiche di salute avvengano anche ad opera degli immigrati²¹⁴, eventualmente non per interpellanza diretta del guaritore (in genere piuttosto difficilmente reperibile nel luogo di immigrazione), ma ricorrendo ad intermediari che possano rivolgersi a lui per interposta persona o ricercando delle alternative congruenti. Una conferma ulteriore del mantenimento di questa attitudine proviene da uno dei medici di origine africana con cui ci è stato possibile interloquire nel corso della ricerca, il quale riferisce quanto segue:

539. Mi sono capitate per esempio delle coppie di ghanesi. Mi chiamano e dicono 'tu vieni dall'Africa, con te possiamo dire questa cosa' e la moglie comincia a dire ... Molte volte cosa succede? Lei è venuta col ricongiungimento familiare. La prima ricerca che fa è quella della gravidanza. Cerca di rimanere incinta perché dà giustificazione all'allontanamento dal proprio paese, perché sa che se non rimane incinta i genitori di lui a casa cominciano a dire di cercarsi un'altra donna fertile, eccetera, quindi quando la gravidanza non arriva diventa un dramma. Allora si comincia con le visite ginecologiche ripetute e poi, quando la magia bianca non ha risolto il problema, si ritorna alla magia tradizionale e cercano qualcuno che possa mediare fra le due cose. Quindi io sono proprio la persona giusta perché io sono un medico e sono anche africano. Allora si viene da me cercando di risolvere questo problema. Perché... "Io ho capito, io riesco a capire dov'è il problema" – cosa che non può fare il medico italiano. Chiedo: "Avete fatto tutte le cerimonie prima di partire da casa?". Allora mi dicono "Sì, sì". Allora le elenco, quando c'è una cultura di cui conosco le cerimonie che vengono fatte per liberarti quando tu vai via. [...] Molti si dimenticano di fare questa cerimonia e quando si verifica... può essere un punto di aggancio. Molte volte a me serve per obbligarli a tornare a casa e molte volte tornano a casa, ritornano in un ambiente con un ritmo a cui sono abituati... e lei rimane incinta. Il tempo che sono andati a casa. Ha funzionato diverse volte. Torna a casa, magari questa cerimonia dovete andarla a rifare, non è stata fatta bene e lo spirito degli antenati richiede che si vada a rifarla...

²¹³ Una testimonianza in tal senso rimanda agli interventi effettuati nell'ambito del Convegno *Le culture della salute* (Padova, 2009), in particolare in virtù della presenza, fra gli ospiti, di Landing Badji, vice presidente di un'associazione che raggruppa più di 200 guaritori nel sud del Senegal, guaritore per l'area della ginecologia e della fisiopatologia della riproduzione e per le Malattie spirituali a Ziguinchor, Senegal, che si occupa anche della cura dell'infertilità grave delle donne.

²¹⁴ Come risulta dalle testimonianze che abbiamo riportato nel capitolo relativo alle "Possibilità alternative di cura".

Quello che è importante rilevare a proposito di questo meccanismo è la possibilità di una compresenza di fatto dei vari percorsi, talvolta per via puramente sommativa, ma più frequentemente con la creazione di forme di sincretismi ed il verificarsi di specifiche interferenze che possono mettere a repentaglio la guarigione in modo relativamente insospettabile.

Ovvie conseguenze

Quanto precedentemente discusso adotta una precisa prospettiva di lettura focalizzando l'attenzione sulla centralità del nesso femminilità-maternità. Occorre essere attenti a non estendere indebitamente questa chiave interpretativa oltre i confini che le sono propri, cioè al di là delle aree culturali in relazione alle quali si è raccolta specifica testimonianza, ma anche al di là dei singoli individui che hanno formulato le varie affermazioni e al di là delle contingenze del momento. In tal senso la questione, oltre a poter essere affrontata con una specifica estensione dell'indagine andando a vedere quali altre testimonianze sarebbe possibile raccogliere, può essere discussa anche valutando fino a che punto ognuna delle dichiarazioni riportate possa essere considerata rappresentativa rispetto all'area di riferimento (e, di conseguenza, estensibile a vasto raggio) e fino a che punto la posizione espressa in un preciso momento permanga immutata quando cambiano le condizioni contestuali in cui si declina la corrispettiva esperienza di vita. In altri termini, le questioni che si pongono sono quelle del grado di pervasività del discorso culturale, della sua articolazione interna, della possibile ipostatizzazione di modi di essere e, al contrario, del divenire mutevole di ognuno nel declinarsi della propria vita, così come dell'essere contemporaneamente ed in successione attraversati da una molteplicità di istanze ed appartenenze diverse. La direttrice interpretativa adottata - che in una qualche misura si è imposta all'osservazione - relega sullo sfondo tutta una fenomenologia di possibilità mentre ne fa emergere alcune polarizzandole artificiosamente. In questa sede non intendiamo tratteggiare in modo esaustivo quale sia lo spettro delle dimensioni possibili della maternità, ci limitiamo a percorrere alcune linee di forza in quanto si sono rese visibili nel contesto di specifici 'incontri' facendo emergere gli impliciti culturali ad essi retrostanti. La scelta effettuata, con la sua radicalizzazione, se da una parte mette in ombra delle possibilità, dall'altro facilita l'emergere di alcune questioni correlate che ci sembra interessante percorrere, le quali si presentano talvolta come del tutto ovvie, mentre in altri casi risultano meno immediate e scontate e talvolta anche apparentemente contrastanti con la prospettiva adottata.

Fra le questioni che manifestano una certa ovvietà troviamo quelle relative alla numerosità dei figli, quindi, in termini più tecnici, all'innalzamento del tasso di fertilità nella popolazione immigrata rispetto a quella autoctona, ed all'arco di tempo in cui si distende il periodo ritenuto adeguato alla procreazione, il che comprende l'abbassamento dell'età a partire dalla quale avere figli così come l'innalzamento del termine ultimo ritenuto adeguato alla procreazione.

Per quanto riguarda la prima questione, cioè la quantità di figli che si ritiene sia opportuno avere, l'affermazione n. 533 aveva evidenziato come in alcuni contesti non vengano sostanzialmente posti limiti numerici, fino a raggiungere dei livelli per noi inusitati. Quello cui fa riferimento l'utente "...", è, con tutta evidenza, un dato piuttosto estremo; rispetto ad esso le statistiche indicano che in contesto di immigrazione sono presenti delle forti limitazioni, ma che si registrano comunque dei netti innalzamenti

rispetto alla media della popolazione autoctona. Come è emerso dalle reazioni di cui si è parlato in esordio di questa sezione, a questa situazione di fatto corrisponde una disparità di atteggiamenti sul versante degli operatori e degli utenti immigrati, le quali manifestano talvolta una difficile accettazione delle posizioni reciproche.

Anche la questione dell'età considerata idonea alla procreazione era presente *in nuce* in alcune affermazioni precedentemente riportate, in particolare nella n. 534, dalla quale emergeva una considerazione di inadeguatezza formulata dall'operatore rispetto alla gravidanza di una donna di 43 anni, sia in considerazione dell'età, sia relativamente alla presenza di una specifica patologia. In questo caso l'atteggiamento dell'utente si pone in netto contrasto con quello dell'operatore in quanto, da parte sua – provocatoriamente, ma al contempo in relazione con una precisa realtà di senso –, estremizza il fattore età ponendo come inappuntabile la posizione di chi intenda sostenere una gravidanza finché “la natura” glielo consente. Per quanto riguarda le ragioni in genere addotte dagli operatori relativamente a questo tipo di problematica, occorre richiamare la maggiore probabilità di malformazioni/patologie che statisticamente si correlano all'età avanzata delle gestanti; una cosa che non è necessariamente ignota agli utenti, che può lasciare dei margini di dubbio in chi non è addentro nella problematica o che può anche non essere ineluttabilmente condivisa nella sua logica:

540. In ospedale dicono che ad una certa età non si deve partorire perché ci sono malformazioni... Noi finché non abbiamo la menopausa rimaniamo incinte, perché... non c'entra l'età, finché uno può lo fa.

541. Utente: Io volevo chiederti del parto. Si sente parlare sempre che la donna dopo i 30 anni, 35 ... con l'età dopo i 30 anni comincia a avere problemi con il parto, quando partorisce un figlio può avere problemi. Questa cosa è sicura ... o lo stesso può avere un bambino sano senza questi problemi? Perché dopo i 30 anni c'è questo rischio.. può avere un bambino non sano al 100%. Posso sapere la risposta per favore?

Operatore: Per quanto ne so io l'età non è un problema. In Italia adesso, anzi, si è spostata tanto l'età in cui le signore cominciano ad avere figli. Io ho in mente mamme che sono diventate tali a 45 anni con il primo bambino, quindi non c'è problema. Poi ci sono adesso tutta una serie di esami, di indagini prenatali che consentono di capire presto se la gravidanza sta procedendo bene, se il bambino sta bene o se ci possono essere problemi. Ormai una volta chi partoriva a 30 anni veniva detta primipara attempata, adesso è difficile che ci siano signore prima dei 30 che partoriscono.

Questi due stralci toccano esplicitamente la questione della probabilità che si verifichino malformazioni o altri problemi sul versante del nascituro. La prima testimonianza non manifesta alcun carattere interlocutorio e presenta come sostanzialmente inconciliabili la posizione degli operatori rispetto a quelle dell'utenza - in questo caso il riferimento è all'area centro africana - non solo in quanto comportano scelte diverse, ma in quanto obbediscono a logiche incommensurabili. La seconda, tratta da una situazione in cui un gruppo di donne marocchine ha incontrato alcuni operatori dell'Azienda Ospedaliera, fa emergere, invece, una ricerca di chiarimenti da parte dell'utenza con l'intento di cogliere meglio quale sia la posizione degli operatori/della scienza medica a questo proposito; sul versante degli operatori rende peraltro evidente come quelle che talvolta vengono portate avanti come posizioni inoppugnabili, in quanto corrispondenti all'inconfutabilità della ricerca scientifica, subiscono nella realtà tutte le trasformazioni che sono proprie dei processi di contestualizzazione storica; la questione dell'età da considerare a rischio per la procreazione sta, infatti, subendo delle significative rideterminazioni da parte degli operatori stessi, poiché a fianco di coloro che continuano a mantenere una posizione piuttosto intransigente, testimoniandola peraltro in modo più o meno evidente con gli atteggiamenti che manifestano nei confronti dell'utenza considerata attempata, se ne collocano altri ben più chiaramente disposti a riformulare il

problema. Emerge, allora, l'importante considerazione della presenza di una pletera di accertamenti che si rende opportuno effettuare durante il periodo della gravidanza in genere ed in modo particolare in situazioni che, statisticamente, incontrano un maggior margine di rischio. Anche in questo caso si affaccia sulla scena uno dei problemi che vengono maggiormente segnalati in letteratura e dagli operatori stessi: lo scarso uso che l'utenza immigrata fa dei servizi resi disponibili dal Sistema Sanitario Nazionale per la tutela della gravidanza e del parto. Torneremo a breve su questa questione.

Rimanendo ancora sull'argomento dell'età, se da una parte si palesa una posizione di fondo che prelude ad un possibile innalzamento del limite massimo entro cui continuare ad avere figli, dall'altra si registra un abbassamento dell'età minima in cui mediamente si ha il primo figlio. Il tasso di fertilità di queste donne è, quindi, inevitabilmente più elevato di quello registrabile fra le autoctone. A questo fattore concorre anche il minor uso di metodi contraccettivi che si riscontra in genere in questo settore della popolazione.

Contracezione

Un ulteriore ambito di 'ovvietà' rispetto alle questioni connesse al carattere centrale della procreazione e del rapporto femminilità-maternità riguarda la tendenza a prendere le distanze dalla possibilità di utilizzare delle tecniche anticoncezionali. Di questa situazione di fatto si trovano delle indicazioni anche in letteratura²¹⁵. Per quanto riguarda le testimonianze raccolte, il tema dei contraccettivi è stato richiamato da alcuni utenti ed operatori (sia medici che infermieri) di provenienza sub-sahariana connettendolo non solo alla questione della fertilità ma anche a quella della fisionomia dei rapporti che intercorrono fra i partner. Alla luce di queste testimonianze, anche la questione di come trattare il tema del possibile uso di contraccettivi nella relazione fra medico e paziente ha una fisionomia problematica in quanto vi intervengono idee preconcepite e sistemi di credenze che ne fanno il punto di intersezione di molteplici questioni a livello identitario, sociale, relazionale.

542. Poi ci sono le credenze che rendono il rapporto medico-paziente un po' difficile su certe scelte. Per esempio quando si parla di contraccezione in ambito... ci sono ancora false idee sulla pillola. Molti sono convinti che prima di tutto far prendere la pillola alla propria moglie vuol dire che diventa infedele, può andare con chiunque. Quindi il macho africano quest'idea proprio non gli va giù. La figliolanza che di colpo ti nascono dieci figli, oppure la pillola rende tua moglie totalmente sterile. E poi c'è il rifiuto, anche, del condom.

543. C'è mancanza di informazioni sulla contraccezione. Incontri delle persone che ti dicono: "Sono diventata una prostituta che prendo la pillola?". Il marito non accetta la contraccezione, a nessun livello. Poi magari ci sono degli aborti cercati (uso di erbe), abbandono di bambini.

Nonostante il fatto che l'affermazione n. 543 richiami esplicitamente una "mancanza di informazioni sul tema della contraccezione" e che questa debba indubitabilmente essere considerata un'importante variabile interveniente nel determinare il possibile ricorso a pratiche anticoncezionali, si vede bene come la questione non possa essere risolta solo

²¹⁵ Cfr. Beneduce R., Lahcen A., Yenque P., *Nascita e malattia nelle diverse culture. Un approccio antropologico*, in: Atti del corso di formazione per operatori pubblici e privati effettuato nell'ambito del progetto LIA, Torino, 1998.

in termini di presenza/assenza di un dato informativo e, di conseguenza, come la relazione comunicativa non possa essere impostata all'insegna della semplice trasmissione di dati: le testimonianze chiamano in campo anche dei meccanismi sociali e delle attribuzioni di significato che coinvolgono vari tipi di idee preconcepite, le quali non verrebbero necessariamente messe in scacco dall'intervento di precise indicazioni tecnico-scientifiche intorno alle possibilità d'uso ed alle modalità di funzionamento delle tecniche anticoncezionali²¹⁶. L'affermazione introduce poi un'altra questione particolarmente spinosa, poiché fa intravedere la possibilità che la mancata scelta anticoncezionale non prelude necessariamente all'accettazione della gravidanza fino al suo esito finale. Questa situazione introduce un'incongruenza, tutta da indagare, rispetto all'ipotesi di trovarsi al cospetto di situazioni che pongono al centro dei propri riferimenti la dimensione procreativa.

Per concludere questa inserzione sul tema dell'uso dei contraccettivi, usciamo momentaneamente dall'area geografico-culturale su cui abbiamo concentrato l'attenzione finora per introdurre un'altra questione che ci è sembrata di rilievo in quanto scarsamente coincidente con un'ulteriore immagine di donna. Un'area che, infatti, sembra rivelare una maggiore disponibilità alla contraccezione è quella dell'utenza di origine marocchina. In preparazione dell'incontro effettuato con un gruppo di donne accomunate da questa provenienza, coloro che vi hanno poi partecipato hanno preventivamente fatto pervenire agli operatori una serie di questioni che riportiamo qui di seguito:

544. Al riguardo delle donne che hanno la spirale quanto tempo deve passare per fare il controllo?

Ho avuto problemi con la pillola anticoncezionale, infatti anche quando la prendevo mi veniva il ciclo. Volevo capire per quale motivo ho avuto questo squilibrio e cosa devo fare.

Volevo chiedere se è migliore la pillola o la spirale, inoltre a quali complicazioni potrei correre se decidessi di utilizzarla. Quali regole devo seguire?

Vorrei avere chiarimenti sulla pillola anticoncezionale, sugli effetti che può avere sul mio stato psico-fisico, che rischi potrei correre utilizzandola? Vorrei avere informazioni anche sulla spirale e come mi devo comportare se decidessi di metterla.

Oltre a testimoniare di uno specifico interesse, le domande formulate evidenziano anche l'uso pregresso di alcune metodiche contraccettive. Ci sembra importante fare risaltare questo dato in quanto stride in buona misura con il sistema pregiudiziale che comunemente orienta la percezione della donna di area islamica. Ben al di là dello stereotipo corrente, in questo caso si configura un'immagine di donna propensa ad adottare comportamenti sessuali che si connettono ad una retrostante volontà e capacità di autodeterminazione delle proprie scelte. Come ha avuto modo di evidenziare a questo proposito il medico/imam di origine marocchina che è intervenuto in qualità di relatore nell'ambito del corso di formazione, la disponibilità che s'intravede rispetto all'uso delle varie tecniche anticoncezionali non sembra peraltro confliggere con i principi di fondo del pensiero islamico.

545. L'Islam non scoraggia la pianificazione sociale e non proibisce il controllo delle nascite. In diversi paesi islamici è consentito l'uso di contraccettivi, soprattutto in

²¹⁶ L'affermazione n. 543, inoltre, si chiude con una questione decisamente spinosa in quanto introduce il problema della possibilità di ricorrere a tecniche illegali di interruzione della gravidanza, se non addirittura all'abbandono della prole. Due vie d'uscita che sembrano in aperto contrasto con la posizione di chi pone la procreazione e l'essere madre al centro del proprio sistema identitario. Com'è ovvio, a questo livello intervengono molti altri fattori di determinazione. In primo luogo la condizione di fragilità sociale che caratterizzano spesso la posizione delle donne evocate.

quelli con alta densità di popolazione (Indonesia, Pakistan, Egitto, Iran; anche in Algeria), ma per ridurre le nascite non sono consentite né l'uso della sterilizzazione, né la pratica dell'aborto.

Una posizione ancora diversa risulta poi essere quella delle utenti di origine cinese. Rispetto a quest'area di provenienza, infatti, operatori e 'figure intermedie' hanno da una parte rilevato l'uso più frequente di metodi contraccettivi quale lo IUD (spirale), dall'altra una scarsa, nonché inadeguata informazione sui metodi contraccettivi in generale.

La maggiore abitudine all'uso di metodi contraccettivi è plausibilmente da correlare con il programma di pianificazione familiare che per anni è stato portato avanti in Cina, ed ancora in atto, in relazione alla cosiddetta 'politica del figlio unico'. In tal senso, l'amministrazione statale ha istituito una rete di servizi fruibili gratuitamente per effettuare controlli sanitari ed avere accesso a metodi anticoncezionali, favorendo l'uso della contraccezione orale nelle giovani donne e dello IUD dopo il primo figlio²¹⁷. Diversa sorte risulta, invece, essere riservata all'uso del profilattico, rispetto al quale le donne cinesi sembrano avere molta meno disponibilità, forse anche nella convinzione, come ha riferito Elisabetta Confaloni, nell'ambito dei corsi effettuati su *La relazione con paziente straniero* "che i profilattici facciano male, che rovinino l'apparto genitale femminile". Occorre segnalare peraltro che, ancora in relazione alla succitata politica che impone un solo figlio per coppia, è stata enormemente facilitata anche l'interruzione di gravidanza, rendendola peraltro possibile fino al sesto mese.

Interruzione Volontaria di Gravidanza

Quanto abbiamo detto sopra rispetto alla centralità della procreazione ed all'inscindibilità del nesso donna-madre contrasta apertamente con la presenza di Interruzioni Volontarie di Gravidanza nel contesto delle medesime popolazioni. Questa incongruenza viene rilevata talvolta anche in letteratura, dove si riscontra, ad esempio, che "Il ricorso all'IVG da parte delle donne immigrate è estremamente frequente e spesso in netta contraddizione con culture d'appartenenza più orientate verso maternità ricercate e ripetute"²¹⁸. Lo stesso controsenso è facilmente riscontrabile anche ricorrendo ad un superficiale esame dei dati statistici, poiché le rilevazioni effettuate su tutto il territorio nazionale indicano che il ricorso a pratiche abortive, oltre ad essere percentualmente molto più elevato fra la popolazione immigrata in genere rispetto a quella italiana, si registra in modo significativo anche fra i gruppi che, sulla base delle considerazioni precedentemente effettuate, dovrebbero caratterizzarsi per la sua assenza.

Più dettagliatamente, andando a vedere che cosa risulta dalle numerose indagini realizzate sul territorio nazionale, emerge che il 1982 è stato l'anno che, in Italia, ha fatto registrare, in assoluto, il più alto ricorso alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Da quella data, l'andamento complessivo ha mostrato prima una forte tendenza alla diminuzione e poi una sostanziale oscillazione fra stasi, leggero aumento e leggera diminuzione. Questo dato concerne sia i numeri assoluti, sia il tasso di abortività, cioè l'indicatore (considerato il più accurato per una corretta valutazione della tendenza al

²¹⁷ Ginecologi che operano nell'ambito di consultori frequentati da utenti cinesi (in particolare a Bologna) riferiscono di aver tolto spirali senza filo alle donne cinesi, che loro da sole non potevano togliere perché il controllo sulla loro fertilità doveva essere di tipo statale.

²¹⁸ Cfr. Geraci S., Marceca M., 2000.

ricorso all'IVG) calcolato andando a vedere qual è il numero delle IVG ogni 1.000 donne di età compresa fra i 15 ed i 49 anni. Questi dati fanno, ovviamente, riferimento alle interruzioni di gravidanza effettuate per via legale, mentre non tengono conto di quanto avvenga nella clandestinità; le stime effettuate a questo proposito indicano, d'altra parte, una costante e forte diminuzione del fenomeno anche a questo livello.

Il dato complessivo può essere ulteriormente analizzato andando a vedere quale sia l'incidenza del fenomeno in relazione alla cittadinanza. Per quanto riguarda le IVG effettuate per via legale, se si scorporano i dati relativi alle donne italiane da quelli riguardanti le utenti con cittadinanza straniera e da quelli in cui la cittadinanza non è stata rilevata, emerge un quadro piuttosto diverso rispetto all'andamento generale: i valori mostrano un andamento in costante e forte ascesa per la categoria delle utenti con cittadinanza straniera, sia per quanto riguarda i numeri assoluti, sia in termini percentuali, nel confronto con la totalità delle IVG²¹⁹; per quanto riguarda il tasso di abortività, esso si configura poi come 3-4 volte maggiore per le donne straniere rispetto alle italiane²²⁰. In questo quadro generale, anche il Veneto risulta avere una percentuale interna in cui il rapporto fra le IVG effettuate dalle italiane e dalle immigrate è maggiormente sbilanciato in direzione delle immigrate (nel 2003 il 37,6% del totale²²¹). Andando nel dettaglio delle provenienze geografiche, per quanto riguarda la realtà padovana il fenomeno degli aborti legalmente indotti si presenta in modo nettamente preponderante fra le popolazioni dell'Est europeo, in particolare Romania e Repubblica della Moldavia, che da sole assorbono più del 58% del totale della popolazione straniera, ma al terzo posto in termini di valori assoluti si colloca la Nigeria; seguono poi Cina, Marocco ed Algeria²²².

Le considerazioni che ci sembra possibile effettuare a questo proposito sono di molti generi diversi. In letteratura si trova, fra le altre, l'osservazione che a monte delle scelte perpetrate sono rinvenibili delle condizioni di particolare disagio. Il ricorso al fenomeno dell'IVG non a caso viene considerato uno dei principali indicatori della fragilità sociale delle donne immigrate ed a questo proposito vengono evocati in particolare "l'assenza di un nucleo familiare stabile, la precarietà in ambito lavorativo, l'inadeguatezza delle condizioni abitative, la carenza di figure parentali che possano supportare nell'accudimento e nella crescita dei bambini"²²³. In aggiunta a questi fattori si evocano,

²¹⁹ Mojisola Abigail, *Immigrazione e maternità. Indagine differenziale nel territorio di Treviso*, Tesi di Laurea, Corso di Laurea Specialistica in Psicologia Clinico-Dinamica, Università di Padova, a.a 2010-11.

²²⁰ Cfr. IX Consensus conference sull'Immigrazione, dati riportati dalla regione Friuli Venezia Giulia, da cui risulta che il tasso di abortività fra le donne immigrate è pari a 34,3 per mille a fronte del 6,9 per mille delle donne italiane, nonché che le immigrate fanno ricorso all'IVG con una maggiore ripetitività rispetto alle italiane (con una percentuale di donne che ha avuto due o più IVG precedenti da due e quattro volte superiore a quella delle italiane).

²²¹ Dato ISTAT.

²²² I dati sono riferiti al periodo 2003-2006 e riguardano gli aborti indotti legalmente presso l'Azienda Ospedaliera di Padova e risultati da una ricerca interna degli operatori dell'A.O.P. da cui risultano, in particolare: Romania: n. 331 IVG = 31,58%; Repubblica della Moldavia: n. 283 IVG = 27,00%; Nigeria: n. 83 IVG = 7,92%; Cina: 44 IVG = 4,20%; Marocco: 42 IVG = 4,01%; Albania: 42 IVG = 4,01% (seguono 53 altre nazionalità, con un percentuale progressivamente inferiore, per un totale di oltre 223 IVG).

²²³ Cfr. Luisa Mondo, *Dieci anni di attività dei centri ISI in Piemonte*, in *Per una salute senza esclusioni*, Atti della IX Consensus Conference sull'immigrazione, VII congresso nazionale SIMM, 26-29 aprile 2006, Palermo, pp. 252-258.

inoltre, le scarse conoscenze relative ai metodi contraccettivi. Tutti questi fattori sicuramente convergono ed hanno una portata di rilievo nel decretare il ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza; in una prospettiva interculturale ci sembra d'altra parte opportuno che la macroevidenza dei fattori sociali non ottenebri la dimensione del significato. In tal senso, ci sembra importante provare ad interrogare ulteriormente l'incongruenza evidenziatasi, senza essere troppo solleciti nel risolverla con il solo richiamo dei fattori di fragilità sociale. Esaminando le varie affermazioni registrate nel corso dell'indagine ne emerge in particolare una che ci sembra significativa a questo proposito:

546. Alcuni gruppi si trovano in questa situazione perché nella migrazione modificano la loro condizione. Le donne nigeriane sono dedite a prostituzione, tratta, fanno IVG ripetute perché non accettano gli anticoncezionali e questo ha a che fare con l'idea che rappresenti una modificazione definitiva della loro possibilità di fertilità. Paradossalmente, visto anche che molte hanno un compagno, preferiscono fare un aborto piuttosto che non sentirsi fertili.

L'affermazione riportata si deve ad un esperto che è intervenuto nell'ambito del percorso di formazione effettuato con gli operatori ospedalieri e, sebbene a livello ancora ipotetico, trova una qualche corrispondenza in letteratura²²⁴. Fra le dichiarazioni spontaneamente effettuate dagli utenti nell'ambito delle nostre interviste, d'altra parte, non emerge alcuna considerazione a questo livello e, sicuramente, questo modo di dare senso al tema dell'I.V.G. risulta in buona misura in contrasto con quanto fa parte della normale percezione di un operatore sanitario in contesto padovano. Sarebbe, pertanto, di sicuro interesse effettuare un approfondimento dell'indagine che vada a considerare se e fino a che punto la questione assuma questo significato nelle popolazioni di riferimento, cioè se venga effettivamente considerata come maggiormente congruente con la propria identità di donna-madre rispetto a quanto avvenga per l'uso di tecniche anticoncezionali, se e fino a che punto venga percepita in questi termini dagli operatori sanitari, se e fino a che punto questo incida nella possibilità di rivolgersi ai servizi sanitari per l'adozione di pratiche anticoncezionali e per la messa in atto di pratiche abortive.

Un discorso a parte, sebbene correlabile con tutto quanto affermato finora, è poi quello relativo alla presenza di pratiche illegali di interruzione della gravidanza. Questo fenomeno risulta essere presente nella popolazione immigrata in genere ed anche in quella africana in modo specifico. Testimonianze in tal senso sono emerse sia dalle affermazioni delle cosiddette figure intermedie, le quali, seppure con brevi cenni, hanno richiamato il fatto che si verificano aborti autoindotti, o comunque praticati clandestinamente, ricorrendo all'uso di erbe, farmaci ed altro genere di tecniche, sia in fase di osservazione, come risulta dal protocollo osservativo riportato qui di seguito e relativo ad un colloquio effettuato in Clinica Genetica:

547. Ore 10.00. Si presenta alla consultazione una paziente gravida di origine nigeriana. Dall'ecografia e dalla risonanza magnetica effettuate il feto risulta presentare malformazioni multiple. La consultazione viene effettuata per indagare sulle possibili cause e valutare il da farsi. Compaiono discordanze fra le affermazioni dell'utente e quanto riportato in cartella clinica a proposito di precedenti gravidanze non portate a termine. In seguito alle domande effettuate dal medico per risolvere le discordanze emerge che le gravidanze sono state tre e di esse una ha avuto come esito un aborto spontaneo e le altre due aborti autoprovocati.

²²⁴ Tognetti Bordogna M., 2008.

Assistenza prenatale

Fra le questioni che paiono confliggere con la centralità della dimensione procreativa e con la corrispettiva indissolubilità del nesso donna-madre, si colloca la scarsa attenzione che sembra venga riservata dalle donne stesse a tutti gli ausili tecnico-scientifici che vengono messi in campo dal Sistema Sanitario Nazionale per ottemperare alla normativa vigente, la quale riserva, peraltro, una specifica rilevanza a tutto quanto concerne la salute materno-infantile. Ricordiamo, infatti, a questo proposito, che la legislazione italiana tutela in modo particolare la gravidanza e la maternità, prevedendo che le cure ad esse relative vengano erogate, a parità di trattamento con le italiane, a tutte le donne presenti sul territorio nazionale, anche se non in regola con le disposizioni sull'ingresso ed il soggiorno, e fornendo ad ognuna, sia essa italiana o straniera, residente o domiciliata anche solo temporaneamente sul territorio nazionale, la possibilità di accedere a titolo gratuito a prestazioni elargite presso i consultori familiari (ad eccezione delle prescrizioni farmaceutiche). Nonostante tutto questo, gli operatori effettuano con frequenza delle osservazioni che rimarcano la scarsità - o addirittura la totale assenza - di controlli medico-sanitari effettuati in tutto il periodo precedente al parto.

548. Spesso le nostre pazienti arrivano all'ultimo momento senza essere state seguite in precedenza da nessun ginecologo per cui mancanza di esami, ecografie mancanti, quindi donne di cui si ignora tutto (sierologici...) e che al momento richiedono un grande dispendio di energie (es. urgenti, ecografie ecc.).

Osservazioni come questa vengono effettuate in rapporto agli immigrati in genere ed in modo più specifico in riferimento anche a quel settore dell'utenza che risulta dare particolare rilevanza alla procreazione. Di questa situazione si trova ampia testimonianza in letteratura, poiché numerose ricerche riferiscono di una forte 'sottoesposizione assistenziale' delle donne immigrate rispetto alle autoctone, riportando che l'esecuzione della prima visita e della prima ecografia avviene tardivamente, o comunque in media più in avanti nel tempo rispetto alle italiane²²⁵ e che nei loro casi si verifica un minor numero di accertamenti e di visite di controllo in gravidanza. Un dato che risulta particolarmente sorprendente se, come emerge da alcune indagini statistiche effettuate, e come noi stessi abbiamo avuto modo di constatare nel corso dei momenti di osservazione effettuati in area ambulatoriale, si prende in considerazione il fatto che l'utenza immigrata fa un uso del servizio pubblico in modo decisamente maggiore rispetto a quella autoctona. In considerazione di questo, gli operatori che lavorano in area ambulatoriale, che, quindi, tendono ad incontrare le utenti nel corso di tutto il periodo della gravidanza e non nella sola imminenza del parto, effettuano anche segnalazioni in cui si evidenzia che gli accertamenti richiesti trovano difficoltà ad essere eseguiti una volta prescritti:

549. Io lavoro in Ambulatorio Clinica Ostetrica, capita spesso che le gravide seguite nel nostro ambulatorio non eseguano gli esami richiesti o solo parzialmente.

²²⁵ Cfr. IX *Consensus conference* (in particolare quanto relativo al Friuli Venezia Giulia ed alle Marche) ed anche i dati Caritas che, in particolare per il 1999, riportano che nel primo trimestre di gravidanza il 42,5% delle immigrate non si è sottoposto ad alcun controllo (contro il 10,7% delle italiane) e che durante la gravidanza l'8% delle immigrate non si è sottoposto ad alcuna analisi, e che meno dell'11% di loro ha effettuato quattro o più prelievi per analisi del sangue (contro il 70% delle italiane).

Rispetto a questa situazione di fatto è piuttosto facile scivolare in valutazioni di scarsa attenzione o disinteresse, che, in quanto tali, sarebbero incongruenti con le posizioni che abbiamo posto al centro della riflessione di questi capitoli, oppure, come avviene con una certa frequenza, invocare il fatto di non avere acquisito, nei contesti d'origine, abitudini di tipo preventivo (in questo come negli altri ambiti inerenti la salute). Rispetto a questi due tipi di interpretazioni occorre, d'altra parte, rilevare che tutto quanto concerne il venire al mondo di una nuova vita, dal concepimento alla nascita e oltre, rientra fra gli avvenimenti cui le varie culture riservano un'attenzione meticolosa. In ogni contesto vengono, infatti, codificate delle precise consuetudini in connessione con l'insieme di significati di cui si ammanta l'evento della nascita (una situazione di fatto cui non sfugge la dimensione storico-culturale che è propria del mondo occidentale con il suo strumentario tecnico-scientifico). È bene allora chiedersi, prima di indulgere troppo frettolosamente a valutazioni analoghe a quelle cui si è alluso poco sopra, quali siano le abitudini presenti nei rispettivi luoghi di origine, poiché è possibile che entrino almeno in parte a strutturare il contesto dei riferimenti e delle attese sulla cui base commisurare quanto avviene nel luogo di immigrazione.

Un ordine di considerazioni piuttosto particolare e sicuramente 'estremo', a questo proposito, proviene da alcune testimonianze di immigrati di area sub sahariana, i quali hanno parlato di un singolare sistema di protezione della gravidanza presente nelle loro tradizioni:

550. Quando una giovane donna è incinta non dice che è incinta, dice che ha la malattia di sua madre.

551. In Centro Africa la donna per non dire di essere incinta dice "Ho mangiato troppo".

552. Come poter partorire senza dirlo? Faccio l'esempio di una di donna togolese (?) sposata con un italiano. In Togo ha fatto mangiare e ubriacare il marito quando lei aveva le doglie in modo da potersi assentare senza che lui se ne accorgesse. Ci sono parole che si materializzano come malattia, per cui non le si possono pronunciare.

Le due prime affermazioni potrebbero far pensare ad un giro di parole farsesco che non rivela di per sé una particolare intenzionalità dissimulatrice. Non risulta essere, però, questo il significato da attribuire alle circonlocuzioni, le quali, in linea con l'affermazione n. 529, sembra che nelle tradizioni di riferimento abbiano proprio il significato di mettere in atto un meccanismo di occultamento mimetico che si configura come antitetico alla consuetudine presente in area d'immigrazione. Come dalle parole di una mediatrice, infatti, mentre in Occidente si riscontra un vero e proprio trionfo della gravidanza con tanto di esposizione del ventre, per cui "si va a trovare la donna incinta, come Elisabetta con la Madonna", in alcune tradizioni africane si tende a nascondere, e, semmai, a riferirvisi con giri di parole che, con finalità protettive, sono volti a sviare l'attenzione dalla condizione materna e dal nascituro.

Anche in questo caso occorre chiedersi fino a che punto questi riferimenti culturali restino attivi nell'immigrazione, poiché c'è da attendersi che le caratteristiche degli immigrati (più frequentemente provenienti dalle aree urbane invece che da quelle rurali in cui le tradizioni hanno presumibilmente mantenuto maggiori caratteri di ancestralità) e le trasformazioni indotte dal processo migratorio inducano alla loro perdita, o comunque a delle radicali trasformazioni. Come ha sostenuto lo stesso togolese cui si deve l'affermazione non n. 551, è bene, però, non essere troppo netti in questa valutazione, poiché, fra le altre cose, occorre tenere presente che molto "dipende dal legame con la comunità", per cui è anche possibile che "se la comunità è forte le credenze rimangono uguali". La situazione testimoniata dall'ultima serie di affermazioni ha una sua singolarità almeno in contesto di immigrazione e non può essere ritenuta responsabile del fenomeno che stiamo vagliando, per lo meno non in

senso deterministico; ci sembra, d'altra parte, interessante ed importante non estrometterla dai nostri riferimenti interpretativi, in quanto indica una direzione di senso che sarebbe inadeguato non prendere in considerazione. Tendiamo, in genere, a dare per scontato che la gravidanza, in quanto evento positivo, sia una condizione che la donna preferisce palesare, mentre, al contrario, è possibile imbattersi in situazioni che testimoniano della non universalità di questa posizione. Nel momento dell'incontro etero-culturale possono, allora, crearsi specifici fraintendimenti, dovuti ad un diverso modo d'intendere le stesse cose. Occorre, pertanto, uscire dall'ovvietà apparente e chiedersi fino a che punto sia lecito attendersi che prendersi cura del proprio stato di gravidanza voglia dire entrare in un circuito in cui tutto si rende evidente ed esplicito (fino, ad esempio, a fotografare il feto per rivelarne i diversi aspetti, dall'anticipazione del sesso del nascituro ad ogni altra caratteristica), oppure possa avere a che fare anche con il lasciare che l'evento segua il suo corso riducendo al minimo le intromissioni possibili. A monte della "sottoesposizione assistenziale della donna immigrata" c'è sicuramente da attendersi la presenza di carenze informative su quali siano i protocolli sanitari previsti e le possibilità offerte dal Servizio Sanitario Nazionale per la tutela della gravidanza, ci sembra, d'altra parte, opportuno considerare il fatto che le attitudini maturate in un contesto non sono immediatamente trasferibili in un altro, anche perché è diverso il sistema di riferimenti che contribuisce a strutturarne il significato. L'attenzione preventiva che è richiesto ad ogni buona futura madre di assumere non è declinabile solo nel senso di effettuare il prescritto numero di visite ed accertamenti diagnostico-strumentali, ma secondo modalità peculiarmente messe a punto nei diversi contesti storico-culturali. Nei luoghi di origine degli immigrati sono in genere le donne ad occuparsi delle 'cose da donna', quindi in primo luogo di tutto quanto concerne il divenire madre. Sono quindi le altre donne della comunità/della famiglia allargata a sostenere coloro che stanno attraversando la fase della gravidanza, fornendogli gli ausili necessari sia in termini pratici, sia nel senso di un sostegno informativo e psicologico. In alcuni contesti possono, d'altra parte, essere presenti anche delle figure di guaritori o altri consulenti (non necessariamente di sesso maschile), specificamente deputati alla prescrizione di eventuali pratiche di protezione o all'effettuazione di precisi rituali. Tutto questo struttura le correlative abitudini ed attese e connota cosa di volta in volta si debba intendere anche per prevenzione. In contesto occidentale questo insieme viene meno, poiché si è in genere andati incontro al processo di nuclearizzazione familiare e di progressiva individualizzazione degli eventi della vita, creando delle procedure istituzionali che possano sopperire a quanto è, invece, presente nelle società che hanno mantenuto un assetto più comunitario. A questo processo ha corrisposto una progressiva spersonalizzazione delle prestazioni, che vengono affidate in modo più indifferenziato ad uomini e donne, come si verifica in genere per l'intervento medico²²⁶, e, soprattutto, che vengono sempre più ammantate di connotazioni tecnico-specialistiche in virtù della retrostante ricerca scientifica. L'evento-nascita e tutta la gravidanza, nel nostro sistema storico-culturale, vengono ad essere attraversati da un sistema di attenzioni ed aspettative che li rendono peculiarmente medicalizzati, così come in altri contesti sono attivi altri sistemi di senso ed altri riferimenti organizzativi. Se si prendono in considerazione questi aspetti del problema, risulta, allora, piuttosto inopportuno tacciare di mancata attenzione - ivi compresa una mancata attenzione preventiva - le situazioni in cui non si verifica l'attendibile ricorso allo strumentario approntato dal sistema biomedico.

²²⁶ Anche se, in realtà, in quest'area permane una significativa differenziazione di genere soprattutto per quanto riguarda il ruolo dell'ostetrica, quasi esclusivamente ricoperto da figure femminili.

Fra informazioni presunte e funzionamento reale

Sulla base di quanto affermato finora, per una valutazione articolata del problema del carente ricorso alle procedure assistenziali previste per la gravidanza occorre tenere presente una serie di questioni che contemporaneamente annoverano almeno tre ordini di fattori:

- l'informazione posseduta rispetto a quanto è disponibile nel territorio di immigrazione;
- la possibilità di concreto accesso alle risorse disponibili;
- il grado e tipo di significatività che esse rivestono.

Per quanto riguarda i due primi ambiti di discorso si trova in genere qualche riferimento per lo meno in letteratura, dove s'incontrano segnalazioni relative ad uno scarso possesso di dati informativi, così come al subentrare di difficoltà organizzative in un contesto di vita che è mutato in modo radicale rispetto alle abitudini pregresse (per esempio difficoltà a trovare qualcuno che sostituisca le gestanti nei posti di lavoro per recarsi alle visite mediche, oppure che le accompagni nei luoghi in cui vengono erogate le prestazioni in quanto non hanno la possibilità di recarvisi autonomamente). Non si fa menzione, invece, di un ulteriore fattore, che è in una certa misura collegato con la questione informativa. Come emerge dal resoconto che riportiamo qui di seguito, fornito da un operatore dell'Azienda USL, non è, infatti, infrequente l'intervento di un ordine di problemi di tipo organizzativo sul versante della struttura sanitaria:

553. Utente straniera in gravidanza si presenta al front-office per prenotare le ecografie. Non sa parlare la lingua, non sa come sono le procedure di prenotazione. Non è stata informata né dal medico di base, né dalla ginecologa. Vengono chiesti dei dati personali (ultime mestruazioni, da chi è seguita come ginecologa) e non sa rispondere. Non c'è disponibilità per le ecografie perché i tempi di attesa sono lunghi. Situazione molto imbarazzante per l'utente e di inefficacia da parte dell'operatore a fornire le indicazioni. Non c'è nessuno a cui rivolgersi in quel momento. Si cerca con disagio di far capire all'utente di venire accompagnato da un interlocutore, abbandonandolo a se stesso. Questo avviene spesso.

Un caso come questo che, come dalle parole dello stesso operatore, non è da considerare affatto infrequente, solleva una molteplicità di questioni. L'utente incontra una situazione che si rivela manchevole sotto diversi profili, a partire dal fatto che si presenta allo sportello con una richiesta ben precisa ed adeguata, ma che manca delle informazioni di base per andare oltre questo semplice atto, in quanto il medico che ha precedentemente compilato l'impegnativa non risulta le abbia fornito alcun'altra indicazione. È facile presumere che lo stesso medico abbia incontrato delle difficoltà di comunicazione con l'utente, non gestite in modo efficace e proficuo; la situazione trova, peraltro, un suo duplicato, a questo livello, quando l'utente si presenta allo sportello, poiché neanche in questo secondo momento viene attivato un qualche ausilio per affrontare adeguatamente il problema comunicativo (servizio di mediazione linguistico-culturale, opuscoli informativi nella lingua dell'utente o altro) e ci si risolve per un rinvio del problema stesso, chiedendo all'utente di ripresentarsi adeguatamente accompagnata, pertanto "abbandonandola a se stessa". In ogni caso, inoltre, il Servizio si trova nell'impossibilità di corrispondere alla richiesta formulata in quanto "non c'è disponibilità per le ecografie perché i tempi sono lunghi". Un problema, questo, che gli utenti italiani conoscono bene ed a cui riescono parzialmente a sopperire in quanto, essendo perfettamente a conoscenza della difficoltà, lo gestiscono, in genere, oscillando fra due vie alternative:

- una programmazione meticolosa e precoce che consenta di effettuare le prenotazioni di visite ed esami con una tempistica estremamente anticipata;
- il ricorso ad un sistema di visite ed accertamenti strumentali disponibile a pagamento per via privata.

Due strategie, entrambe, non immediatamente disponibili per l'utente immigrato, o in quanto onerose sul piano economico, o in quanto richiedono una conoscenza pregressa del funzionamento sanitario e delle necessità che, nel quadro della biomedicina, risultano essere connesse alla corretta declinazione del percorso della gravidanza e del parto e che non sono affatto disponibili immediatamente per chi sia cresciuto in contesti culturali che si avvalgano in via prioritaria di altri sistemi di riferimento.

Per quanto riguarda, infine, il terzo ordine di questioni elencate, cioè il “grado e tipo di significatività” rivestito dagli accertamenti richiesti nel nostro contesto socio-sanitario, ci sembra che questo fattore rimanga facilmente sottaciuto²²⁷, mentre occorre pensare che abbia una sua rilevanza proprio in considerazione delle differenze che intercorrono fra le abitudini presenti in contesto d'immigrazione e quelle proprie dei luoghi di origine e di cui abbiamo in parte parlato sopra. Anche situazioni del tenore di quella di cui si fa menzione nella testimonianza n. 552 è facilmente ipotizzabile possano andare incontro a sviluppi diversi proprio in considerazione di questo ordine di variabili. È presumibile, infatti, che le difficoltà presentatesi possano, con molta maggiore facilità, avere come esito una rinuncia all'effettuazione degli accertamenti previsti se si è in presenza di un utente che non radica fortemente le proprie convinzioni di validità sullo strumentario protocollare presentatogli o che si avvale, anche, di altri riferimenti di validità.

A questo proposito, ci sembra debba essere effettuata una considerazione a parte anche in relazione alle modalità di attuazione delle visite, poiché, anche in questo caso, il fatto di andare incontro a delle prassi che possono risultare più o meno accettabili non può non contribuire ad incrementare o, al contrario, a diminuire, la probabilità di ricorrere in modo diffuso e continuativo agli accertamenti previsti, soprattutto in considerazione del diverso grado di validità riconosciuto alle procedure. In tal senso, più che delle dichiarazioni specifiche, potremmo richiamare tutto quanto emerso nella sezione relativa alle problematiche relazionali, in cui, per quanto riguarda il periodo di osservazione effettuato in affiancamento dei mediatori linguistico-culturali, abbiamo avuto la possibilità di assistere ad alcune visite di controllo effettuate in area ambulatoriale che hanno manifestato dei forti caratteri di sgradevolezza²²⁸.

Ci sembra particolarmente interessante, per mettere a fuoco quale possa essere il vissuto della donna immigrata che si trova scoperta rispetto agli abituali punti di riferimento ed esposta ad un insieme di procedure e richieste per niente abituali, la testimonianza di

²²⁷ Abbiamo incontrato un'eccezione, in tal senso, in riferimento all'area cinese, in uno scritto di Grazia Lesi, *Esperienze di medicina integrata nei servizi sanitari pubblici per le donne cinesi e italiane nell'ambito dell'ASL Bologna* (reperibile via internet) in cui figura che “la donna cinese ritiene molto importante la cura della salute in gravidanza. Le difficoltà all'esecuzione dei controlli ginecologici, sono, probabilmente, in relazione alle abitudini sanitarie del paese d'origine, ad un diverso senso del pudore ed a modalità d'intendere la diagnosi che non passa necessariamente attraverso il corpo. I controlli emato/chimici in gravidanza incontrano molte resistenze da parte della donna cinese. Secondo la tradizione, il sangue è elemento fondamentale (insieme all'energia) per il buon andamento della gravidanza. Secondo i testi classici della medicina tradizionale: “il sangue” in gravidanza aumenta allo scopo di nutrire il feto, quindi l'estrazione di sangue dal corpo materno è visto come potenzialmente dannoso. È frequente, in questi casi, la necessità di ridurre il numero di prelievi per favorire l'adesione ai controlli, modificando quindi la cadenza del protocollo”.

²²⁸ Crr. in particolare, l'episodio osservativo n. 85.

una ex utente di area marocchina (ora mediatrice culturale), sposata con un italiano, la quale racconta nei seguenti termini il periodo della sua prima gravidanza in Italia:

554....Sono rimasta incinta Angoscia per il fatto di dover vivere passivamente la gravidanza, non capire il medico, non capire il perché degli esami e pensare che ci fosse qualcosa che non va. C'è qualcosa che non va, qualcosa che mi disturba.. La gravidanza era la mia, però non era gestita da me, era gestita da altre persone, dal medico, da mio marito... Ho vissuto un momento oscuro, non capivo...

Fra le consuetudini che sono maturate in contesto italiano per sopperire con procedure istituzionali alle carenze di un sistema in cui, come già dicevamo, si è progressivamente perso il complesso di riferimenti propri degli impianti sociali a carattere collettivistico, figura la realizzazione di corsi di accompagnamento alla nascita, riservati alle donne in gravidanza, talvolta con l'accompagnamento dei rispettivi partner. Si tratta di una consuetudine che difficilmente trova corrispondenza nelle aree di origine degli immigrati, dove rimangono in atto dei sistemi di sostegno meno istituzionalizzati. Per questa e per diverse altre ragioni, anche questo tipo di iniziative trova scarso riscontro, per cui i corsi vengono poco frequentati dalle donne immigrate, le quali, d'altra parte, si trovano a portare avanti la gravidanza in un contesto che non fornisce loro gli ausili di cui si avvarrebbero nelle rispettive aree di origine.

Nel contesto padovano, in particolare, i corsi che sono stati effettuati in area ospedaliera hanno visto, in genere, una scarsissima partecipazione di donne immigrate²²⁹. Occorre annoverare fra le iniziative messe in campo in questo ambito anche l'organizzazione di analoghi corsi in contesto consultoriale, la cui effettuazione è andata incontro ad alterne vicende e che hanno rivelato di possedere uno scarso *appeal* per le partecipanti, forse anche in virtù del loro impianto tecnico-medico²³⁰ o, forse, in relazione anche a quella scarsa propensione a palesare ed a parlare attorno all'evento cui si è precedentemente accennato.

Il parto

'Non vogliono che facciano più di 2-3 bambini'

Uscendo dall'area della gravidanza per entrare in quella del parto, si è imposto con particolare evidenza un fenomeno fra tutti sì; si tratta di una questione che è emersa soprattutto sul versante degli utenti, ma che è presente, talvolta, anche nei resoconti degli operatori: il ricorso al taglio cesareo. I tre stralci che riportiamo qui di seguito testimoniano tutti della presenza del problema, nel primo caso con le parole di un utente, nel secondo e nel terzo con quelle di due operatori.

555.Quando andata con mia figlia per partorire, loro hanno detto non si può così... fare cesareo. Ho detto NO. Ho fatto già bimbo in Nigeria, naturale, perché cesareo?

²²⁹Questo dato corrisponde anche a quanto emerso nell'ambito della IX Consensus Conference sull'immigrazione, nel cui ambito i dati forniti dalla Regione Marche indicano che partecipano ai corsi il 33% delle marchigiane contro il 5% delle immigrate.

²³⁰Sarebbe interessante, in tal senso, analizzare quali sono i risultati conseguiti in termini di partecipazione, gradimento ed efficacia, da esperienze come quella del Centro di salute e ascolto per le donne migranti gestito dalla cooperativa Crinali presso l'ospedale San Paolo di Milano, che propone alle donne migranti dei corsi di accompagnamento alla nascita specificamente organizzati in modo tale da costituire dei gruppi multiculturali accomunati dal fatto di potersi esprimere in una qualche lingua veicolare condivisa. Cfr. a questo proposito l'articolo di Sabina Dal Verme, *Corsi multiculturali di accompagnamento alla nascita*, in *Atti IX Consensus Conference sulla immigrazione*, 2006, da cui risulta la forte accentuazione culturale fornita ai corsi, riducendo all'essenziale le informazioni di tipo medico.

556. *Una situazione, che si è vista più volte, è la contrarietà delle pazienti africane verso il taglio cesareo. Perché per loro se una donna non partorisce per via naturale non è considerata una donna. E allora, in caso di urgenza, non è facile convincerle, loro e i mariti, che invece il taglio cesareo è necessario per salvare la vita del bambino e della madre.*

557. *Con le nigeriane il problema è che non accettano il taglio cesareo, per loro con il cesareo non sei una buona donna. Far capire loro che altrimenti il bambino sta male è difficile, il medico deve proprio stare lì a fargli capire'. Purtroppo buona parte delle nigeriane vanno in cesareo, buona parte.*

Dalle tre testimonianze si evince la presenza di una disparità di posizioni fra operatori ed utenti per lo meno per quanto riguarda l'area tipicamente africana. Lo sbilanciamento quantitativo delle testimonianze farebbe, peraltro, pensare ad una precisa consapevolezza degli operatori in tal senso; al contrario, si tratta dei due soli resoconti formulati dagli operatori nell'ambito del corso di formazione che abbiano toccato questo problema, mentre esso è emerso pressoché invariabilmente ogni volta che abbiamo interloquuto con utenti di area sub-sahariana (e dei rilievi, a questo proposito, sono emersi anche nel contesto delle chiacchierate effettuate con gli utenti marocchini). Si può sicuramente dire che quella del ricorso alla pratica del cesareo rappresenta una delle questioni che, sul versante degli utenti, è emersa con maggiore profusione di discorsi carichi di apprensioni e di richieste di chiarimento.

L'affermazione che abbiamo utilizzato per titolare questo capitolo è emblematica rispetto alla presenza di un forte problema a questo livello, tanto più se la si riconduce alla fisionomia di colui che l'ha formulata, il quale rappresenta un significativo punto di riferimento per la comunità nigeriana di area cattolica presente nel territorio: una delle comunità in assoluto più numerose fra quelle che risiedono nel contesto padovano. Il suo aspetto significativo si deve, oltre a questo, anche alla sua intrinseca capacità di evidenziare quale sia una deriva interpretativa che la questione può assumere - ed assume di fatto - andando smaccatamente ad incrementare - ed al contempo essendo frutto di - un sistema di lettura dei fenomeni di stampo discriminatorio/razzista²³¹. Il colloquio effettuato, in questo caso, è stato fondamentalmente di tipo organizzativo, in quanto era volto a creare le condizioni per incontrare successivamente altri utenti della comunità di riferimento; nel corso dello scambio, dopo aver illustrato quali fossero le finalità degli eventuali incontri, la persona interpellata ha ritenuto, però, opportuno fornire qualche breve indicazione relativamente ai problemi che gli immigrati di area nigeriana, a suo avviso, incontrano nel rapporto con la struttura ospedaliera e si è quindi focalizzato sul problema del ricorso al taglio cesareo, sostenendo sostanzialmente tre cose: che, come risulta dal titolo del capitolo, la forte propensione dei medici ad effettuare tagli cesarei nel caso dei nigeriani si deve al fatto che "non vogliono che facciano più di 2-3 bambini", che a questo proposito, in ambito ospedaliero, si procede alla "firma dei moduli senza che ci siano i famigliari" e che, infine, tutta la procedura potrebbe avere al proprio interno degli aspetti di illegalità per cui vorrebbe "sapere che cosa dice la legge". Le tre affermazioni rivelano una chiara difficoltà di accettazione della procedura in uso, mostrano che ad essa si connette una forte inquietudine ed indicano la probabile presenza di forme procedurali che plausibilmente non tengono conto di quale sia l'effettiva portata del problema sul versante dell'utenza né, di conseguenza, della possibilità di adottare delle strategie alternative per affrontarlo adeguatamente anche a livello famigliare.

²³¹ Cfr., a questo proposito, l'episodio riportato nella sezione relativa alle "Forme del fraintendimento" con le testimonianze no. 150 e n. 151.

L'inquietudine intravista non è emersa solo nel caso appena menzionato, si è fatta chiaramente intravedere in molte delle testimonianze rilevate, sia che esse abbiano riguardato uomini che donne e, in quest'ultimo caso, sia che le donne avessero avuto una personale esperienza di gravidanza e parto oppure no. Ne riportiamo alcune a titolo esemplificativo ed in quanto contengono al loro interno degli elementi che aprono ulteriori scenari di riflessione.

558. Voi fate cesarei. Voi fare così. In Africa... io anche non lo capisco questo, per niente cesarei.. per niente... Perché noi africani... fanno lavoro duro... se una donna ha tre bambini, se vengono per i piedi... anche quando vengono per i piedi loro sanno come fare per venire con la testa, ma qui ci sono tante donne che la prima volta che loro partoriscono fanno cesareo, seconda volta, terza volta... non va bene, in Africa muori... [Tu cosa pensi di questo?] Io non sono contenta... del cesareo... [In Africa hai detto che si potrebbe morire] ...però non si fa così. Le donne giovani, possono anche far uscire i bambini senza il cesareo... anche le donne che accettano di fare, non lo so... [Non è peggio in Africa che potrebbe morire?]. in Africa quando è così tanto non va bene. Una volta si potrebbe anche fare, 2, 3, 4 volte... troppi cesarei non va bene. Non lo so perché loro fanno cesareo. È problema [tu cosa pensi?] Io non lo so perché. Perché le donne che io chiedo... loro che accettano di fare, non lo so... [Perché le donne italiane lo fanno?] Perché loro non vogliono soffrire [Le donne africane sanno sopportare di più il dolore?] Sì, sì. Quando c'è tre bambini loro fanno senza cesareo. [...]... Io non ho mai partorito, però è meglio di lasciare... Voi pensate diversamente perché voi fate un solo bimbo e basta. In Africa noi abbiamo tanti bimbi ... una donna può avere 5-6-7 bambini... voi non fate tanti bambini. Quando una donna italiana 1 basta, 2 è anche troppo. La donna è tranquilla, vuole lavorare. [Ma si possono fare tanti bimbi anche con il cesareo..] Quando si fa una volta potrebbe andare bene, seconda volta, forse anche... una donna può avere 5-6-7 bambini... voi non fate tanti bambini. Da noi in Africa si dice che non è bene perché chissà cosa succede un'altra cosa più grave, perché la stessa cosa... lo stesso... non devo cambiare ... quando il bambino viene per i piedi, quello è difficile ... come la medicina in Africa non è come in Europa ... dobbiamo anche chiedere medicine, dottori, quando loro fanno 2-3-4... non è bene per la salute della mamma ... Non sono un medico per spiegare questo.. in Africa è quello che noi diciamo. Perché ... Ci sono tante donne che fanno cesareo, ci sono anche tante che fanno... dipende dalla forza della persona... qualche volta il medico dice voglio il cesareo e la donna rifiuta.

Il resoconto, in questo caso, è relativo ad una suora cattolica ivoriana che, in quanto tale, non ha alle spalle una propria esperienza di gravidanza, ma ha una significativa continuità di rapporto con le donne africane che sono passate attraverso l'esperienza del parto, in quanto si reca regolarmente ad incontrarle durante il ricovero ospedaliero, spesso in seguito ad una loro specifica richiesta ed usufruendo della possibilità di effettuare le visite in orari flessibili in virtù del suo ruolo al contempo di religiosa e di punto di riferimento per la comunità degli africani di area francofona. Un aspetto piuttosto inquietante della testimonianza è il suo mettere in secondo piano lo stesso problema del rischio di vita della partorientente rispetto all'eventualità di un ricorso al cesareo. Sicuramente l'affermazione non è netta come potrebbe sembrare, ma, cionondimeno, è evidente il diverso modo di inquadrare e dare rilievo al problema che emerge da questa posizione rispetto a quella che avrebbe un utente che condivide maggiormente il sistema di riferimenti propri del mondo occidentale. Emerge, inoltre, la questione della numerosità dei figli, nel caso specifico in riferimento alla limitazione della quantità di parti che risulta possibile effettuare dopo che si è fatto ricorso ad un cesareo. Una questione che abbiamo già incontrato precedentemente, ammantandola di un alone di ovvietà, e che ora ritorna in una forma meno consueta. Affiora, infine, una possibile connessione ulteriore della tematica con la questione dell'abitudine, della tolleranza e del significato che assume il dolore nei diversi contesti culturali.

Quest'ultimo aspetto, che emerge in terza istanza al termine del precedente resoconto, è stato toccato in modo più immediato e diretto da altri testimoni.

559. Cesareo: agli africani è stato insegnato a sopportare il dolore, di andare fino in fondo. Questo fenomeno del cesareo è recente in Africa... non c'erano gli ospedali... tutto si faceva con le erbe, le radici ... soffrire, sopportare, non devi aprire la bocca, devi sopportare la sofferenza, l'africano non deve mai cedere. In ospedale difficilmente ti lasciano fare ... [...] Ci hanno insegnato di non farci tagliare, cesareo, mai. Perché ci hanno insegnato la resistenza alle sofferenze, dall'inizio. Perché ci fanno passare tante sofferenze, tanti dolori. Abbiamo sopportato. Finché ce la fai non farti aprire, solo se veramente sei al limite... Bisogna essere coraggiose. Se qualcuna lo fa è per la modernizzazione... E' venuta, le hanno fatto capire... anestesia... doveva firmare delle carte e lei si rifiuta... Spiegate le cose, se uno accetta va bene, se non accetta, se non è grave grave... Se la persona sta morendo... ma se è soltanto un problema di fretta, perché non c'è tempo... Ci è stato insegnato così, dobbiamo fare così, noi stesse ... la brava donna... non quella che si fa operare, Dio ha detto 'da sotto', non da un'altra parte... difficilmente cederanno... è venuta un po' prima del parto, ha partorito normalmente, non ha avuto il taglio cesareo, è andato tutto bene. Ci hanno insegnato a non aprire la bocca. Anche se ci sono queste persone che fanno queste commedie ci sono dei motivi, lo fanno magari per avere la vostra attenzione, perché dicono 'se dico che sto tanto male non mi crederanno perché sono straniera', magari se sta veramente morendo non dice niente. Non lo fanno per capriccio. Per tutti gli africani, uomini e donne, la questione del dolore è così, Costa D'Avorio, Nigeria...

Il discorso riportato, in questo caso, prende avvio dall'implicito collegamento del ricorso al cesareo con una volontà di evitamento del dolore da parte delle partorienti, cosa che già la testimonianza precedente individuava come possibile motivazione della scelta sul versante delle italiane. Viene, però, rimarcata la specifica educazione che si riceve, a questo proposito, nella zona d'origine, implicitamente affermando che, di norma, la presenza del dolore non dovrebbe costituire, per la donna africana, una ragione per cambiare la propria prospettiva di fondo. Dell'educazione delle africane farebbero parte, quindi, in modo del tutto inscindibile, la tolleranza del dolore ed il parto vaginale, tanto che la separazione dei due aspetti e la conseguente scelta di evitamento del dolore, optando per un intervento 'artificioso', farebbe immediatamente scivolare al di fuori della categoria delle 'brave donne' o delle vere donne, come rimarkano anche i due operatori i cui discorsi sono stati riportati all'inizio del capitolo. Una donna che non è in grado di partorire naturalmente in quanto non riesce a tollerare il dolore connesso non è una donna forte, abbastanza brava da avere molti figli, tanto più se ricorre al cesareo, che di per sé ridimensiona la possibilità di una prole numerosa e, dal punto di vista religioso, è anche una donna peccaminosa.

Il caso della donna africana che rifugge dalla possibilità di un parto che non venga effettuato per via naturale sembra, quindi, configurarsi come la situazione-tipo. Ciononostante, come già risultava dall'affermazione n. 557, "buona parte delle nigeriane vanno in cesareo", tanto che la quantità di ricorsi a questo tipo di procedura è decisamente alta anche fra le utenti africane.

C'è cesareo e cesareo.

Una cosa, però, sono i cesarei programmati, altra quelli effettuati 'in urgenza'. Se si opera questa distinzione il quadro assume una configurazione specifica, poiché, come ha rilevato un operatore:

560. Parto per via vaginale e parto operativo si distribuiscono nella stessa proporzione fra le straniere e le italiane, ma estrapolando i dati si nota che cambia il timing del taglio cesareo, all'85% elettivo nella popolazione italiana, al 57% fra le straniere. Le

africane vanno incontro al cesareo con una frequenza maggiore della media, le Cinesi, al contrario con un frequenza minore.

L'indicazione statistica relativa alla distribuzione degli interventi di cesareo fra le italiane e le straniere mette in luce che, a fronte di un dato generale che fa rilevare una sostanziale corrispondenza numerica²³², sussistono delle specifiche differenze nei due raggruppamenti per quanto riguarda la tipologia d'intervento: la percentuale di ricorso al cesareo nel caso delle immigrate scende in modo particolare quando si prendono in considerazione i cesarei 'elettivi', cioè quelli che vengono scelti e non effettuati per ragioni di urgenza²³³, il che, *mutatis mutandis*, fa presagire la possibilità che sia ben più alta rispetto alle italiane la percentuale di donne che si trovano a ricorrere al cesareo in procedura d'urgenza. Il dato, inoltre, assume ancor più consistenza rispetto al problema che abbiamo introdotto nel precedente capitolo in quanto è possibile che all'interno della macrocategoria delle immigrate siano presenti anche dei raggruppamenti caratterizzati dal fatto di ricorrere all'intervento chirurgico in via preferenziale con maggiore facilità, come risulta da alcune indicazioni relativamente alle donne sudamericane²³⁴. E' poi degno di nota il fatto che 'africane' e 'cinesi' vengono indicate come popolazioni antitetiche da questo punto di vista, laddove dalle nostre indagini risulta che in entrambi i casi si ha a che fare con una posizione culturale di fondo che tenderebbe a far prediligere il parto vaginale, peraltro in maniera particolarmente significativa e forte proprio sul versante delle 'africane'. È una questione, quindi, che richiede sicuramente dei chiarimenti ulteriori. Tutta la problematica sembra, invece, essere stata poco indagata, per lo meno se si fa fede a quanto riscontrato in letteratura, dove raramente si sono incontrate riflessioni in merito. Un'eccezione è rappresentata dall'articolo relativo alla realtà del Friuli Venezia Giulia, comparso negli Atti della IX *Consensus conference* sull'immigrazione²³⁵, in cui si riferisce di una maggiore percentuale di taglio cesareo d'urgenza nelle immigrate in generale rispetto alle italiane. Nel medesimo articolo si esplicita, inoltre, che il ricorso a questa pratica operativa non risulta motivato "da una maggiore incidenza delle maggiori patologie ostetriche che ne sono indicazione (ipertensione arteriosa, travaglio di parto estremamente prematuro, IUGR ect)". L'ipotesi che viene formulata per rendere ragione di questo dato di fatto è quella "di una maggiore difficoltà dell'operatore sanitario nell'approccio al parto di una donna immigrata per scarsa conoscenza di fattori etnici di diversità: fattori linguistici, culturali, religiosi, antropomorfici". Di seguito, nell'articolo, si avanza anche la

²³² I dati del Ministero della Salute (CeDAP 2009) evidenziano, in particolare, che in Italia vi è una forte/eccessiva tendenza all'espletamento del parto per via chirurgica (in media il 38%) ed esso è più frequente nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle donne straniere; in particolare, nel 28,6% dei parti di madri straniere si ricorre al taglio cesareo mentre si registra una percentuale del 40,1% nei parti di madri italiane.

²³³ Il cesareo viene tendenzialmente rifiutato anche nei casi in cui all'osservazione clinica emerge la possibilità di una sofferenza significativa del feto con gravi conseguenze potenziali. Questo dato emerge, sporadicamente, anche in letteratura. Nei Cahier de l'URACA (rinvenibili via internet) si legge, infatti, ad esempio, che "È complicato spiegare che si deve fare un cesareo prima di essere in travaglio perché c'è una sofferenza potenziale di un bambino con un handicap potenziale. Soprattutto nel Sahel le persone rispondono 'ma è la volontà di Dio'. Si spiega alle persone [...] nel quadro di una patologia esistente, ma di cui le donne non hanno sentore".

²³⁴ Questi dati fanno riferimento alla situazione generale dell'immigrazione e risultano riguardare anche l'area africana in modo specifico.

²³⁵ Rosalia da Riolo, *Gravidanza e parto nella donna immigrata in Friuli Venezia Giulia*, in: Atti IX Consensus Conference sull'immigrazione - VII Congresso nazionale SIMM Palermo, 27 – 29 aprile 2006, pp. 153-57.

considerazione che “Se esiste un gap culturale e linguistico tra operatore e partoriente, difficilmente alle manifestazioni di paura, dolore, disagio della donna verrà data una valutazione ed una risposta adeguata e più facilmente si ricorrerà al taglio cesareo, decisione tra l’altro favorita da una minore pressione medico legale che l’operatore ha quando lavora con una paziente immigrata”. Si tratta di una serie di considerazioni di sicuro interesse, che rimandano a problematiche ulteriori, di cui più volte si è discusso nell’ambito di questo scritto. Provando a percorrerle analiticamente, seguendo la sequenza con cui sono state riportate, risulta che:

- il quadro epidemiologico, in apparenza sovrapponibile, ad un’analisi più minuziosa fa, in realtà, emergere delle differenze nel percorso di cura cui vanno incontro autoctoni ed immigrati;
- le ragioni delle scelte mediche di volta in volta effettuate vanno ricercate anche al di là del quadro clinico ‘oggettivo’;
- l’ambito della comunicazione è plausibilmente interessato in modo significativo ed è a sua volta intessuto non solo del problema delle competenze linguistiche ma anche di questioni culturali di più vasto raggio;
- è possibile che le risposte fornite dagli operatori non risultino del tutto adeguate alle necessità e comportino la messa in campo di scorciatoie operative;
- è possibile che fra i fattori che indirizzano le tipologie di scelta degli operatori un posto sia da riservare a questioni di tipo legale e, quindi, alle conseguenze che, realmente o immaginariamente, potrebbero conseguire ai comportamenti adottati, sul versante giuridico più che su quello strettamente medico.

Fra ansie ed eccessi di zelo

L’articolo che abbiamo precedentemente richiamato ha indicato, fra le altre cose, che, nell’ambito dell’indagine realizzata in Friuli Venezia Giulia, la pratica del cesareo effettuato ‘in urgenza’ non risulta dovuta alla presenza delle maggiori patologie ostetriche che in genere motivano l’intervento. Nel corso del periodo di osservazione effettuato in area ostetrico-ginecologica sono, d’altra parte, emerse diverse attestazioni degli operatori volte a collegare la scelta dell’intervento proprio a ragioni di tipo clinico-oggettivo. In particolare, richiamando in modo specifico quanto avviene con le partorienti africane e cinesi, con cui gli operatori affermano che si registra il maggior numero di cesarei, sono state indicate le seguenti cause: sviluppo di ipertensione, gravidanze gemellari, taglio verticale pregresso, diabete, obesità/bambini grossi. La presenza di questo tipo di ragioni è stata invocata anche da mediatori culturali e medici di area africana i quali, però, mentre da una parte corroborano la posizione di coloro che indicano le problematiche di tipo clinico a monte delle decisioni relative all’effettuazione del cesareo, dall’altro introducono delle questioni che aprono anche ad altre linee interpretative:

561. Non abbiamo ancora capito perché vengono fatti così tanti cesarei. A Padova si dice che i medici non hanno pazienza di aspettare. Non abbiamo la cultura delle visite ginecologiche precedenti alla gravidanza [al parto?].... può esserci ipertensione, gestosi, diabete gestazionale. Noi non abbiamo fatto le visite precedenti, quindi non sappiamo questo. Quando si arriva, il medico non dà tempo perché ci sia parto naturale, perché, non sapendo qual è lo stato, non può rischiare. La razza nera ha una tendenza all’ipertensione e al diabete nella gravidanza: questo l’ho scoperto seguendo il corso pre-parto dell’ULSS.

562. Ci sono situazioni di sproporzione feto-pelviche: il cambiamento di alimentazione (per esempio per le donne del sahel) fa sì che i bambini siano più grossi e questo crea delle

difficoltà per la sproporzione che viene ad esserci fra le dimensioni del feto e il giro del bacino. Questa cosa comporta un maggior ricorso al cesareo. Il cesareo molte volte viene fatto per non correre rischi: non si conoscono i termini della gravidanza in quanto, non essendo abituati alla prevenzione, non sono state fatte analisi periodiche.

Le due testimonianze presentano degli importanti aspetti di analogia. In particolare, la questione presentata nel caso n. 561, emersa anche al termine dello stralcio successivo, richiama con forza il problema della scarsità di controlli che vengono generalmente effettuati nel corso della gravidanza da parte delle utenti immigrate²³⁶ e fa poi riferimento ad alcune nozioni apprese nell'ambito di un corso pre-parto organizzato dalla medesima ULSS (in cui l'intervistata interveniva in qualità di mediatrice linguistico-culturale), in particolare alla presenza di ipertensione e diabete nella popolazione africana in fase di gravidanza; il caso n.562, oltre a richiamare, anch'esso, il problema della scarsità di analisi pregresse, corrobora l'informazione relativa alla presenza di situazioni problematiche connesse alle dimensioni del nascituro. Facendo fede a queste dichiarazioni, quello che le due testimonianze introducono di ulteriore, al di là delle questioni oggettive, riguarda, però, anche un fattore di indeterminatezza rispetto ai dati disponibili, il quale può facilmente dare adito ad insicurezza sul versante degli operatori, che si trovano talvolta ad operare delle scelte in assenza di una serie di dati strumentali che abitualmente gli sono disponibili in via preliminare. È, allora, possibile che si tenda a propendere per una forma d'intervento che garantisca rispetto a possibili complicanze. Non a caso, al di là delle cause cliniche precedentemente enumerate, alcuni operatori hanno fatto riferimento anche a due fattori intervenienti ulteriori, che hanno rispettivamente indicato come "stile personale dei medici" e "ansia dell'ostetrico". Che si tratti di insicurezza degli operatori, di un loro eccesso di zelo o di una forma di garanzia e di vera e propria tutela nei confronti delle partorienti, oltre che di se stessi, resta il fatto che la decisione che viene presa va ad interferire con un ambito che, come abbiamo precedentemente indicato, si costituisce come particolarmente pregnante per alcune popolazioni. Data la significatività del problema per una cospicua fetta della popolazione ospedaliera e, al contempo, l'indeterminatezza retrostante alle decisioni degli operatori, risulterebbe piuttosto inverosimile pensare che non si producano dei vissuti negativi dal lato dell'utenza e non attendersi quelle interpretazioni in chiave razzista che abbiamo visto costituire lo sfondo tipico di molte interazioni. Sono, quindi, molte le ragioni che inducono a ritenere che, in questo ambito, occorrerebbe riservare una particolare attenzione alle dinamiche relazionali e comunicative, per capire fino a che punto sono di volta in volta in gioco fattori problematici a livello clinico, variabili culturali (ivi comprese quelle relative alla 'cultura medica' ed a quella 'profana'), ansie dovute a ragioni del tutto diverse sul versante degli interlocutori, attitudini personali che orientano pregiudizialmente verso l'una o l'altra soluzione.

Per continuare la disamina dei motivi che favorirebbero lo sbocco delle situazioni pre-parto in direzione di un cesareo, richiamiamo il fatto che l'indagine condotta in Friuli Venezia Giulia, cui abbiamo fatto riferimento nel corso del capitolo precedente, menzionava, a monte di valutazioni non del tutto adeguate, anche "una minore pressione medico legale che l'operatore ha quando lavora con una paziente immigrata".

²³⁶ Argomento di cui abbiamo parlato anche in un capitolo precedente (Cfr. sez.ione reattiva al "Percorso di cura"/"Differimenti", cap. "Prevenire è meglio ch ecurare"). Si evince ora quale possa essere una diretta conseguenza di questa situazione di fatto, al di là del presentarsi di specifiche patologie.

Se si fa fede a quanto asserito da alcuni operatori durante il periodo di osservazione, risulta che la problematica giuridico-legale è particolarmente presente nell'area ostetrico-ginecologica; emerge, non a caso, che:

563. In Ostetricia e in Ortopedia le assicurazioni per i medici sono più alte.

In considerazione di questo, è molto probabile che le denunce effettuate nelle due rispettive aree siano percentualmente superiori rispetto a quanto si verifica negli altri settori ospedalieri. Non abbiamo a disposizione dati statistici per verificare fino a che punto le contestazioni si debbano all'utenza italiana e fino a che punto incidano le diverse aree della popolazione immigrata, ma è possibile ipotizzare che vi sia uno sbilanciamento in direzione degli autoctoni. L'ipotesi emersa nel contesto della succitata ricerca si configura, allora, come realistica ed inquietante al contempo, poiché fa presagire o una necessità di farsi scudo della dimensione giuridico-legale da parte dell'utenza, o un eccessivo ricorso ad essa da parte degli autoctoni, o una fragilità giuridica della popolazione immigrata. Dalla letteratura consultata emerge che sul versante dell'utenza 'africana' la possibilità di un ricorso per via legale può essere considerato piuttosto improbabile, anche per ragioni che si connettono ad una forte propensione a rinviare la spiegazione degli accadimenti ad un'imponderabile dimensione 'superiore' all'agire umano ed a riversare forte fiducia nell'operato dei medici. Non saranno quindi i problemi intercorsi nel contesto di un parto naturale a far sì che l'utente si risolva per una contestazione dell'operato del medico, mentre può essere più adeguato pensare che delle rimostranze possano essere portate avanti anche sul piano legale qualora s'intervenga per via operatoria effettuando un taglio cesareo²³⁷.

Altre ipotesi interpretative che abbiamo incontrato riguardano, poi, una serie di ragioni ulteriori che corroborano l'ipotesi dell'intervento di fattori extra-clinici. Significativo, a questo proposito, può essere considerato quanto emerso nel corso del periodo di osservazione grazie ad una serie di chiacchierate destrutturate effettuate con gli operatori, i quali, facendo riferimento ad un'indagine interna appositamente effettuata, hanno parlato di un generale aumento del carico di cesarei in tutta l'area ostetrico-ginecologica (quindi al di là della distinzione fra i due reparti²³⁸) in particolare a partire dal 2006, anno in cui si è verificato un cambiamento organizzativo che ha comportato un aumento del carico di lavoro.

È interessante ed inquietante, inoltre, anche la chiave di lettura utilizzata da un medico di origine africana che lavora nel medesimo contesto territoriale, seppure in un'altra struttura, e che a sua volta è stata utente del Servizio nella veste di partoriente, la quale ha esplicitamente affermato che:

564. L'ipotesi per spiegare questo riguarda ragioni di tipo economico: i cesarei portano soldi alla struttura.

Mentre, al di fuori dell'area africana, un utente di origine pakistana ha esposto le sue considerazioni intorno alla forte presenza di taglio cesareo formulando una domanda che contiene un'ipotesi interpretativa decisamente inquietante:

²³⁷ Come risulta dai Cahiers de l'Uraca, anche le équipes che lavorano in Francia non hanno, spesso, capito che "in Africa tutto è basato sul rapporto di fiducia fra curante e curato e che tutto ciò che accade all'uomo è volontà di un essere superiore", peranto risulta piuttosto infondato il timore che si verifichino lamentele ed accuse contro i medici qualora si vada incontro a complicazioni cliniche (finanche alla morte del feto), mentre questo potrebbe accadere, al contrario nei casi in cui il medico avesse effettuato un cesareo senza reale consenso.

²³⁸ Di questa distinzione, nonché di alcun conseguenze ad essa connesse, parleremo più avanti (cap. "Disuguaglianze di fatto").

565. *Questa cosa qua è voluta dal sistema.. i medici fanno le prove... se voglio imparare a fare taglio cesareo... E' una domanda... Io non metto in dubbio nessun sistema... Vediamo le percentuali... donne pakistane, ultimamente...*

In definitiva emerge un coacervo di possibilità ed ipotesi interpretative che, per essere adeguatamente districato, richiederebbe molta disponibilità e tempo da dedicare ad ogni singolo caso, mentre, come emergeva dall'affermazione n. 561 con le parole di una mediatrice linguistico-culturale di area nigeriana, fra gli utenti circola la percezione che “a Padova i medici non hanno pazienza di aspettare”. Sappiamo bene che il fattore tempo è cruciale nel far sì che si creino le condizioni adeguate alle dinamiche di un vero ascolto, mentre l'esigenza di programmare e tenere sotto i controllo i tempi è stata in genere rimarcata dagli operatori in modo pressoché capillare e stringente. Quando si è nell'imminenza del parto può accadere che la situazione precipiti repentinamente, ma può anche verificarsi che la fase di travaglio sia particolarmente lunga. In una tempistica così diversificata si prefigura la possibilità che gli scambi comunicativi dispongano dello spazio necessario a declinarsi articolatamente o, al contrario, che debbano risolversi in modo relativamente immediato o sbrigativo.

Travagli

Che sia breve o lunga, occorre, d'altra parte, tenere presente che la fase del travaglio è anch'essa soggetta a determinazioni culturali, per cui la lettura dei segnali espressivi che la connotano non può essere affidata *sic et simpliciter* all'immediatezza percettiva: è possibile che vi si annidino insidie interpretative che un approccio “equalizzante” di stampo universalistico non è predisposto a tenere adeguatamente in conto.

Ci sembrano importanti, a questo proposito, le osservazioni, rinvenibili talvolta in letteratura, che segnalano la possibilità che le diverse attitudini espressive delle partorienti possano indurre gli operatori a considerazioni relativamente inadeguate rispetto alle necessità incombenti. Un particolare ordine di problemi, a questo proposito, può essere riscontrabile in relazione alle gestanti cinesi, le quali vengono concordemente segnalate per una gestione della fase di travaglio in cui la manifestazione del dolore è molto contenuta, se non assente.

566. *Le cinesi sono in grado di assecondare e tollerare il dolore del travaglio molto bene.*

Le cinesi non fanno un verso quando partoriscono. Sono forti, determinate....

Ricordo l'episodio di una cinese con contrazioni... non avvisava quando aveva le contrazioni.

Che si tratti di bassa/scarsa percezione del dolore, o di dolore trattenuto solo a livello della sua espressione, questo elemento di mancata manifestazione può essere foriero di incomprensioni da parte delle ostetriche che, abituate ad interpretare i ritmi del travaglio in rapporto alle reazioni delle gestanti, possono essere portate a pensare che non si sia raggiunto il momento *clou* del travaglio nella misura in cui la partorientente non fornisce i segnali attesi. Accade, quindi, che l'operatore si trovi a gestire delle situazioni di parto in atto senza aver registrato la presenza di una preventiva fase di travaglio.

Fattori intervenienti a carattere culturale, a questo proposito ed in modo piuttosto diverso, se non antitetico, possono riguardare l'area dell'Europa dell'Est, rispetto alla quale gli operatori segnalano la presenza di una bassa soglia/di una maggiore propensione all'espressione del dolore.

567. *Altre situazioni è quando ci sono, specialmente le pazienti che vengono dall'Europa dell'Est, che hanno una soglia del dolore bassa e iniziano a lamentarsi dei dolori quando sono all'inizio del travaglio.*

Per quanto riguarda, invece, l'area africana, gli operatori non hanno parlato tanto del dolore, quanto della presenza di altre manifestazioni espressive:

568. Sempre tornando a parlare delle pazienti africane, quando loro iniziano il travaglio, iniziano a cantare, a pregare a voce alta, che a volte 'può dare fastidio' all'altro paziente che è in stanza con lei, che invece vuole magari un po' di tranquillità.

Se mettiamo in relazione la situazione che emerge da quest'ultima testimonianza con la questione del dolore connesso al travaglio del parto, vediamo che essa assume un interesse particolare poiché l'insieme delle manifestazioni dell'utente sembra configurarsi come la messa in atto di vere e proprie tecniche che aiutano nella gestione del dolore senza che si arrivi ad esprimerlo direttamente. Sulla base delle affermazioni degli utenti, la questione della percezione/espressione del dolore connesso al parto nelle donne 'africane' si configura, infatti, come particolarmente articolata.

Nella testimonianza n. 558 emergeva l'idea di una donna africana più predisposta a tollerare il dolore del parto rispetto a quanto avvenga per le italiane. Questa immagine è stata presentata anche da altri utenti della medesima area²³⁹ ed è riscontrabile pure in letteratura²⁴⁰. Sulla scia di questo, fra le testimonianze incontrate troviamo il riferimento a situazioni in cui le donne hanno trattenuto l'espressione del dolore fino al punto di arrivare a/rischiare di compromettere l'esito del parto:

569. Donna che è venuta per partorire, non ha voluto lamentarsi, non ha voluto dire niente, dopo ha partorito senza cesareo... è successo che dopo era troppo tardi, troppo tardi perché dopo non si lamentava per niente, è andata un po' male, per fortuna mi sembra che... per il bambino e anche lei.

570. Era incinta, le hanno dato l'appuntamento. Lei è entrata due settimane prima all'ospedale perché soffriva. L'hanno messa là, passava l'infermiera, hanno detto aiutami la bimba sta arrivando... non sono neanche arrivati dove dovevano arrivare...

Questo tipo di situazioni corrobora l'idea di una donna africana assolutamente propensa a trattenere l'espressione del dolore, facendo pensare che gli operatori dovrebbero riportare un'idea analoga a quella che riferiscono rispetto all'imperturbabilità delle donne cinesi. Dalle testimonianze degli operatori questa immagine, tuttavia, non emerge, poiché la questione o non viene menzionata oppure, se in qualche modo viene fatta intravedere, suscita anche reazioni decisamente perplesse, come risulta da questo scambio intercorso fra due diversi operatori nell'ambito del corso di formazione:

*571.- Ho visto in Africa, negli ospedali in Uganda, diverse donne partorire e non dicevano niente.
- Non ci credo perché le africane che vengono da noi sono quelle che al minimo di dolore fanno... tutte.*

Un aiuto a comprendere le ragioni di questa incongruenza proviene da altre considerazioni spontaneamente formulate dal medesimo utente:

572. Gli africani in genere resistono come i cinesi. In Europa è diverso, si comportano diversamente. Da noi non sentirai mai una persona urlare perché deve partorire. Mia mamma non aprirà mai la bocca per dire 'ho dolore'.

²³⁹ Cfr. in particolare la testimonianza n. 487 all'interno del capitolo relativo alle "Prestazioni non effettuabili".

²⁴⁰ Cfr. Cahiers de l'Uraca, da cui emerge, oltre alla tendenza a negare il dolore del parto ("Ovunque in Africa si dice che il parto non è doloroso. La mamma pensa talmente al bambino che il dolore passa. Non pensa la dolore"; "Quando chiedete a una donna africana di dire 'ho male nel parto', questo vuol dire: 'nego questo bambino che sta per nascere'."); la presenza di un singolare artificio per incanalare l'espressione: "Nel sud del Benin quando la donna partorisce si fa venire il marito il quale si mette a fianco alla donna che grida, lo sgrida e gli dà dei pugni per dirgli 'sei tu che mi hai causato questo, è colpa tua'".

Mentre, da una parte, risulta l'idea di una donna che viene educata a sminuire la portata del dolore del parto, dall'altra, emerge la possibilità che questa dimensione educativa di fondo possa essere messa in scacco, o in ombra, nella situazione d'immigrazione. In affiancamento all'ipotesi di una donna impassibile emerge, quindi, quella di un diverso modo di comportarsi nelle aree d'origine rispetto ai contesti d'immigrazione, senza che un'ipotesi sostituisca l'altra nelle testimonianze degli utenti. La fenomenologia delle situazioni che concretamente si verificano viene, quindi, a comprendere una gamma piuttosto diversificata di possibilità che – a torto o a ragione - non facilita la possibilità di costruire o di avvalersi di specifici stereotipi per quanto riguarda le donne africane e, quindi, di caratterizzarle individuandole come tendenzialmente portatrici di un loro peculiare modo di confrontarsi con il dolore del parto. Come ha affermato un'infermiera nigeriana da noi incontrata nella veste di utente:

573. Come urlano gli italiani, urlano anche i nigeriani. Ci sono alcune persone esagerate, sia italiani che anche nigeriani, [...] se capita infermiera che non vuole sentire parola di colore, lo fa il cesareo...

Questa testimonianza invita a ritenere che non vi siano differenze di rilievo rispetto all'utenza autoctona; subito dopo la prima affermazione reintroduce, però, una chiave di lettura che colloca sul versante degli operatori la possibilità di scelte discriminatorie. Il problema è ancora quello del ricorso al taglio cesareo, in questo caso in connessione con la percezione di una mancanza di volontà di confrontarsi con le manifestazioni espressive dell'utente "di colore". Ancora una volta, quindi, viene a galla una soggiacente questione razziale, utilizzata come chiave interpretativa per rendere ragione di un fenomeno rispetto al quale non si comprendono/condividono le logiche. La forza di questa percezione/posizione interpretativa deve essere considerata come molto alta anche in considerazione del fatto che il tema dell'evitamento del dolore non viene mai neanche minimamente invocato come possibile spiegazione delle ragioni degli operatori, nonostante abbia una sua rilevanza nel proprio sistema di riferimenti. Questo elemento di significatività si evince anche dal fatto che, come risulta anche dalla testimonianza n. 554, il ricorso al cesareo effettuato dalle donne italiane viene spiegato proprio come una sorta di via di fuga dal dolore. Per quanto riguarda gli operatori, invece, non si riconosce loro alcuna volontà di aiuto. La centralità della questione del razzismo prende, allora, una configurazione ulteriore poiché, come emerge da alcune affermazioni degli stessi utenti, se è vero che "come urlano gli italiani urlano anche i nigeriani", è anche possibile affermare che per gli "africani" "in Europa è diverso, si comportano diversamente" rispetto a quello che farebbero nei luoghi d'origine e questa diversità, nel caso specifico, può anche concernere la messa in atto di una precisa strategia individuata per sfuggire alle pervasive maglie di un possibile razzismo:

574. Commedie... lo fanno magari per avere la vostra attenzione, perché dicono 'se dico che sto tanto male non mi crederanno perché sono straniera', magari se sta veramente morendo non dice niente.

Disuguaglianze di fatto

L'articolazione dell'area ostetrico-ginecologica vede la distinzione di due macrosettori corrispondenti, rispettivamente, alla Clinica ed alla Divisione. La differenziazione delle due sotto-strutture risale a 25 anni fa e prevede l'esistenza di due edifici separati. Le due aree non sono, d'altra parte, autosufficienti, per cui si verificano diversi punti d'intersezione nel sistema organizzativo, il quale prevede un punto d'accesso comune (Pronto Soccorso), una sola zona parto ed anche un unico Nido.

Il percorso-tipo della partoriente che arriva in ospedale nell'imminenza del parto (senza che vi sia stata programmazione preliminare di cesareo) ha, pertanto, il seguente itinerario:

- accesso attraverso il Pronto Soccorso ginecologico ubicato nell'edificio della Clinica;
- destinazione all'area della Clinica o della Divisione;
- ricovero in area parto al 1° piano dell'edificio della Clinica;
- permanenza nell'area della Clinica oppure trasferimento in Divisione.

L'utente non ha necessariamente percezione dell'esistenza di questa serie di passaggi, ma questo tipo di articolazione non è privo di effetti. Per prima cosa, l'organizzazione prevede che la sala parto sia considerata reparto a sé, e questo comporta già una rilevante conseguenza a livello relazionale, poiché implica che la paziente che va incontro ad un normale parto vaginale non entri in rapporto con gli operatori che la seguiranno nel periodo di degenza che a parto ormai avvenuto, senza, quindi, che gli operatori stessi ne abbiano alcuna conoscenza preliminare: tutta la fase del travaglio e del parto viene seguita da persone diverse da quelle che avranno in carico la donna nel periodo successivo. Per quanto riguarda il nostro percorso di ricerca, la settimana di osservazione destinata all'area ostetrico-ginecologica è stata svolta in area Divisione e in quel frangente abbiamo avuto modo di prendere atto di una delle conseguenze più immediate di questa frammentazione, poiché è capitato più volte di trovarsi al cospetto di situazioni in cui le utenti mancavano dell'auspicabile sostegno di una mediazione linguistico-culturale anche quando le difficoltà comunicative erano estreme in ragione dell'assoluta mancanza di una lingua veicolare comune fra operatori ed utenti. Il mancato contatto precedente con l'utente non aveva consentito agli operatori di accorgersi delle necessità in tempo utile per attivare il servizio di mediazione reso disponibile dall'organizzazione ospedaliera, né vi era stata un'adeguata veicolazione delle informazioni da parte degli operatori che avevano seguito la partoriente nella fase precedente che avesse consentito di sopperire a questa carenza.

La situazione è parzialmente diversa nei casi di cesareo programmato, in quanto il ricovero avviene immediatamente nel reparto di definitiva degenza (si verificherà solo un momentaneo trasferimento di edificio per l'effettuazione dell'intervento, ma mantenendo una totale continuità di rapporto con gli operatori). In queste situazioni viene a mancare la frammentazione di cui si è detto, ma i cesarei programmati, come abbiamo avuto modo di dire precedentemente, riguardano gli immigrati in una misura percentualmente minore rispetto agli autoctoni, poiché nel loro caso sono i cesarei d'urgenza ad avere prevalenza. La questione organizzativa si ripropone, allora, in tutta la sua ampiezza, poiché in questi casi la decisione di procedere ad un cesareo viene presa piuttosto repentinamente. Per quel settore dell'utenza per cui il problema del cesareo si pone con particolare pregnanza si renderebbe, infatti, necessario per lo meno un lavoro di elaborazione successivo all'intervento, effettuato in un contesto di premurosa attenzione alle dinamiche comunicative. La tempistica accelerata e la frammentazione organizzativa, invece, non consentono di dedicare la dovuta attenzione a queste situazioni. Come ha affermato un'operatrice, facendo implicitamente riferimento anche ad altre problematiche:

575. Il ricovero dura 3 giorni per il parto vaginale, 4 giorni per il cesareo. Poco tempo per spendere tutte le carte che si hanno.

Occorre d'altra parte rilevare che, ciononostante, l'area ostertrica è una di quelle che fa maggior uso del servizio di mediazione.

Al di là di queste questioni, già di per sé significative, emerge un ulteriore fattore di disparità, che si evidenzia se si tiene presente come avvenga l'attribuzione della partoriente all'una o all'altra sezione dell'area ostetrico-ginecologica e delle caratteristiche che esse manifestano di avere proprio in relazione alla questione del cesareo. Facendo riferimento a quanto affermato dagli operatori nelle varie chiacchierate:

576. È la donna che sceglie se andare in Clinica o in Divisione.

In realtà, questa considerazione va in buona misura ridimensionata, in primo luogo distinguendo fra autoctoni ed immigrati ed introducendo una serie di questioni che aiutino a capire fino a che punto gli utenti dispongano delle informazioni necessarie per effettuare una scelta che possa dirsi effettivamente tale, in quanto ne conoscono le implicazioni. Più analiticamente, se la paziente che si presenta risulta da inviare in sala parto, l'assegnazione alla Clinica o alla Divisione avviene in considerazione di due diversi criteri:

- su base puramente casuale, andando a vedere quali dei due reparti è di turno per l'accoglienza;
- sulla base di una scelta operata dalla partoriente.

Si tratta di una scelta talvolta esplicita e consapevole, talvolta effettuata in modo del tutto implicito, in quanto conseguente ad altre decisioni di fondo. Nel primo caso l'opzione viene esercitata sulla base di specifici dati informativi che, corretti o erronei che siano, orientano la donna verso l'una o l'altra direzione, dandogli *ipso facto* la possibilità di esercitare un diritto che le viene riconosciuto. In termini di equità/disparità di trattamento entra, quindi, in gioco, a questo livello, il problema del possesso delle informazioni relative alle caratteristiche dei due reparti, di cui gli autoctoni è più probabile siano forniti. Uno dei fattori di scelta maggiormente presenti è, poi, quello legato alla presenza di un ginecologo di riferimento: in questi casi la decisione viene presa non tanto distinguendo fra reparto e reparto, quanto in considerazione dell'eventuale presenza, o del rapporto di collaborazione, con il proprio ginecologo. Entra, allora, in gioco tutta la questione del percorso che ha caratterizzato il periodo della gravidanza, in primo luogo della scarsità di controlli che, in genere, vengono effettuati dalle donne immigrate e di cui abbiamo avuto modo di parlare nei capitoli precedenti. Non è, infatti, infrequente il caso della donna che si presenta al momento del parto manifestando di non avere maturato alcun precedente rapporto con medici specialisti del settore o, qualora lo abbia fatto, evidenziando una certa sporadicità e, comunque, in assenza di un chiaro punto di riferimento interno al Sistema Sanitario. In questi casi l'assegnazione alla Clinica o alla Divisione avviene necessariamente su base casuale. Questo dato di fatto potrebbe non implicare alcun problema aggiuntivo se fra i due reparti non sussistessero differenze sostanziali, ma proprio la questione del ricorso al cesareo sembra rappresentare un elemento di significativa differenziazione fra le due aree.

577. Il cesareo non è gradito fra gli africani perché 'tutto deve essere naturale'. In ospedale a Padova c'è differenza fra Clinica e Divisione ostetrica. Quando ho partorito 15 anni fa mi sono rifiutata di andare in Clinica perché lì fanno molti cesarei.

Chi parla, in questa testimonianza, è un medico di origine africana che a sua volta è stata utente del servizio ospedaliero. La scelta, in questo caso, viene effettuata in modo pienamente consapevole, ma non è certo secondario il fatto che venga esercitata non da un utente qualunque, ma da un medico che, in quanto tale, può avvalersi di un sistema

di rapporti e conoscenze che rende possibile accedere a precise informazioni. Come risulta dalle parole stesse degli operatori, infatti:

578. In Clinica e in Divisione c'è una diversa impostazione, una diversa filosofia di fondo. In Divisione c'è un approccio più fisiologico. Lo si vede dal numero inferiore di cesarei.

Il “numero inferiore di cesarei” di cui si parla è frutto di una percezione d’insieme non formalizzata, ma risulterebbe corroborato anche dai dati di un’indagine interna, non ufficiale, condotta da alcuni operatori e calcolata su 2066 parti, dalla quale emergerebbe una percentuale del 53% di cesarei relativi alla Clinica rispetto ad un 28% della Divisione per il medesimo periodo di riferimento. A questo proposito sono gli operatori stessi ad aver invocato la presenza, nei due Servizi, di una diversa “impostazione” che tenderebbe a portare avanti un approccio più o meno “fisiologico” e che comporterebbe, ad esempio, la maggiore o minore propensione a decidere per un intervento chirurgico o per tentare la via del parto vaginale in presenza di gravidanze precedenti, a loro volta portate a termine con un cesareo o meno, oppure in presenza di altre caratteristiche:

579. In Clinica se c'è cesareo precedente lo si farà ancora per ogni altro parto, in Divisione se c'è stato cesareo precedente e le signore entrano spontaneamente in travaglio partoriscono senza cesareo.

580. Se la gravidanza è gemellare in Clinica si fa il cesareo, in Divisione si cerca di far partorire naturalmente.

La diversa “filosofia di fondo” di cui si parla negli item n. 578 va poi messa in collegamento con un’altra annotazione effettuata dagli operatori i quali, in analogia con quanto già emergeva dalla testimonianza n. 577, riportano che:

581. In Clinica con gli stranieri si hanno “quasi tutti cesarei”.

Il quadro che emerge, in definitiva, mostra il verificarsi di una disuguaglianza in un’area particolarmente pregnante sotto ogni profilo. Se l’utenza autoctona, infatti, plausibilmente, possiede una base informativa adeguata, a cui fa seguito un correlativo sistema di strategie che gli consente di effettuare delle vere e proprie scelte rispetto alle possibilità offerte dal Servizio, questa stessa situazione non rappresenta la norma per quanto riguarda le donne immigrate. In quest’ultimo caso è molto più probabile che subentrino delle carenze informative ed un’organizzazione routinaria che minano di fatto la possibilità di effettuare una scelta reale. Questa situazione di disparità, già di per sé evidente a questo livello, risulta ulteriormente rafforzata da un fattore ulteriore, anch’esso emerso nel corso del periodo di osservazione in occasione della visita di una coppia di italiani al reparto:

582. Arriva una coppia per vedere il luogo. Lei dice di aver scelto la Clinica ‘perché sa che sono più aperti’. Viene detto loro che la paziente sarà seguita per le due ore dopo il parto (lasciando intendere ‘nella sala operatoria’). In realtà la paziente precedente era rimasta per due ore in uno spazio a sé in corridoio. La donna non ha fatto la visita anestesiologicala. Le hanno detto che ormai non può più farla. L’ostetrica le dice di non prendere appuntamento, ma di andare direttamente.

Questa sezione di osservazione fa emergere alcune cose che ci sembrano importanti. La prima annotazione di un certo interesse riguarda la considerazione di maggiore “apertura” formulata nei riguardi del settore della “Clinica” rispetto a quello della “Divisione”: una percezione che, plausibilmente, non avrebbe le stesse caratteristiche o motivazioni di fondo cambiando tipologia di utenza. Al di là di questo, emerge che nel contesto dell’Azienda Ospedaliera è presente una prassi relativamente abituale per cui l’utenza può effettuare una visita preliminare al reparto in vista delle decisioni da prendere per procedere al parto. Si tratta di un’opportunità offerta alle donne in

gravidanza che apre a sua volta alla possibilità di accedere a dati informativi ulteriori. Nel caso presentatosi, infatti, alla donna è stata fornita l'informazione aggiuntiva, non posseduta precedentemente, di accedere ad una visita anestesiológica che le avrebbe consentito di far uso dell'epidurale in caso di necessità. La possibilità di ricorrere all'epidurale prevede, quindi, che sia l'utente stessa a richiederla e la possibilità di farvi ricorso dipende dall'aver effettuato o meno una visita anestesiológica che non viene eseguita di *routine*, ma che deve a sua volta essere preventivamente richiesta. Le immigrate difficilmente posseggono l'informazione relativa a questa procedura e, di conseguenza, è quasi impossibile che riescano ad attivare l'*iter* in tempo utile per mettere in pratica quanto necessario e ricorrere poi all'epidurale qualora se ne presenti l'opportunità²⁴¹. Anche nel caso di cui si riferisce con lo stralcio n. 582 si è verificata una situazione di non coincidenza dei tempi utili, ma in quell'occasione l'operatore ha fornito all'utente l'indicazione supplementare di ricercare un contatto diretto con l'anestesista senza passare attraverso un appuntamento formale, dandogli le indicazioni che gli avrebbero consentito di risolvere il problema presentatosi. Niente di tutto questo è presumibile avvenga nel caso dell'utenza immigrata, la quale non è, in genere, a conoscenza della possibilità di visita offerta dalla struttura ospedaliera e tanto meno della procedura necessaria per attivare l'*iter* che rende possibile il ricorso all'epidurale. A questo proposito, ci sembra, peraltro, degno di nota il fatto che di questo problema non sia stata fatta alcuna menzione in nessun momento in cui ci è stato possibile raccogliere le testimonianze degli operatori. Come risulta dalle parole di un medico africano, d'altra parte:

583. Un'altra ragione di ricorso al cesareo si deve alla mancanza di vie anestesiológicas alternative.

Il problema, in tal senso, si riconnette alle questioni che abbiamo toccato precedentemente in relazione alla percezione ed espressione del dolore ed al fatto che questa variabile possa, anch'essa, intervenire nel facilitare la possibilità che gli operatori decidano per un ricorso al cesareo in alcune situazioni.

Al momento del parto

Un ulteriore elemento che è emerso dalle affermazioni liberamente effettuate dagli utenti riguarda la possibilità/richiesta che il parto venga effettuato in presenza del coniuge.

Il parto è una questione femminile e non è affatto inconsueto trovare nelle diverse tradizioni delle specifiche procedure di tutela di questo momento, organizzandolo in modo tale da salvaguardarlo dallo sguardo maschile. Questa impostazione non è più presente da tempo nella nostra area culturale, sebbene si possano incontrare posizioni diversificate anche in questo campo, ma persiste in modo più o meno vincolante in altre aree del mondo. Può, quindi, risultare importante chiedersi quali siano le abitudini consolidate ed ancora presenti nelle zone di provenienza degli immigrati e quali aspettative si connettano all'effettuazione del parto una volta entrati in rapporto con le consuetudini presenti in area d'immigrazione.

²⁴¹ Il fatto che si possa verificare questo tipo di problema è corroborato anche da quanto emerso da un colloquio effettuato con un'utente di origine francese, la quale, solo in occasione del suo secondo parto si è accorta dell'esistenza di una procedura che doveva essere attivata a monte e della quale non era stata avvisata in nessuna delle sue due gravidanze e parti.

La questione della presenza del padre del nascituro a fianco della donna al momento del parto è emersa, ad esempio, in occasione di un incontro di gruppo cui hanno partecipato utenti di varie provenienze. È stato un utente senegalese a formulare una specifica osservazione in tal senso:

584. Al momento del parto in alcune religioni o tradizioni non vogliono la presenza del marito in sala parto e qua ho visto che a volte il medico o l'infermiere insiste che sia la presenza del marito in sala parto. Questa è una cosa che va corretta perché si può mettere in imbarazzo il marito oppure mettere in conflitto con la moglie.

A questa osservazione ha fatto riscontro l'intervento di un utente nigeriano che, con la sua testimonianza, ha mostrato l'acquisizione di un diverso atteggiamento di fondo:

585. Per me andare in sala parto ha cambiato il mio rapporto.. il rapporto con mia moglie, è migliorato, perché rispetti tua moglie ancora di più.

Le due affermazioni testimoniano di posizioni sostanzialmente diverse, entrambe riscontrabili al di là delle specifiche contingenze. Anche in questo caso, pertanto, non è possibile racchiudere la gamma delle possibilità in una fenomenologia troppo ristretta di posizioni; emergono, tuttavia, delle linee di forza che risulta utile tenere presenti per l'impostazione delle richieste e delle offerte possibili.

La testimonianza n. 585 converge con quanto tendiamo a ritenere ottimale nell'ambito del contesto storico-culturale in cui siamo immersi e ci indica, pertanto, che anche la richiesta/offerta di adottare comportamenti in abituali, come quello appena indicato, può essere accolta e dare adito a trasformazioni positive plausibilmente per entrambi i membri della coppia; d'altra parte, è chiaro che questa prospettiva di coinvolgimento dell'uomo nelle varie fasi di sviluppo della gravidanza e del parto non è universalmente condivisa e che, pertanto, sussistono altre linee di sensibilità rispetto alle abitudini che stanno maturando in area occidentale. L'aspetto interessante dell'affermazione n. 584 riguarda, peraltro, il fatto che faccia emergere non solo una "resistenza" dell'uomo, ma anche la possibilità che si venga a creare un conflitto all'interno della coppia che non agevolerebbe affatto la gestione della situazione. L'affermazione può essere, infatti, intesa almeno in due modi diversi:

- nel senso che l'uomo oppone una sua resistenza alla possibilità di una sua presenza in sala parto, mentre la donna vorrebbe che lui fosse presente;
- nel senso che l'uomo accoglie l'offerta di essere presente e la donna non vuole che lo sia.

Ci sembra interessante percorrere questa duplicità di possibilità alternative poiché, da quanto emerge da altre testimonianze, proprio l'esclusione del marito dalla gestione congiunta dei vari momenti della gravidanza e del parto potrebbe essere considerata, invece che come carenza, disinteresse, mancanza di sostegno da parte del coniuge, o altro che si situi su questa linea, anche come - in maniera del tutto opposta - un momento di rivendicazione, per la donna, di uno spazio di autonomia e libertà.

586. Le donne non vogliono che il marito sia in sala parto: "è l'unica cosa loro". E' inutile dire a una donna africana 'tuo marito deve entrare in sala parto. Lei non vuole e questo stupisce. Ma come? Perché molte volte si fa come le mamme, la coperta è quella cosa che la mamma ti fa portare quando lei ha freddo. Vuol dire che le donne italiane hanno conquistato questo diritto di far soffrire l'uomo in sala parto e lo trovano logico.. trovano che sia una cosa normale per tutte le culture. Invece la donna africana dice "no". Le ragazze africane dicono "è l'unico momento in cui sono padrona io", "E' una cosa mia, non voglio condividere con lui", "È una cosa dove posso decidere io". Sembra strano, visto in altre forme. Perché dicono 'le vostre donne sono sottomesse'... C'è una ragazza camerunese l'altro giorno che mi ha detto "anche la gallina ha visto sorgere il sole, però lascia cantare il gallo". Non vuol dire che non

si è accorta anche lei che il sole stava sorgendo, è un'impostazione culturale diversa di fronte alla problematica.

Dopo il parto

In termini generali, la letteratura di settore riporta che, per gran parte delle immigrate, divenire madri in territorio occidentale è un'esperienza che contrasta con le abitudini proprie delle aree d'origine. Cambia inevitabilmente, spesso anche in modo radicale, il contesto umano che circonda l'evento, vengono a mancare gli abituali punti di riferimento e di appoggio, si entra in un percorso di ospedalizzazione strutturato su regole precise ed inamovibili che, in genere, impediscono, o comunque limitano in modo significativo, ogni possibilità di effettuare quanto, altrove, risulterebbe auspicato e necessario. Già la gravidanza è probabile sia stata portata avanti in un contesto di generale stravolgimento dei propri ritmi di vita, in assenza del sostegno che nel luogo di origine sarebbe stato rappresentato dalle altre donne della comunità e dalla famiglia allargata e quando, poi, si arriva al momento del parto, il contesto non corrisponde in alcun modo a quello familiare. Fra i fattori di criticità che vengono messi in evidenza in letteratura per caratterizzare tutta la fenomenologia della gravidanza e del parto dell'immigrata emergono, quindi, in particolare:

- il vissuto di solitudine della donna, a cui viene a mancare il sostegno della famiglia allargata e delle altre donne della comunità;
- lo stravolgimento dei ritmi abituali (che viene connesso, fra le altre cose, al fenomeno delle nascite-pretermine ed al basso peso dei bambini al momento del parto²⁴²);
- la patologizzazione dell'evento (il 'vissuto malato' del partorire);
- le difficoltà di comprensione linguistica e culturale con gli operatori dei reparti ostetrici (che vengono connesse con l'interruzione precocissima o l'assenza totale di allattamento materno).

Questo tipo di problematiche non è stato indagato direttamente nell'ambito della nostra ricerca, né sono emerse spontaneamente dichiarazioni in tal senso nel corso dei colloqui intrapresi con gli utenti, nelle testimonianze scritte degli operatori o nelle discussioni effettuate nell'ambito dei corsi di formazione²⁴³. I relatori di area africana intervenuti in quest'ultimo contesto, uomini o donne che fossero, si sono, d'altra parte, soffermati a raccontare quali fossero alcune delle abitudini presenti nei loro contesti d'origine in relazione al periodo della gravidanza, del parto e del puerperio (senza che le stesse venissero esplicitamente messe in relazione con qualsivoglia forma di disagio), mettendo l'accento in modo particolare sulla presenza di specifiche ritualità. Come,

²⁴² Questi dati, che globalmente corrispondono a quanto riferiscono gli operatori rispetto alla realtà padovana, corrispondono a quanto relativo a Roma, a Milano (Ospedale Luigi Sacco, parti pretermine – cioè antecedenti la 37° settimana – pari al 13% per le immigrate e al 9% per le italiane) e all'Emilia Romagna (parti pretermine pari al 10,3% delle immigrate contro il 4,6% della popolazione locale; neonati con basso peso alla nascita – cioè sotto i 2.500 gr. – pari all'11,5% per gli immigrati contro il 7,4% della popolazione locale; Zinelli 1996, in Geraci S.).

²⁴³ Un'eccezione in tal senso è rappresentata dalla testimonianza n. 554, in cui una mediatrice linguistico-culturale di area maghrebina parla del suo vissuto di angoscia per il fatto di non capire il senso della procedura di controlli richiestale e per la sensazione di non poter gestire autonomamente e padroneggiare quanto le stava accadendo nel periodo della gravidanza.

infatti, ha affermato uno dei relatori, originario del Burkina Faso, gli eventi che hanno carattere di straordinarietà sono generalmente contornati da una dimensione rituale ed in particolare:

587. Quando una persona entra in un evento straordinario della vita deve sempre tornare all'ordinario tramite un rito.

Si tratta di “momenti di passaggio”, dotati di uno specifico valore simbolico e di una potenziale pericolosità che è necessario controllare attraverso pratiche formalizzate, per cui vengono anche, in genere, individuati degli specialisti incaricati di gestire, con il loro sapere tecnico-empirico e magico-religioso, tutto quanto vi è connesso. L'evento della nascita ha, indubbiamente, questo carattere di straordinarietà, pertanto i vari gruppi culturali vi associano delle azioni da compiere in modo specificamente regolamentato. In particolare, risultano importanti i momenti che corrispondono al recupero ed alla sepoltura della placenta, alla presentazione del bambino al mondo, all'attribuzione del nome, alla purificazione della mamma.

Fra le ritualità menzionate ci sembra importante soffermarci su quanto è stato affermato relativamente al recupero della placenta.

588. Non buttiamo la placenta, bisogna seppellirla. Siamo animisti, se un domani vado da un charlatan o feticher... mi dicono tuo figlio è nato con qualcosa nella sua placenta che... anche portafortuna... si va a scavare e ritrovare se esiste. [...] Cordone ombelicale e placenta non si danno a nessuno, non lo si deve neanche chiedere (li si seppellisce, in Nigeria si mangia: è sacro). [...] Seppellire la placenta dentro casa... è rimasto nella mente di tanti. Qui accettano che non sia così perché non hanno altre possibilità, ma è difficile accettarlo per chi ha questa mentalità. La maggior parte però è cambiata rispetto a questo, per la maggior parte.

La placenta non solo va sotterrata, ma va sotterrata in modo adeguato (nuora...)

Dopo il parto la nakuta taglia l'ombelico e fa il bagno al bambino. Persone (donne) con esperienza e di fiducia sotterrano il cordone ombelicale a una profondità inferiore a un metro.

In alcuni gruppi il padre non ha diritto di assistere al parto. Avrà il compito di sotterrare la placenta.

Se c'è la morte del feto, la sepoltura avviene con anche la placenta.

I comportamenti rituali non sono identici per i vari gruppi etnici, per cui può accadere, talvolta, che quello che è opportuno fare in un caso contrasti con quanto risulterebbe necessario in un altro, resta, però, come portato trasversale, il fatto che tutti questi elementi (soprattutto la placenta) vengono rivestiti di un significato che non trova corrispondenza con quanto avviene nel nostro contesto. E', d'altra parte, in relazione al tipo di osservazioni riportate con l'insieme n. 588 che ci sembra possa trovare senso una situazione cui abbiamo assistito nel corso del periodo di osservazione. Si tratta del medesimo caso cui si riferisce lo stralcio n. 547 del capitolo relativo alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza, riguardante la consultazione in Clinica Genetica di una paziente gravida di origine nigeriana. Dopo quanto già riferito, il colloquio è proseguito andando a toccare varie questioni ed ipotizzando diverse possibilità relativamente agli esiti ed agli accertamenti da effettuare finché, dopo una serie di affermazioni e richieste che hanno trovato la piena disponibilità ed il pieno consenso dell'utente, si è verificato un diniego apparentemente incomprensibile.

589. L'utente accoglie ognuna delle ipotesi formulate, che, fra le altre, prevedono la possibilità che il bambino riporti gravi malformazioni e che sia opportuno procedere ad un esame cromosomico ed anche che si vada incontro alla morte del bambino quando è ancora in pancia e che si proceda ad un'amniocentesi. Firma ognuno dei documenti che le vengono proposti, senza formulare alcuna obiezione e consentendo a tutto in

anticipo, nonostante il fatto che il medico le avesse spiegato che avrebbe potuto rifiutare di firmare o che avrebbe potuto attendere di conoscere l'esito prima di apporre la firma. La situazione cambia drasticamente e l'utente, senza spiegazione ed in modo del tutto impreveduto, si rifiuta drasticamente di firmare un ultimo documento che prevede il consenso ad utilizzare, a scopo di ricerca, quanto rimarrà dai prelievi già effettuati e dai residui del parto avvenuto.

Il cambiamento di atteggiamento dell'utente in relazione alla possibilità di fornire l'ultimo consenso prospettato è stato repentino e radicale; la drastica virata nella disponibilità ad acconsentire ad ogni ipotesi formulata dai medici rimarrebbe incomprensibile se non la si mettesse in relazione con la forte valenza rivestita dagli elementi residuali del parto²⁴⁴. Anche la stessa morte, infatti, quando ci si addentra nella questione del significato, è ben lontana dall'aver valenza universale ed in questo caso è ipotizzabile che non siano in gioco delle semplici problematiche relative alla possibilità di effettuare delle ricerche su materiale 'inerte', ma vere e proprie questioni di vita e di morte.

Al di là di quanto concerne lo specifico delle situazioni che si connettono al recupero della placenta, i racconti effettuati dai relatori nell'ambito del corso di formazione hanno fornito diversi altri elementi utili a comprendere quanto elevato possa essere il divario fra le pratiche in uso nel contesto di immigrazione e quelle proprie delle diverse aree di origine. Esempi in tal senso, per quanto riguarda il periodo successivo al parto, sono costituiti dal fatto che la puerpera viene accudita per un periodo relativamente lungo, mentre in contesto di immigrazione viene a mancare il sostegno necessario affinché ciò si verifichi:

590. Viene a mancare il sostegno del circolo familiare, della relazione familiare. Anche il consiglio, perché si danno tutte le cose come scontate. Cosa intendo? Quando la mamma torna a casa in puerperio con il bambino, molte volte non sa come fare per rispettare le regole di qui e le abitudini del paese. Cioè, quando cominciare a farli mangiare, quale cibo, quando fare svezzamento, se rispettare i ritmi che si ha a casa.

591. A volte sono stata chiamata dove hanno le donne nigeriane. Donne incinte senza mariti, non vogliono fare nulla. Questa cosa è la maternità africana. Quando ho partorito sono rimasta a casa per tre mesi... Da me si esce di casa dopo tre mesi: La mamma e il figlio restano a casa, mangiano... la donna bella è grassa... Io sono magra, dicono che sono europea. [...] Se sei magra diranno non sei una brava mamma... devi dare da mangiare in continuazione in modo che vieni fuori con il bimbo ciccione. [...] Dopo 3 mesi usciamo e andiamo a salutare casa per casa.

Non ci addentriamo ulteriormente nello specifico di questi racconti in quanto i loro contenuti non fanno emergere elementi significativi per la comprensione delle dinamiche che si verificano in ambito ospedaliero. Essi, d'altra parte, consentono di corroborare quanto si legge in letteratura rispetto alla possibilità che il vissuto delle immigrate sia peculiarmente caratterizzato da una significativa forma di disagio. Maurizio Mazzetti, in particolare, mettendo a confronto la situazione che oggi potremmo considerare piuttosto tipica della donna italiana con quella dell'immigrata, rileva delle analoghe forme di insicurezza che caratterizzerebbero le due situazioni; mentre in un caso le difficoltà verrebbero affrontate ricorrendo a quanto previsto dall'organizzazione sanitaria, nell'altro permarranno, però, in buona misura insolute. Mazzetti tratteggia in questi termini la condizione della donna italiana: "Se una donna ha il suo primo figlio a 40 anni, sua mamma ha partorito lei quarant'anni prima: un tempo che sembra un'era geologica rispetto ai progressi della scienza e alla rapidità dei

²⁴⁴ Gli altri elementi residuali non risultano, d'altra parte, rivestire la medesima valenza/sacralità riservata alla placenta.

mutamenti dello stile di vita nei paesi a sviluppo avanzato. Di conseguenza la figlia difficilmente considererà come un riferimento attendibile i saperi della mamma su come si allevano i piccoli. Si riduce la trasmissione verticale di norme culturali di puericultura, perché la distanza tra generazioni si allunga, e si riduce quella orizzontale, perché sono sempre meno i parti tra le sorelle, le amiche, le conoscenti. Questa situazione fa sì, da un lato, che le mamme, non sostenute da competenze trasmesse, siano non di rado insicure e spaventate nella gestione dei loro bimbi, e dall'altro che ricorrano con grande facilità ai pediatri per avere rassicurazioni e informazioni". Per quanto riguarda, invece, la condizione dell'immigrata che proviene da aree in cui la nascita è un evento ben più frequente e meno medicalizzato, Mazzetti afferma quanto segue: "Una donna straniera, il più delle volte, sa bene come ci si comporta quando nasce un figlio, o per lo meno come bisogna organizzare nascita e puerperio: il che non significa che non si senta anch'essa insicura, (...) ma per ragioni opposte: la mamma italiana non sa cosa fare, e cerca qualcuno, il pediatra, che glielo insegni. La mamma straniera conosce ciò che bisogna fare, ma non può farlo per mancanza di supporti: sa che dovrebbero intervenire sua mamma e le donne anziane della sua famiglia, e come dovrebbero farlo, ma queste non ci sono. Sa che cibi dovrebbe mangiare, ma questi cibi non ci sono, o mancano le persone per prepararglieli. E a volte, quando si rivolge a noi, si sente insegnare cose diverse da quelle che sa. (...) La mamma straniera è spaventata, perché conosce bene il suo modello, ma non può realizzarlo, e noi a volte glielo mettiamo in crisi. E' una situazione pericolosa, che dà ragione delle frequenti crisi psicologiche delle mamme straniere non solo in epoca puerperale, ma anche prima, all'idea di portare avanti una gravidanza in un contesto non attrezzato secondo il loro modello"²⁴⁵.

E' in rapporto a questo insieme di fattori che, in letteratura, viene talvolta richiamato un maggiore rischio di depressione *post partum*²⁴⁶ che sarebbe riscontrabile fra le donne immigrate rispetto alle autoctone. S'inserisce in questa linea interpretativa, ad esempio, quanto afferma Marie Rose Moro, la quale utilizza la locuzione "solitudine elaborativa", per fare riferimento alla mancata corrispondenza fra la cultura interna e quella esterna che caratterizzerebbe la situazione della donna immigrata e che darebbe adito ad un senso di insofferenza e di profonda incertezza, capace di trasmettersi anche al bambino. Secondo una ricerca da lei condotta a Parigi tra le donne migranti, la generale situazione di insicurezza che sarebbe propria della donna immigrata in relazione al suo divenire madre in terra straniera si correlerebbe a sua volta con il disagio psichico derivante dall'impossibilità di applicare le tecniche di *maternage* conosciute ed avrebbe come corrispettivo un rischio significativamente aumentato di depressione e anche di mortalità durante il primo anno di vita dei figli rispetto a quanto avvenga per le autoctone²⁴⁷.

²⁴⁵ M. Mazzetti, *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*, Roma, Carocci, 2003, pagg. 140-141.

²⁴⁶ Un'utente ha segnalato in particolare la questione della depressione post-partum in relazione all'area pakistana affermando che "Per cultura le donne quando partoriscono non vengono lasciate sole. Non vengono fatte uscire di casa, vengono coccolate, non devono fare niente, vengono accudite e basta... Il marito è spesso uno sconosciuto (matrimoni combinati), quindi non conosce le esigenze della moglie... Solitudine post parto che viene anche trasmessa al bambino."

²⁴⁷ Si veda M. R. Moro, tr. it. di D. Demetrio, *Bambini immigrati in cerca di aiuto*, Torino, Utet, 2001.

Al di là di questa situazione in senso generale, un dato su cui richiamare l'attenzione riguarda la questione dell'allattamento, che sembra assumere una fisionomia piuttosto diversa in contesto d'immigrazione rispetto a quanto avvenga nelle aree d'origine.

592. *Da noi allattiamo... mai il biberon, è l'unica cosa che fa la mamma, oltre ad andare a lavarsi. [...] Il biberon non lo conoscevamo. Bisogna che ci sia il contatto fisico, sentire il profumo del corpo della mamma... Rispetto per la mamma... Bisogna dare il latte materno. [...] Non ho mai visto donne che non hanno latte. Ci sono cose da fare per farlo venire [...] Se viene a mancare la mamma si prende una che ha partorito, si prendono delle erbe, un amalgama che si mette sul seno e fa venire il latte. [...] Si allatta dove ci si trova.*

593. *La donna che allatta un altro bambino: diventa figlio di latte. Non adozione, vive con la sua famiglia. [...] L'adozione non è permessa nella religione musulmana. Se muoiono i genitori il figlio viene cresciuto da tutti insieme... La poligamia è anche sostegno sociale: sposare le madri di orfani...*

594. *I miei connazionali mi hanno preso in giro: penserò come una mucca, dato che prende il latte di mucca. Io spero di no, ma non ne sono sicura.*

595. *Molte volte stranamente alcune ragazze rifiutano di fare l'allattamento materno, convinte che farlo con il biberon è più moderno... "Sono in Europa, il latte dei bianchi è meglio che dare il mio". È una falsa idea di progresso che si ha. È questo quello che chiamo esotismo reciproco. Anche perché da noi in Togo il pane migliore che viene venduto al mercato lo chiamano yovofono 'pane dei bianchi'. Tutto ciò che è migliore è yovò. Quindi la convinzione che in Occidente, in Europa, io troverò la cosa migliore. Questo crea delle situazioni estreme.*

Questa disparità di situazioni non sembra essere percepita dagli operatori, che non hanno mai segnalato problemi intorno al tema dell'allattamento né per quanto riguarda le utenti africane, né relativamente ad altri gruppi geografico culturali²⁴⁸.

Ci sembra, infine, importante effettuare un richiamo a quanto asserito nel capitolo relativo alle "Disuguaglianze di fatto", laddove si parla della frammentazione organizzativa della struttura ospedaliera di Padova e delle connesse difficoltà che rendono più difficoltoso, nonché relativamente improbabile, per le partorienti immigrate, essere seguite con continuità, fornendo loro, in una tempistica adeguata, i sostegni opportuni e necessari, fra cui, in primo luogo, quell'ausilio rappresentato dalla figura del mediatore linguistico-culturale che renderebbe possibile affrontare adeguatamente alcune fasi critiche dell'iter e delle connesse opportunità, necessità e conseguenze. Il realtà l'area ostetrico-ginecologica è quella che maggiormente si avvale del servizio di mediazione reso disponibile all'interno dell'Azienda Ospedaliera, ma, per quello che ci è stato possibile constatare nel periodo di osservazione effettuato in quest'ambito, il ricorso a questo ausilio viene effettuato più in funzione strumentale, per veicolare una serie di informazioni in modo sostanzialmente unilaterale (dalla struttura sanitaria all'utenza), o per affrontare casi particolarmente problematici che mettono in campo il Servizio Sociale, che per mettere in atto un interscambio comunicativo capace di rilevare esigenze latenti sul versante dell'utenza.

²⁴⁸ Questa questione, d'altra parte, se si fa fede a quanto affermato da uno dei relatori che hanno partecipato al corso di formazione su *La relazione con il paziente straniero* organizzato nell'ambito dell'A.O.P. durante il periodo della ricerca, sembra essere particolarmente presente per l'utenza cinese: "Le donne lavorano nei laboratori fino anche al nono mese di gravidanza anche per 10-12 ore continuative... non hanno il tempo di allattare i figli. Pensiamo che non amino i propri figli, ma la mamma non li allatta perché deve rientrare subito nella catena produttiva della fabbrica o comunque aiutare in qualche maniera il marito e perché questi bambini vengono allontanati precocemente. C'è un non attaccarsi troppo al figlio perché poi si soffrirebbe di più perché a tre, quattro mesi vengono allontanati dai propri genitori e portati nel loro paese d'origine." (Intervento di Elisabetta Confaloni)

DOLORE

Universale e singolare

Una delle tematiche che è sporadicamente emersa nei resoconti forniti dagli operatori, nelle chiacchierate effettuate con gli utenti e, soprattutto, nell'ambito del corso di formazione (attraverso le questioni poste ai/dai relatori intervenuti in quel contesto), è quella del dolore. A questo proposito sono state formulate a più riprese affermazioni che, analogamente a quelle che riportiamo qui di seguito, tendono a rilevare la presenza di un atteggiamento dissimulatorio sul versante dell'utenza immigrata:

596. *[Gli immigrati] a volte fingono di avere dolore.*

597. *Tante volte gli stranieri si lamentano per niente... quindi non riesci a capire se stanno male veramente o se è tutta scena.*

Le due testimonianze appena riportate pongono al centro il problema della dissimulazione. Ci consentono di mettere subito in evidenza che il problema dell'espressione del dolore può avere una portata di grande rilievo nella misura in cui, come risulta implicitamente dalla seconda testimonianza, va a coinvolgere la possibilità stessa di dare credito alle affermazioni del paziente rispetto al considerarlo o meno affetto da un disagio di rilevanza clinica. Non è la prima volta che ci imbattiamo in accuse di finzione rivolte agli immigrati: le abbiamo incontrate in modo particolare in riferimento alla comunicazione verbale ed alle competenze che gli operatori ritengono sarebbero realmente possedute dagli utenti per intendere quanto viene detto loro utilizzando la lingua d'immigrazione. La riflessione effettuata a tale proposito aveva comportato una messa in luce dell'ipotesi che, sebbene possa verificarsi talvolta quanto effettivamente indicato dal personale ospedaliero, vi sia, da parte degli operatori (e talvolta anche da parte degli utenti stessi), una tendenza alla sottostima del problema linguistico/comunicativo, il quale presenta difficoltà ed ostacoli che vanno tendenzialmente al di là di quanto risulta alla percezione immediata. Se questo è vero per quanto riguarda la comunicazione verbale, si tratta di vedere, ora, se avvenga qualcosa di analogo anche in relazione al tema del dolore (della sua percezione, espressione e comunicazione), oppure se, al contrario, in questo caso sia davvero possibile parlare di una sostanziale realtà di fondo in termini di simulazione. Che si riveli valida l'una o l'altra ipotesi, occorre comunque tenere presente quanto è *in nuce* nella seconda affermazione: una situazione di dubbio sul versante degli operatori che, proprio in virtù della sua presenza difficilmente può non produrre effetti nella relazione con gli utenti e sul corrispettivo itinerario terapeutico. Essendo, infatti, il dolore, anche un elemento diagnostico di una certa rilevanza, dare più o meno credito alla sua presenza ed espressione può risultare influente nel determinare quello che sarà l'*iter* procedurale ed il percorso di cura dell'utente.

Pur senza entrare nella specificità delle diverse aree di origine, la genericità delle affermazioni precedenti trova, talvolta, maggiore precisazione ed una differenziazione

che viene effettuata porta in scena la distinzione fra utenti regolarmente ed irregolarmente presenti sul territorio nazionale:

598. *Con i regolari non ci sono problemi, invece i clandestini hanno necessità... e a volte, non vorrei giudicare nessuno, ma la fanno anche da furbi, perché a volte non hanno tanto male, visitandoli vedi che non hanno un vero dolore, però simulano.*

599. *Fanno finta di non essere guariti per non tornare al lavoro. [...] A volte si mettono anche d'accordo col medico che fa finta di averli toccati per vedere se sentono dolore, loro fanno ahi e in realtà non l'ha mica toccato. [...] I pazienti che fanno il lavoro in nero, invece, tendenzialmente tendono a tornare al lavoro prima perché hanno paura di perdere il lavoro.*

Queste due testimonianze, oltre a mettere in luce la presenza di problemi sociali di evidente portata, sono accomunate dal fatto che tendono ad evidenziare la presenza di un atteggiamento dissimulatorio, ma attribuendolo a macrocategorie antitetiche di utenti. Anche in questo caso sono caratterizzate da una tendenza alla generalizzazione e dalla corrispettiva difficoltà a segnalare e descrivere situazioni specifiche che, in quanto tali, consentirebbero di addentrarsi meglio nell'analisi. Le spiegazioni implicitamente (primo caso) ed esplicitamente (secondo caso) addotte dagli operatori possono, ciononostante, anche essere considerate adeguate e pertinenti, per cui non è affatto escluso che possano corrispondere ad un dato di realtà. Emerge, però, il fatto che la spiegazione di volta in volta utilizzata, sebbene in forma implicita, tende a legare strumentalmente ed esclusivamente l'atteggiamento dissimulatorio all'ottenimento di un qualche beneficio "secondario", che si situa, cioè, al di là della situazione sanitaria in senso stretto. In tal modo viene esclusa la possibilità di rivolgere l'attenzione sul fatto che a monte degli episodi possano essere rinvenibili delle ragioni di altro genere, che chiamino in gioco, ad esempio, la dinamica relazionale concretamente verificatasi in quel frangente. Esse, infine, non sembrano aperte ad accogliere la possibilità di altre spiegazioni, che rimandino a differenze soggettive nella percezione del dolore invece che alla sola manipolazione delle forme espressive, come, invece, avviene nel caso di affermazioni che, analogamente a quella che riportiamo qui di seguito, tendono a richiamare delle differenze di soglia:

600. *Altra situazione [problematica] è quando ci sono specialmente le pazienti che vengono dall'Europa dell'Est, che hanno una soglia del dolore bassa e iniziano a lamentarsi dei dolori quando sono all'inizio del travaglio.²⁴⁹*

Una lettura di questo tipo si differenzia significativamente dalle precedenti in quanto mantiene aperta l'ipotesi di una differenza fra individuo e individuo, ma senza chiamare in causa alcuna volontà di manipolazione, bensì facendo riferimento alla possibilità che la stessa percezione del dolore risenta di una dimensione soggettiva. Il dolore, infatti, ben lungi dal rappresentare un portato esclusivamente oggettivo dell'esperienza umana, può essere considerato un'invariante obiettivamente presente per ognuno in ogni contesto culturale a cui si connette sempre un modo d'essere soggettivo, cui è possibile dare il nome di sofferenza²⁵⁰. Come avviene per ogni accadimento umano, anche in questo caso all'effettività dell'evento si collega la rappresentazione che l'essere umano ne dà: il dolore-sofferenza è strettamente legato ad una dimensione di rappresentazione, pertanto la sua percezione risente in buona misura della storicità che è propria del

²⁴⁹ Questa stessa testimonianza è stata riportata anche nella sezione relativa alla *Procreazione*, n. 542. Testimonianza n. 542.

²⁵⁰ È la distinzione che è stata utilizzata da Marcello Ghilardi in occasione della sua conferenza tenuta nell'ambito del convegno sul tema "La sofferenza e il sollievo nelle diverse culture: Oriente – Occidente – Africa", Bassano, 21-26 Maggio 2012.

soggetto umano (cioè della sua storia individuale che, in quanto tale, è intessuta dei rapporti concretamente attraversati e, quindi, del rapporto con una lingua, con una cultura, con un insieme di significati). Se le cose stanno in questi termini, si ripresenta, anche in questo caso, la questione che già avevamo messo in luce in relazione alle competenze linguistiche ed alle percezioni/accuse di finzione, quindi la possibilità che vi sia, da parte degli operatori, una qualche tendenza alla sottostima del problema.

Orientalismi

Se quanto affermato in chiusura del precedente capitolo rappresenta una delle componenti del problema, altre testimonianze inducono a prendere in considerazione ulteriori direttrici interpretative. Come già avveniva con l'affermazione n. 600, troviamo, infatti, testimonianze degli operatori che tendono a rilevare anche delle linee di forza nella gestione del dolore in collegamento con le diverse aree culturali. In tal senso, è in primo luogo l'area cinese ad avocare a sé delle considerazioni piuttosto specifiche:

601. *Le cinesi non fanno un verso quando partoriscono, sono forti, determinate.*

602. *Le cinesi sono in grado di assecondare e tollerare il dolore del travaglio molto bene, sono poco inclini a mostrare le loro emozioni, ma sono intolleranti al dolore da ferite chirurgiche, considerate come un'interferenza in un processo naturale.*

Come già abbiamo avuto modo di affermare nel capitolo relativo all'espressione delle emozioni, sarebbe fuorviante racchiudere la singolarità di ogni caso entro la matrice esplicativa che è propria di una cultura in senso generale e sarebbe anche fuorviante pensare che le culture siano monolitiche ed immobili. Senza scadere nell'irrigidimento che è tipico degli stereotipi e, quindi, indulgere a forme di classificazione vincolanti e statiche, è d'altra parte possibile individuare delle linee di forza, delle forme di coerenza, dei punti di fuga che rendono conto di una dimensione generale delle culture e del loro manifestarsi incarnandosi nella singolarità dei percorsi individuali. In questa prospettiva, risultano del tutto plausibili affermazioni analoghe alle due ultime riportate, le quali trovano senso proprio in un'impostazione di fondo delle tradizioni orientali in genere, e quindi anche delle tradizioni cinesi. Così come è possibile dire che le emozioni si configurano come "sindromi culturalmente acquisite", allo stesso modo possiamo affermare, infatti – e le etnoscienze ci vengono incontro in tal senso – che, per quanto riguarda il dolore:

603. *La cultura mette in forma delle modalità di sofferenza specifiche, dei contenitori quasi, al punto che si parla addirittura di una funzione patoplastica, cioè quasi della capacità di mettere in forma delle patologie specifiche.*

Può, allora, avere senso affermare che vivere un'esperienza di dolore e di sofferenza all'interno di certi quadri culturali, linguistici, filosofici e religiosi, nella misura in cui modifica anche sensibilmente l'orizzonte ed i significati di quell'esperienza, interferisce anche con il modo di percepirla, di esprimerla e di gestirla. Non a caso, un altro relatore intervenuto nell'ambito del corso di formazione nella veste di medico che lavora all'interno del complesso ospedaliero padovano ed è, contemporaneamente, membro della comunità indiana, ha affermato che:

604. *Il dolore si risolve al 50% se viene spiegato, se non viene spiegato il dolore è molto più difficile da affrontare.*

Per quanto riguarda l'area cinese/orientale, la dimensione d'impassibilità rispetto alle emozioni, di cui si è fatto cenno in altri momenti di questo scritto, trova corrispondenza nella capacità di cui si parla nelle due affermazioni appena riportate di "assecondare" e "tollerare" il dolore e questo può, a sua volta, plausibilmente, essere messo in relazione con il fatto di collocarlo entro una specifica dimensione di senso. È quanto risulta anche dall'affermazione n. 602, con la quale l'operatore (in questo caso un medico italiano che lavora nel settore ostetrico-ginecologico) differenzia fra la capacità di assecondare e tollerare il dolore in due diverse situazioni che si collegano a due diversi sistemi di significato. In tal senso, vivere un'esperienza di dolore/sofferenza si connette fortemente con il quadro culturale (quindi linguistico, filosofico, religioso) entro cui l'esperienza trova forma, per cui si può affermare che cambiano di volta in volta le modalità di provarlo, contenerlo e fronteggiarlo, nella misura in cui cambia l'orizzonte di senso di quell'esperienza, nella misura in cui, cioè, si condivide un determinato orizzonte culturale. Se stiamo nel solco tradizionale dei pensieri d'Oriente, infatti, non a caso la sofferenza si lega essenzialmente o ad una dimensione d'ignoranza (si soffre perché in realtà non si sa che la dimensione originaria è non sofferente) o a una dimensione di processualità e dinamica tra opposti complementari (il dolore si lega necessariamente alla gioia, il negativo si lega e coopera necessariamente con il positivo); in un caso e nell'altro la meditazione è la grande medicina, poiché è attraverso di essa che si rende possibile recuperare la dimensione originaria²⁵¹.

²⁵¹ E' ben noto che il buddismo - nato in India, ma diffusosi ampiamente fuori dalla sua area d'origine in buona parte dell'Asia Orientale, fra cui la Cina - ha fatto della riflessione sul dolore e della pratica ad essa relativa il punto centrale della propria dottrina. Tutta la moltitudine delle scuole buddiste, con la loro diversificazione interna, trova un punto di convergenza nel discorso che Siddharta Gautama ha pronunciato all'inizio della sua predicazione di Illuminato: l'esposizione delle quattro nobili verità. Nel sermone, il dolore viene indicato come elemento caratterizzante la vita e come avente una sua precisa causa/origine rinvenibile nell'attaccamento, nella brama, nel desiderio; del dolore è, allora, possibile liberarsi, fino ad estirparlo totalmente, percorrendo la via che, come indica l'ottuplice sentiero, attraverso l'adozione di specifici comportamenti, porta a rideterminare il proprio rapporto con le cose e con se stessi: *Questa o monaci è la nobile verità del dolore: la nascita è dolore, la vecchiaia è dolore, la malattia è dolore, la morte è dolore, l'unione con ciò che non è caro è dolore, il non ottenere ciò che si desidera è dolore. In breve tutti gli aggregati che ci definiscono e che rappresentano la base dell'attaccamento all'esistenza sono dolore. Questi o monaci è la seconda nobile verità, è la verità dell'origine del dolore: l'origine del dolore si identifica con la brama, con l'attaccamento che conduce a nuove forme di esistenza. Trova appagamento ora qua ora là. Esiste la brama per il godimento degli oggetti dei sensi, la brama per l'esistenza e anche la brama per la non esistenza. Questa o monaci è la terza nobile verità che vi insegno: è la nobile verità della cessazione del dolore. Cessazione del dolore è l'estinzione, l'abbandono di questa brama, la liberazione e il distacco da essa. E questa o monaci è infine la nobile verità del sentiero che conduce alla cessazione del dolore: esso è il nobile ottuplice sentiero, ovvero retta visione, retta intenzione, retta parola, retta azione, retti mezzi di sostentamento, retto sforzo, retta presenza mentale e retta concentrazione.*

Analogamente al buddismo, il pensiero tradizionale cinese (in particolare il taoismo), muovendo dall'idea che niente esiste in termini assoluti (non esiste il bene senza il male, il dolore senza la gioia: il negativo e il positivo sono tali solo in senso logico, tutto ciò che è si definisce in relazione a ciò che non è e non esiste di per sé), fa del dinamismo l'elemento vitale: il male è ciò che fronteggia il bene, il negativo è ciò che con il positivo coopera, la sofferenza è una dimensione che deve essere commisurata con il corrispettivo con cui sta in rapporto di complementarità; rispetto al dolore, quello che occorre fare è, allora, allargare lo sguardo, ampliare l'orizzonte, ricontestualizzando la dimensione negativa all'interno di un ordine più ampio, poiché ciò che va favorito è, come nel simbolo del Tao, il continuo scambiarsi, la processualità della dimensione cooperativa.

Buddismo e taoismo trovano, peraltro, convergenza nel buddismo zen che, sebbene diffuso particolarmente in Giappone, ha avuto la propria fondazione in Cina.

Sempre in relazione alle culture orientali, lo stesso medico di origine indiana cui si deve l'affermazione n. 604, ha ritenuto opportuno introdurre alcune distinzioni ulteriori: quella fra espressione e sopportazione del dolore e quella fra dolore acuto e dolore cronico.

605. La sopportazione è molto accettata filosoficamente. [...] Occorre sopportare perché sopportando si raggiunge la perfezione. Sul tema del dolore si è usciti dall'induismo ed è cominciato il buddismo, ma questo è vero sia per l'Induismo che per il Buddismo.. Induismo: sopporterò perché Dio mi accetterà, ma dirà 'se ho questi dolori meglio che li sopporto perché mi sono comportato male'. Buddismo: [...] sopporto il dolore perché fa parte della vita umana. La sopportazione c'è in entrambi i casi sebbene con diversità. [...] il dolore lo sopportano bene anche se testualmente esprimono molto, urlano... sono meccanismi di compensazione, ma il dolore lo sopportano bene. [...] L'espressione è esagerata, ma il modo di sopportare è molto elaborato. Devo fare un prelievo. Senti urlare. È una forma di espressione, ma non è perché ti contraddice, ti evita, ti butta di là, ecc. Sopporta, non c'è problema. Esiste la scenata, però sopportano il dolore, perché sono abituati a sopportarlo. Hanno una ferita e magari camminano per chilometri, però lo esprimono. Acuto e cronico si distinguono tantissimo rispetto al dolore. Gli orientali l'acuto lo esprimono chiaramente. L'orientale l'acuto lo esprime in modo netto, vuol dire che sta male. Particolarmente i cinesi. Cercano di fare tutto il possibile al loro interno, se sono venuti all'ospedale vuol dire che ormai è l'ultima spiaggia. Non guardatelo come una sceneggiata: il quadro è vero. Per quanto riguarda il cronico, accettano volentieri di capire, spiegare (questo vale soprattutto per gli indiani, per lo Sri Lanka). Nel cronico non vedi tutta questa drammaticità, scenate ecc. Cercano di spiegare il problema. Se c'è drammaticità in un orientale tenete presente che si tratta di dolore acuto. Invece un italiano del sud acuto e cronico lo esprime nello stesso modo, con un napoletano non serve fare questa distinzione.

Tornando al tema introdotto all'inizio di questa sezione sul dolore, quindi alla questione della dissimulazione, è interessante notare che, nonostante quanto mette in luce il medico cui si devono le due ultime considerazioni, per quanto riguarda, in genere, l'area orientale non sono mai state menzionate situazioni rispetto alle quali emergesse l'ipotesi di una qualche forma di esagerazione, né, tantomeno, di vera e propria finzione. D'altra parte, la cosa non è emersa neanche per gli italiani, che figurano invece nella testimonianza del medico indiano come almeno in parte propensi ad esternare il dolore cronico secondo le stesse modalità con cui reagiscono a quello acuto, quindi (è il caso dei napoletani secondo l'affermazione del medico indiano) esternandolo piuttosto platealmente. La tematica della dissimulazione emerge, invece, in modo forte e preponderante per l'area africana e, all'interno di essa, in relazione agli utenti originari della cosiddetta Africa nera.

Finzioni africane

Per entrare nello specifico del mondo africano, differenziando, però, fra l'area subsahariana e quella maghrebina, emergono sul versante degli operatori delle riflessioni che tendono a spostare in modo piuttosto deciso le percezioni/accuse di dissimulazione - che nella prima parte di questa sezione avevano ancora un suono generico rispetto alla globalità degli immigrati - sul versante degli utenti originari dell'Africa nera. Abbiamo già incontrato delle affermazioni che vanno in questa direzione nel capitolo relativo alle emozioni, laddove vengono riportate delle testimonianze in cui si afferma che "rispetto al dolore e all'esempio dei cinesi, gli africani esprimono in modo anche esagerato" oppure che, mentre "i cinesi preferiscono

ammazzarsi che perdere la loro dignità”, “l’africano no, vuole farsi sentire”²⁵². Sulla base di quanto emerge ad una prima analisi, quindi, l’area nero-africana si caratterizzerebbe come quella maggiormente dedicata all’espressione delle emozioni. Un’ulteriore testimonianza in tal senso, questa volta più nettamente collegata al tema del dolore, è rinvenibile nel seguente scambio comunicativo, che ha visto coinvolti due diversi operatori in un momento di discussione verificatosi nel contesto del corso di formazione:

606. - *Ho visto in Africa (negli ospedali dell’Uganda) diverse donne partorire e non dicevano niente.*
- *Non ci credo perché le africane che vengono da noi sono quelle che al minimo dolore fanno...*²⁵³

Con questa testimonianza, più esplicitamente che con le precedenti (in cui si parlava solo di “esagerazione” e di volontà di “farsi sentire”), emergono delle perplessità rispetto alla possibilità che l’utente africano, in particolare la donna partoriente, possa essere considerato propenso a trattenere l’espressione del dolore. Gli interlocutori, entrambi operatori sanitari, in questo frangente fanno, però, riferimento a due distinte esperienze, maturate in contesti molto diversi l’uno rispetto all’altro: in un caso direttamente nel territorio africano, nell’altro nel contesto dell’Azienda Ospedaliera di Padova. Questa distinzione risulta essere di un certo rilievo.

Già nel capitolo relativo alle emozioni avevamo avuto modo di effettuare delle osservazioni che mettevano sull’avviso rispetto al pericolo di facili generalizzazioni. In quel contesto avevamo richiamato il fatto che alla teatralità percepita dagli operatori facevano riscontro, sul versante degli utenti, sia delle affermazioni che tendevano a corroborare l’idea di un’espressività plateale, sia delle altre che, al contrario, facevano propendere verso l’esistenza di una tendenza al contenimento delle emozioni che si estendeva a comprendere anche la negazione della loro possibilità di espressione. In altri termini, ne emergeva un panorama articolato e contraddittorio, che non consentiva in alcun modo di racchiudere l’immagine dell’africano in uno stereotipo che semplificasse la complessità del quadro. Le cose non si presentano diversamente se ci spostiamo dal discorso sulle emozioni in generale a quello sul dolore. Sulla base delle informazioni fornite dai diversi testimoni di area africana (utenti, mediatori o relatori del corso di formazione) non risulta, infatti, possibile affermare che, nelle aree d’origine, alla questione della gestione del dolore corrisponda una dimensione univoca, né che, tantomeno, questa univocità possa essere riscontrabile in territorio di immigrazione. Le affermazioni formulate a questo riguardo sono piuttosto diversificate: risultano, ad esempio, relativamente contraddittorie rispetto a quanto sembra essere consentito nelle culture d’origine in relazione alla differenza di genere, poiché ad asserzioni che rilevano una sostanziale differenziazione fra i sessi ne fanno da contrappeso altre che tendono ad evidenziare un’analogia di fondo (e laddove si fa riferimento ad una differenza di fondo le posizioni si presentano a volte come ribaltate); allo stesso modo, non è possibile affermare né che, in assoluto, viene richiesto il contenimento del dolore, né che ne viene favorita l’espressione, poiché risultano essere presenti entrambe le modalità:

²⁵² Cfr. testimonianza n. 79 riportata nella sezione relativa a “La relazione operatore-paziente”/”Comunicazione”, cap. “Leggere le emozioni”.

²⁵³ Questa stessa testimonianza è stata riportata anche nella sezione relativa alla “Procreazione”, cap. “Il parto”/”Travagli”, n. 57.

607. *Un maschio non deve mai piangere/gridare per significare che soffre/che ha dolore. Significa che è ancora un bambino o è femmina.*
608. *Agli africani è stato insegnato a sopportare il dolore, a andare fino in fondo. Questo fenomeno del cesareo è recente in Africa... non c'erano gli ospedali... tutto si faceva con le erbe, le radici ... soffrire, sopportare, non devi aprire la bocca, devi sopportare la sofferenza, l'africano non deve mai cedere. [...] Ci è stato insegnato così, dobbiamo fare così, noi stesse ... la brava donna... non quella che si fa operare... Dio ha detto 'da sotto', non da un'altra parte... difficilmente cederanno... [...] Per tutti gli africani, uomini e donne, la questione del dolore è così. Costa D'Avorio, Nigeria...
Domanda: *Ma come fanno ad abituarvi?*
Risposta: *Ci fanno camminare per chilometri a piedi, ci fanno portare dei bagagli sopra la testa... vedete l'isola dei famosi.. non è niente, noi facciamo di peggio.**
609. *Ci hanno insegnato di non farci tagliare. Cesareo, mai. Perché ci hanno insegnato la resistenza alle sofferenze, dall'inizio. Perché ci fanno passare tante sofferenze, tanti dolori. Abbiamo sopportato. Finché ce la fai non farti aprire, solo se veramente se sei al limite... Bisogna essere coraggiose.*²⁵⁴
610. *Rispetto alla morte dicono non devi piangere, appena lei apre la bocca 'basta, basta'.... chi segue la tradizione, purtroppo... deve soffocare il dolore.*
611. *Domanda: Come si aiuta la mamma a superare il trauma della morte del bambino?*
Risposta: *Il dolore è dolore, non c'è niente da fare... Ci hanno insegnato che se si piange tanto... Il primo che muore non devo piangere... fino al terzo bambino. Per noi è una tragedia quando muore qualcuno, si urla, si trascina per terra, però... Io vi vedo qua che siete tranquilli, piangete proprio.. in un modo che vi lasciate consolare. In Africa non è possibile, si piange, si urla, In costa d'Avorio addirittura si bruciano per dire 'stiamo soffrendo'. Diversi modi di manifestare il dolore. Però una volta che ti metti in testa che se piangi ... anche gli altri, tu ti calmi subito.*

Le affermazioni riportate evidenziano la presenza di una molteplicità di modi di essere, per cui non sembra possibile evincere una linea di fondo univoca nel sistema educativo. In realtà le cose possono assumere un'altra fisionomia se non si prende in considerazione il tema del dolore nella sua generalità, ma si effettuano delle distinzioni sia in connessione con circostanze specifiche (per esempio in relazione alla possibilità di ricorrere o meno a forme ritualizzare di contenimento o espressione), sia relativamente alla sua diversa forza e tipologia (distinguendo, per esempio, fra dolore fisico e dolore morale, così come fra forma acuta e cronica). La molteplicità delle forme espressive disponibili, d'altra parte, può rendere ragione della relativa facilità con cui gli utenti africani sembrano utilizzare l'una o l'altra modalità, diversificando l'espressione rispetto a quanto di volta in volta risulta anche strumentalmente opportuno.

La testimonianza n. 603 introduceva un elemento di incredulità e di indisponibilità a ritenere – in quel caso nel contesto del parto – che la donna africana possa contenere il dolore invece che esprimerlo enfatizzandolo. Facendo fede a tutte le testimonianze incontrate, è possibile che la differenza, in tal senso, sia rappresentata in modo particolare dal luogo nel quale si verifica la situazione. Fra le varie affermazioni, infatti, alcune vanno in modo piuttosto evidente in questa direzione:

612. *Gli africani in genere resistono come i cinesi. In Europa è diverso, si comportano diversamente. Da noi non sentirai mai una persona urlare perché deve partorire. Mia mamma non aprirà mai la bocca per dire 'ho dolore'. [...] Mia mamma ha avuto 10 interventi. Tutti gli infermieri in ortopedia, ma anche al monoblocco... mi hanno detto*

²⁵⁴ Questo stralcio figura all'interno della testimonianza n. 559 (sezione "Procreazione", cap. "Il parto") "Non vogliono che facciamo più di 2-3 bambini".

che la mamma è buona come il pane. Dicevano questo, che è brava, perché non si lamentava.

Questa testimonianza riveste un particolare interesse in quanto, oltre a corroborare l'idea di una diversa caratterizzazione su base culturale relativamente all'espressione del dolore, evidenzia il fatto che le determinanti culturali non vanno considerate dimensioni statiche, ma sono a loro volta soggette a rideterminazione in rapporto ai contesti. Ciò che è vero nell'area d'origine, pertanto, può non essere più valido in contesto d'immigrazione. Una questione di questo genere era già chiaramente presente nello stralcio di trascrizione n. 606, dal quale emerge la diversa esperienza, o per lo meno la diversa posizione prospettica che è propria dei due operatori cui si deve l'interlocuzione riportata. Occorre pertanto chiedersi a cosa si deve questa differenza, se essa è effettivamente tale.

Il fatto che lo sia può riguardare in primo luogo una dimensione di senso, poiché quanto riscontrabile in letteratura evidenzia la presenza di diversi modi di attribuire significato alle medesime cose²⁵⁵. Dalle testimonianze da noi incontrate, d'altra parte, non risulta così secondaria neanche la presenza di quel fattore di dissimulazione che è stato rilevato da alcuni operatori. Alcune testimonianze, infatti, tendono a parlare di situazioni - mai riferite a se stessi, ma riscontrabili nell'atteggiamento di fondo di altri membri della propria stessa comunità - caratterizzate in modo specifico rispetto a quello che è ritenuto essere il modo di procedere degli operatori.

613. È possibile che alcuni siano più esagerati. Ghana e Nigeria fingono tanto, fanno la commedia. Perché lo fanno? Ho un forte dolore e non so cos'è. Quando veniamo in Europa diciamo: qui ci sono tutti gli apparecchi... Quando vai in ospedale non capiscono, magari perché non ti fanno gli esami adatti, allora si urla per farsi prendere sul serio. Lo fanno per avere un controllo approfondito. Altrimenti devi sempre andare a fare i controlli e non finisce mai. Urlano per farsi ricoverare, perché sanno che quando sono là gli fanno tutto. [...]. Una dottoressa africana mi ha detto: fingi di soffrire, allora prendi l'ambulanza. Siamo obbligati a fingere per essere aiutati. [...] Qualcosa hanno, viene esagerato per ottenere qualcosa. I medici prendono con leggerezza. [...] Chi si lamenta lo fa perché dicono 'siamo africani, nessuno ci vuole bene, bisogna per avere l'attenzione... che sto veramente morendo.

In altri termini, quella che sembra profilarsi sullo sfondo è, fra le altre cose, l'ennesima situazione caratterizzata da aspettative d'inadeguata considerazione. Anche in questo caso, la questione che si pone non riguarda solo l'eventuale sussistenza a monte di reali atteggiamenti discriminatori, ma anche il fatto che essi possano prodursi effettivamente in virtù dell'innescarsi di un circolo vizioso sul piano relazionale ed interpretativo.

Fraintendimenti reali e potenziali

Sulla base del meccanismo che è venuto in luce, è possibile che prendano corpo delle dinamiche di fraintendimento. Nelle situazioni di Pronto Soccorso, ad esempio, come altre volte abbiamo richiamato nel corso di questo scritto, può accadere che l'utente

²⁵⁵ È quanto si riscontra, ad esempio nei "Cahiers d'Uracà", dove si legge che, mentre in Africa "Non si parla del proprio dolore. Il dolore non si esprime. Non si dice 'ho male'. Lo si vive come una prova", "quando si comincia a manifestare il dolore si dice 'fermati, sei grande'", in contesto di immigrazione (rappresentato in questo caso dalla Francia) si verificano di necessità dei cambiamenti, in quanto ci si confronta con altri modi di rapportarsi al dolore: "Qui si parla del proprio dolore, dei propri problemi. In Africa sono gli altri che lo vedono e ne parlano", "Qui molto spesso, dall'istante in cui si esprime del dolore, un sentimento di malessere, le persone entrano in panico. Qui si prende per 'oro colato' la manifestazione del dolore".

tenda a dichiarare un dolore che non corrisponde a quanto plausibilmente riscontrabile sul piano clinico, ma il dolore, nel caso del Pronto Soccorso centrale dell'Azienda Ospedaliera di Padova, non rientra fra i criteri diagnostici utilizzati in fase di *triage* (diversamente da quanto avvenga, nell'ambito della medesima struttura ospedaliera, per quanto riguarda il Pronto Soccorso pediatrico), pertanto la sua non considerazione non si costituisce tanto come indice di un diverso modo di rapportarsi all'utenza, mentre è in questo modo che può venire letta dal paziente la situazione relazionale creatasi²⁵⁶.

Non è neanche da escludere - ovviamente questa ipotesi dovrebbe essere specificamente indagata per valutarne l'attendibilità o meno - che in queste situazioni si verifichi ancora una volta il meccanismo della profezia che si autoadempie: se, infatti, la dichiarazione di dolore non rientra fra i criteri di attribuzione del codice-colore mentre, al contrario, può accadere che venga letta come indice di atteggiamento dissimulatorio, non è escluso che, in taluni casi, possa predisporre verso quella sottostima del problema che - sulla base di quanto dichiarato dagli operatori stessi - risulta essere effettivamente presente nel caso degli immigrati in occasione del *triage* effettuato in Pronto Soccorso²⁵⁷.

Infine, come risulta dalla testimonianza che riportiamo qui di seguito, può accadere che la mancata manifestazione del dolore - che, nel caso di una cinese può rimanere sullo sfondo in quanto si è predisposti a pensare che l'imperturbabilità eventualmente mostrata non sia di per sé indice della mancanza di una situazione di urgenza -, quando si verifica in relazione ad un'utente nigeriana, incontri maggiori possibilità di generare fraintendimento:

614. Sentendo adesso tutti mi veniva in mente una cosa che mi è successa tempo fa. A volte anche noi, in realtà, abbiamo un po' un pregiudizio grande rispetto a queste persone. Mi è successo tempo fa che arriva una paziente che non manifestava nessun dolore. A vederla così, apparentemente non sembrava che fosse imminente.. invece devo dire che mi sono sbagliata e lì mi sono anche domandata.. ho detto "vedi, è uno sbaglio considerare...". Siccome siamo abituati a vedere gli stranieri che inventano anche molto di star male.. quella non si lamentava nemmeno e invece.. doveva partorire e tra un po' partoriva in ascensore, ed era una nigeriana. Probabilmente loro hanno proprio.. lo si diceva proprio parlando con una collega, parlando con i medici, perché dopo ci siamo anche un po' confrontati su questa cosa... è vero siamo lì in prima linea, ma non sempre posso avere ragione io, questa volta abbiamo sottovalutato... le nigeriane, dicevano che loro non dicono ahì, ed anche partoriscono velocissimamente, è capitato altre volte che sono capitate persone così. Arrivano e non manifestano... quindi tu ci caschi.

In definitiva, queste situazioni si profilano in modo relativamente analogo a quanto avviene per l'utenza autoctona, con tutta la gamma delle variabilità possibili, per cui, in un caso così come nell'altro, non è in alcun modo praticabile l'ipotesi di un prontuario di esperienze e situazioni che possa garantire circa la validità delle interpretazioni di volta in volta attuate. Come già affermava un infermiere la cui testimonianza abbiamo

²⁵⁶ Ci è capitato di incontrare una situazione di questo tipo in modo piuttosto evidente ed esplicito in relazione ad un utente italiano in occasione del periodo di osservazione effettuato allo sportello dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico. In quel caso si è presentato un paziente che ha contestato il codice-colore attribuitogli (si trattava di un codice bianco, quindi di un codice che indica assenza di gravità) e che, a suo dire, gli era stato assegnato in quanto "non urlava dal dolore". La situazione clinica presentata aveva dato adito ad un'ipotesi diagnostica di alterazione del *visus*, situazione rispetto alla quale l'utente aveva dichiarato di avere "lampi improvvisi agli occhi".

²⁵⁷ È opportuno ricordare che lo stesso direttore del servizio di Pronto Soccorso ha segnalato il fatto che gli utenti immigrati incorrono più frequentemente rispetto a quanto avvenga per gli italiani in situazioni di sottostima che sono evidenziate dal fatto che il codice-colore attribuito in fase di *triage* subisce poi delle modifiche in direzione di una maggiore gravità.

riportato in un altro momento di questo elaborato²⁵⁸, per gli operatori non è, quindi, possibile essere esonerati dalla responsabilità interpretativa: sia con gli italiani, sia con gli immigrati possono capitare delle situazioni del tutto diversificate, talvolta decisamente antitetiche, che non corrispondono a quanto ci si attenderebbe sulla base di particolari esperienze pregresse ed è l'operatore che deve riuscire a modulare il proprio atteggiamento, mettendosi nella condizione di cogliere la specificità della situazione che di volta in volta ha di fronte. In questo campo, quindi, l'alternativa sta male veramente/finge di star male rischia di non essere affatto valida, anche se in alcune situazioni può risultare pertinente a posteriori. La sua mancanza di validità risiede in primo luogo nel fatto che prende forma sulla base dell'idea che il dolore si costituisca come una dimensione sostanzialmente uguale per tutti e che l'eventuale differenza si situi esclusivamente sul versante della sua espressione. L'alternativa, invece, non riguarda solo l'essere vero/falso nel senso della corrispondenza fra espressione e percezione, ma concerne la possibilità che vi siano anche modi diversi di percepire, come rende evidente il semplice fatto che, se siamo in ansia, il dolore per la ferita diventa insopportabile: è l'ansia che lo rende tale, ma in quel momento l'intollerabilità è reale e trova espressione, mentre in una condizione di rilassatezza o in presenza di elementi di supporto che aiutino a ridimensionarne il senso, può cambiare anche la percezione che se ne ha.

Sempre in relazione all'utenza africana, un ulteriore ambito in cui ci è stato possibile rilevare una non corrispondenza delle interpretazioni degli operatori con quanto ipotizzabile in considerazione delle affermazioni degli utenti riguarda il tema dei prelievi ematici.

615. Se sono abituati a questi dolori pazzeschi non credo che sia un prelievo in sé che li può spaventare.. sono terrorizzati...

*616. In laboratorio noi vediamo molte persone straniere soprattutto in difficoltà per capire le procedure dell'accettazione, dell'attesa, delle chiamate e poi del prelievo stesso. Notiamo spesso la paura che loro hanno nell'approccio vero e proprio del prelievo, del dolore, manifestato spesso nel rifiuto nell'eseguirlo, nella capacità di capire il motivo perché viene eseguito.*²⁵⁹

In questi casi gli operatori rilevano dei segni di apprensione sul versante dell'utenza e li interpretano, così come farebbero per gli italiani, chiamando in causa la paura del dolore. È proprio in virtù di questo collegamento fra timore manifestato e dolore presumibile in quella specifica circostanza che le considerazioni effettuate in riferimento alla capacità di tollerare il dolore faticano a risultare credibili. In realtà, ciò che l'operatore avrebbe dovuto mettere in discussione in occasione della riflessione da lui stesso formulata, non era tanto la legittimità delle affermazioni sul dolore, quanto il fatto di attribuire al timore del dolore la reazione impaurita colta sul volto degli utenti. Quello che è, infatti emerso, nelle conversazioni effettuate con gli utenti di area africana non riguarda tanto - come invece ritiene l'operatore - la paura dell'ago/del prelievo inteso come atto in sé eventualmente collegabile ad una qualche percezione di dolore, ma il fatto di non padroneggiare il senso di quanto viene effettuato. Le richieste di prelievo ematico, infatti, soprattutto laddove reiterate, lasciano aperti molti interrogativi che si collegano alle questioni che l'utente si porrebbe nel suo territorio d'origine. Nelle aree di provenienza degli utenti africani la consuetudine al prelievo ematico è, infatti,

²⁵⁸ Cfr. n. 77, riportata nella sezione relativa a "La relazione operatore-paziente"/"Comunicazione", cap. "Leggere le emozioni".

²⁵⁹ A proposito di questo problema e di questa testimonianza in modo specifico vedere anche il capitolo su le "Prestazioni non effettuabili", all'interno della sezione sul "Percorso di cura".

tutt'altro che diffusa e, soprattutto per quanto riguarda i nigeriani, solleva molte perplessità. Ci si chiede, infatti, a cosa serva il sangue prelevato, che destino abbia, che uso ne venga fatto, nell'ipotesi che non serva affatto per le sole ragioni di tipo medico-conoscitivo, ma che alimenti un traffico sotterraneo e pratiche rituali di vario genere (a cui si connettono i timori manifestati)²⁶⁰.

Un ulteriore ambito di fraintendimento può, poi, essere considerato anche quello relativo alla sottostima o alla valutazione distorta di alcune situazioni in cui si mettono in atto specifici comportamenti.

617. Sempre tornando a parlare delle pazienti africane, quando loro iniziano il travaglio, iniziano a cantare, a pregare a voce alta che, a volte 'può dare fastidio' all'altro paziente che è in stanza con lei, che invece vuole magari un po' di tranquillità.

Situazioni come questa, che apparentemente non hanno alcuna attinenza con la tematica del dolore, si costituiscono, invece, anche, come modalità di gestione del dolore in quanto strutturano il contesto adeguato alla sua accoglienza in situazioni che ne hanno inscritta in sé l'ineludibilità. In tal senso si costituiscono anche come delle vere e proprie necessità, nella misura in cui rappresentano delle tecniche di contenimento che consentono di attraversare il dolore senza parlarne direttamente, senza pensarlo in quanto tale, dissimulandone e contenendone la messa in scena. Tecniche che le culture istituiscono forse tanto più quanto più ritengono che l'attraversamento del dolore si costituisca come un percorso necessario ed inevitabile per una donna che possa essere realmente tale, cioè per una donna che trova nella dimensione dell'essere madre (ed essere madre di quanti più figli possibile) il proprio stesso statuto di donna²⁶¹.

Prospettive di senso

Piuttosto diversa da quella tratteggiata per l'Africa nera ed anche da quella riferita alle culture orientali è la prospettiva nordafricana. In essa, come avviene in genere per la tradizione occidentale, il dolore si lega in modo stretto alla dimensione del male, della colpa e della direzione di senso. Che si tratti di ebraismo, di cristianesimo o di islamismo, infatti, il dolore è ritenuto avere un senso in quanto è effetto di una colpa; in quanto tale, come emblematicamente mostra la figura del Cristo, può anche divenire merito o strumento di salvezza; analogamente, nel mondo islamico la sofferenza rappresenta una sorta di prova attraverso la quale è possibile pervenire alla cancellazione del peccato. Piuttosto esplicito, a questo proposito, può essere considerato il richiamo effettuato da uno dei relatori del corso di formazione, medico di origine maghrebina, il quale ha evidenziato questo aspetto attraverso la citazione testuale di un passo del Corano nel quale si afferma, con le parole del Profeta:

618. "Non coglierà il Musulmano sofferenza, o malattia, o afflizione, o dolore, o danno, o tristezza, o financo la puntura di una spina che abbia a subire, senza che per questo cancelli Iddio qualcuno dei suoi peccati".

Così come avvenuto nel mondo occidentale in genere, il discorso religioso ha impregnato di sé buona parte della dimensione culturale, andando via via ad intrecciarsi con le acquisizioni che di volta in volta provenivano dallo svilupparsi progressivo della

²⁶⁰ Per un riferimento più articolato a questoproblema si rimanda al capitolo relativo agli "Approfondimenti diagnostici"/"Perché tanti prelievi?", all'interno della sezione sul "Percorso di cura"/"La costruzione del quadro clinico".

²⁶¹ Cfr. a questo proposito quanto discusso nella sezione relativa a tema della procreazione.

riflessione scientifica e quindi anche del discorso medico. Nel caso dell'area maghrebina, che fa dell'Islam una delle sue principali caratterizzazioni culturali (senza che con questo esso divenga la trama obbligata del proprio tessuto, come avviene ad esempio nel caso della popolazione berbera, anch'essa presente nel territorio padovano, ma in misura grandemente inferiore rispetto a quella arabo-islamica), la tematica del dolore deve, quindi, prendere in considerazione sia quanto codificato in chiave prettamente religiosa, sia il suo modo di coordinarsi con la prospettiva medica. In quest'ultimo contesto il dolore inerisce eminentemente alla dimensione corporea ed è in sostanza riconducibile ad un fatto meccanico su cui è possibile intervenire con apposite tecniche. Anche nel dominio della medicina, d'altra parte, il dolore non è affatto privo di significato. Risulta, allora, interessante vedere come le affermazioni coraniche trovino articolazione interpretativa connettendosi alla dimensione medico-scientifica:

619. I filosofi considerano talvolta il dolore un disvalore, un male, qualcosa da ridurre mediante volontà e intelletto. Ma il dolore a volte è un male necessario. Se prendiamo per esempio il caso dell'appendicite, considerare il dolore aiuta a non farla degenerare in peritonite. Il dolore non serve mai per redimere la condizione umana o meritare il Paradiso, ma a volte non è maledizione bensì benedizione, motivo di ringraziamento.

Gli operatori non hanno mai espresso alcuna considerazione a proposito del modo di rapportarsi al dolore degli immigrati maghrebini, nonostante il fatto che la popolazione marocchina costituisca una larga fetta dell'utenza. È, pertanto, plausibile pensare che quanto si verifica rispetto a quest'area non costituisca, in genere, una fonte di problematicità, in quanto le situazioni si presentano come sostanzialmente simili a quelle dell'utenza autoctona.

Se facciamo riferimento alle poche osservazioni che sono spontaneamente emerse relativamente a questo nel corso delle nostre chiacchierate, verrebbe, in realtà, da ipotizzare che le cose non siano così semplici e che, invece, possano verificarsi con relativa facilità delle situazioni che, analogamente a quanto avviene per i cinesi, sono caratterizzate da una forte tendenza al trattenimento del dolore. Le affermazioni che riportiamo qui di seguito, infatti, effettuate rispettivamente da un utente marocchino e da un mediatore linguistico-culturale di analoga origine, fanno emergere che nel corrispettivo sistema educativo e nella corrispondente prospettiva religiosa è presente una qualche tendenza a rimarcare l'importanza della sopportazione e, rispettivamente, ad indulgere a forme rassegnazione:

620. Ci insegnano a sopportare il dolore. Anche l'Islam insegna questo.

621. La sofferenza è data da Dio come prova: loro si rassegnano, non viene riconosciuta come male, dolore, ma viene vista come una cosa che ti colpisce perché Dio l'ha deciso, perché Dio ha voluto che la persona si ammala e loro si rassegnano e dicono: Dio ci ha dato questa cosa, noi siamo in prova, dobbiamo superare questa prova nella vita. Non la vedono come sofferenza, dolore, la vedono in maniera positiva delle volte.²⁶²

A fronte delle affermazioni appena riportate, se ne collocano, però, delle altre volte a rideterminare l'ipotesi appena formulata. Si deve, in particolare, al medesimo medico imam cui si riferiscono le testimonianze n. 618 e n. 619, l'indicazione di un'ulteriore via interpretativa, del tutto compatibile con quanto evidenziato con lo stralcio n. 619:

²⁶² Questa stessa testimonianza è stata riportata anche nella sezione relativa al "Percorso di cura"/"Differimenti", cap. "Fattori di disincentivazione nel rivolgersi ai servizi", n. 383.

622.L'Islam rifiuta la fatalità (la logica del 'Mektoub') e invoca la 'pazienza', la 'costanza' (As-sabr). Pazienza e costanza virtuosa non negano al Musulmano... anzi lo obbligano a battersi per uscire dalla sofferenza (il domani sarà migliore). Dolore e malattia, quindi, non vanno sofferti e subiti nel silenzio e con abnegazione. È prioritario cercare il trattamento medico della malattia.

Prende quindi forma l'idea di un paziente per certi versi ideale, in quanto sostanzialmente collaborativo rispetto alla prospettiva medica e predisposto a rapportarsi al dolore, sia nel senso della sua percezione ed espressione, sia nel senso della possibilità di attivarsi per individuare modalità di gestione adeguate ed improntate a tolleranza e riconoscimento.

QUESTIONI DI GENERE

Concordanze di percezione

Nel corso di questo scritto abbiamo incontrato in più momenti delle questioni che mettono in campo il problema della differenza di genere nella relazione fra il personale sanitario e gli utenti immigrati. In particolare, abbiamo accennato a questa tematica nella sezione relativa allo “Stile organizzativo”, dove si parla dei problemi connessi al *turn over* degli operatori. In quella sede è emerso il globale disagio degli utenti per l'impossibilità d'individuare un referente fisso per le proprie problematiche e si è accennato anche alla forte difficoltà, segnalata sia da una parte dell'utenza, sia dagli stessi operatori, rispetto al verificarsi di situazioni più o meno disagiati e complicate che coinvolgono la differenza di genere. Fra le testimonianze degli operatori, infatti, non sono pochi i riferimenti a situazioni in cui, come emblematicamente risulta da quella che riportiamo qui di seguito, entra in campo un qualche problema a questo livello:

623. Altra differenza è la nostra cultura: pazienti straniere arabe che non vogliono essere visitate da medici o infermieri 'del sesso' diverso.

Retrostanti alla problematica incontriamo delle ragioni di tipo giuridico-organizzativo. L'intercambiabilità degli operatori, infatti, è la diretta conseguenza di un'impostazione egualitarista che non intende differenziare fra soggetti in termini di età, genere, stato sociale o altri fattori extra-professionali. Il medesimo ruolo può essere rivestito da chiunque abbia portato a compimento un determinato *iter* formativo ed abbia adempiuto alle necessità amministrative previste: in tal modo si abbatte fortemente il rischio d'incorrere in discriminazioni di sorta. Testimonia di questa impostazione lo scambio che riportiamo qui di seguito, intercorso fra un operatore ed una donna marocchina nell'ambito di un *focus group* appositamente organizzato per confrontarsi sulle problematiche incontrate dalle donne della comunità marocchina in ambito sanitario:

624. Utente: il nostro problema... per esempio per le donne gravide che chiedono di essere seguite da una ginecologa donna, ma non gli danno spesso la possibilità di essere seguite da una donna. Per me questo è un problema, perché desideriamo essere seguite... perché ne avete di ginecologhe donne, ne avete parecchie, o no? Però la possibilità non ce la danno, dicono che si deve essere seguite da quello che c'è, che trovi.

Operatore: Questo è vero [...] È un bisogno che viene rilevato spesso, perché la popolazione di cultura e religione musulmana è numerosa e le donne, o anche uomini, che chiedono la presenza di operatrici donne o operatori uomini è sempre più frequente. Però la sanità, l'ospedale è una grande organizzazione: per diventare dipendente bisogna essere cittadino italiano, aver fatto un percorso di studi riconosciuti, aver fatto un concorso, e nei concorsi non viene data la precedenza alle donne o agli uomini. Per fortuna c'è la parità, vince il migliore. Se negli anni hanno vinto più ginecologi uomini piuttosto che donne, nei servizi sono stati messi uomini, perché in Italia finora non c'era questo problema. Poi se vai a sentire una donna, anche a me se lo chiedi... preferisci un ginecologo o una ginecologa? Una ginecologa. Se vai all'ospedale preferisci che ti tocchi un uomo o una donna? Una donna. Però

sono abituata ad avere un uomo, un medico, un infermiere.

Utente [infermiera islamica]: sì, ma per voi è indifferente, secondo me, ma per noi è anche un bisogno che...

Alla situazione di carattere volutamente garantista cui fa riferimento l'operatore, fa da corrispettivo quell'intercambiabilità potenziale e reale degli operatori che, oltre a rendere difficoltoso il fatto di potersi avvalere di un referente fisso, impedisce all'utente di effettuare delle scelte sulla base di criteri esterni all'ambito delle professionalità, com'è quello dell'appartenenza di genere. Come testimoniano le molte affermazioni riscontrabili sul versante del personale sanitario, questa impostazione non manca di creare problemi nel rapporto con l'utenza immigrata anche al di là dell'area ostetrico-ginecologica ed anche a ruoli invertiti (cioè quando si verifica il caso dell'operatore donna che deve relazionarsi con un utente uomo):

625. Io lavoro come infermiera ed eseguo prelievi. La cosa che si riscontra di più è delle donne islamiche che vengono accompagnate dal marito perché non sanno e/o non possono parlare ad altre persone e devono essere seguite solo dal personale femminile.

626. Oltre la difficoltà nella comunicazione, anche le differenze culturali possono essere un ostacolo, ad esempio durante la visita con un dottore uomo ad una donna musulmana, oppure un'infermiera che approccia con un uomo musulmano per eseguire la terapia.

627. [A volte non viene accettata] una donna infermiera che voglia lavare uomo di colore.

Le tre affermazioni appena riportate sono state effettuate tutte da degli operatori e sono tratte da un ampio insieme di asserzioni analoghe. Come già era presente nelle prime due testimonianze, si evidenzia la forte centratura del problema rispettivamente all'area arabo-islamica, ma emerge anche una situazione (la n. 627) in cui l'utente protagonista è di altra origine. S'intravede, inoltre, chiaramente, come il problema non riguardi solo l'utenza femminile, ma coinvolga anche quella maschile.

Come già risultava dallo stralcio n. 624, anche sul versante degli utenti la questione è stata posta esplicitamente, così che quest'area ha rivelato una certa concordanza di percezioni nelle espressioni di problematicità.

628. Quando vado per una visita ginecologica, trovo sempre un medico maschio e non una dottoressa e questo... è un problema. Chiedo un ginecologo donna e invece trovo sempre un uomo.

629. Volevo proporre se una volta la settimana si può fare un ambulatorio per le donne musulmane o altre donne che non vogliono essere visitate da un ginecologo, in cui ci sia una ginecologa femmina. Potrebbero accedere a tutte le ginecologhe...

630. E' possibile avere delle dottoresse donne per le donne arabe nel rapporto di ostetricia? Delle donne hanno problemi a farsi visitare da un ostetrico.

L'insieme di affermazioni riportate finora permette, quindi, di evidenziare già diversi aspetti del problema:

- per prima cosa si evince che la problematica è in buona misura (non necessariamente in modo esclusivo) riconducibile all'area arabo-islamica: hanno questa caratteristica, infatti, sia le tre testimonianze degli utenti, sia quelle degli operatori, ad eccezione di una;
- in secondo luogo, emerge la forte preponderanza di affermazioni che riguardano situazioni in cui un utente donna si trova nella condizione di rapportarsi con un operatore uomo: sebbene due delle affermazioni degli operatori facciano

riferimento anche a situazioni inverse, quest'ultima caratterizzazione emerge, infatti, in forma sporadica;

- in terza istanza si coglie che questo genere di problematicità chiama in causa in buona misura quanto si verifica nel settore ostetrico-ginecologico: le tre testimonianze degli utenti, in questo caso, riguardano, infatti, tutte situazioni di ambulatorio relative a quest'area. Sono state rilasciate da utenti di sesso femminile, mentre non è emerso niente di esplicito da parte degli utenti di sesso maschile; sul versante degli operatori, invece, sono stati decisamente preponderanti i richiami a situazioni verificatesi in altri contesti.

Rispetto all'ultimo rilievo effettuato, occorre richiamare il fatto che nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera di Padova l'attività ambulatoriale è molto sviluppata e gli immigrati ne fanno particolarmente uso soprattutto per quanto riguarda proprio l'area ostetrico-ginecologica; non è, quindi, un caso che le dichiarazioni delle utenti – che contengono anche specifiche richieste - denunciino tutte la presenza del problema a questo livello. Colpisce, invece, il fatto che sul versante degli operatori manchino riferimenti proprio a quest'area, mentre al contempo il problema dei rapporti di genere viene richiamato con notevole frequenza. Ci sembra, pertanto, opportuno cercare di mettere a fuoco le ragioni di questa diversa centratura. Lo faremo tra breve, avvicinandoci gradualmente al tema della diversa predisposizione che si collega alle situazioni relazionali che mettono in gioco la sfera della sessualità rispetto alle altre in cui si manifestano le differenze di genere.

Percezioni di legittimità

Le affermazioni riportate finora non entrano nello specifico delle situazioni. Fanno intravedere la presenza di un problema che sembra coinvolgere soprattutto l'area arabo-islamica, ma non consentono di capire quali siano i risvolti cognitivi, emotivi e comportamentali del problema. Seppure rimanendo ancora sul piano delle affermazioni generali, un primo orientamento, in tal senso, per quanto riguarda la posizione degli operatori, può essere fornito da osservazioni del tenore della seguente:

631. Un problema riscontrato spesso è dovuto alla cultura diversa per cui molte donne chiedono di essere seguite solo da personale femminile, cosa che non è sempre possibile ed è soprattutto difficile da capire e quindi da condividere per noi.

Seppure in modo generico e non circostanziato, in questo caso l'operatore, oltre a dichiarare la frequenza del problema (per lo meno per quanto riguarda le situazioni che coinvolgono un operatore uomo ed un'utente di sesso femminile), fornisce degli elementi aggiuntivi che consentono di mettere in evidenza la percezione d'impossibilità di accondiscendere sempre alle richieste dell'utente ed anche la presenza di difficoltà di comprensione effettiva/condivisione della problematica da parte del personale sanitario. Vi si asseriscono, infatti, due cose che ci sembra opportuno mettere in rilievo:

- il problema risulta “difficile da capire e quindi da condividere per noi”;
- “non è sempre possibile” affrontarlo.

Con la prima affermazione si viene messi al cospetto di una difficoltà di comprensione che si situa dalla parte dell'operatore italiano e che, pertanto, non è riconducibile in modo esclusivo ad una dimensione intrinseca alla richiesta dell'utente; in altri termini, è come dire che non si tratta di un problema di per sé astruso, né tantomeno insensato o inadeguato, ma di una questione legittima, che però risulta difficile da comprendere per

il fatto che si fa uso di una diversa chiave prospettica. Con la seconda affermazione, inoltre, seppure indirettamente, si asserisce che rispetto al presentarsi del problema non vi è un'impossibilità assoluta di gestione (per esempio connessa a ragioni organizzative inamovibili), ma un'impossibilità relativa (che pertanto cambia di volta in volta a seconda delle contingenze). Un'affermazione come la n. 631, in altri termini, sembra spostare in buona misura sul versante dell'operatore la possibilità di riconoscere legittimità al problema e mette implicitamente in evidenza una certa aleatorietà delle situazioni.

Altre testimonianze ci fanno addentrare ulteriormente nella questione delle risposte fornite dagli operatori alle esigenze manifestate dagli utenti, consentendoci di effettuare una sommaria casistica delle situazioni e di mettere in luce la presenza di una gamma relativamente articolata di possibilità di gestione. In questa eterogeneità, una prima tipologia evidenzia che talvolta vi è effettivamente una certa disponibilità nel prendere in considerazione il problema degli utenti e nell'andargli incontro attivamente. È quanto emerge, ad esempio, dalla considerazione che riportiamo qui di seguito, formulata da un operatore in risposta ad un questione posta esplicitamente da un'utente rispetto al suo imbattersi sempre in ginecologi uomini²⁶³:

632. Nella struttura ospedaliera abbiamo due realtà ostetriche: la Divisione ostetrica dove lavorano prevalentemente uomini, la Clinica ostetrica dove ci sono gli specializzandi, i medici che stanno diventando specialisti in Ostetricia, e sono soprattutto donne. Probabilmente la signora va in ambulatorio al Distretto e nel Distretto c'è un unico ginecologo, per cui se è un maschio troverà sempre per forza un maschio. Forse orientandosi in un servizio dove c'è più popolazione medica è più facile che incontri anche delle donne. Noi ad esempio in Reparto sappiamo che se ci sono signore musulmane in genere le visita le effettua la dottoressa, perché ci rendiamo conto di questo imbarazzo, che non è solo delle signore musulmane, è molto frequente anche tra le italiane.

La testimonianza di questo operatore fa riferimento a quanto affermavamo in apertura di questa sessione: il problema si pone sullo sfondo di un sistema organizzativo impostato in modo tale da non effettuare alcuna differenza fra gli operatori anche in relazione all'appartenenza di genere, per cui può verificarsi che gli operatori siano prevalentemente uomini anche in un reparto in cui l'utenza è esclusivamente femminile. Rispetto a questo, la risposta dell'operatore fa emergere il preciso intento di tenere presente la problematica (considerandola, quindi, implicitamente legittima ed estendendola, peraltro, ben al di là dell'area culturale di riferimento, fino a coinvolgere le donne italiane) e di andare incontro alle esigenze delle utenti. Il comportamento adottato tende, così, a compensare la linea strategica di fondo dell'Istituzione mettendo in campo tattiche di aggiustamento *ad hoc*. Emerge, d'altra parte, anche la distinta caratterizzazione delle diverse aree del Servizio Sanitario, rispetto alla quale gli utenti stranieri mancano, in genere, d'informazioni e di un valido sistema di riferimenti che gli consenta di mettere in atto delle strategie differenziate ed adeguate alle loro necessità. È quanto già dicevamo nel capitolo su "La successione delle presenze"²⁶⁴, evidenziando la mancanza, da parte degli utenti immigrati, di quel 'sistema di attenuazione del problema collegato al *turn over* degli operatori di cui gli autoctoni possono più facilmente avvalersi rispetto agli stranieri in quanto nella loro storia di vita

²⁶³ La risposta è stata fornita da un'operatrice dell'area ostetrico-ginecologica nel contesto di un incontro appositamente organizzato con le donne della comunità marocchina e fa riferimento a quanto riportato con la testimonianza n. 629.

²⁶⁴ Sezione relativa allo "Stile organizzativo"/"Disidentità".

hanno maturato un articolato sistema d'informazioni e conoscenze omologo al funzionamento istituzionale. Emerge, anche, quanto abbiamo accennato in altre parti di questo scritto rispetto alle difficoltà di orientamento nella complessità del sistema sanitario: sulla base di quanto fa venire a galla l'operatore con la sua risposta, infatti, l'utente della testimonianza n. 628 stava inconsapevolmente sovrapponendo il servizio ambulatoriale fornito dall'Azienda Ospedaliera con quello consultoriale dei Distretti Socio Sanitari a gestione ULSS²⁶⁵.

Le situazioni in cui gli operatori si attivano per andare incontro a questo tipo di esigenze degli utenti non sono infrequenti. Qualcosa di simile si trova anche nella due testimonianze che seguono:

633. Vediamo molta gente, l'abbigliamento dell'islamico si nota e l'islamico è il più difficile da trattare proprio per la sua religione. Una signora doveva farsi fare il prelievo del sangue e l'infermiere ha dovuto chiamare l'infermiera donna perché un altro uomo non può toccare la donna islamica. Non c'è stato nessun battibecco, anche perché non c'è solo l'islamico che può arrivare, ma molti stranieri.

634. Le uniche problematiche che incontro, che mi mettono a volte in difficoltà, riguardano il fatto di dover spiegare quali sono le norme per poter eseguire correttamente uno spermogramma. Questo problema ce l'ho soprattutto con marocchini, arabi, mussulmani, che probabilmente sono più a disagio di me e, oltre a non capire, mi dà l'impressione che ancora di più 'fingano' di non capire o si 'rifiutino' di farsi spiegare 'certe cose' da me che sono di sesso femminile. Quindi, dal momento che non c'è altra soluzione, li invio al tecnico maschio che si occupa di questi particolari esami per fargli spiegare dettagliatamente la pratica, e anch'io mi sento sollevata da questa incombenza che mi crea disagio. Ho notato che queste persone non sono mai sole, ma sono accompagnate da un altro uomo e dalla propria moglie.

Queste due situazioni manifestano un'analogia di fondo in quanto fanno riferimento, entrambe, a delle contingenze in cui gli operatori cercano di attivarsi per trovare fra i colleghi qualcuno che abbia caratteristiche di genere diverse rispetto a quelle della persona che è intervenuta in prima battuta; si tratta, però, di situazioni speculari nella misura in cui si riferiscono all'interazione fra un operatore uomo ed un'utente donna (caso n.633) ed un'operatrice donna ed un utente uomo (caso n. 634). Emergono, poi, delle differenze di tipo stilistico: mentre nella prima situazione si rimanda ad un episodio specifico, sebbene non analizzato nei dettagli, nella seconda si parla di una situazione generale rispetto alla quale si evince una precisa strategia, con il rischio, però, di scivolare nello stereotipo che generalizza da qualche singolo caso all'intera categoria (i marocchini; poi, di più: gli arabi; quindi, più ancora: i musulmani). Una differenza di carattere formale che si traduce in qualcosa di sostanziale, tanto che finisce per portare con sé quel problematico "fingere di non capire" di cui si è già parlato in altri momenti. Un "fingere" che, in questo caso, può forse trovare maggiore legittimità agli occhi dell'operatore in quanto il disagio percepito è in primo luogo il suo ("probabilmente sono più a disagio di me") nella misura in cui si trova nella condizione di dover trattare una tematica che ha evidenti implicazioni sessuali con un utente di sesso diverso dal proprio. La scelta dell'operatrice di attivarsi per una riformulazione

²⁶⁵ Il problema della difficoltà di orientamento nell'area sanitaria per i cittadini migranti può risultare particolarmente presente proprio in relazione all'area ginecologica in quanto in questo campo in Italia molto viene demandato alle attività dei Consultori, cioè a strutture che, sono state istituite su base nazionale (legge 405 del 1975), ma affidate per la loro regolamentazione alla legislazione delle varie Regioni, aprendo, quindi, il varco a notevoli differenze nella loro organizzazione e nelle stesse strategie lavorative e di cui gli utenti che si rivolgono gli ambulatori ospedalieri difficilmente conoscono l'esistenza e le correlative possibilità d'utilizzazione.

organizzativa, d'altra parte, sembra venire effettuata non in quanto la si ritiene opportuna in ragione del disagio retrostante, ma in quanto "non c'è altra soluzione", cioè poiché non si intravedono vie alternative per portare a termine quanto necessario. Nella filosofia di fondo dell'agire istituzionale si prevede, infatti, che si accantoni il proprio disagio per adattarsi alle esigenze organizzative, come accade normalmente con l'utenza italiana²⁶⁶ e come, con tutta evidenza, anche l'operatrice si trova, in genere, a fare. Una situazione che si configura come piuttosto diversa rispetto a quella di cui si parla con la testimonianza n. 632, dalla quale si evince la presenza di una strategia organizzativa che, sebbene non formalizzata in modo tale da poter affrontare tutte le situazioni che si presentano, tende comunque ad una certa presa in carico del disagio²⁶⁷.

Quelle che stiamo mettendo in evidenza sono sfumature e, in quanto tali, possono sembrare elementi secondari rispetto alla complessità del problema. La loro messa in luce aiuta, d'altra parte, ad individuare la molteplicità di determinanti che è presente nei vari atteggiamenti, i quali possono, a loro volta, dare adito a comportamenti differenziati. Se, ad esempio, cambiamo i contenuti che sono di volta in volta oggetto del discorso, uscendo da una situazione in cui è in gioco la sessualità (come avviene nel caso n. 634) per entrare in altre in cui si pone una questione di genere al di fuori di un contesto legato alla dimensione sessuale (come nel caso n. 633), le cose possono, infatti, cambiare in modo piuttosto significativo.

Queste illazioni assumono, peraltro, rilievo in considerazione del fatto che la problematica connessa alla differenza di genere comporta un forte carico di coinvolgimento emotivo per gran parte delle persone e può interferire con valutazioni di opportunità che possono, a loro volta, avere delle conseguenze per il percorso di cura (ad esempio dando adito a rinvii delle prestazioni da parte della struttura e/o del richiedente se non a vere e proprie rotture del rapporto²⁶⁸).

Sessualità e genere

Il rapporto fra operatori ed utenti che chiama in causa la differenza di genere tende a mettere in campo degli atteggiamenti piuttosto diversi sul versante istituzionale a seconda del fatto che sia direttamente in causa o meno un interessamento della dimensione sessuale. In particolare, risulta più difficile che la problematica di genere venga considerata legittima e dia adito a comportamenti conseguenti nei casi in cui non vi sia un'implicazione degli organi riproduttivi. La situazione che riportiamo qui di seguito nella sua ultima parte rende evidente la disparità che abbiamo appena indicato:

635. Un giorno era stato richiesto il trasporto di una donna mussulmana, accompagnata dal marito, che doveva spostarsi in ambulanza dal reparto di degenza in un ambulatorio per una visita. La caposala del reparto richiedente il trasporto ci segnala che il marito che accompagna la paziente mussulmana "esige" che la moglie sia accompagnata da personale sanitario femminile. Siccome gli autisti delle ambulanze sono tutti maschi, all'andata la coppia è stata trasportata da un equipaggio misto, cioè l'autista maschio, che però è rimasto nell'ambulanza, e l'OSS femmina che, invece, ha

²⁶⁶ Su questa linea, seppure parlando del disagio percepito dalle donne in rapporto alla presenza di operatori uomini, si era espresso anche l'operatore della testimonianza n. 632 Affermando che questo tipo di imbarazzo "non è solo delle signore musulmane, è molto frequente anche tra le italiane".

²⁶⁷ In quel caso addirittura facendo intravedere la possibilità di una discriminazione a discapito dell'utenza italiana, rispetto alla quale non ci risulta venga messo in atto un analogo tipo di attenzioni.

²⁶⁸ Questioni di cui abbiamo avuto modo di parlare nella sezione dedicata al "Percorso di cura".

accolto la signora mussulmana. Quando la signora aveva finito il suo esame non avevo a disposizione ambulanze con equipaggi misti per cui ho dovuto far aspettare la paziente mussulmana più tempo del previsto, cioè fino a quando mi si è liberata un'ambulanza adatta per quel trasporto. I colleghi hanno pensato che il marito mussulmano faceva una richiesta assurda e nessuno riusciva a capire perché solo la signora mussulmana non veniva fatta salire, nonostante le ambulanze arrivassero numerose a quell'ambulatorio. Io mi sono sentita inadeguata perché non comprendevo le motivazioni di quella "strana" richiesta.

La situazione, in questo caso, è decisamente non intrusiva e la prima parte del resoconto non si discosta dalle altre in cui gli operatori hanno manifestato una certa attenzione e flessibilità nei confronti delle richieste degli utenti. Essa mette, d'altra parte, in luce la pervasività della questione di genere (che, agli occhi di un italiano, si estende indebitamente a situazioni che vengono ritenute neutre dal punto di vista della distinzione maschile/femminile) ed il grado di disparità che può esservi nella percezione del problema da parte dei diversi attori in gioco (poiché l'utente si colloca, in questo caso, su tutt'altra posizione rispetto all'operatore). E', in particolare, la parte finale del resoconto, in cui chi riporta l'episodio introduce delle osservazioni sulla posizione dei colleghi ("hanno pensato che il marito mussulmano faceva una richiesta assurda") e sulla propria stessa reazione interiore ("mi sono sentita inadeguata perché non comprendevo le motivazioni di quella 'strana' richiesta"), a rendere possibile evidenziare quale sia la diversa collocazione emotivo-cognitiva degli operatori rispetto al problema, al di là dei comportamenti da essi attuati. La gamma linguistico-concettuale si estende, infatti, in questo caso, dalla percezione di "stranezza" alla considerazione di "assurdità" e giunge a coinvolgere un personale "senso di inadeguatezza" relativamente alle possibilità di comprensione. La questione di genere, in altri termini, sembra risultare comprensibile fintanto che i problemi che pone riguardano, anche in campo sanitario, le situazioni che coinvolgono direttamente la dimensione anatomico-sessuale, ma risulta non esserlo più quando la relazione esce da questa sfera d'interessamento. Il resoconto ci aiuta a mettere a fuoco il fatto che risulta possibile attivarsi nei limiti delle disponibilità organizzative, ma, trattandosi di "esigenze" niente affatto condivise, non si contempla la possibilità (cognitivamente parlando) di forzarne i limiti. I comportamenti degli operatori, in quest'ultimo caso, così come in altri assimilabili, probabilmente non cambiano nella sostanza, ma, ciononostante, sono piuttosto diversi rispetto a quelli che riconoscono legittimità al problema.

Il grado di disponibilità degli operatori/della struttura ad andare incontro alle richieste che emergono nell'ambito che stiamo considerando risulta più limitato in altre situazioni in cui, sostanzialmente, ci si attende che sia l'utente ad adattarsi alla situazione che incontra. Sembra caratterizzarsi per la messa in atto di questa seconda modalità la situazione che riportiamo qui di seguito, in cui l'operatore coglie il timore della donna, lo configura, addirittura, come paura, ma – come emergerà dalla discussione effettuata successivamente nell'ambito del corso di formazione - si ferma alla percezione del problema senza attivarsi per individuare qualsivoglia strategia che consenta di attenuare il disagio percepito. Alla fine saranno gli utenti ad adattarsi unilateralmente alla situazione, senza che sul versante istituzionale si sia verificato alcun spostamento procedurale.

636. Una situazione che ricordo si è verificata in occasione di una Risonanza Magnetica che una donna musulmana doveva effettuare, accompagnata dal marito il giorno dell'appuntamento. [...] un problema riscontrato da parte della signora è stato sicuramente il timore di questa donna nel prepararsi togliendo i propri vestiti per dover poi coprirsi con un camice dato da noi. Si è rilevato la paura a mostrarsi ad altri con il

marito lì presente, comunque vestita. Alla fine la paziente ha portato a termine l'esame anche avendo avuto queste difficoltà.

La situazione, con tutta probabilità, avrebbe potuto essere gestita con successo anche prendendo in considerazione le difficoltà degli utenti, quindi legittimando le esigenze implicitamente presenti in esse e cercando delle forme di riorganizzazione minima che consentissero di andare loro incontro. È quanto è avvenuto, infatti, in un'altra situazione del tutto analoga, in cui l'operatore, come emerge dalle sue stesse parole, si è adoperato per individuare delle forme di mediazione rispetto al problema:

637. Dovevo eseguire un esame radiologico ad una signora di fede islamica. Era accompagnata dal marito ed erano strettamente religiosi. Per eseguire l'esame avrei dovuto far entrare la signora da sola in sala radiologica e spogliarla. Dopo aver spiegato ad entrambi come si sarebbe svolto l'esame ho ricevuto un netto rifiuto da entrambi al fatto che la signora entrasse da sola e tantomeno che si spogliasse. Non fui colto completamente di sorpresa in quanto già immaginavo che l'appartenenza ad una cultura socio-religiosa diversa può portare a situazioni simili. Ho risolto la situazione cercando una mediazione. Così ho permesso al marito di rimanere in sala finché sua moglie si spogliava e teneva solo la tunica mentre io non assistevo. Poi è rimasto in sala finché preparavo la paziente e la posizionavo, quindi si è allontanato solo nel momento dell'erogazione dei raggi X in quanto per legge non poteva rimanere in zona controllata.

Una situazione più controversa è quella che configura la testimonianza seguente, che, nonostante l'attivazione dell'operatore, presenta una serie di segnali che indicano una minore disponibilità ed una minore capacità di attivarsi nel senso della riorganizzazione istituzionale rispetto a quanto sembrerebbe ad un primo livello di lettura.

638. Donna di 56 anni musulmana, marocchina. Viene per fare una RMN all'addome. Non parla inglese né italiano. Cerco di farle capire che deve spogliarsi. Non vuole. Dopo vari tentativi di comunicare chiamo il figlio a casa. Questi arriva, parla italiano e ci spiega che la madre non vuol essere seguita da un medico maschio e non può spogliarsi davanti a nessuno. Le viene spiegato che questa è la procedura per eseguire l'esame. Le forniamo un camice lungo fino ai piedi. Il medico esce dalla stanza finché la paziente non è sistemata sul lettino e coperta. Il figlio poi ha fatto da interprete per l'esecuzione dell'esame.

Ad una prima impressione il resoconto mostra una certa attivazione da parte degli operatori, i quali si sono dati da fare prima per affrontare la questione linguistica cercando un familiare, poi, una volta venuti a conoscenza della natura del problema, per far accettare la procedura alla paziente attraverso l'intermediazione del figlio. Così facendo, la situazione ha avuto uno sviluppo positivo per quanto riguarda l'effettuazione dell'esame. Ad una lettura più attenta, d'altra parte, la dinamica della situazione rivela una marcata unilateralità. La procedura è stata, infatti, sostanzialmente quella di sollecitare l'utenza a delle modifiche del proprio rapporto con la struttura (scegliendo la via di una "mediazione informale" che rendesse semplicemente possibile spiegare all'utente che "questa è la procedura per eseguire l'esame") e, a parte il rendere disponibile un lungo camice ed il far uscire il medico dalla stanza fino al momento dell'esame vero e proprio, niente fa intravedere che l'operatore abbia cercato di promuovere un qualche riadattamento anche sul versante della struttura: non è stato attivato il servizio di mediazione linguistico-culturale, non si è cercato di appurare se vi fosse la possibilità di far subentrare un altro operatore, né sono state inviate delle comunicazioni che segnalassero il verificarsi di queste problematiche e suggerissero, o sollecitassero, delle modificazioni organizzative anche minime, come potrebbe essere, ad esempio, quella di fornire gli operatori di un'indicazione sui turni da comunicare agli utenti al momento della prenotazione.

La disarticolazione dello stereotipo

Il limite che è intrinsecamente presente in un modo unilaterale di procedere resta parzialmente in ombra negli episodi precedenti, ma emerge con maggiore evidenza nella situazione che riportiamo qui di seguito, poiché in questo caso l'esito comporta la non effettuazione della prestazione nel momento in cui l'utente si presenta al Servizio, seppure vi pervenga in esatta corrispondenza con la prenotazione effettuata:

639. Un episodio che ricordo è con utente straniero di nazionalità musulmana. La signora doveva eseguire un esame per isterosalpiogonografia (prescritta dal centro di fertilità). Ci sono stati molti problemi con la lingua (io non parlo inglese, loro parlavano poco italiano). Ha parlato sempre il marito. Un altro grosso problema è stata la sua richiesta che ad eseguire l'esame alla moglie fosse tutto personale femminile o che lui fosse presente in stanza. Consegnata la documentazione, spiegato l'iter per fare l'esame (chiamata anche la ginecologa che aveva firmato l'impegnativa) perché rinviavo la coppia nel suo ambulatorio per la compilazione modulo autorizzazione mezzo di contrasto e perché anche lei si accertasse che avessero compreso esattamente le mie spiegazioni. Non era possibile che l'esame venisse svolto tutto da personale femminile perché il medico che esegue questo esame è uno solo ed è maschio. Così ho chiamato il medico che ha parlato con la coppia. La coppia è tornata dopo 15 giorni per l'esecuzione dell'esame e il marito è rimasto in stanza con la moglie. In questo caso non ci sono stati problemi per il pagamento del ticket.

Questo resoconto mette al cospetto di un inasprimento del problema rispetto a quanto si è verificato nella situazione precedente, mostrando una sostanziale inamovibilità della struttura organizzativa, in quanto gli operatori non si sono attivati in alcun modo per andare incontro alle esigenze dell'utente. La situazione evolve, infatti, dapprima in un niente di fatto, si decide quindi per un rinvio a distanza di quindici giorni e, in occasione del secondo appuntamento, sebbene ci fosse stato tutto il tempo per organizzarsi diversamente, si assiste alla riproposizione sostanzialmente identica del problema, tanto che la prestazione potrà essere effettuata solo per il fatto che alla fine "il marito è rimasto in stanza con la moglie".

L'episodio consente di evidenziare il fatto che le problematiche che si presentano relativamente alle relazioni di genere hanno un forte rilievo, ma, al contempo, mette al cospetto di una situazione nella quale il rinvio cui è andato incontro l'utente può non essere considerato particolarmente significativo nella misura in cui non ha interferito con la sua condizione di salute. Ci sembra, nondimeno, importante segnalare che il verificarsi di situazioni di questo genere costituisce un fattore di disincentivazione nel rivolgersi ai Servizi. Gli utenti, infatti, possono reagire in modo controproducente alla presenza di questo tipo di disagi, poiché, sia nel caso in cui siano incorsi direttamente in situazioni di disagio, sia in quello in cui non ne abbiano fatto esperienza diretta, infatti, l'informazione circola all'interno delle comunità e giunge a risultare demotivante rispetto all'ipotesi di usufruire delle prestazioni disponibili. In tal modo, ad esempio, gli utenti non vengono incentivati ad usufruire di strategie preventive che coinvolgono l'organizzazione sanitaria, mentre possono aumentare le probabilità che taluni dilazionino, o addirittura rinuncino, ad effettuare le prestazioni. Come abbiamo già avuto modo di accennare nella sezione dedicata al "Percorso di cura", in particolare facendo riferimento alla testimonianza di un utente di origine marocchina, capita, infatti, che le donne della sua comunità, quando si rivolgono ai Servizi e incontrano operatori uomini, esperiscano uno stato di disagio tale da decidere di rinunciare alla prestazione e tornare "a casa senza fare il prelievo, senza fare il pap test" o quant'altro

prescritto loro²⁶⁹. Questo non vuol dire che la struttura debba adeguarsi *in toto* alle molteplici e diversificate richieste dell'utenza, ma indica che è importante tener presente la problematica in modo da individuare delle strategie adeguate per affrontarla. Come, infatti, a questo proposito, ha evidenziato un medico imam che opera nel territorio ed è intervenuto nell'ambito del corso di formazione per gli operatori, la problematica connessa alle questioni di genere è estremamente complessa e piena di risvolti che occorre considerare con attenzione; non a caso, altre strutture ospedaliere hanno talvolta fatto la scelta di adoperarsi per delle riformulazioni organizzative:

640. Laddove è possibile che la donna venga visitata da una donna è meglio. Il rischio è anche che la donna altrimenti non si presenti per farsi visitare, perdiamo il paziente, non lo vediamo più, il marito a volte cerca proprio quella scusa: visto che c'è il medico maschio non ti porto... [...] A Trento, anche per il fatto che il Presidente della Comunità islamica è un medico, c'è un accordo, un protocollo dell'Azienda Ospedaliera con la Comunità islamica per cui le donne musulmane, laddove possibile, vengono visitate da un ginecologo femmina. Se questo non è possibile bisogna adeguarsi a quello che c'è, lo dice l'Islam. Laddove non è possibile la donna musulmana deve sottostare al regolamento della struttura.

Questa testimonianza ci sembra particolarmente preziosa in quanto, oltre a corroborare ulteriormente la validità delle considerazioni effettuate, fa scorgere la presenza di diverse sfaccettature del problema. Da una parte avvalorava un preconcetto piuttosto diffuso o, per meglio dire, fa intravedere che in questo caso, così come avviene in genere, il contenuto dello stereotipo non si costituisce di per sé come un errore. Così come risulta dalle aspettative degli operatori, infatti, è da ritenere corrispondente alla realtà delle cose il fatto che, nel caso della popolazione musulmana, vi siano situazioni in cui l'uomo tende a prevaricare le esigenze di salute della donna utilizzando strumentalmente come scusante la possibilità di andare incontro a situazioni considerate moralmente deprecabili. L'interesse di questa testimonianza, d'altra parte, sta anche nella sua capacità di scalzare il preconcetto abituale, cioè di mettere in discussione non tanto il suo contenuto, quanto la tendenza, che è propria di ogni stereotipo, ad operare una generalizzazione indebita dai singoli casi alla categoria complessiva. È a questo livello, infatti, che si situa l'errore²⁷⁰. Com'è vero quanto veicolato in modo stereotipico a proposito della popolazione musulmana, è altrettanto vero che è inscritta nella tradizione islamica la possibilità di gestire la dimensione di genere con flessibilità negli ambiti che concernono la salute; se non è possibile che una donna venga visitata da un'altra donna, infatti, “bisogna adeguarsi a quello che c'è, lo dice l'Islam”. L'affermazione di chiusura della testimonianza n. 640 risulta scalzante rispetto all'immagine di fondo condivisa dagli operatori e ne fa emergere il carattere erroneamente stereotipico. Altra cosa ancora è, poi, la posizione che in tutto questo assume la donna: il rischio, infatti, “è anche che la donna altrimenti non si presenti per farsi visitare” non solo in quanto il marito glielo impedisce, ma in quanto è lei stessa a non volere assumere questa posizione. A questo proposito, risulta utile richiamare quanto affermato dalla mediatrice culturale di origine marocchina che, durante il periodo della ricerca, lavorava per il servizio di mediazione linguistico-culturale

²⁶⁹ Cfr. sezione relativa al “Percorso di cura”/“Differimenti”, cap. “Fattori di disincentivazione nel rivolgersi ai servizi”, n. 413.

²⁷⁰ Sempre in funzione contro stereotipica ci sembra importate segnalare anche una considerazione ulteriore effettuata dal medesimo relatore, il quale ha invitato ad operare una distinzione fra la posizione della donna nell'Islam e la posizione della donna nella società musulmana. La questione che si pone, in altri termini, è quella dell'intrecciarsi delle affermazioni presenti nei testi sacri dell'Islam con la concretezza storico-geografica delle situazioni. In tal senso, la posizione della donna si configura come sostanzialmente diversa in nazioni quali Arabia Saudita, Iran, Kuwait, Pakistan rispetto al Nord Africa.

dell’Azienda Ospedaliera e che abbiamo riportato nel capitolo “Stereotipi difensivi”²⁷¹. La sua testimonianza invitava, infatti, a differenziare fra tre tipi di donne in relazione all’area di provenienza ed al grado di istruzione, poiché nei tre casi cambia considerevolmente sia il rapporto che intrattengono con gli uomini significativi della loro vita (in primo luogo padre e marito), sia il grado di disponibilità che hanno rispetto al fatto di gestire autonomamente le diverse esigenze che incontrano nella quotidianità e nella vita sociale.

Il terzo incomodo

Seppure siano validi tutti i distinguo effettuati sopra, la presenza del marito si costituisce come un’eventualità che il personale sanitario ha registrato spesso in occasione delle prestazioni che coinvolgono le donne di area islamica. A questo proposito, le segnalazioni effettuate fanno rilevare, quasi invariabilmente, una posizione critica degli operatori ed il presentarsi di problematiche difficili da gestire. Era già emersa una questione relativamente a questo nella sezione che abbiamo dedicato alla comunicazione e, più in particolare, alle problematiche linguistiche. In quella sede si era resa evidente l’irritazione degli operatori per le situazioni in cui “la donna araba” o “la donna musulmana” viene percepita parlare attraverso l’intermediazione del marito (o di altre figure maschili del proprio *entourage*)²⁷². L’irritazione manifestata si deve sostanzialmente al fatto che gli operatori tendono a ritenere che in ambito arabo-islamico non ci sia interesse affinché la donna impari la lingua italiana, in quanto in tal modo verrebbe mantenuta in uno stato di subalternità. Abbiamo discusso questa questione mettendo in evidenza che questo modo di percepire le cose rappresenta talvolta uno stereotipo difensivo utilizzato dal personale sanitario: il fatto di focalizzarsi sul deficit linguistico, sebbene consenta di mettere in luce una problematicità sussistente a questo livello, ha come effetto, infatti, di lasciare in ombra il deficit relazionale, quindi di non far prendere più di tanto in considerazione le altre difficoltà che si frappongono al rapporto operatore-utente e che chiamano in causa una responsabilità da parte dell’Istituzione e della singola persona. Se questo è vero, non rappresenta d’altra parte, tutta la verità. È bene, pertanto, non incorrere nell’errore speculare di porre in una condizione d’irrelevanza quanto gli operatori affermano rispetto alla presenza del marito, che questo chiami in causa le problematiche linguistiche o meno. Riprendiamo, quindi, le nostre considerazioni a questo proposito a partire dal fatto che gli operatori facciano spesso riferimento a situazioni di triangolazione in cui la presenza del coniuge maschio viene percepita come ingombrante e prevaricatoria.

641. Paziente marocchina = analfabeta, ma conosceva numeri. Ricoverata per gravidanza a rischio (diabete) era in grado di misurarsi la glicemia ed annotarla sul libretto del CAD. Il marito si frapponesse spesso fra infermiere e moglie perché non la considerava in grado di autogestirsi.

642. Spesso nell’ambulatorio dove io lavoro si recano anche utenti di nazionalità indiana. Il marito è sempre presente, solo lui interagisce con il personale sanitario per

²⁷¹ Cfr. sezione relativa a “La relazione operatore-utente”/“Linguaggio”, cap. “Marginalità della questione linguistica?”/“Stereotipi difensivi, testimonianza n.19.

²⁷² Come più volte abbiamo avuto modo di segnalare, d’altra parte, è prassi relativamente abituale degli operatori avvalersi dell’accompagnamento dei familiari proprio come traduttori improvvisati, senza usufruire del servizio di mediazione. Casi di questo genere sono stati riportati anche in relazione all’utenza musulmana.

problematiche o esami per la moglie. Ho sempre cercato di comunicare con la donna, ma sempre con esito negativo.

643. Donna islamica che arriva con il marito, parlava solo il marito, ma parlando il francese la donna capiva bene e non era coerente con quello che raccontava lui [...]. Siamo riusciti a parlare con la signora facendo uscire il medico maschio, rimanendo solo il medico donna.

644. ...inoltre il marito riferisce quello che vuole.

Questa sequenza di affermazioni risulta coerente con altre riportate precedentemente all'interno di questa stessa sessione. La dichiarazione n. 642, andando a coinvolgere l'utenza indiana, produce, peraltro, un allargamento dell'area d'interessamento al di là del contesto maghrebino, quindi al di là di quell'area che ha costituito il referente quasi esclusivo delle testimonianze precedenti. Le due ultime affermazioni risultano, poi, particolarmente rilevanti in quanto fanno riferimento alla possibilità che si verifichino delle incongruenze nel discorso dei coniugi quando è in gioco la presenza del marito, con, addirittura, l'eventualità che quest'ultimo manipoli le informazioni selezionandole e/o distorcendole (è quanto risulta in particolare con l'asserzione n. 644, che si deve ad una mediatrice linguistico-culturale di origine marocchina). Queste due ultime affermazioni sono state, peraltro, discusse nel contesto del corso di formazione, in occasione dell'incontro effettuato con il medico imam. Ne è emersa a chiare lettere la conferma della possibilità che si verifichino casi in cui il marito tende a sostituirsi alla moglie in modo più o meno adeguato, evidenziando, al contempo, che in questo caso non sarebbe tanto in gioco quanto afferma l'Islam, ma, semmai, il modo particolare di rapportarsi alla religione islamica delle singole persone. Si pone, pertanto, il problema di capire che cosa sia opportuno fare per gestire questo tipo di situazioni. Una prima serie di questioni, in tal senso, emerge attraverso l'osservazione effettuata da un operatore che ricopre un ruolo dirigenziale nel contesto dell'Azienda Ospedaliera:

645. Gli operatori hanno una grossissima difficoltà con le donne musulmane che in genere arrivano con i mariti. L'operatore sanitario come si pone? Si pone rispetto alla donna o si pone rispetto all'uomo? L'operatore sanitario (medico, infermiere...) se si pone davanti alla donna in un certo modo.. l'uomo interviene e vuole sapere, ma in genere l'operatrice dice 'io voglio sapere da te, non voglio sapere da lui', anzi lui proprio non vorresti neanche che ci fosse. Comunque bisogna interagire a tre. Di fatto questa donna che dipende da quest'uomo può rispondere o non rispondere rispetto a dei parametri... Lei guarda lui, lui guarda lei e lei risponde. Poi tu mandi un messaggio e cerchi di controllare sia lui che lei... ti trovi in difficoltà in questa gestione a tre. Anche perché i tempi sono veloci. Non dovrei dirlo, ma è così. Tante volte non c'è il tempo... mi siedo, cerco di capire. Avendo tempi molto stretti rispetto tante volte alla richiesta del mediatore culturale...

Da questo intervento, che non fa riferimento solo a quanto gli operatori hanno concretamente affermato nel periodo della ricerca, ma anche a dati informativi ulteriori che il dirigente ha ricavato da personali indagini e colloqui, emergono diversi ordini di questioni:

- la conferma della percezione di difficoltà degli operatori rispetto al verificarsi di situazioni di triangolazione che coinvolgono le coppie di islamici;
- la preferenza espressa dagli operatori/operatrici rispetto alla possibilità di interloquire con la sola donna e quindi la questione dell'opportunità o meno della presenza del coniuge maschio;
- la difficoltà aggiuntiva che si costituisce a livello organizzativo in quanto non viene riconosciuto un tempo sufficiente ad una corretta impostazione di questo tipo di situazioni;

- il fatto che la difficoltà rappresentata dalla tempistica fa sì che non si ricorra all'attivazione del servizio di mediazione linguistico-culturale.

Tralasciando la questione della percezione di difficoltà (di cui si è parlato poco sopra) e della scarsità di tempo che viene reso disponibile per la relazione (di cui si è parlato ampiamente nella sezione relativa a “Tempi e spazi di parola”), ci sembra opportuno soffermarci, ora, in primo luogo, sulle preferenze espresse dagli operatori, e quindi sui risvolti connessi alla possibilità d'intervenire sulla presenza del coniuge maschio, prendendo, però, anche, di nuovo in considerazione la questione dell'utilizzo del servizio di mediazione linguistico-culturale.

La situazione n. 643, per quanto racconta l'operatore che ha fornito questa testimonianza, è stata affrontata attraverso la scelta di allontanare il marito, il che è stato possibile in virtù del contemporaneo allontanamento dell'operatore sanitario di sesso maschile: “Siamo riusciti a parlare con la signora facendo uscire il medico maschio, rimanendo solo il medico donna”. In assoluta concordanza con questo, abbiamo già avuto modo di riportare l'affermazione di un utente marocchino, il quale ha espresso l'opinione che, quando la donna si presenta alla visita con il marito “occorre essere fermi e lasciare il marito fuori”, sostenendo anche che, così facendo, “lui si arrabbierà ed anche lei si arrabbierà, ma è necessario”. Alcune questioni, infatti, “non possono essere poste alla presenza del marito”: la donna “non risponderebbe sinceramente e sarebbe difficile comunque”. Lo strumento suggerito dall'utente per rendere maggiormente praticabile questa strategia è, allora, proprio quello di agire sulla differenza di genere degli operatori: è bene “fare in modo che l'operatore sia donna, altrimenti lui (il marito) si arrabbierà di più”²⁷³. Sempre in concordanza con questo, troviamo anche la posizione della mediatrice:

646. Sono convinta che sia importante che voi parliate prima con la donna che con il marito, cercare di sentire la donna prima. [...] Le donne si vergognano di dire certe cose davanti al marito, altre cose le possono dire, ma se entriamo nell'intimità della donna, è una cosa molto delicata.

La posizione espressa dalla fa, peraltro, riferimento anche al fatto che, a suo dire, in diversi casi è proprio la donna a preferire l'allontanamento del marito, a non volerlo: la scelta di rimanere da sola, talvolta è la donna a farla e ad imporla²⁷⁴. Non sembrano, però, essere di questo stesso parere altri esponenti della comunità islamica (uomini e donne), i quali, al contrario, tendono a rimarcare il fatto che:

647. E' bene che la visita avvenga comunque in presenza del marito

648. Le donne sono psicologicamente più tranquille se accompagnate. Le donne quando sono fra loro si lamentano molto del marito, ma poi sono 'complici'.

Se, da una parte, la situazione si presenta come internamente articolata, evidenziando la presenza di necessità diverse e contraddittorie, non mancano le indicazioni relative a specifiche attenzioni da tenere presenti. Quello che emerge è, infatti, diverso in relazione ai contesti, alle tematiche in gioco, alle abitudini culturali proprie delle diverse aree. Occorre, quindi, tenere presente che, come affermavamo sopra, così come ci sono delle donne che prediligono l'autonomia e l'autogestione delle problematiche, ce ne sono altre che non hanno capacità di imporsi e che questa dimensione si correla anche con l'area di provenienza ed il grado di istruzione. È bene poi fare attenzione a quali

²⁷³ Cfr. sezione relativa a “Percorso di cura”/ “La costruzione del quadro clinico”, cap. “Possibilità di passaggio”/“Gerarchie di ruoli in ambito familiare”, n. 459.

²⁷⁴ Ibidem, n. 456.

sono le tematiche in gioco: alcune sono molto spinose ed in questi casi risulta importante che siano gli operatori in primo luogo a gestire le situazioni in modo tale da preservare la riservatezza:

649. La donna non parla mai delle problematiche sessuali alla presenza del marito... anche se questo è diverso per somali e iracheni.

E' quanto affermava anche la mediatrice culturale cui si deve la testimonianza n. 646, la quale ha fatto a sua volta espresso riferimento a problematiche che chiamano in causa la dimensione sessuale²⁷⁵ e riproduttiva. Una testimonianza in questo senso è, poi, anche quella dell'utente ricordato poco sopra, il quale afferma che ci sono delle questioni che non possono essere poste alla presenza del marito, in quanto la moglie sicuramente non vi risponderebbe, o in quanto, comunque, provocherebbero un significativo disagio: ciò cui faceva riferimento in quel caso riguardava soprattutto le domande relative alle interruzioni di gravidanza/aborti²⁷⁶.

Figure di inter-mediazione

Per orientarsi in questo ordine di problematiche sono necessarie le competenze degli operatori sanitari, in quanto sono in primo luogo loro a sapere quali tematiche potrebbero essere chiamate in gioco in un colloquio o in una visita diagnostica. Queste competenze, però, non possono essere ritenute in alcun modo sufficienti, per cui si rende necessario l'apporto di figure che abbiano delle professionalità ulteriori. Come efficacemente ha messo in luce ancora una volta il medico imam:

650. La donna, se in grado di rispondere alle domande, se in grado di capire quello che le viene chiesto, può rispondere alle domande e il marito può rimanere con il consenso della donna. Però sappiamo che a volte le donne sono ricattabili. Lì l'intervento del mediatore è essenziale. Per non sbagliare bisogna stare attenti a non improvvisare, perché rischiamo di avere l'effetto contrario. È importante avere un mediatore della stessa etnia. All'interno dello stesso paese ci sono a volte tradizioni molto diverse. Un marocchino di origine araba e uno di origine berbera sono due culture diverse all'interno dello stesso paese; lo stesso vale per il piccolo villaggio del sud rispetto a Casablanca... si tratta di tradizioni tribali, non di Islam.

Abbiamo visto che chiamare in causa il mediatore linguistico-culturale non è affatto un'abitudine acquisita dagli operatori e che questa mancanza di propensione ha a monte, paradossalmente, anche delle ragioni di tipo organizzativo, poiché è proprio la struttura che si occupa di allestire il Servizio a riconoscere che, allo stesso tempo, non predispone le condizioni di base affinché esso possa essere utilizzato. Come ha indicato lo stesso dirigente che, a questo proposito, è intervenuto nell'ambito del corso di formazione, infatti, non viene riconosciuta agli operatori la possibilità di usufruire di una tempistica adeguata all'impostazione di una relazione che comprenda anche l'apporto del mediatore: la quantità di tempo è insufficiente e l'Istituzione non è intervenuta in alcun modo a questo livello, né fornendo le indicazioni opportune, né strutturando le condizioni necessarie per ridefinire il problema. Eppure, soprattutto se si prende in considerazione tutto quanto risulta problematico in relazione alla presenza di quello che abbiamo definito il "terzo scomodo" nella relazione con il paziente, l'intervento del mediatore è particolarmente rilevante e si rende anche necessario che la

²⁷⁵ Ibidem.

²⁷⁶ Ibidem, n. 459.

sua figura sia individuata in maniera attenta rispetto alla fisionomia degli utenti. Non risulta neppure adeguato, infatti, agire per macroaree nazionali – tantomeno per macroaree linguistiche - in quanto le differenze ad esse interne sono oltremodo significative e chiamano in causa anche le più capillari appartenenze etniche, oltre ad altre differenze cui abbiamo già più volte fatto cenno: “un marocchino di origine araba e un marocchino di origine berbera sono due culture diverse all’interno dello stesso paese”.

Una situazione ulteriore, che fa intravedere l’importanza di un riferimento culturale diverso rispetto a quello che attiene alla cultura dell’operatore, è la seguente:

651. Si presenta per il prelievo del sangue una paziente femmina araba, che in più deve eseguire anche un tampone vaginale in Microbiologia. Devo spiegare l’ubicazione e la metodologia del prelievo, oltre naturalmente se ha avuto rapporti recenti. La paziente non parla italiano e mi presenta un uomo che io interpreto come il marito e quindi comincio con le spiegazioni e le domande. Ad un certo punto capisco l’imbarazzo della situazione e arrivo a capire che questo uomo è solo un conoscente che avrebbe dovuto solo accompagnare la donna. Quindi imbarazzante per me, ma soprattutto disagio di questa donna di fronte all’uomo.

In questo caso l’operatore, con tutta evidenza, opera una sovrapposizione di significati fra gli impliciti presenti nella propria cultura e quelli insiti nella cultura dell’utente, senza rendersi conto, in alcun modo, della sovrapposizione effettuata. Il proposito è quello di andare incontro all’interlocutore, di comprenderne e accoglierne le esigenze, anche laddove inesprese, ma l’esito si configura ben altro rispetto alle intenzioni originarie nella misura in cui giunge a far scomparire del tutto il sistema di riferimenti dell’utente.

Nel sistema d’impliciti proprio della cultura dell’operatore è, infatti, rinvenibile l’idea che le donne si presentano generalmente da sole alle visite medico-ginecologiche e che, se vi arrivano in compagnia di un uomo, questi è il loro partner sessuale/marito; è, inoltre, attivo l’implicito che, in presenza di questo tipo di configurazione relazionale è possibile parlare esplicitamente di ciò che mette in gioco l’anatomia sessuale ed i comportamenti ad essa relativi. Nessuno di questi impliciti è, invece presente, nella cultura di riferimento dell’utente, nel cui ambito le donne si fanno normalmente accompagnare/vengono normalmente accompagnate da un uomo alle visite mediche, senza che si faccia eccezione per l’area ginecologica rispetto alle altre; l’implicito retrostante non rimanda, infatti, alla presenza di una consuetudine di condivisione di comportamenti sessuali, ma ad un insieme di riferimenti che regola tutto il sistema di rapporti interni alla comunità familiare, anche in relazione al presentarsi delle varie necessità di carattere pratico; anche laddove si trattasse del partner/marito, inoltre, non fa parte degli impliciti culturali che sono generalmente presenti nel contesto di riferimento dell’utente la possibilità di esplicitazione di quanto concerne la sfera della sessualità, né a livello anatomico, né in ambito comportamentale. Quello che si configura in questa situazione, pertanto, non è tanto un malinteso/un errore di valutazione (l’accompagnatore era/non era il marito dell’utente), quanto una proiezione interpretativa che opera un totale misconoscimento della posizione altrui: se l’accompagnatore si fosse rivelato essere l’effettivo partner/marito, invece che “solo” un conoscente, l’operatore non avrebbe rilevato alcuna inadeguatezza comunicativo/relazionale e la situazione avrebbe potuto procedere nel totale fraintendimento, senza rivelare tutto il suo carattere di problematicità.

Delle situazioni ulteriori che coinvolgono il tema della differenza di genere, ed in cui la figura del mediatore risulta di particolare rilievo, sono, poi, quelle in cui non è la donna in primo piano ad usufruire dei Servizi, ma entrano in campo i minori: le forme di prevaricazione dell'uomo nei confronti della donna, di cui parlano gli operatori nei loro resoconti, vengono, infatti, particolarmente percepite anche in relazione ai figli.

652. *Quando arrivano i genitori con il bambino è l'uomo che si propone. La donna viene messa da parte, non considerata.*

653. *Credo che una cosa importante per il mio lavoro è di aver capito come sia importante coinvolgere nell'esame che sto facendo anche le mamme straniere dei piccoli pazienti (visto che sono loro a passare più tempo con i bambini). Finora infatti parlavo più spesso con i papà perché si ponevano solo loro in relazione con noi, in realtà, spesso, per cultura la donna si pone, o è posta, in secondo piano quando si rivolge ad una struttura sanitaria.*

Le situazioni che coinvolgono i minori, peraltro, mettono in gioco anche altri livelli del problema poiché chiamano peculiarmente in causa una dimensione giuridica. Come ha ricordato uno dei relatori, infatti:

654. *Se si tratta di bambini il discorso diventa molto più complesso perché abbiamo 'etica', ma anche la leggi, gli obblighi. Per ogni consenso devono essere presenti entrambi. Questo vale anche per gli italiani. Se ce n'è uno solo dipende dalla nostra bontà accettare... Devono essere presenti i genitori, dialogare con entrambi... e anche con il bambino applicare sempre il discorso dell'autorità e trovare un momento in cui portare fuori i genitori e parlargli. Anche lì suggerirei la presenza di una figura femminile se il medico è maschio, di una figura maschile se il medico è femmina... perché il bambino dovrebbe trovare questa complessità.*

Un caso che ha coinvolto in modo esclusivo la figura del genitore maschio e che è stato presentato con particolare inquietudine dall'operatore, in quanto mette in luce dei risvolti decisamente problematici in relazione alla salute femminile, è, invece, il seguente:

655. *Una ragazzina di dodici anni, islamica, è stata sottoposta ad allungamento del femore con metodo Hilizarov. Questo metodo prevede l'applicazione di uno strumentario esterno sulla gamba (coscia) e c'è necessità di medicazioni programmate settimanalmente. Il trattamento dura da dodici a diciotto mesi. Una mattina, in base alla distribuzione del lavoro quotidiano di noi infermieri, ero l'infermiera dedicata alla sua medicazione, invitai la paziente, accompagnata dal padre, a stendersi sul lettino e a sollevare il più possibile il suo lungo abito in modo da liberare la zona interessata al fine che io potessi procedere alla lunga e complessa medicazione. Sottolineo che questo tipo di trattamento è ad altissimo rischio di infezione, per cui necessita di accurate medicazioni. Più volte ho insistito che sollevasse il suo abito, ma lei non lo alzava. Insistetti in maniera più decisa, ma all'istante il padre, con brusche maniere, mi disse che la loro religione non permetteva alle donne di scoprirsi e che dovevo trovare il sistema di procedere alla medicazione comunque. Dopo aver spiegato al padre e alla ragazza che l'efficacia della mia prestazione sarebbe stata positiva solo se io potevo lavorare con la gamba scoperta, ho riscontrato, invece, che per loro la cosa determinante era il rispetto per la sua religione. [...] Le donne islamiche per rispettare a 360° ciò che la loro religione prevede mettono a rischio la propria salute e la cura della stessa.*

Si vede, qui, che si configura con tutta la sua forza quanto il medico imam ha presentato come problematico rispetto al modo di intendere i precetti stessi della religione islamica: un inasprimento della chiave interpretativa adottata che, peraltro, se facciamo riferimento a quanto da lui sostenuto, sembra caratterizzare peculiarmente alcune situazioni di immigrazione²⁷⁷:

²⁷⁷ Occorre, peraltro, richiamare il fatto che la tendenza a demandare al marito le questioni che concernono la salute si costituisce spesso come un fattore peculiare del contesto di immigrazione:

656. *L'uomo musulmano emigrato in Europa a volte sente più la necessità di governare, controllare... È bene aiutare la donna a diventare autonoma. A volte devo 'ricordare' loro che la donna nell'Islam ha posizione molto alta, prestigiosa... ha tutti i diritti di questo mondo, può essere protagonista della vita sociale. Ci sono tantissimi passi del Corano che confermano questo.*

Come già risulta dall'articolazione delle affermazioni presenti in quest'ultimo stralcio, in queste situazioni la presenza del mediatore si rivela di particolare rilievo e, al contempo, di particolare problematicità e delicatezza. Se da una parte, infatti, si assiste ad un inasprimento della situazione con l'emergere di maggiori necessità di controllo, dall'altra, e proprio per questo, si configura la necessità di un aiuto specificamente rivolto alla componente femminile affinché possa intraprendere un cammino di autonomia. Come dalle parole della mediatrice culturale che opera in ambito ospedaliero:

657. *L'uomo islamico tende a proteggere la donna come suo dovere; noi come mediatori diciamo di no, che la donna deve uscire dal guscio.*

Prendono forma, quindi, due esigenze del tutto contrapposte, rispetto alle quali i mediatori si trovano a dover gestire non poche difficoltà. Proprio in quanto si configurano come persone che hanno a loro volta effettuato un articolato percorso di autonomizzazione, accade, infatti, che la loro intermediazione non venga sempre accettata, tanto più da coloro che maggiormente incarnano una posizione rigidamente difensiva:

658. *Gli uomini a volte non vogliono il mediatore perché cerchiamo di far uscire la donna dal guscio. Ci vedono male perché vedono che la donna diventa autonoma...*

In queste situazioni, d'altra parte, è il mediatore stesso ad avere in mano le risorse necessarie per riorientarsi in modo tale da individuare la strategia più idonea:

659. *A volte devo chiamare altri della comunità per convincere, perché io sono considerata una persona laica che non ha nessuna conoscenza islamica.*

Del tutto al contrario rispetto ai problemi enunciati finora, quando l'inserimento della figura del mediatore si rende adeguato si può assistere a situazioni di forte apertura:

660. *Si è verificata anche la situazione di una donna velata che ha partorito con medico maschio senza difficoltà ma in presenza della mediatrice, oltre che del marito.*

Variazioni sul tema

Le affermazioni che abbiamo riportato in apertura di questa sezione²⁷⁸ hanno fatto intravedere la presenza di una problematica di genere anche sul versante del rapporto con gli utenti maschi. Gli operatori non hanno effettuato molte segnalazioni in tal senso, ma il problema è sporadicamente emerso. Abbiamo, peraltro, già riportato una

nell'Africa settentrionale le questioni legate alla salute della famiglia vengono in genere gestite dalle donne, mentre con il processo migratorio questo incarico viene assunto soprattutto dal marito (soprattutto se il ricongiungimento familiare è avvenuto da poco e se la moglie non è ancora in grado di parlare correntemente l'italiano); è, quindi, il marito a gestire il percorso clinico ed a farsi da tramite tra medico e paziente.

²⁷⁸ Cfr. in particolare le testimonianze n. 626 e n. 627 riportate nel primo capitolo di questa sezione, ma anche la testimonianza n. 634 che figura nel capitolo "Percezioni di legittimità". Unica eccezione al riferimento arabo-islamico per quanto riguarda le affermazioni riportate finora riguarda la testimonianza n. 627 (primo capitolo di questa sezione).

situazione di questo tipo nel capitolo relativo alle “Prestazioni non effettuabili”, discutendo di una situazione in cui il paziente si era addirittura rifiutato di portare avanti l’*iter* intrapreso, giungendo a vere e proprie auto dimissioni²⁷⁹. Fa i pochi casi riportati figurano anche i seguenti:

661. *In giorno di accoglimento è arrivato al nostro pronto soccorso di reparto un paziente (cosciente). Lo accetto io, lui mi guarda con molta riluttanza, non risponde alle mie domande. Chiamo il medico di guardia e il mio collega turnista. Alla fine siamo riusciti a capire che non voleva la presenza della figura femminile durante la visita. Sono uscita e il tutto si è risolto. Per fortuna ero insieme ad un collega e ad un medico di guardia maschio. Se fossimo state tutte femmine, come spesso accade, non so come mi sarei comportata per risolvere la situazione.*

662. *Un ragazzo di origine algerina e di religione musulmana è stato ricoverato d’urgenza in Urologia per trauma renale. In quel momento ero io di turno ad accoglierlo, lo accompagnai in stanza e assieme al mio collega lo misi a letto. Subito notai un certo disagio da parte sua nei miei confronti, ma, presa dalla routine, non ci feci caso. Nei giorni seguenti mi accorsi che quando aveva delle necessità non si rivolgeva a me per i suoi bisogni, ma si rivolgeva solo ed esclusivamente ai miei colleghi (maschi). Questo mi ha creato una situazione di disagio (ed umiliazione), ma mi resi conto che anche lui era in difficoltà. Confrontandomi con le colleghe constatai che anche con loro aveva lo stesso atteggiamento e interpretammo questo comportamento come dovuto alle sue tradizioni ed alla sua cultura religiosa (anche lui era a disagio, poiché era la sua religione che lo faceva comportare in questo modo).*

La prima constatazione che ci sembra opportuno effettuare è che gli operatori riferiscono la problematica quasi sempre all’area arabo-islamica non solo quando si presenta in relazione alle donne, ma anche quando riguarda il versante maschile: si parla di un paziente “di cultura araba” nel caso n. 661, di un ragazzo “di origine algerina e di religione musulmana” nel n. 662, così come si faceva riferimento ad “un uomo musulmano” con la testimonianza n. 626 ed a “marocchini, arabi, musulmani” con la n. 634. Non stupisce, pertanto, a questo proposito, che gli operatori abbiano formulato un’esplicita richiesta di chiarimento al rappresentate uomo della comunità islamica che è intervenuto nell’ambito del corso di formazione e mai agli altri relatori:

663. Domanda: *Gli uomini musulmani che si trovano di fronte a degli operatori donne come vivono questa situazione?*

Risposta: *Il discorso è reciproco, se è possibile far visitare un uomo da un uomo è meglio... soprattutto se andiamo a visitare parti intime... per non creare disagi, perché altrimenti il paziente perde la lucidità per rispondere alle domande, vuole fare in fretta per uscire da una situazione un po’ così... Se non è possibile bisogna spiegarli prima questa cosa, essere delicati...*

Una volta che ci si sposta dal versante femminile dell’utenza arabo-islamica, la questione dei rapporti di genere sembra cogliere piuttosto impreparati gli operatori: “Se fossimo state tutte femmine, come spesso accade, non so come mi sarei comportata per risolvere la situazione”, si afferma nel resoconto n. 661, facendo, con questo, intravedere una perplessità rispetto al tema, ma anche il fatto di non aver contemplato prima la possibilità che si verificasse questo genere di situazioni. Il caso inverso, cioè quello in cui è l’utente donna a non accettare che la visita venga effettuata da un operatore uomo, come abbiamo visto finora, non manca di suscitare perplessità e problemi, ma ciononostante, trova gli operatori già più predisposti ad attivarsi per individuare delle strategie di gestione adeguate. Il resoconto n. 662, inoltre, fa entrare in gioco dei vissuti problematici da parte degli operatori (“mi ha creato una situazione di

²⁷⁹ Cfr. sezione relativa al “Percorso di cura”/“Dalla diagnosi alla terapia”, cap. “Prestazioni non effettuabili”, n. 486.

disagio - ed umiliazione”) che ci sembra possano fare riferimento ad una dimensione identitaria – la quale comprende anche l’identità di ruolo - dei protagonisti: una questione, quest’ultima, che abbiamo riscontrato anche nella versione ‘al femminile’ del problema.

Un’altra ‘variazione sul tema’, per certi versi più aspra delle precedenti e che, peraltro, sembra legarsi anch’essa alla questione identitaria (seppure in una sua declinazione specifica), riguarda le situazioni legate all’uso del burka.

664. Si è presentato il caso particolare di un’utente straniera accompagnata dal marito (così si è dichiarato) e da un bambino di 4 anni. Le persone si sono accomodate nella sala d’attesa, avendo preso un numero di prenotazione. La persona che aveva bisogno della prenotazione aveva il burka (questo mi è stato segnalato per esserci stata sorpresa fra l’utenza). Il marito va allo sportello per eseguire la documentazione amministrativa per conto di quella che dichiarava essere sua moglie. L’amministrativo allo sportello elabora la regolare pratica, avendo a disposizione l’impegnativa del medico di base (...) e i dati di nascita della persona straniera. Non ricordo la nazionalità perché la pratica ha seguito la stessa procedura interna di tutte le altre, per cui è sembrata assolutamente regolare da un punto di vista amministrativo anche se l’intermediario era il marito e non "la moglie" che era interessata al prelievo ematico. Seguendo la successiva lista di attesa, poi, è stato chiamato da un Operatore Socio Sanitario il numero della signora con il burka... il marito faceva da intermediario conoscendo la lingua italiana. L’O.S.S. si è fidato della dichiarazione del marito della signora per l’identificazione e la consegna delle provette per il prelievo. Era pronto un infermiere maschio per eseguire il prelievo, ma è stato decisamente rifiutato dal marito, che, in forma perentoria, chiedeva che fosse una donna ad eseguire il prelievo... Il marito ha presieduto tutte le fasi, quasi volesse proteggere in modo violento la privacy della moglie, coperta sempre dal burka. Era comunque pronta l’infermiera, che ha potuto eseguire il prelievo scoprendo solo un pezzo di avambraccio alla ricerca di una vena. Essendo io il coordinatore infermieristico, pur essendo in servizio, sono venuto a conoscenza della cosa appena era stato eseguito il prelievo, per cui mi sono limitato a salutare il bambino e il marito. Ho salutato la signora che non ha risposto al saluto, indicandole che poteva ritirare il referto dopo 3 giorni. Sapendo a posteriori che la signora era incinta, che faceva esami di laboratorio di routine e per caso non era stato richiesto il gruppo sanguigno che avrebbe previsto la firma sulla provetta, il caso mi ha preoccupato molto. La preoccupazione era legata al fatto che la signora con il burka non era stata identificata sicuramente scoprendole il volto e confrontandolo con un documento. La cosa non si è più ripetuta, ma certamente abbiamo concordato con il personale che, pur con le cortesie dovute, la procedura di identificazione dell’utente dovrà essere fatta come quella presso gli aeroporti, con carta d’identità e identificazione.

L’uso del burka è assolutamente raro in Italia; forse negli anni gli operatori hanno addirittura incontrato solo un paio di situazioni con questa caratteristica, ma questi stessi casi, proprio per la forte pregnanza che rivestono, sono stati riferiti in parallelo da più operatori. La versione che abbiamo riportato precedentemente è la più estesa, le altre non si sono discostate nella sostanza, sebbene risultassero meno dettagliate.

Anche nella situazione appena riportata è fortemente presente la questione dei rapporti di genere nel contesto della relazione operatori-utenti e la presenza, fra il personale di turno, di un’infermiera ha reso possibile il subentro di un operatore all’altro e la conseguente effettuazione dell’esame. Al di là di questa analogia, la descrizione fornita dall’operatore rende esplicita la presenza di altri problemi, che riguardano l’identificazione dell’utente e che solo apparentemente sono limitati alla sfera amministrativa, in quanto, come risulta nella parte finale del racconto, sono legati anche alla possibilità di costruire un profilo coerente di dati sulla cui base effettuare ogni procedura diagnostica (ed ogni intervento successivo). Questo problema, nel caso specifico, assume la forma di un dubbio sull’identità della persona per la difficoltà di mettere in relazione la dichiarazione verbale con l’accertamento visivo, ma rappresenta

una delle aree critiche nel rapporto con parte dell'utenza straniera. Occorre inoltre mettere in rilievo anche il fatto che, al di là della gravità che tutto questo potenzialmente può avere, la situazione viene ad essere avvolta da un alone di sospetto che assume una veste piuttosto capillare: in questo resoconto, così come negli altri forniti in relazione a questo stesso caso, le affermazioni in cui si sottolinea che il marito "così si è dichiarato", che la donna è colei che lui "dichiara essere sua moglie", che l'operatore "si è fidato della dichiarazione" rilasciata, sono continue e ricorrenti e giungono a mettere in dubbio elementi che, in altre situazioni, passerebbero inosservati. In altri termini, se può essere piuttosto raro che una donna italiana faccia fare da intermediario al marito, qualora ciò avvenisse, a torto o a ragione, difficilmente darebbe adito alla molteplicità di dubbi sollevati.

Come si evince dai resoconti forniti dagli altri operatori che, a diverso titolo, sono stati implicati nella gestione del caso, le difficoltà connesse si situano, poi, anche a livello dell'effettiva esecuzione del prelievo:

665. Addirittura hanno voluto che il prelievo fosse fatto da una donna e mostrando solo il lembo di pelle dove fare il prelievo. Questo mi ha dato proprio fastidio. Era proprio senza identità.

666. Alle varie domande che facevamo la signora non rispondeva mai lei ma sempre il marito. Lei rimaneva immobile e in silenzio mentre il marito continuava a guardarsi intorno per vedere che non arrivasse nessuno durante l'esecuzione del prelievo. Personalmente sono rimasta un po' perplessa perché non riuscivo a vedere la signora e quindi constatarne l'identità e lo stato d'animo. Mi ha molto colpito anche l'atteggiamento di diffidenza del marito.

667. Cercai di restare indifferente alla cosa anche se sicuramente non è facile. Mi spiego meglio: nello stesso ambulatorio essendoci più di un posto prelievi ed essendo un'ora di punta entrano altre persone; ogni volta che questo succedeva e io in quel momento stavo eseguendo il prelievo la signora continuava a coprirsi il braccio mettendomi in difficoltà.

668. Altro imbarazzo è stato quello di eseguire il prelievo: poiché la persona scopriva solo una parte minima del punto di inserimento dell'ago ricoprendolo con il burka perché non doveva essere vista da altre persone. Io comunque ho eseguito un prelievo non facile, stando con la testa coperta dal burka. Il mio collega uomo era uscito dalla stanza per dare l'opportunità di fare il prelievo in maniera congrua, però c'era il marito che anche lui rientrava in questo contesto. [...] Ora io personalmente posso cercare di capire però una domanda mi sorge: perché ricorrono all'aiuto se poi (per religiosità) non possono esporsi? Prima di ricorrere all'aiuto non sanno cosa comporta il tutto? Perché vengono in cerca di aiuto se poi non possono averlo?

Questa sequenza di affermazioni non introduce molte informazioni aggiuntive rispetto a quelle che già abbiamo; consente solo di mettere a fuoco il presentarsi di un disagio più 'tecnico' nell'effettuazione dell'esame: quello stesso che si era presentato con la testimonianza n. 655 e che assume ora una veste meno rilevante per quanto riguarda le conseguenze che porta con sé. Ci sembra, però, importante la chiusura dell'ultima testimonianza in quanto rivela la presenza di un meccanismo interpretativo che tende a demandare in modo esclusivo all'utenza la responsabilità di tutto quanto avviene. La frase di chiusura dell'affermazione n. 668, infatti, pone un interrogativo in forma retorica ed evidenzia la presenza di una richiesta di aiuto cui corrisponderebbe un'impossibilità di fatto, come se non vi fosse, cioè, da parte della struttura, alcuna possibilità oggettiva di andare incontro alle esigenze formulate, plausibilmente in quanto non si riconosce ad esse alcuna vera legittimità. Al di là di questo, il problema dell'uso delle diverse forme di velatura, come chiaramente veniva in luce con la testimonianza n. 664, introduce delle questioni di assoluto rilievo, per cui, del tutto in

linea con quanto affermato precedentemente dal medico-imam, è possibile ribadire che si può chiedere di toglierle facendo riferimento agli stessi precetti islamici:

669. Per una donna musulmana che ha superato i 14-15 anni scatta l'obbligo di coprirsi il capo e il corpo tranne il viso e le mani. In alcune parti del mondo islamico si vuole anche che il viso venga coperto. La maggior parte degli ulema dicono che il viso non fa parte delle parti che devono essere coperte. In Europa con diverse Fatwa abbiamo più volte invitato le donne musulmane a non coprirsi il viso, anche per non andare contro le legislazioni dei paesi. Per la donna che ha bisogno di cure mediche o paramediche la donna può, talvolta anche deve, scoprire il capo e parte del suo corpo per le visite, le cure...

Il caso del burka, al di là della questione identitaria sollevata, da questo punto di vista è del tutto analogo ai precedenti, solo che occorre tenere presente che, in questi casi, le resistenze saranno sicuramente più aspre e difficili da gestire.

670. Se una donna arriva dal Bangladesh o dal Pakistan bisogna aspettarsi maggiori resistenze. Di solito lì vige la scuola giuridica degli Ambaliti, gli ortodossi del mondo islamico, i più rigidi. Bisogna armarsi di tanta pazienza, spiegare che qui in Italia non si potrebbe perché c'è la legge... Io stesso ho invitato le donne musulmane ad evitare di mettere il burka, va anche contro una legge del '35 e crediamo che essere musulmani significa anche rispettare le leggi del posto in cui si vive²⁸⁰. La maggioranza dei musulmani in Europa è contraria al burka proprio perché non rispetta le leggi del contesto in cui si vive.

Non a caso, proprio nel contesto in cui abbiamo avuto modo d'incontrare un gruppo di donne marocchine, la questione del velo ha fatto sollevare un dibattito piuttosto aspro, facendo emergere, da una parte, la posizione di coloro che richiamavano la presenza di difficoltà incontrate con gli operatori per l'atteggiamento da loro manifestato²⁸¹ e per le richieste corrispondenti e, dall'altra, quella di coloro che tendevano a non riconoscere la presenza di problemi a questo livello.

Oltre alla questione riguardante l'inversione dei ruoli di genere e l'estremizzazione del problema della velatura, un'ulteriore variazione sul tema riguarda, infine, le situazioni che non coinvolgono tanto la relazione operatori-utenti quanto una dimensione più allargata di rapporto. Una situazione di questo tipo è stata presentata nella sezione relativa a "La contemporaneità delle presenze", a cui, pertanto, rimandiamo²⁸². Analogamente si verificano situazioni di difficoltà in area pediatrica quando, in occasione del ricovero di un bambino, si pone la questione dell'accoglienza notturna della madre.

²⁸⁰ È interessante riportare il fatto che è stata emessa un'apposita fatwa a questo proposito, cioè un giudizio formulato in risposta ad uno specifico quesito in modo da stabilire se la questione retrostante sia regolamentata dalla legge islamica e quali siano le relative modalità di applicazione del dispositivo di regolamentazione.

²⁸¹ Di questa questione si fa menzione anche in letteratura, cfr. in particolare, AA.VV., *Gli stranieri e l'accesso ai servizi sanitari*: "Talune notano un cambiamento di atteggiamento da parte del medico a seconda che indossino o meno il velo (il che indurrebbe un pregiudizio facendole ritenere chiuse e retrograde fino ad esplicite discussioni)".

²⁸² Cfr. n. 210.

CONCLUSIONI

Fra apparenza e realtà: osservazioni relative all'offerta territoriale

Accedere ai servizi sanitari: sussistenza, conoscenza ed esercizio del diritto

Il linguaggio in primo piano: il servizio di mediazione linguistico-culturale

Orientarsi, registrarsi, usufruire delle prestazioni

Gli assi cartesiani di ogni interazione: tempo e spazio

Il difficile rapporto con le regole

Intercambiabilità degli operatori

Dentro la circolarità ermeneutica: percezioni di razzismo e profezie che si auto adempiono

La cornice relazionale: il problema dell'ascolto attivo

La costruzione del quadro clinico

La ricostruzione anamnestica: possibilità e modalità di parola

Indagini strumentali

Dentro il percorso terapeutico: fra ricoveri ospedalieri e difficoltà di *compliance*

Rapporti iso ed etero culturali

Fra apparenza e realtà: osservazioni relative all'offerta territoriale.

In Italia viene attualmente garantita l'accessibilità alle cure sanitarie, seppure in forma diversificata, a tutti gli immigrati presenti sul territorio nazionale. Dopo il 1998, con l'emanazione del *Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero* e del relativo Regolamento di attuazione, il tema della tutela sanitaria si è esteso anche in direzione dei cosiddetti irregolari e/o clandestini, cioè di coloro che non risultano “in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno”; tutto questo “a parità di condizioni con il cittadino italiano”. Tale impostazione normativa è stata, poi, supportata da alcuni documenti programmatici, per cui, oltre a rimuovere quei requisiti che, in passato, risultavano ostativi per la tutela della salute, sono anche stati introdotti principi di equità ed incentivati interventi ed azioni locali volti a garantire a tutti l'accessibilità e la fruibilità delle prestazioni sanitarie. In tale contesto, per non ostacolare l'accesso alle cure, è stata anche vietata la segnalazione all'autorità di polizia della presenza di immigrati clandestini/irregolari che richiedono aiuto di carattere medico (Geraci, X Consensus Conference, 2009). La concreta applicazione di questi orientamenti sembra, d'altra parte, avere avuto percorsi ed esiti differenziati nei diversi contesti regionali. Sempre più strutture pubbliche si sono attrezzate riformulando alcune dimensioni organizzative in modo da favorire l'accesso a la fruizione dei servizi alle diverse categorie di immigrati e proponendo percorsi formativi *ad hoc* al personale dipendente, ma l'attivazione non è stata omogenea, né dal punto di vista quantitativo, né da quello qualitativo, talvolta rendendo precaria la stessa applicazione degli orientamenti sanitari. In particolare, se l'accessibilità viene in genere garantita a livello giuridico, la fruibilità effettiva mette in gioco la capacità dei servizi di adeguarsi alle necessità dei nuovi utenti. Anche per quanto riguarda la situazione padovana, sebbene siano attive diverse iniziative volte a rendere effettivo il dettato legislativo, è possibile rilevare la presenza di alcune difficoltà.

Facendo riferimento a quanto emerge dai documenti ufficiali e dal materiale pubblicitario emesso a livello territoriale, la situazione padovana risulta caratterizzata da una pluralità di interventi in ambito sanitario capaci di rispondere in maniera adeguata e complessa alle esigenze di una società multiculturale. Nel contesto della ULSS 16 troviamo, infatti, la “Struttura Alta Professionalità Immigrazione”, la quale, facendo riferimento al nome con cui si autodefinisce, mostra di avvalersi di una valutazione di eccellenza della propria attività in quanto caratterizzata da una progettualità competente e mirata; ad opera di tale struttura sono stati organizzati tavoli di concertazione, sportelli informativi, ambulatori dedicati, nonché convegni e protocolli d'intesa con le istituzioni pubbliche su specifiche azioni. In contesto ospedaliero troviamo, d'altra parte, l'“Ufficio Relazioni con il Pubblico” che ha fatto propria l'esigenza d'intervenire sulla dimensione relazionale tenendo in considerazione la presenza di un'utenza differenziata in chiave multiculturale; in tale ambito sono stati realizzati un servizio di mediazione linguistico-culturale volto a rispondere alle esigenze di dodici comunità linguistiche, nonché dei percorsi di formazione per il personale sanitario, reiterati nel tempo, indirizzati ad un ampio numero di operatori e specificamente centrati su “La relazione con il paziente straniero”. L'enumerazione di queste attività pone la realtà territoriale padovana in linea con le raccomandazioni formulate nella dichiarazione di Amsterdam per la realizzazione di organizzazioni ospedaliere *migrant-friendly* e culturalmente

competenti. Emergono, tuttavia, diversi punti di criticità nel confronto con le linee di fondo del documento programmatico che è stato stilato ad Amsterdam, a partire dal fatto che gli interventi effettuati nei due contesti, in apparenza mirati ed organici, hanno rivelato una sostanziale frammentazione e problematicità. Non risulta, infatti, emergere un quadro di attività che s'inserisca in una visione condivisa e ne valorizzi la prospettiva nel contesto di una politica aziendale/territoriale chiaramente orientata in chiave interculturale come, invece, risulta da quanto realizzato nell'ambito della sperimentazione dei *Migrant Friendly Hospitals*.

Un primo, importante elemento di problematicità, in tal senso, mette in gioco l'assenza di un sostanziale raccordo fra le attività poste in essere in ambito ospedaliero e quelle effettuate dall'Unità Locale Socio Sanitaria. La doppia gestione amministrativa che caratterizza l'articolazione delle due aziende nel medesimo territorio (A.O.P. e U.L.S.S. 16) rende piuttosto complicato assumere una prospettiva organica, tanto che risulta possibile affermare che quanto si realizza nell'ambito dell'una non trova corrispondenza con quello che avviene nell'altra. I due organismi tendono a lavorare in parallelo, più che a tessere intrecci nel contesto di un sistema organizzato ed interdipendente, con la conseguenza di un notevole dispendio di mezzi ed energie nel contesto di una situazione che resta disarticolata e frammentaria. L'azienda U.L.S.S., ad esempio, ha sperimentato per un periodo un servizio di mediazione linguistico-culturale nell'ospedale S. Antonio, ma nel realizzare tale iniziativa non si è avvalsa dell'esperienza maturata nel contesto dell'A.O.P., mentre all'interno dell'Azienda Ospedaliera sembra non essere presente alcuna informazione relativamente a quanto effettuato in U.L.S.S.; che si sia reciprocamente consapevoli o meno delle iniziative sperimentate nei due contesti, resta il dato di fondo che non è stato messo in atto alcun confronto fra di esse successivamente alla loro realizzazione, in modo da verificarne punti di forza e/o di debolezza e da addivenire ad un progetto che si avvallesse dell'esperienza di entrambe. Analogamente, in un caso e nell'altro vengono organizzate attività formative per gli operatori che rimangono sostanzialmente isolate in quanto difficilmente coinvolgono il personale dell'altra struttura, facendo uso di risorse interne scarsamente condivise o reciprocamente ignorate o anche, talvolta, utilizzando le medesime risorse e dando adito ad un vero e proprio duplicamento dispersivo delle iniziative. Questa situazione si presenta in buona sostanza come opposta a quella prefigurata dalla sperimentazione *Migrant Friendly Hospital* di Reggio Emilia, nel cui ambito sono state intraprese azioni specificamente indirizzate alla ricerca di un'integrazione fra le strutture ospedaliere e gli altri presidi territoriali, anche con la realizzazione di un servizio centralizzato e coordinato di mediazione interculturale, in quanto si è ritenuto che un'articolazione organica delle attività costituisca la base necessaria per realizzare iniziative capaci di promuovere un adeguato accesso alle prestazioni ed alla qualità e continuità delle cure nella popolazione immigrata.

L'elemento di frammentazione riscontrato nel territorio sembra non mancare di conseguenze in primo luogo per quanto riguarda l'accesso ai Servizi, poiché l'Azienda Ospedaliera fa registrare un utilizzo eccessivo ed improprio delle strutture di Pronto Soccorso da parte dell'utenza immigrata. In realtà questo dato non è peculiare della sola area padovana, né è da ricondurre alla sola popolazione immigrata; questa tendenza, al contrario, viene generalmente riportata da tutta la letteratura di settore, può essere riscontrata sulla globalità del territorio nazionale e giunge ad interessare in buona misura anche gli autoctoni. Sia i dati statistici da noi analizzati, sia le affermazioni formulate dagli operatori, convergono, d'altra parte, nell'evidenziare che questa situazione si verifica in modo particolarmente accentuato nel caso degli immigrati, per i

quali il Pronto Soccorso si configura come punto di riferimento del tutto privilegiato, se non esclusivo, a detrimento degli altri ausili sanitari messi a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, il dato relativo al suo utilizzo risulta significativamente superiore nel caso degli stranieri rispetto agli italiani sia nell'area dell'Azienda Ospedaliera deputata agli adulti (età superiore ai 16 anni), sia – ed in maniera ancora più marcata – nel settore pediatrico (la percentuale, a tale livello, risulta pressoché doppia per gli stranieri rispetto agli autoctoni). Questo elemento di realtà, se da una parte non stupisce nella misura in cui corrisponde a quanto si verifica in genere, dall'altra non può non sollevare problemi in quanto viene registrato in un'area in cui sono presenti delle strutture specificamente dedicate all'utenza immigrata fuori e dentro il contesto pubblico. Tali strutture, infatti, sono sorte per fare in modo che venissero messe in atto le misure necessarie a produrre una sostanziale uguaglianza nella fruizione dei servizi sanitari e nelle corrispettive capacità di presa in carico e cura, in ottemperanza al dettato costituzionale che prevede la tutela della salute come “fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività” anche al di là del possesso della cittadinanza o della regolarità o irregolarità del soggiorno sul territorio nazionale. In particolare, le iniziative istituite in ambito privato (in genere su base volontaristica) si propongono di intercettare le necessità di salute di una popolazione in difficoltà nel rivolgersi al servizio pubblico, mentre quelle istituite in ambito pubblico dovrebbero cogliere le necessità di ogni utente potenziale e direzionarle in modo adeguato al proprio interno. In virtù della presenza di queste strutture sarebbe legittimo attendersi che non si verificassero differenze significative nel ricorrere alle prestazioni sanitarie da parte di stranieri ed autoctoni, mentre ci sembra del tutto plausibile affermare che la loro presenza si rivela insufficiente e/o inadeguata in tal senso. In particolare, la differenza nella percentuale di accesso al Pronto Soccorso da parte della popolazione immigrata, soprattutto nella misura in cui si configura come inadeguata, risalta in primo piano, divenendo spia di una difficoltà di funzionamento del sistema complessivo. Le strutture “dedicate” fungono sicuramente da correttivi rispetto a tale situazione (è facilmente immaginabile che in loro assenza il problema si presenterebbe in misura ancora maggiore), ma risulta evidente che non riescono ad ovviare al problema.

Al di là dell'importanza della presenza delle strutture “dedicate” e del loro grado di efficacia nel direzionare l'accesso ai servizi sanitari, occorre, d'altra parte, segnalare il verificarsi di un qualche effetto controproducente che si correla alla loro seppure importante operatività. La percezione della presenza di tali servizi sembra, infatti, entrare in gioco nel rapporto fra il personale sanitario e l'utenza in un modo non sempre positivo, poiché il solo fatto di sapere che esistono delle strutture “dedicate” rappresenta, talvolta, per gli operatori, un vero e proprio motivo di delega, mentre in altri casi dà adito ad una percezione di favoritismo a vantaggio della popolazione immigrata (un'impressione, quest'ultima, che non manca di emergere anche fra gli utenti italiani) capace a sua volta di produrre ulteriori conseguenze. La gestione difficoltosa delle relazioni con il paziente immigrato aggrava e complica notevolmente il lavoro del personale sanitario, per cui non risulta infrequente che gli operatori finiscano per utilizzare difensivamente quanto risulta più o meno disponibile sul territorio. Capita, allora, che la gestione del caso che si presenta all'operatore sanitario venga da lui demandata altrove, senza che si verifichi alcun controllo sugli esiti del rinvio e senza che si producano prospettive interne di cambiamento in ambito istituzionale, mentre sul versante dell'utenza si generano, in parallelo, delle sensazioni di insoddisfazione e di vera e propria rabbia suscettibili di trasformarsi in percezioni di discriminazione razziale; oppure si crea, fra gli operatori e/o fra gli utenti italiani,

un'impressione di favoritismo che fa sì che quando si verifica una qualche difficoltà l'operatore tenda a considerare più che legittimo ritirarsi dalla responsabilità del rapporto in quanto ritiene che il sistema sia già andato fin troppo incontro alle necessità altrui e questo produce a sua volta un inasprimento delle difficoltà relazionali. In altri termini, prende forma una percezione di disparità tutta spostata a favore della popolazione immigrata, laddove le iniziative poste in essere hanno, al contrario, l'obiettivo di perseguire l'uguaglianza. In queste circostanze si genera inevitabilmente disagio e questo contribuisce ad innescare delle situazioni di *escalation* dell'aggressività di difficile gestione. Il verificarsi di questo stato di cose rende necessaria una qualche revisione delle iniziative "dedicate" ed anche un ripensamento generale della struttura organizzativa nel suo insieme, nella misura in cui essa si rivela piuttosto onerosa in termini di produzione di malessere interno.

Accedere ai servizi sanitari: sussistenza, conoscenza ed esercizio del diritto.

Il ricorso eccessivo ed improprio al Pronto Soccorso avviene anche a detrimento dell'uso dei Distretti e delle figure professionali messe a disposizione in quegli ambiti, nonché dei medici di guardia e, soprattutto, del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di libera scelta, che rappresentano a loro volta i principali ausili che il Servizio Sanitario Nazionale rende disponibili per le problematiche di salute e di cui la popolazione italiana si avvale in grande misura. Dietro al diverso modo di usufruire di questi supporti da parte della popolazione immigrata rispetto a quella autoctona possono essere annoverati diversi tipi di fattori: giuridico-legali, informativi, organizzativi, economici, culturali.

Un primo ordine di ragioni mette in gioco la dimensione giuridico-legale. In tal senso vengono chiamati in causa, in primo luogo, gli utenti comunitari non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale e che non siano in grado di esibire una tessera TEAM e, soprattutto, l'utenza irregolare (stranieri non comunitari privi di permesso di soggiorno). Mentre gli immigrati regolarmente presenti godono di analogo trattamento rispetto agli autoctoni, chi si trova negli altri due tipi di situazioni, non potendosi avvalere dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, non può ricorrere all'utilizzo del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di libera scelta, ma, come risulta dalla Legge 40/98 - art. 35, comma 3 - ha il diritto di usufruire delle "cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio": l'incrocio di questi due elementi rende immediatamente il Pronto Soccorso servizio di riferimento elettivo per questa popolazione.

Un secondo raggruppamento di fattori chiama in causa la dimensione puramente informativa. Mentre l'esistenza dei servizi di Pronto Soccorso è, in genere, conosciuta da tutti ed è anche adeguatamente segnalata, le informazioni relative alle possibilità e modalità d'uso degli altri ausili sono possedute in modo frammentario dall'utenza immigrata e non mancano di lacune neanche sul versante degli operatori che con essa entrano in rapporto. Per ovviare a queste carenze si renderebbe necessario, in primo luogo, effettuare delle efficaci campagne informative e questo richiederebbe la messa in atto di procedure che vadano al di là della semplice realizzazione di materiale cartaceo - seppure plurilingue -, come, invece, si verifica in modo pressoché esclusivo. Non a caso, una delle attività che vengono promosse a questo scopo in altre realtà territoriali passa attraverso l'utilizzo dei *network* sociali che coinvolgono gli immigrati, per esempio in seguito alla realizzazione di incontri diretti effettuati nelle rispettive sedi di

ritrovo. Questo tipo di azione avrebbe sicuramente la capacità d'innescare un circolo virtuoso di veicolazione delle informazioni, rendendole più capillari ed efficaci; non viene, però, tendenzialmente realizzato nel contesto padovano, nel cui ambito ci si limita a produrre materiale editoriale che viene a sua volta letto ed utilizzato più dagli operatori che dagli utenti. Il risultato che ne consegue, come abbiamo già rilevato, è piuttosto controproducente, poiché fra gli operatori si genera la sensazione di una massiccia attivazione a livello istituzionale per andare incontro alle esigenze della popolazione immigrata, mentre quest'ultima continua a risultare disinformata. La percezione che ne ricava l'operatore, di conseguenza – ed è in questo che si rivela il suo carattere controproducente –, è che vi sia una sostanziale mancanza di volontà da parte dell'utenza immigrata nel ridefinire il proprio rapporto con il servizio sanitario: una visione del tutto parziale, che manca della consapevolezza di una carenza che è dovuta anche all'inefficacia della procedura con cui viene veicolato il dato informativo.

La sussistenza giuridica del diritto all'uso degli ausili sanitari e l'informazione relativa alla loro esistenza e modalità di fruizione sono fattori dirimenti rispetto alla possibilità di utilizzarli di fatto. D'altra parte, anche quando queste variabili risultano presenti, non sempre gli utenti immigrati decidono di ricorrere ai servizi disponibili e continuano, invece, ad utilizzare il Pronto Soccorso in via privilegiata, se non esclusiva²⁸³. Un terzo ordine di fattori intervenienti nel configurare la fisionomia del problema chiama in causa la dimensione economica, la quale si presenta sicuramente come una variabile interveniente, ma risulta agire in modo piuttosto articolato e complesso andando ad intrecciarsi con altre variabili e risultando anche soggetta, in modo inaspettato, a variazioni di non facile comprensione e prevedibilità. Sia l'uso del servizio di Pronto Soccorso, sia quello del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di libera scelta, qualora effettuati in modo adeguato, non richiedono, infatti, alcun esborso da parte degli utenti e questo elemento contribuisce a porre per lo meno sullo stesso piano la possibilità di ricorrere all'uno o all'altro ausilio. Analizzando i codici-colore che vengono attribuiti con il *triage* eseguito al momento dell'accesso, emerge, però, che un'altissima percentuale di utenti si rivolge ai due principali servizi di Pronto Soccorso dell'A.O.P. (quello centrale, destinato agli adulti, e quello pediatrico, riservato a chi ha meno di sedici anni) per situazioni che gli operatori valutano come non pertinenti e questo comporta il dovere di contribuire al costo corrispondente alla prestazione tramite il versamento di un contributo (*ticket*) che varia a seconda di quanto di volta in volta si è reso necessario effettuare in termini di accertamenti diagnostici e di prescrizioni terapeutiche. Il fattore economico, pertanto, sebbene di sicuro rilievo, non risulta di per sé sufficiente a rendere ragione del marcato utilizzo; al contrario, dovrebbe spingere verso un maggiore ricorso agli altri ausili sanitari (in particolare M.M.G. e Pediatra).

Poiché la numerosità degli accessi al Pronto Soccorso continua a verificarsi a dispetto del fatto che l'utenza vada incontro ad una notevole dose di disagi, di cui il pagamento del *ticket* è forse il più evidente, e poiché questo eccesso si verifica in grande misura a discapito della possibilità di ricorrere al Medico di Medicina Generale anche laddove il diritto sussiste, l'informazione ad esso relativa è posseduta e la procedura di scelta/assegnazione del medico è stata effettuata in tutti i suoi passaggi, si rende evidente la presenza di ulteriori ragioni che vanno al di là della questione economica, giuridica ed informativa. In particolare, emergono delle questioni di tipo organizzativo, in quanto il Pronto Soccorso risponde molto meglio di altri sussidi alle esigenze delle

²⁸³ A proposito della distinzione fra sussistenza del diritto, consapevolezza del diritto e suo effettivo esercizio in ambito sanitario si rimanda a Marceca M., *La salute degli stranieri in Italia: normativa, accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari*, in De Micco V. (2002), pp. 141-157.

famiglie degli immigrati, soprattutto per il fatto che la sua disponibilità è tale 24 ore su 24, in ogni giorno della settimana, quindi anche nei momenti in cui i membri della famiglia sono liberi da impegni lavorativi e possono organizzarsi con i propri mezzi per raggiungere una struttura che, comunque, è chiaramente individuabile sul territorio, non necessita di appuntamento previo ed in cui si possono contemporaneamente effettuare una molteplicità di accertamenti. Lo stesso non avviene per il Medico di Medicina Generale, i cui orari sono decisamente frammentari e disomogenei e le cui modalità di funzionamento organizzativo vedono la messa in campo di procedure di prenotazione diversificate e più o meno farraginose.

Un ulteriore raggruppamento di fattori chiama in causa delle ragioni di carattere più marcatamente culturale. Entrano, allora, in gioco lo specifico modo di organizzare i servizi sanitari nelle diverse aree di provenienza (in cui spesso non sono presenti figure analoghe a quelle del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di libera scelta), le diverse gerarchie di priorità che si configurano a seconda dei contesti, le differenti consuetudine acquisite relativamente alla messa in atto di strategie di tipo preventivo, le distinte prospettive maturate nei rispettivi contesti culturali relativamente a cosa di volta in volta susciti allarme e possa essere considerato di pertinenza medica, quindi la presenza di attitudini diversificate rispetto alle singole sintomatologie (per cui patologie di lieve entità possono suscitare allarme in quanto sconosciute o in quanto, al contrario, nella rispettiva area di provenienza, possono risultare associate a situazioni di reale pericolosità), così come il fatto che ci si possa avvalere o meno di forme alternative di cura. In questi termini la questione si presenta come piuttosto complessa da comprendere e gestire in quanto i vari fattori s'intrecciano in modo articolato: viene messa in gioco la comprensione del significato della presenza del Medico di Medicina Generale (il che va al di là della semplice veicolazione delle informazioni), il grado di soddisfazione/insoddisfazione correlato al suo utilizzo (dalla difficoltà di comprensione linguistica, all'aspettativa di una presa in carico più complessiva e più autosufficiente che chiama in causa anche la possibilità di stringere un rapporto soddisfacente sul piano relazionale), ma anche le abitudini pregresse (spesso maggiormente in linea con l'utilizzo del Pronto Soccorso rispetto a qualsivoglia altro sussidio territoriale), nonché i particolari sistemi di valorizzazione in ambito preventivo, diagnostico e terapeutico. Il fatto che si sappia della presenza e possibilità di utilizzo del Medico di Medicina Generale non comporta, ad esempio, necessariamente che se ne comprenda il ruolo. In particolare, non se ne comprende la funzione di orientamento e guida rispetto ad altre figure e servizi. Soprattutto se l'utente ha alle spalle l'idea che la sanità occidentale si caratterizza per il suo essere particolarmente tecnologizzata ed efficiente, accade che si rivolga al medico con aspettative di risposta risolutiva immediata e, nella misura in cui si trova nella condizione di doversi confrontare con dei rimandi che richiedono analisi e controlli da effettuare altrove, percepisce il passaggio attraverso questa figura professionale come un inutile sovraccarico, invece che come un ausilio. Proprio il fatto di averne fatto talvolta uso, per trovarsi nella condizione di constatare una moltiplicazione di passaggi di cui non comprende il significato e la necessità, diventa, quindi, per l'utente, una sorta di 'segnale di incapacità' ed inutilità, che provoca la generale sfiducia verso una figura di cui non percepisce il senso ed il valore. Tutto questo trova particolare forza nella misura in cui anche la relazione 'umana' con il medico eventualmente consultato non si è sviluppata secondo le aspettative: emergono, infatti, considerazioni di insoddisfazione per il rapporto laddove esso è stato avviato. Di conseguenza, questa figura viene con una certa facilità svilita al ruolo di burocrate da utilizzare in situazioni che si connettono allo svolgimento di specifiche necessità, attribuendogli una funzione di mero esecutore di pratiche amministrative a sfondo

sanitario, quali certificati da esibire per ragioni di lavoro o prescrizioni di farmaci che altrimenti occorrerebbe pagare.

Nonostante una certa concordanza di dati relativamente all'eccesso ed all'inadeguatezza nell'uso del Pronto Soccorso, emerge dalla letteratura di settore anche il fatto che gli immigrati hanno la tendenza a rivolgersi ai servizi sanitari tardi rispetto alle necessità, cioè quando la patologia ha ormai assunto una fisionomia tale da non poter essere più ignorata o sottaciuta. Questo aspetto risulta confermato anche dalla percezione degli immigrati da noi intervistati, ma non risulta in linea con il dato relativo all'alta percentuale di inadeguatezza nell'uso riscontrata attraverso l'attribuzione del codice-colore. Quest'ultimo dato, d'altra parte, deve essere corretto almeno in parte, poiché gli itinerari ospedalieri evidenziano che talvolta si verifica una iniziale sottostima del problema clinico percepito: da quanto è emerso dall'osservazione sul campo il codice-colore attribuito in prima istanza può subire delle modifiche *in itinere* e, sulla base di quanto affermano gli operatori, questo si verificherebbe in direzione di una progressione della gravità in misura maggiore per gli immigrati rispetto a quanto avvenga per gli autoctoni.

Il fatto di far ricorso ai servizi sanitari quando ormai la patologia ha raggiunto una dimensione percettiva tale da non poter più essere sottaciuta chiama in causa anche un altro fattore di differenza di matrice culturale: la presunta mancanza di attitudini preventive. Anche in questo caso, però, la questione non si presenta come lineare nelle sue linee interpretative, poiché il concetto di prevenzione, nella sua pratica d'uso, risulta associabile a situazioni molto diversificate. In tal senso, non può essere considerato assente da alcun sistema di cura, mentre quella che viene a mancare in contesto di immigrazione è, semmai, la condivisione di una stessa idea di prevenzione. Di conseguenza, non vengono messi in atto quei comportamenti che ci si attenderebbe sulla base delle consuetudini medico-sanitarie che sono proprie della biomedicina: quanto previsto dai protocolli stilati nell'ambito della medicina convenzionale, quindi le analisi periodiche, le verifiche della pressione, gli *screening* per la prevenzione dei tumori, le osservazioni dello stato di gravidanza attraverso controlli ostetrici ed indagini ecografiche, ecc.. Quando l'immigrato arriva a rivolgersi al servizio ospedaliero, se è vero che, in genere, non ha prima effettuato quella serie di accertamenti che l'operatore sanitario si attenderebbe, non è affatto detto che non abbia, al contempo, messo in atto delle strategie alternative di prevenzione e di gestione del problema che sta in quel momento manifestando in maniera conclamata, affidandosi ad accorgimenti e pratiche diverse da quelle richieste e previste dal sistema sanitario a cui si rivolge (interpellando altri 'specialisti' della salute, adottando i comportamenti suggeriti dal proprio sistema di riferimenti, utilizzando gli accorgimenti ed i prodotti di una farmacopea distinta rispetto a quella di matrice biomedica). D'altra parte, tutto questo va a colludere con altri fattori intervenienti, in un circuito di rafforzamenti reciproci: mancano le informazioni relative a quanto previsto da specifici protocolli medico-sanitari e, laddove ci sono, non se ne comprende il senso; non vengono utilizzati i presidi sanitari di base (fra cui il Medico di Medicina Generale), per cui quelle medesime informazioni non vengono veicolate neanche in termini di prescrizioni mediche; si teme che ogni accertamento richieda il pagamento di una quota di partecipazione e questo incide fortemente in un sistema di gestione dell'economia familiare piuttosto diverso da quello abituale dell'italiano medio; laddove s'intende mettere in atto le strategie previste dai protocolli medico-sanitari insorgono specifici ostacoli che funzionano da disincentivi (come avviene, ad esempio, relativamente alle difficoltà linguistico-comunicative a cui di volta in volta si va incontro e che si traducono talvolta in vere e proprie incomprensioni).

Il linguaggio in primo piano: il servizio di mediazione linguistico-culturale.

Le problematiche che s'incontrano nel rapporto con l'utenza immigrata sono spesso le stesse che riguardano la relazione con gli utenti in genere, indipendentemente, cioè, dalla loro origine geografico-culturale, ma la sovrapposizione autoctoni-immigrati, seppure possibile in buona misura, non può essere realizzata in modo pieno ed il fattore di problematicità ad emergere con maggiore evidenza, in tal senso, è quello linguistico. Che si tratti di utenti, di mediatori o di operatori sanitari, tutte le componenti convergono, infatti, nel riconoscimento della priorità della dimensione linguistica rispetto ad ogni altro problema che può presentarsi nell'accedere e nel fruire adeguatamente del servizio ospedaliero da parte dell'utenza immigrata. Gli utenti la riconoscono con assoluta prevalenza fino, talvolta (sebbene molto raramente), a farla figurare come l'unico problema segnalato, in quanto attorno ad essa sembra sedimentarsi un fortissimo carico di disagio. Questa situazione di fondo non deve stupire. Diversamente da quanto avviene in paesi che, come la Francia o il Regno Unito, hanno alle spalle una storia di colonizzazione di vasta portata, l'immigrazione presente sul territorio italiano si distingue, infatti, per il fatto di essere caratterizzata da una moltitudine decisamente variegata di persone che di norma non sono in grado di comprendere, né tanto meno di esprimersi adeguatamente, nella lingua del paese d'immigrazione. A questa situazione fa da corrispettivo, sul versante ospedaliero, la scarsissima presenza di operatori che siano nella condizione di poter utilizzare in modo articolato una lingua terza, di carattere veicolare (come l'inglese o il francese), che li metta nella condizione di comunicare adeguatamente con gli utenti. Si creano, pertanto, con facilità ed inevitabilmente, due tipi di situazioni: quelle in cui ci si avvale di una competenza linguistica molto approssimativa e quelle in cui l'interlocuzione verbale diretta non risulta in alcun modo possibile.

Nel primo tipo di situazioni l'interlocuzione porta con sé la possibilità che si verifichino peculiari forme d'interferenza. Talvolta, infatti, è proprio il fatto di avere un tessuto linguistico (solo) in parte condiviso a dare adito a problemi, poiché il riuscire a comunicare a livello di alcune espressioni di base produce con facilità una sensazione di intesa a cui corrispondono, invece, fuorvianti forme di fraintendimento. In queste situazioni, il fatto di ritenere che "bene o male ci si capisce", come spesso si tende ad affermare, rischia di risultare confusivo in quanto rende particolarmente approssimativa la comunicazione, non consentendo di discernere, al suo interno, fra ciò che viene inteso in modo adeguato e ciò che produce slittamenti semantici e gerarchie di priorità che non coincidono l'una con l'altra. Capita, ad esempio, che il fatto di avere una maggiore familiarità con lingue diverse da quella che si sta utilizzando nell'interazione dia adito ad una sorta d'intrusione del sistema di riferimenti proprio dell'una in quello dell'altra (come nel caso in cui si verifica l'attribuzione di significato ai termini in uso sulla base di inconsapevoli similitudini fonetiche), e questo può a sua volta ostacolare la comprensione, o, al contrario, agevolarla in modo indesiderato ed imprevisto, dando adito a fraintendimenti di vario genere. Il rapporto significante-significato, inoltre, risente di specifiche convenzioni d'uso e questo fa sì che i termini non risultino sovrapponibili e che la loro trasposizione da un contesto all'altro non renda ragione della dimensione di senso che di volta in volta può essere in gioco. In questa prospettiva, un fenomeno che tende a presentarsi in modo ricorrente nella relazione con gli utenti stranieri, a cavallo fra il linguaggio verbale ed il non verbale, riguarda il fatto che l'utente tenda a rispondere affermativamente (con un sì, o, talvolta, con un semplice cenno del capo) ad ogni enunciazione rivoltagli e che questo venga interpretato dall'operatore come un segno di comprensione e d'intesa, mentre il "sì" reiteratamente

espresso ha tutt'altro valore nel declinarsi della dinamica relazionale rispetto a quanto possa far intendere il suo significato letterale.

Il secondo tipo di situazioni, quelle, cioè, che evidenziano una vera e propria impossibilità d'interlocuzione (caso emblematico, in tal senso, è rappresentato dal rapporto con gli utenti cinesi, nel cui caso la distanza linguistica è tale da non consentire alcuna forma di approssimazione) rende ancor più evidente il fatto che una delle prime questioni che deve affrontare un ospedale che, in Italia, si situa in un territorio caratterizzato in senso multiculturale riguarda la messa in atto di strategie che siano adeguate a rendere possibile lo scambio verbale. È un problema che trova chiaro riscontro in tutta la letteratura di settore e che viene riconosciuto come prioritario sia dagli operatori che dagli utenti; pertanto ci sarebbe da attendersi una certa convergenza delle iniziative messe in atto per fronteggiarlo. In realtà le cose non si presentano affatto come lineari neanche a questo livello, poiché a fianco del riconoscimento della problematicità si situano, di volta in volta, anche altre considerazioni e variabili. Sul versante istituzionale, ad esempio, il riconoscimento della rilevanza del problema è testimoniato dal fatto che viene organizzato un servizio di mediazione i cui operatori sono chiamati ad effettuare un'attività di traduzione in presenza capace di corrispondere ad un numero considerevole di lingue. Si tratta di un ausilio a cui gli operatori si rivolgono con relativa frequenza, cioè più di quanto gli organizzatori vorrebbero (dato che questo tipo di prestazione è globalmente dispendiosa sul piano economico), ma decisamente meno rispetto a quanto si renderebbe necessario in considerazione delle difficoltà cui si va incontro nel caso di una sua mancata e tempestiva attivazione. Questa situazione di fatto testimonia di una certa ambivalenza e mancanza di chiarezza rispetto al problema di fondo: da una parte se ne riconosce esplicitamente la presenza e ci si attiva per affrontarlo, dall'altra se ne ridimensiona la portata e non si promuovono gli strumenti che, pur tuttavia, si mettono in campo per farvi fronte. Com'è chiaramente risultato nell'ambito dei corsi di formazione attivati nel periodo della ricerca, la disponibilità del servizio di mediazione, sebbene esso fosse attivo da anni in ambito ospedaliero, al momento della ricerca non risultava, infatti, conosciuta da una larga parte degli operatori, mentre, laddove si era consapevoli della sua presenza, non si era sempre informati sulle sue modalità di funzionamento²⁸⁴. Il servizio, inoltre, viene attivato su chiamata dai responsabili delle Unità Operative, mentre non vi è possibilità alcuna che sia l'utenza a richiederlo. Gli utenti, al contrario, spesso non possiedono neanche l'informazione relativa alla sua esistenza, tanto che si verificano casi di immigrati che si rivolgono a strutture distanti centinaia di chilometri dal luogo di abitazione, oppure che pagano privatamente dei componenti della propria comunità in modo da essere da loro aiutati per la traduzione, o ancora che si fanno accompagnare da conoscenti o famigliari nel momento in cui si rivolgono alle strutture sanitarie/ospedaliere, proprio in quanto sono convinti che nel loro ambito territoriale non esista alcuna opportunità in tal senso. Nonostante la presenza di un servizio di mediazione formalmente istituito, risulta, di conseguenza, ancora molto diffusa l'abitudine ad utilizzare qualsivoglia forma di ausilio informale, con le conseguenze che tutto questo comporta in termini d'inadeguatezza delle situazioni che di volta in volta si vengono a creare (traduzioni approssimative, impossibilità di controllo della loro validità e degli eventuali errori, uso di minori per comunicazioni emotivamente e cognitivamente

²⁸⁴ Attualmente l'ambivalenza rispetto al riconoscimento della pregnanza del problema linguistico è, invece, testimoniata dal fatto che l'uso del servizio istituito, la cui presenza è ormai largamente conosciuta dagli operatori, viene in buona misura scoraggiato, con l'invito esplicitamente rivolto agli operatori a ricorrere ad ogni strategia alternativa di comunicazione, avvalendosi in particolare delle reti informali di aiuto cui fanno riferimento gli utenti.

delicate, pubblicizzazione di informazioni riservate e delicate fuori e dentro l'ambito familiare).

A ben guardare, nelle stesse dichiarazioni degli operatori si trovano molti motivi di valorizzazione della problematica linguistica e delle difficoltà ad essa conseguenti, così come di svalutazione della sua portata. All'indicazione di una forte dimensione di problematicità, con l'esplicitazione, anche in questo caso, di un consistente disagio, fa riscontro una sorta di minimizzazione, per cui emerge una percezione piuttosto disomogenea e contraddittoria della sua rilevanza. In particolare, essa viene sentita con tutta la sua forza nella misura in cui è l'operatore in primo piano a trovarsi a disagio in quanto non riesce ad esprimersi adeguatamente ed a comprendere quanto l'altro cerca di comunicare, mentre viene, con facilità, ridimensionata laddove la difficoltà non è vissuta in prima persona, pur essendo interna alla relazione. Emergono, per esempio, percezioni di adeguatezza comunicativa anche laddove sono presenti delle forti difficoltà, per il solo fatto che vengono scambiate poche e lapidarie parole in lingua italiana, ritenendole manifestazione di una padronanza che, invece, non è affatto tale; al contempo, si produce anche una vera e propria percezione di furbizia nei confronti degli utenti, i quali vengono ritenuti fingere una incompetenza che, invece, non si ritiene abbiano. Un chiaro segno di questa sottovalutazione è rinvenibile anche nel fatto che non rientra nella prassi istituzionale la possibilità che il servizio di mediazione venga interpellato in via preventiva al momento della prenotazione di una prestazione: in genere la sua attivazione viene demandata all'Unità Operativa che incontrerà l'utente in un secondo momento, pertanto verrà effettuata a posteriori, con il conseguente crearsi di situazioni in cui ci si trova costretti a rinviare l'espletamento della prestazione, oppure ad avvalersi di ausili occasionali ed informali. In definitiva, a questo livello, da una parte risulta confermato quanto presente in letteratura, cioè che il problema linguistico è al primo posto delle problematiche percepite, dall'altra emerge che strutture sanitarie come quella che è stata oggetto della nostra indagine non sono ancora mature per gestirlo adeguatamente, nonostante il fatto che vengano effettuati degli importanti passi per affrontarlo.

Quello linguistico si configura come uno dei fattori che si situano a monte di un ineguale accesso alle prestazioni sanitarie da parte dell'utenza immigrata rispetto a quella autoctona. Per poterlo gestire in modo adeguato occorrerebbe che, al di là dell'istituzione di un servizio di mediazione, la stessa struttura appaltante si rendesse più chiaramente consapevole della portata del problema e delle conseguenze ad esso connesse, in modo da inserire il servizio più saldamente nella propria strategia organizzativa, da renderlo più articolato nelle modalità di intervento e da corroborarne l'operato con una serie di azioni correlate che riguardino sia la capillare diffusione dell'informazione, sia la formazione per un suo utilizzo efficace. Un servizio più idoneo, ad esempio, potrebbe essere articolato in modo da prevedere, oltre agli interventi programmati, anche la possibilità d'interventi urgenti, quindi la presenza fissa in ambito ospedaliero dei mediatori appartenenti alle aree linguistiche maggioritarie, così come il loro intervento telefonico ed il loro utilizzo per promuovere l'informazione relativa alla sua presenza anche fra gli utenti. Per quanto riguarda i percorsi rivolti agli operatori, inoltre, essi dovrebbero prevedere, oltre alla presenza di momenti informativi relativamente alla disponibilità ed alle modalità di utilizzazione del servizio, anche delle vere e proprie situazioni formative che pongano il personale sanitario nella condizione di essere maggiormente consapevole delle difficoltà cui vanno incontro gli utenti, anche laddove esse non vengono chiaramente espresse proprio per la mancanza di quella padronanza linguistica che si tende, invece, un po' troppo facilmente, ad attribuire loro.

L'organizzazione di un servizio di mediazione linguistica che si avvalga della presenza fissa di un certo numero di mediatori è, invece, non contemplata nei progetti della struttura ospedaliera. Le ragioni che vengono addotte a giustificazione della mancata considerazione di questa possibilità chiamano in causa fattori di tipo economico e l'impossibilità, comunque, di impostarlo in modo che possa rispondere alle necessità di tutte le molteplici lingue in cui si esprimono gli utenti. Due argomenti di sicuro rilievo, ma rispetto ai quali non è difficile controbattere e che, al contrario, risulterebbe piuttosto facile accantonare qualora la politica aziendale si orientasse davvero in direzione di una valorizzazione della dimensione comunicativa e relazionale. Un servizio di mediazione che prevedesse anche l'utilizzo di una postazione fissa potrebbe, infatti, essere attivato per le lingue maggioritarie e potrebbe essere utilizzato non solo per rispondere alle situazioni urgenti e/o non programmabili che richiedono un'interlocuzione diretta, ma anche per altre attività che chiamano in causa le diverse lingue. Fra di esse, una di particolare rilevanza sarebbe quella della predisposizione della documentazione scritta che potrebbe costituire un importante ausilio per operatori ed utenti nelle diverse fasi per percorso di cura (accesso ed orientamento all'interno della struttura, registrazione anagrafica, conoscenza del regolamento interno dei vari reparti, modulistica che di volta in volta si richiede di compilare, consenso informato per l'espletamento delle diverse prestazioni, prescrizioni terapeutiche al momento delle dimissioni, ecc.). Grazie a questo tipo di attività il dispendio economico che richiede l'istituzione di un servizio a postazione fissa risulterebbe, peraltro, ammortizzato almeno in parte dal risparmio correlabile alla minore dispersività e ripetitività delle prestazioni che ne conseguirebbe. Non è, infatti, infrequente, imbattersi in situazioni in cui gli utenti si trovano ad interpellare sportelli diversi per ottenere le informazioni di cui necessitano, oppure constatare che l'espletamento di una prestazione è stato rinviato, oppure, ancora, che la stessa ha dovuto essere ripetuta in quanto l'utente si è presentato senza aver effettuato quanto necessario alla sua corretta effettuazione, con evidente, implicito aumento dei costi di gestione per ogni singolo caso.

Il vantaggio che potrebbe conseguire dal fatto di usufruire di un servizio interno alla struttura riguarderebbe, peraltro, la possibilità di traduzione della documentazione nelle varie lingue ed anche la sua semplificazione, in modo da renderla più comprensibile ed efficace. Un momento particolare di difficoltà riguarda, infatti, la compilazione della modulistica che viene predisposta in relazione alle prestazioni da effettuare, che in genere è monolingue e che è spesso scritta in modo relativamente farraginoso. In tale ambito, il massimo punto di disagio è raggiunto con la richiesta della firma dei moduli predisposti per l'ottenimento del consenso informato: un momento di difficoltà in cui la comunicazione va incontro al suo scacco più evidente, poiché la modulistica approntata, seppure diversa da prestazione a prestazione, è tendenzialmente accomunata dal fatto di utilizzare un linguaggio privo di immediatezza in relazione a contenuti di forte pregnanza. Lo sconcerto rispetto alla difficoltà di comprendere accomuna autoctoni ed immigrati anche in questo tipo di situazioni, ma nel caso dell'utente che non padroneggia la stessa lingua con cui è redatto il documento diviene vera e propria impossibilità di orientarsi. Il fatto di dover fornire un'informazione o di dover tradurre un documento destinato ad un utente che non condivide il sistema di riferimenti abituali degli operatori, costringerebbe a riformularli in modo da renderne comprensibili nel modo più immediato possibile i contenuti essenziali e di questo si potrebbe avvantaggiare tutta la comunicazione istituzionale, troppo spesso farraginoso ed inefficace anche per l'utente italiano.

Per l'esercizio del diritto alla salute entrano, quindi, in gioco anche variabili di carattere organizzativo che chiamano in causa le singole strutture. Ogni servizio, infatti, costruisce il proprio utente potenziale e reale attraverso la forma organizzativa che decide di assumere. Il fatto che all'interno della struttura sia presente un servizio di mediazione linguistica rappresenta forse l'elemento più macroevidente rispetto a quanto l'istituzione sta facendo per gestire le problematiche connesse alla presenza di un'utenza fortemente differenziata sul piano linguistico-culturale; la sua presenza si costituisce come vera e propria apertura verso un'utenza multietnica, ma il fatto che esso sia scarsamente articolato nelle modalità di funzionamento e poco pubblicizzato all'interno stesso della struttura che l'ha istituito rende evidente che si è in presenza di una sostanziale ambivalenza in tal senso e che, comunque, si ritiene che il processo d'integrazione debba procedere per altra via rispetto a quella di un'accoglienza generale ed incondizionata.

Orientarsi, registrarsi, usufruire delle prestazioni.

Il problema linguistico s'incontra costantemente: a livello di veicolazione delle informazioni, nell'uso della modulistica predisposta per le varie esigenze, così come nella comunicazione clinica in senso stretto. Soffermandoci sulla semplice dimensione informativa che si rende necessaria per muoversi all'interno di una struttura articolata, complessa ed in continua trasformazione com'è l'Azienda Ospedaliera di Padova, ci si accorge dell'insufficienza di quanto predisposto per orientarsi nella compagine, poiché è piuttosto diffusa l'esperienza del perdersi disorientati alla ricerca del proprio settore d'interesse. Nel momento in cui si esce dal circuito principale dei riferimenti la cartellonistica viene meno e le informazioni che forniscono gli operatori non sempre risultano sufficienti o adeguate, sia in quanto essi stessi tendono a conoscere la struttura in modo piuttosto settoriale, cioè relativamente al proprio ambito di competenza e non analiticamente nella sua interezza, sia in quanto si avvalgono, nel loro sistema di riferimenti, di una gergalità che è condivisa all'interno del gruppo, ma sconosciuta agli utenti e che, pertanto, ostacola inevitabilmente la comunicazione. Sebbene questo possa essere un problema in parte comune ad autoctoni ed immigrati, è facilmente immaginabile quale può essere il vissuto di un utente straniero nel momento in cui, dovendo accedere ad una qualche area non conosciuta della struttura (quindi al di là dell'utilizatissimo Pronto Soccorso), si trova nella condizione di dover interpellare direttamente un qualche operatore di passaggio, oppure a rivolgersi a sportelli diversi da quello di competenza: difficoltà ad esprimersi da parte sua, uso di termini imprecisi rispetto a ciò che sta cercando, utilizzo di espressioni gergali da parte degli operatori, risposte approssimative rispetto al da farsi, rinvio ad altri interlocutori o sportelli di cui non si è in grado di individuare l'ubicazione... in un circuito di rimandi dispersivo, improduttivo e frustrante. Anche a questo livello, che potremmo definire di puro smistamento delle informazioni, la questione comunicativa s'intreccia inestricabilmente con quella organizzativa e chiama fortemente in causa le politiche aziendali, non mancando di avere riflessi sulla relazione diretta fra operatori ed utenti, i quali si trovano fin da subito nella condizione non ottimale di dover fare i conti con il disagio che si correla ad una comunicazione non adeguatamente impostata.

Rimanendo sempre a livello di "semplice" veicolazione delle informazioni, sebbene questa volta a ruoli invertiti, cioè relativamente al passaggio delle informazioni dagli utenti agli operatori, ci si imbatte nel problema della scorretta trasmissione dei dati

necessari per la registrazione nell'anagrafe sanitaria. Quello della registrazione anagrafica è un momento della trafila istituzionale estremamente formalizzato ed apparentemente semplice, ma che si rivela tale solo in apparenza in quanto porta con sé diverse insidie. Nel caso degli stranieri si incontrano, infatti, con relativa frequenza, delle incongruenze soprattutto a livello di registrazione del nome e del cognome dell'utente, oltre che dell'età anagrafica, le quali rendono difficile – a volte impossibile – il reperimento delle informazioni relative al singolo caso. Gli operatori tendono a ricondurre questa evenienza ad un'approssimazione degli utenti nel fornire i riferimenti richiesti e talvolta anche a delle dichiarazioni intenzionalmente mendaci da parte loro. In questa interpretazione sono corroborati dal fatto che di tanto in tanto è stato possibile constatare anche dei veri e propri scambi di documenti fra utenti: una prassi che viene con facilità ricondotta ad un'intenzione fraudolenta, ma che non sempre ha questa caratterizzazione. Se, da una parte, non mancano casi in cui la non volontà di fornire i propri riferimenti anagrafici risulta del tutto plausibile ed evidente (in particolare quando si ha a che fare con utenti irregolarmente presenti sul territorio nazionale), dietro alle discrasie che si verificano risultano ancor più presenti delle difficoltà linguistiche, delle differenze nei sistemi di orientamento ed anche delle diverse attribuzioni di rilevanza alle richieste formulate ed alle relative assegnazioni di significato. Le difficoltà linguistiche riguardano in modo particolare l'individuazione del nome/cognome dell'utente e mettono in gioco in primo luogo il passaggio dalla dichiarazione orale alla forma scritta ed informatizzata, chiamando in causa forme di traslitterazione relativamente diversificate in rapporto ad un sistema di registrazione che non accetta alcuna sfumatura. Un caso particolare di difficoltà, significativamente presente, è poi quello rappresentato dall'inversione nome-cognome che si verifica soprattutto con gli utenti francofoni: l'assonanza nome/*nom* cognome/*prénom* dei termini italiani e francesi rende, infatti, particolarmente confusivo il sistema di riferimenti, tanto che gli utenti faticano ad orientarsi ed incorrono facilmente in inversioni automatiche ed inconsapevoli. In queste situazioni si producono degli evidenti fraintendimenti in quanto l'utente è assolutamente convinto della corrispondenza di senso fra la richiesta formulata e la risposta fornita, mentre i termini utilizzati dall'operatore hanno un significato rovesciato rispetto a quello attribuito loro. L'interferenza di modi diversi e culturalmente connotati di impostare i vari sistemi di riferimenti, d'altra parte, non si ferma alla dimensione linguistica in senso stretto: si estende a comprendere la presenza di abitudini classificatorie culturalmente caratterizzate della cui diversità non si è coscienti. La registrazione del nome e del cognome risponde, infatti, ad una precisa mappa di orientamento, storicamente connotata, mentre l'abitudine consolidata all'interno del sistema che ne fa uso tende a "naturalizzarne" le peculiarità, facendo perdere la consapevolezza della sua arbitrarietà e determinazione in chiave storico-culturale. Oltre che per l'individuazione del nome, il quadro si presenta complesso anche per quanto riguarda l'individuazione/inserimento della corretta età anagrafica dell'utente (l'altro elemento informativo che viene utilizzato per l'individuazione puntuale di ogni singolo utente e che il sistema informatico registra senza possibilità di modifica). Anche nel caso dell'individuazione ed inserimento della data di nascita si verificano, infatti, delle difformità, per esempio in quanto quello che viene certificato dalla documentazione fornita non sempre coincide con la realtà dei fatti e delle dichiarazioni. Anche relativamente a questo aspetto del problema, risulta possibile rilevare la concomitanza di diversi ordini di ragioni, fra cui possono essere annoverati anche dei veri e propri tentativi di dissimulazione, i quali rimandano a motivazioni che si situano a monte della dimensione sanitaria oppure che riguardano la specifica situazione, ma in modo sostanzialmente indipendente dalla

dimensione clinica. Sia per quanto riguarda la dichiarazione del nome che relativamente all'età, d'altra parte, entra in gioco la diversa attribuzione di rilevanza riscontrabile dietro alla richiesta/alla risposta: da una parte si situano gli operatori che rappresentano l'anello più esterno di una procedura amministrativa che funziona sulla base di un sistema di concatenazioni vincolanti e rigide che sorregge tutta l'organizzazione, dall'altra si collocano gli utenti che non hanno percezione della rilevanza di quel semplice atto di registrazione rispetto alla tenuta di tutto il sistema organizzativo e che focalizzano l'attenzione sulla sola dimensione medico-sanitaria, non attribuendo rilevanza ad altri fattori e non avendo percezione di quanto essi si intreccino con la stessa dimensione clinica (quindi con la conseguente impossibilità di reperire i dati informativi relativi alla propria storia clinica e con la perdita della possibilità di dare continuità alla gestione del caso costruendo un profilo coerente di dati sulla cui base effettuare ogni procedura diagnostica ed ogni intervento successivo).

Spostandoci sul versante più strettamente clinico, una questione comunicativa di assoluto rilievo è poi quella che interseca la radicale disgiunzione della cultura dei pazienti rispetto a quella dei medici (anche al di là delle aree geografiche di provenienza), in quanto mette in gioco il linguaggio specialistico utilizzato da questi ultimi. Anche in questo caso il problema coinvolge sia gli italiani che gli stranieri; gli utenti immigrati, d'altra parte, hanno evidenziato con forza il problema, sostenendo che il linguaggio medico è troppo complesso e articolato per chi, come loro, sta imparando l'italiano e non lo padroneggia, quindi, come lingua madre. In relazione a questo genere di difficoltà, si creano piuttosto facilmente delle realtà comunicative problematiche che riteniamo opportuno annoverare nell'ambito del fraintendimento, invece di considerarle semplici situazioni in cui il messaggio non è giunto a destinazione, in quanto non vengono sempre riconosciute nel loro carattere di incomprensione. In queste situazioni accade, infatti, talvolta, che il mancato passaggio di informazioni non venga individuato come tale (dall'uno o dall'altro interlocutore o anche da entrambi), né, tantomeno, gestito attraverso l'esplicitazione della difficoltà comunicativa, o mettendo in atto altre strategie che consentano di affrontare il problema, con la conseguenza di dar adito ad una presunzione d'intesa la quale, invece, non si è verificata affatto. Capita, allora, che al termine dell'interazione il medico porti con sé l'idea di una comunicazione riuscita e, per questo, si senta sicuro della sua posizione, e/o che il paziente non si accorga di non aver compreso alcune parti importanti del discorso effettuato. Questo meccanismo può verificarsi fino agli estremi del doppio malinteso, in cui "nessuno ha capito di non essersi capito" e proprio per questo si ritiene soddisfatto di una situazione che può, invece, innescare delle difficoltà nello svolgersi del percorso di cura. Anche questo tipo di situazioni può facilmente accomunare l'utente italiano e quello straniero, ma è opportuno rilevare che per l'immigrato possono insorgere delle difficoltà relativamente inattese anche quando ci si situa ad un livello linguistico-comunicativo che è, invece, mediamente comprensibile per un utente che padroneggi la stessa lingua dell'operatore.

Se tutto questo riguarda prevalentemente la comunicazione verbale, orale o scritta che sia, la questione linguistica si estende ad includere anche la dimensione del linguaggio non verbale. Anche in questo ambito la sovrapposibilità fra quanto si verifica nelle interazioni fra operatori ed utenti immigrati e quanto accade in genere con gli autoctoni è elevata, ma non totale. A prima vista, infatti, questo tipo di situazioni non è diverso da quello che vede in campo individui che, pur appartenendo alla medesima area linguistico-culturale degli operatori, per una ragione o per l'altra, non sono in grado di esprimersi verbalmente, ma, al di là dell'apparenza, ci sono delle importanti differenze fra le due situazioni. In un caso, infatti, si è in presenza di un "sistema semplice" in cui

il linguaggio veicolato si avvale di abitudini espressive sostanzialmente analoghe nei loro rispettivi significati, nell'altro si è dentro un "sistema complesso" in cui la sovrapposibilità delle espressioni è ben più parziale. Laddove entra in campo la non-verbalità, però, si tende ad avvalersi dell'idea di essere in presenza di un "linguaggio universale": un vero e proprio ossimoro che spoglia le espressioni del loro carattere storico-culturale, facendo ritenere di parlare uno stesso linguaggio. A fianco di situazioni di sostanziale intesa troviamo, pertanto, inevitabilmente, occasioni di altrettanto sostanziale ed inconsapevole fraintendimento e/o malinteso, esattamente come avviene in tutte le circostanze in cui è in gioco la comunicazione linguistica fra umani. In quest'ambito le interpretazioni rischiano anche di risultare particolarmente tenaci, non foss'altro per il fatto che difficilmente l'interlocutore si pone nella prospettiva di doverne verificare la fondatezza, mentre alla non-verbalità viene con facilità assegnato il compito di subentrare nella comunicazione laddove il linguaggio verbale non può essere utilizzato.

Gli assi cartesiani di ogni interazione: tempo e spazio.

La questione linguistica ha il potere di rendere evidente che per poter realizzare le condizioni adeguate allo sviluppo di un'efficace dinamica comunicativa e, quindi, alla possibilità di usufruire del servizio ospedaliero in modo sostanzialmente analogo a quanto avvenga per gli italiani, occorre potersi avvalere di particolari supporti ed anche di un tempo adeguato all'interazione. L'istituzione, d'altra parte, persegue una politica aziendale a carattere efficientistico che, definendo l'arco temporale da riservare mediamente ad ogni prestazione, è volta a contenerne la durata. In tal modo vengono, però, a crearsi delle situazioni piuttosto incongruenti caratterizzate da veri e propri circoli viziosi: il poco tempo riservato al passaggio delle informazioni comporta un'insufficienza delle spiegazioni fornite e della relativa comprensione che si traducono in reiterati passaggi a sportelli diversi, in interlocuzioni con una molteplicità di operatori, in invalidamento delle procedure, in rinvio o ripetizione degli stessi accertamenti diagnostici, con disagio di tutti e con la paradossale conseguenza di far assumere un andamento esponenziale allo stesso computo del tempo. Come in una sorta di auto fraintendimento interno alla struttura, quella che si verifica è, pertanto, un'effettiva "perdita di tempo" proprio in virtù delle strategie di contenimento dei tempi. Questo vale tanto più per il rapporto con l'utenza immigrata in quanto tali situazioni necessitano inevitabilmente di una tempistica più dilatata proprio per le incertezze linguistico-comunicative con cui si deve fare i conti al loro interno, nonché per il diverso bagaglio di conoscenze relative al funzionamento istituzionale che posseggono gli utenti, per le procedure di volta in volta da attuare per un corretto intervento a livello clinico-diagnostico o terapeutico, ed anche per la presenza di eventuali peculiarità a livello culturale.

Analogamente a quanto avviene per il fattore tempo, anche l'organizzazione degli spazi condiziona la forma delle relazioni e risulta avere una certa influenza nel caratterizzare il funzionamento istituzionale. Se, infatti, non si può dire che sia la strutturazione degli ambienti a determinare gli stili relazionali, è tuttavia plausibile affermare che spazio e relazione costituiscono, al contempo, la causa e l'effetto di un meccanismo che si autoalimenta. Mentre il problema dell'amministrazione del tempo è particolarmente sentito anche e soprattutto per i disagi che crea a livello organizzativo, la gestione di questo secondo, importante asse cartesiano che individua e contribuisce a mettere in

forma gli scambi comunicativi, non risulta, però, essere percepita come altrettanto problematica (se non in alcune, specifiche circostanze). Le varie aree dell'A.O.P. mostrano, infatti, una certa disomogeneità nell'attenzione riservata a questo aspetto strutturale, ma in linea di massima si caratterizzano spesso per una certa noncuranza al riguardo. Ne consegue che alcune aree fanno registrare, al contempo, una disattenta organizzazione e gestione degli spazi e reiterati episodi problematici a livello relazionale, connotati anche da *escalation* dell'aggressività. In particolare, solleva perplessità la strutturazione di alcuni ambienti deputati all'"accoglienza" e resi particolarmente "inaccoglienti" dalla loro organizzazione d'insieme e dalla presenza di specifiche caratteristiche degli arredi. Caso emblematico, in tal senso, è rappresentato dalla sala in cui si svolge il *triage* per accedere al Pronto Soccorso centrale, ma il problema è presente con la medesima evidenza anche in alcuni reparti. Proprio l'organizzazione e gestione degli spazi e degli arredi rivela quale sia lo stile relazionale preponderante in ogni singola area ed il grado di attenzione che ad esso viene di volta in volta riservato; in tal senso, risulta illuminante il confronto fra l'area del Pronto Soccorso centrale e quella del Pronto Soccorso pediatrico, che fa emergere fino a che punto nel primo caso prevalga una dimensione difensiva invece che accogliente. Non a caso, il Pronto Soccorso centrale è l'area che fa registrare il maggior numero di conflitti con l'utenza immigrata (senza che - ciononostante - si faccia uso del servizio di mediazione). La questione degli spazi, che è del tutto trasversale all'utenza, nonostante si presenti come macroevidente all'osservatore esterno e come potenzialmente problematica per chiunque - autoctoni ed immigrati, operatori e pazienti -, non viene, però, in genere, sollevata nella sua problematicità. Gli unici accenni al problema sono stati compiuti da alcuni esponenti del personale infermieristico i quali, essendosi trovati nella condizione di dover accompagnare in ospedale un qualche amico o familiare, avevano sperimentato sulla propria pelle il disagio conseguente alla specifica strutturazione degli spazi e degli arredi proprio nell'area del Pronto Soccorso.

Al di là di questa generale mancanza di segnalazioni di problematicità, ci sono alcune situazioni che si connettono all'organizzazione ed all'uso degli spazi che non mancano di far emergere problemi non solo per quanto riguarda il rapporto con l'utenza in generale, ma anche con specifico riferimento alla relazione con gli utenti immigrati. L'assenza di segnalazioni stupisce particolarmente nel caso dei mediatori, in quanto il loro operato non può non risentirne: le consultazioni vengono spesso effettuate in piedi, in situazioni più o meno di fortuna e/o alla presenza di diverse fonti di disturbo; un dato, anche questo, che va a corroborare quella dimensione di ambivalenza che caratterizza l'istituzione del servizio di mediazione. Se tutto questo fa parte del non-segnalato, ci sono poi le situazioni che mettono in gioco la condivisione di una stessa area da parte di persone che hanno diverse abitudini (caso emblematico, in tal senso, è rappresentato dal momento delle visite al degente da parte di amici e familiari), oppure che hanno diversa appartenenza di genere (come accade in particolare in area pediatrica in relazione alla presenza dei genitori), oppure, ancora, che fanno uso di un determinato ambiente per scopi diversi rispetto a quelli originariamente previsti (come nel caso della preghiera). Diversamente dalle altre, queste situazioni non passano inosservate ed in ognuna di esse le segnalazioni tendono, in genere, a far emergere l'eterogeneità geografica di colui/coloro che vengono collocati a monte del problema. Gli episodi più frequenti, in questo ambito, sono quelli in cui il disagio si correla al fatto di trovarsi in presenza di situazioni più o meno caotiche dovute alla contemporanea e rumorosa presenza di familiari ed amici a fianco del malato. Molto più rare, ma tuttavia presenti, sono poi le situazioni caratterizzate da vera e propria espressione di razzismo, manifestata con il rifiuto di condividere la stanza con persone di specifiche provenienze,

senza che entrino in gioco altre variabili in modo significativo. Si tratta di situazioni di grosso disagio anche per gli operatori che vi sono di volta in volta implicati, i quali riferiscono un certo malessere anche per il fatto di trovarsi nella condizione di dover elaborare da soli le difficoltà emotive e cognitive che si connettono alla loro gestione. Risulta, allora, evidente la necessità e, contemporaneamente, la mancanza di momenti di lavoro in *équipe*, in cui i problemi possano essere presentati, discussi e condivisi in modo da contenere ed elaborare le difficoltà emotive che vi si connettono e da individuare le modalità operative più idonee alla loro risoluzione. In entrambi i casi (impostazione di carattere razzista e disponibilità all'accettazione), l'area della sanità in generale, mettendo in campo la dimensione della cura, si rivela luogo di particolare delicatezza per il rapporto interculturale, poiché vi si devono gestire forme di disagio che si distendono in una vastissima gamma di situazioni e che coinvolgono la totalità della persona, anche nei suoi più reconditi aspetti affettivi ed emozionali.

Un discorso a sé rispetto alla strutturazione degli ambienti è poi quello degli arredi. In questo ambito un elemento di apparente delicatezza può essere rappresentato dalla connotazione religiosa degli spazi, poiché alcuni di essi si sono rivelati estremamente carichi di simboli religiosi legati al Cattolicesimo. Questo aspetto, così come la specifica questione del crocefisso che, in genere, è piuttosto dibattuta in altri contesti, non ha, però, sollevato molte considerazioni, il che sta ad indicare una disponibilità ad accogliere le diverse manifestazioni del sentimento religioso soprattutto in spazi destinati alla cura. Altro discorso è, invece, quello relativo all'assenza di aree appositamente adibite all'accoglienza delle diverse ritualità religiose. Se le sovrabbondanze non sono state rimarcate che raramente, le assenze risultano, infatti, passare meno inosservate: questo avviene sul versante degli operatori, i quali hanno evidenziato talvolta la mancanza di aree appositamente destinate alla preghiera, nonché delle 'figure intermedie', che lo hanno rilevato in modo particolare in riferimento all'assenza di spazi adeguati alla gestione della ritualità funebre. In quest'ambito, viene peraltro rimarcata la presenza di azioni, che, sebbene siano normalmente in uso in contesto ospedaliero, risultano irrispettose e lesive della dignità del defunto, una volta considerate nella prospettiva che è propria della sua cultura di appartenenza.

Il difficile rapporto con le regole

Tutto il sistema di norme che struttura il rapporto con l'istituzione ospedaliera si costituisce come un ambito di problematicità potenziale e reale. La regola che maggiormente solleva problemi nel rapporto con gli utenti immigrati (in questo caso in maniera decisamente diversa rispetto a quanto avvenga con gli autoctoni) mette in campo la dimensione economica; in particolare, è il pagamento del contributo richiesto per l'espletamento delle prestazioni (*ticket*) a configurarsi come momento particolarmente difficile e critico. Il personale addetto alle pratiche amministrative dichiara di trovarsi spesso in difficoltà nell'ottenere il corrispettivo previsto, cioè di andare facilmente incontro a contestazioni ed a rifiuti in tal senso, ed il disagio che si produce in queste circostanze è così esteso e forte da condurre gli operatori a stime numeriche del tutto esagerate relativamente alla frequenza delle situazioni in cui esse si verificerebbero. Nonostante il fatto che in questo ambito vi sia una regolamentazione vigente sul piano nazionale e nonostante il fatto che proprio l'attenzione alla dimensione economica rappresenti un punto cruciale della politica aziendale, occorre, d'altra parte, rilevare che neanche questo ambito è esente da dinamiche interpretative,

per cui si verifica una certa contraddittorietà fra i messaggi che l'istituzione nel suo complesso invia all'utenza in relazione a questa specifica problematica. La disomogeneità degli itinerari si produce in considerazione del fatto che la normativa volta a disciplinare i pagamenti, nel caso degli immigrati, è andata incontro a frequenti modifiche e che non manca neanche di difficoltà di lettura poiché la terminologia in essa in uso tende ad indurre aspettative diverse in quanto si presta a letture diversificate; a fronte di una cornice di base definita sul piano nazionale si producono, inoltre, delle variazioni specifiche su scala regionale che contribuiscono a rendere complesso il quadro. Il processo di continuo aggiustamento del *corpus* giuridico cui si è andati recentemente incontro - e che al momento dello svolgimento di questa ricerca non sembra essersi ancora esaurito nel suo *iter* - ha provocato un certo disorientamento fra gli operatori, i quali hanno, in genere, mostrato di possedere delle informazioni incomplete a riguardo, oppure di dover ricorrere ad interpretazioni del testo di legge maturate più in virtù di un passa parola fra operatore ed operatore che in relazione ad una chiara delucidazione intorno alla terminologia in uso. Ogni operatore conosce ed interpreta alcuni aspetti della normativa vigente, senza avere consapevolezza delle difformità messe in atto rispetto ad altre unità operative o ad opera di altri colleghi con cui non è in rapporto diretto (e, tantomeno, senza essere a conoscenza del fatto che in altre regioni del territorio nazionale, con cui i migranti possono essere stati direttamente o indirettamente in contatto, vigono altre modalità) per cui si verifica una contemporanea presenza di procedure distinte ed anche incoerenti, della cui difformità il personale non è, però, consapevole²⁸⁵. Non risulta, di conseguenza, infrequente, dal lato dell'utenza, l'aspettativa di non dover corrispondere alcun pagamento in quanto questa è stata l'esperienza maturata in altri frangenti, o di cui si è attualmente a conoscenza in virtù di un'informazione veicolata all'interno della propria comunità. In tal modo, viene a crearsi una situazione di disparità e disordine, talvolta di vera e propria contraddittorietà, rispetto alla quale trova facile sponda ogni genere di difficoltà, sia sul versante dell'utenza, sia su quello degli operatori.

Anche la gestione della documentazione relativa all'accesso alle prestazioni è piuttosto difficoltosa e non manca di creare disagi. Ci sono diversi fattori che possono rendere poco chiara la comprensione della trafila procedurale, sia sul versante degli utenti, sia su quello degli operatori, fra cui la complessità della normativa e della relativa casistica, la varietà delle documentazioni esibibili e la mancata corrispondenza fra quanto è previsto a livello giuridico e ciò che si verifica di fatto a monte delle richieste di prestazioni. La complessità riguarda sicuramente le situazioni di irregolarità della presenza sul territorio nazionale, rispetto alle quali è previsto che in ambito sanitario vengano comunque rilasciate delle tessere per Stranieri Temporaneamente Presenti (che hanno validità nazionale, ma caratteristiche definite su base regionale) con le quali poter accedere alle necessarie prestazioni, ma anche la presenza regolare, che viene disciplinata con una casistica complessa che contempla diverse categorie di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, varie certificazioni europee, documenti che prevedono accordi con paesi

²⁸⁵ Allo stato attuale questa situazione risulta, peraltro, particolarmente ostica da gestire per gli operatori poiché, a distanza di 4 anni dallo svolgimento dell'indagine, le indicazioni che vengono fornite loro nel caso dei comunitari che non sono in grado di esibire la tessera TEAM è quella di fare in modo che l'utente "intanto paghi" dicendogli che "poi al rientro al suo paese si farà rimborsare esibendo la ricevuta", e anche nei casi in cui gli utenti mostrano di aver ottemperato al dovere di stipulare un'assicurazione privata l'invito è a "cercare di far sì che l'utente paghi il corrispettivo, informandolo che poi esibendo la ricevuta avrà il rimborso presso l'assicurazione di competenza" e questo nonostante il fatto che sia un diritto del cittadino non pagare la prestazione e proprio in considerazione del fatto che l'ottenimento del rimborso ad opera di alcune assicurazioni è particolarmente difficoltoso.

terzi, ecc.²⁸⁶. Le difficoltà che spesso si creano in questo groviglio di situazioni riguardano la richiesta - non sempre dovuta - di specifici documenti e le difficoltà nel capire quali siano le ragioni effettive per cui non viene esibito quanto richiesto, nonché come procedere di conseguenza. Un punto particolarmente problematico, oltre all'immane questione dei pagamenti, sembra poi riguardare il riconoscimento del carattere di essenzialità delle prestazioni. A questo proposito, sono, spesso, anche gli stessi medici a non orientarsi adeguatamente nella casistica ed a procedere con le prescrizioni secondo modalità che non corrispondono a quanto previsto dalla procedura, alimentando, in tal modo, aspettative inadeguate sul versante dell'utenza ed incrementando anche le difficoltà cui va incontro il personale. Soprattutto in questo ambito ogni operatore mostra di agire sulla base di un "fai da te" dettato da quanto ritiene di volta in volta opportuno in relazione alle - incomplete - informazioni da lui possedute, sentendosi in buona misura "abbandonato dalla struttura", la quale mette in campo risorse insufficienti per coadiuvarlo nel proprio difficile compito. Ne consegue che le tipologie di errori e la variabilità delle procedure sono considerevoli, tanto da far parlare alcuni di una vera e propria anarchia procedurale.

Un terreno in cui si esprime in maniera piuttosto ricorrente il problema del rapporto con le regole riguarda, inoltre, le situazioni che chiamano in causa il rispetto dei tempi. Gli operatori riportano con frequenza il verificarsi di difficoltà nel loro lavoro laddove si ha a che fare con il problema del rispetto delle date e degli orari stabiliti per le visite o per l'effettuazione di altre prestazioni, così come di ogni altra attività di reparto che preveda un'organizzazione oraria. Questo tipo di problema chiama in causa in modo particolare quei raggruppamenti di immigrati che provengono dalle aree in cui - come avviene per la cosiddetta Africa nera - vige una "cultura del tempo" dai caratteri relativamente peculiari e, comunque, distinti rispetto a quelli abituali del sistema occidentale: quella cultura per cui risulta possibile affermare "voi avete gli orologi, noi abbiamo il tempo". Il rapporto con chi è portatore di una cultura "degli orologi" e chi, invece, testimonia di aderire ad una cultura "del tempo" non è facile. Da una parte si ha la commisurazione cronometrica di un lavoro etero-diretto che viene organizzato in relazione ad una precisa calendarizzazione, dall'altra s'incontra un sistema sostanzialmente alieno alla computazione cronometrica ed in cui le azioni rispondono ad altre gerarchie di senso. In ambito relazionale, questo comporta la messa in atto di comportamenti distinti e divergenti. Mentre nel primo caso lo stile di rapporto si subordina necessariamente alla quantità di tempo considerato disponibile, nel secondo il vasto ed indifferenziato ambito della temporalità viene asservito ad ogni altra esigenza ed anche la scelta stilistico-relazionale ha la priorità in quanto il tempo viene considerato una risorsa largamente disponibile e non soggetta ad alcuna forma di calcolo. In queste situazioni può essere considerato ovvio che si producano dei disguidi (stupisce, semmai, che non si verificano in un numero maggiore di casi), fino al verificarsi di vere e proprie forme di fraintendimento. Diventa, infatti, "normale" per l'operatore scusarsi per il fatto di procedere affrettatamente in quanto "non ha tempo", mentre questo tentativo di emendarsi rispetto ad un comportamento percepito come non ottimale può rappresentare, nell'altra ottica, un vero e proprio aggravamento della situazione. È

²⁸⁶ Anche in riferimento a questo, a distanza di 4 anni dalla realizzazione della ricerca, il quadro ha subito delle modifiche, poiché la Regione Veneto, proprio in ragione del verificarsi di situazioni di chiara disparità ed inadeguatezza giuridica, ha istituito la possibilità di rilascio di un'ulteriore tessera (codice E.N.I.) destinata ai cittadini comunitari che, pur appartenendo alla Comunità Europea, non hanno TEAM valida in quanto non hanno diritto all'assistenza sanitaria nel loro paese di appartenenza e sono in condizioni di fragilità sociale. Tale tessera istituisce la possibilità di un'esenzione dal pagamento (sempre "a parità di condizioni con i cittadini italiani") che altre Regioni avevano già riconosciuto da tempo.

offensivo che “non ci sia tempo” e l’incidente di percorso viene scongiurato solo per il fatto che è ampiamente risaputo che nel mondo occidentale vige una sostanziale mancanza di delicatezza e capacità relazionale in virtù del fatto di invertire gli ordini di priorità, dando cioè agli orologi la meglio su ogni altra dimensione di vita. In questo ambito, è ben noto il problema dell’utente che si presenta ad un appuntamento prefissato in un orario diverso da quello stabilito, cioè, in genere, in ritardo (con un ritardo, peraltro, variabile da pochi minuti a diverse ore, se non riguardante intere giornate: se l’appuntamento era fissato per le 8, poco importa che siano le 10 o le 15, o anche le 8 del giorno successivo, l’importante è essere arrivati); meno conosciuta e consueta, è, invece, la situazione in cui quella medesima tipologia di utenti si presenta in anticipo all’appuntamento previsto: un’eventualità più rara, ma che tuttavia si verifica, e che risulta meno nota anche per il fatto che non va generalmente ad incidere sulla *routine* organizzativa. I due tipi di situazione hanno, però alle spalle la medesima questione di fondo. Anche sul versante istituzionale, d’altra parte, si verificano delle situazioni di mancata puntualità, con slittamenti orari, reiterati spostamenti di appuntamenti, attese imprevedute ed incalcolabili nella loro durata. Questo genere di circostanze chiama in causa allo stesso modo autoctoni ed immigrati, ma quello che sembra cambiare, nei due casi, è il tipo di risposta che ne consegue, poiché nelle situazioni che coinvolgono gli utenti non italiani, l’ostacolo incontrato sembra dar corso a problemi a catena, che possono a loro volta rimanere limitati alla sola dinamica relazionale (con lo svilupparsi di eventuali percezioni ed accuse di razzismo) o anche ripercuotersi sulla prosecuzione del percorso intrapreso dall’utente (con il dilazionarsi di prestazioni la cui esecuzione va incontro al reiterato presentarsi di ostacoli connessi alla gestione della tempistica).

Un altro ambito in cui si verificano difficoltà nel rapporto con le regole, che in parte interseca anche la questione del rispetto dell’organizzazione temporale, chiama in causa il momento delle visite ai degenti. Anche in questo caso il quadro della problematicità risulta piuttosto articolato ed è difficilmente interpretabile in maniera unilineare, facendo, cioè, esclusivo riferimento ad una mancata propensione al rispetto delle regole da parte dell’utenza immigrata. Se, infatti, andiamo a vedere quali siano le direttive codificate e le informazioni che vengono fornite agli utenti in questo ambito, troviamo ancora una volta che la variabilità delle situazioni è piuttosto estesa. Passando da un reparto all’altro emerge una certa disomogeneità negli orari d’accesso, così come nell’impostazione delle comunicazioni e, soprattutto, nel grado di rigidità/flessibilità con cui il regolamento viene applicato nel contesto del reparto stesso che l’ha redatto, poiché non c’è sempre corrispondenza fra la “regola scritta” e l’abitudine consolidata nella prassi di ogni singola unità operativa, se non, addirittura, nel passaggio da un turno di operatori all’altro. A quello che, sul versante del singolo operatore, si configura come un senso di continuità - in quanto costruito rispetto al proprio personale operato -, corrisponde, dal lato dell’utente, la percezione di una sostanziale discordanza: quello che vige in un reparto non è operativo in un altro, quello che vale oggi può non essere più in vigore domani, quella che è presentata come regola scritta può venire disattesa nella prassi, quello che vale per un operatore non vale per un altro. Anche questa dimensione del problema accomuna autoctoni ed immigrati, ma quando questa variabilità di situazioni s’incontra con le differenze inerenti le varie forme dell’organizzazione familiare/comunitaria e le specifiche consuetudini legate al modo di gestire i diversi passaggi della vita, oltre che con gli orari incompatibili con i turni di lavoro o i mezzi di trasporto, è facile che si abbia una vera e propria esplosione delle possibilità, con il verificarsi di situazioni del tutto inconsuete per la popolazione italiana. Rispetto a questo tipo di circostanze - che in genere vedono il moltiplicarsi

della persone in visita, in ogni orario e con la messa in atto di modalità comportamentali inabituali per il contesto ospedaliero - risulta interessante l'eterogeneità delle reazioni degli operatori. A fronte di situazioni che indicano la diffusa presenza di orientamenti etnocentrici e 'separazionisti', che si avvalgono del riferimento a regole precodificate e rigide da far rispettare, altri hanno, infatti, mostrato la propensione a ricorrere a percorsi ben più dialogici, ipotizzando la messa in atto di strategie di tipo relazionale/comunicativo che, passando attraverso la conoscenza delle rispettive prospettive, fossero in grado di promuovere un meccanismo virtuoso di accettazione, comprensione e apertura ad altre possibilità e modalità d'essere. In tal senso, in modo funzionalmente utopico, gli ospedali possono anche essere pensati come ambiti privilegiati d'incontro e vere e proprio "terre di dialogo".

La gestione delle visite ai degenti, il rispetto degli orari e del calendario degli appuntamenti, il pagamento dei *ticket* per le prestazioni effettuate, l'*iter* che viene compiuto per l'ottenimento delle prestazioni sono, quindi, tutte aree in cui è presente una considerevole difformità nel rendere operative le regole, evidenziando come la presenza di un sistema di abitudini non scritte e la diversa propensione degli operatori si sovrappongano alla formale sussistenza di specifiche norme. Il tratto comune di queste situazioni sembra essere rappresentato dal fatto che, sia che si abbia a che fare con norme scritte, vigenti a livello nazionale, sia che ci si confronti con regolamenti più settoriali, posti in essere dalla singola amministrazione sanitaria o da qualche specifica unità operativa, per una ragione o per l'altra emerge la denuncia di una propensione al non rispetto delle regole da parte degli immigrati proprio nel mentre, sul versante istituzionale, si assiste ad un'elevata disparità di funzionamento nella loro applicazione ed interpretazione. Sebbene gli operatori tendano a pensare che gli utenti siano ben informati relativamente ai loro diritti e siano, invece, pronti ad utilizzare ogni strategia di aggiramento delle norme per eludere i loro doveri, ancor più legittimamente emerge un elevato grado di confusione e di difficoltà che permea l'utenza in quanto si trova a doversi confrontare con un sistema organizzativo di regole che, oltre ad essere diverso rispetto a quello abituale, ha dei significativi margini di aleatorietà. Utenti ed operatori si trovano, pertanto, coinvolti con relativa frequenza in una successione di infrazioni, al punto da corroborare anche l'idea che l'"italianità degli italiani" si caratterizzi per una marcata propensione alla ricerca di scorciatoie nel rapporto con le regole, quindi di uno spiccato *deficit* di cultura della legalità, tale da renderne incerti i confini. Se, da una parte, la legge non scritta può avere una forte portata etica relativamente agli specifici casi, l'indulgenza rispetto al sistema codificato di regole che si incontra nella prassi ha dei risvolti problematici a vasto raggio, con conseguenze che è possibile genericamente definire "diseducative" e con ripercussioni sul versante relazionale.

Intercambiabilità degli operatori

Il sistema sanitario italiano, anche sulla base di principi di fondo su cui si erige tutta la concezione del lavoro, rende l'intercambiabilità degli operatori un elemento strutturale pressoché inamovibile nei contesti istituzionali; questo fattore, ispirato da principi egualitari, ha una serie di conseguenze problematiche in ambito ospedaliero in quanto dà adito all'alternarsi di operatori diversi in relazione allo stesso caso, con la correlativa impossibilità, per l'utente, di avvalersi di un referente fisso. Il problema non coinvolge la sola utenza straniera, ma, come sa bene ogni fruitore del servizio sanitario pubblico, anche gli autoctoni, e porta con sé un notevole carico d'insoddisfazione; anche in questo

caso, tuttavia, la sovrapposibilità delle situazioni che coinvolgono autoctoni ed immigrati non è totale. Nel caso degli immigrati subentrano, infatti, dei fattori di inasprimento ed anche di specifica caratterizzazione del problema; in particolare, esso risulta accentuato per la mancanza di alcuni elementi di “attenuazione” grazie ai quali gli autoctoni riescono talvolta ad arginarlo, come avviene per il fatto di potersi giovare di una serie di riferimenti territoriali (reti di conoscenze) e di possibilità economiche (visite private, a pagamento) che consentano di ricorrere a referenti fissi. Un esempio in tal senso è rappresentato da quanto si verifica in relazione al parto. Il percorso-tipo della partoriente che arriva in ospedale nell'imminenza del parto (senza che vi sia stata la programmazione preliminare di un cesareo) prevede, infatti, una serie di passaggi della cui esistenza l'utente non ha necessariamente percezione ed il cui automatismo è arginabile grazie al fatto di accedere ad un ricovero mediato dalla presenza di uno specialista che abbia seguito il percorso della gravidanza (come normalmente avviene per le donne italiane) e di usufruire, quindi, di specifiche informazioni. L'area ostetrico-ginecologica è, infatti, articolata in due macrosettori (corrispondenti, rispettivamente, alla Clinica ed alla Divisione) la cui operatività risponde a due diverse filosofie di fondo rispetto alle tecniche del parto, in modo particolare per quanto riguarda il ricorso al taglio cesareo; il fatto di accedere all'una o all'altra area non è, pertanto, indifferente rispetto agli esiti del percorso. La maggior parte delle donne gravide italiane arriva al momento del ricovero ospedaliero potendosi avvalere di un ginecologo di riferimento e, attraverso questo, potendo usufruire di tutte le informazioni e gli strumenti necessari per effettuare delle vere e proprie scelte rispetto alle possibilità offerte dal Servizio. Questa situazione non rappresenta, invece, la norma per le donne immigrate, in quanto nel loro caso non si avvalgono, in genere, dell'ausilio costituito dal fatto di aver sviluppato un rapporto con un ginecologo e vengono a mancare loro le informazioni necessarie per comprendere quale sia la procedura reale e le possibilità alternative presenti in occasione del ricovero. L'immigrata, di conseguenza, si trova regolarmente a doversi adeguare a quanto incontra al momento dell'accesso: il suo percorso entra in una dimensione routinaria di funzionamento che mina le sue possibilità di scelta e questa diversa condizione produce delle disuguaglianze nell'*iter* che, proprio in virtù della differenza di fondo fra le alternative presenti, hanno a loro volta capacità d'incidere in modo significativo sul percorso. Le probabilità di incorrere in un cesareo o di portare avanti un parto vaginale (e, in questo secondo caso, di usufruire dell'epidurale) cambiano in modo sensibile e questo rappresenta a sua volta un elemento di particolare rilievo, caratterizzato da potenti investimenti, da importanti valori e da forti significati identitari, in alcune aree culturali.

L'intercambiabilità degli operatori si costituisce come una questione particolarmente spinosa anche in relazione alla dimensione di genere. Il sistema di tutela dell'uguaglianza in ambito lavorativo, infatti, garantisce pari opportunità imponendo che non vengano fatte distinzioni fra uomini e donne nelle assunzioni, per cui anche in contesto sanitario maschi e femmine hanno lo stesso diritto di accedere ai diversi ruoli. Il personale dipendente, sebbene non si distribuisca in maniera equanime fra le varie categorie di professionisti in organico, viene, pertanto, chiamato a ricoprire i vari incarichi e turni di lavoro in maniera indifferenziata. Questa forma di garanzia, volta a riconoscere a tutti (operatori ed utenti) il medesimo trattamento, si traduce, però, nella creazione di specifiche forme di disagio quando si ha a che fare con quelle aree della popolazione che, in quanto distinguono marcatamente in termini di attribuzioni di ruolo rispetto alla differenza di genere, si trovano in difficoltà nelle situazioni in cui tale dimensione risulta intercambiabile. Anche in questo caso si produce qualcosa di paradossale, poiché risulta evidente che per riconoscere a tutti il medesimo trattamento

occorrerebbe discernere fra i bisogni di ognuno. A tale livello le problematiche chiamano in causa soprattutto l'utenza islamica, rispetto alla quale le dichiarazioni degli operatori si rivelano piuttosto unilineari e stereotipiche. Esse mancano, infatti, di qualsiasi forma di consapevolezza rispetto alla varietà interna al mondo islamico, che presenta una grande differenziazione, mentre viene considerato come sostanzialmente uniforme. Il problema dei rapporti di genere viene, inoltre, focalizzato in buona misura intorno alla variante che coinvolge l'operatore-uomo nella relazione con l'utente-donna, tanto che il personale sanitario parla raramente di problematiche di genere a ruoli invertiti (cioè quando è l'operatore-donna a trovarsi a confronto con un utente-uomo). Anche questo secondo tipo di situazioni è, però presente, ed il personale sanitario manifesta di trovarsi del tutto impreparato e disorientato di fronte ad esse, proprio in quanto non viene in genere contemplata la possibilità che esse si verifichino. La problematica di genere, inoltre, viene più facilmente percepita come valida laddove chiama in causa una dimensione anatomico-sessuale (quindi soprattutto nell'area ostetrico-ginecologica), mentre non manca di sollevare perplessità laddove viene a mancare questa caratterizzazione, cioè in occasione di prestazioni che gli operatori non si attendono che possano coinvolgere una dimensione di genere. Sesso e genere, in altri termini, in questo come in molti altri settori, sembrano costituire due domini separati, per cui la questione tende a risultare comprensibile fintanto che i problemi che pone riguardano, anche in campo sanitario, le situazioni che coinvolgono direttamente la sfera genitale, mentre risulta non esserlo più quando la relazione esce da questo ambito d'interessamento. Ne consegue che è con una certa frequenza l'area che interseca la differenza sessuale a ricevere un'attenzione flessibile da parte degli operatori, mentre è più difficile che la stessa problematica venga considerata legittima e dia adito a comportamenti conseguenti nei casi in cui non vi sia un interessamento diretto di questa sfera. Anche negli altri ambiti si verificano, però, delle situazioni di disagio (ad esempio in occasione di alcune indagini strumentali, o anche del "semplice" prelievo ematico), tanto che il personale sanitario si trova talvolta a dover effettuare le prestazioni in condizioni non sempre adeguate o ottimali, oppure a dover ricorrere ad un cambio di operatore per poterle eseguire. Diversamente da quanto avviene per l'area ostetrico-ginecologica, in questi frangenti la disponibilità ad individuare delle strategie alternative a livello organizzativo risulta essere piuttosto disomogenea, in quanto va ad intersecarsi con il fatto che il problema tende ad essere ricondotto ad una questione riguardante la "condizione della donna". Esso, infatti, tende ad essere affrontato in modo piuttosto diverso a seconda del fatto che venga o meno riconosciuto come legittimo in considerazione di questo aspetto. Di conseguenza, si verificano situazioni di evidente flessibilità (in cui gli operatori si attivano per andare incontro alle esigenze manifestate), a fianco di forme di irrigidimento più o meno marcate (in cui si registra una vera e propria resa rispetto ad un sistema di regole predefinito, ritenendo che non vi siano/non sia giusto trovare alternative alla situazione di fatto: l'utente deve adattarsi). La lettura di tali situazioni non è sempre immediata nei suoi risvolti, poiché la prestazione viene spesso portata a termine senza che si registrino significative disfunzioni, ma a ben guardare la gestione delle singole circostanze rivela diverse forme di approssimazione. In primo luogo torna in campo lo scarso utilizzo del servizio di mediazione linguistico-culturale, ma si ha anche una mancata attivazione degli operatori nel sollecitare forme di riorganizzazione che potrebbero andare a vantaggio di tutta l'utenza, mentre si verificano dei rinvii nell'effettuazione delle prestazioni ed anche la possibilità di interruzioni del percorso di cura.

Al di là della dimensione di genere, una questione organizzativa peculiare che mette in gioco la composizione dei gruppi di lavoro riguarda la grande quantità di persone che,

durante la degenza, sono contemporaneamente presenti attorno al paziente nel momento della quotidiana visita di controllo. Si tratta di un aspetto particolarmente evidente nell'ambito dell'A.O.P., che si verifica in ragione dello strettissimo rapporto che intreccia la dimensione clinica/ospedaliera con quella formativa/universitaria. La prassi di effettuare i cosiddetti "giri visite" da parte dei medici facendosi accompagnare da un gruppo allargato ed eterogeneo di persone in formazione, o che stanno effettuando qualche attività di ricerca, è portata avanti in modo del tutto routinario, senza che medici ed infermieri mostrino di darvi particolare rilievo o, addirittura, di rivolgervi attenzione, ma la percezione che ne hanno gli utenti mostra caratteri diversi, a volte per la numerosità in sé del gruppo, a volte - soprattutto - in considerazione di altre variabili concomitanti. Il fatto di trovarsi in circostanze in cui è tutta la dinamica interattiva a mostrare la sua inadeguatezza (con il verificarsi di situazioni in cui non si viene adeguatamente informati a proposito di quanto sta accadendo, o in cui si viene sostanzialmente ignorati sia a livello di comunicazione verbale che non verbale, ricevendo, pertanto, continui messaggi di disconferma) giunge, infatti, talvolta ad offuscare il problema numerico. Quello che, d'altra parte, non risulta in alcun modo marginale è la qualità compositiva della compagine (molti degli operatori con cui i pazienti interloquiscono sono stagisti o tirocinanti) quando si verifica qualche "incidente di percorso". In questi casi, infatti, tende ad innestarsi un meccanismo interpretativo per cui la responsabilità del problema verificatosi viene ricondotta alla presenza/azione di personale in formazione e questo, nel caso dell'utenza immigrata, tende a sua volta ad assumere una connotazione particolarmente problematica in quanto fa facilmente emergere percezioni di razzismo.

Dentro la circolarità ermeneutica. Percezioni di razzismo e profezie che si autoadempiono

L'asimmetria strutturale che caratterizza il rapporto curante-curato in ambito sanitario è, nel caso dell'immigrato, resa più forte dalla presenza di specifiche fragilità linguistiche ed economico-sociali. In questa situazione di maggiore debolezza e subalternità, quello che si verifica in modo piuttosto tipico è che l'utente immigrato tende a ricondurre le carenze percepite ad atteggiamenti improntati a razzismo, ancorandole saldamente alle caratteristiche della propria e dell'altrui persona in quanto rappresentanti di particolari raggruppamenti umani, invece che attribuirle, come avviene più facilmente sul versante dell'utente italiano, ad un'inadeguata preparazione professionale dell'operatore (svincolandole, quindi, da ogni legame con la propria persona), ad una deficienza organizzativa o ad un inconveniente tecnico. Prendono, allora, forma le accuse di razzismo, che gli operatori segnalano di ricevere con forte ricorrenza in circostanze diversificate. In tutto questo, la cosa singolare è, poi, il fatto che nelle interviste effettuate con gli utenti, questa percezione/accusa emerge in maniera del tutto sporadica e comunque in collegamento con situazioni piuttosto diverse da quelle segnalate dagli operatori: nelle circostanze in cui è richiesto un pagamento delle prestazioni ed in quelle in cui si producono periodi di attesa – brevi o lunghi che siano – secondo quanto affermano gli operatori, in quelle legate alla messa in atto di specifiche procedure diagnostiche e terapeutiche, e solo talvolta amministrative, secondo quello che sostengono gli utenti. Partendo dal presupposto che 'tutti hanno ragione' nel percepire le cose così come le percepiscono (Sclavi, 2000), nel senso che la realtà di ciò che accade non sta tanto in un elemento di oggettività ipostaticamente situato a monte dell'interazione, ma nella processualità stessa dell'accadere, quello che ci sembra

significativo e da rilevare riguarda il fatto che si verificano situazioni in cui si produce del disagio e che tale disagio, laddove si ha a che fare con relazioni che coinvolgono persone aventi diversa origine geografico-culturale, chiama facilmente in campo un'ipotesi di discriminazione su questa base.

Le situazioni in cui si verificano le percezioni/accuse di razzismo hanno una loro articolazione interna dettata dalla contemporanea presenza di molte determinanti che s'intrecciano fra loro in modo complesso. Rispetto a tale complessità, la variabile relativa alla provenienza d'origine (impropriamente identificata come variabile razziale) rappresenta un'euristica interpretativa di facile accesso, data la sua macroevidenza in termini percettivi (colore della pelle, competenza linguistica, dati anagrafici immediatamente rilevati) ed auto-percettivi (esperienza migratoria e relativi vissuti). Capita, pertanto, che in alcune situazioni venga impiegata dagli utenti in modo relativamente improprio, proprio in virtù della sua disponibilità euristica e plausibilità interpretativa, ma in realtà utilizzandola più come strumento per dar voce al malessere che in quanto ritenuta adeguata a descrivere la realtà delle cose, mentre viene intesa dagli operatori nella sua literalità. Al contrario, si verificano situazioni in cui l'accusa non viene espressa esplicitamente e che rivelano, invece, una chiara dimensione interpretativa in tal senso, dando adito al verificarsi di problemi che non vengono percepiti dagli operatori, ma che sono di chiara e ben maggiore rilevanza per l'itinerario terapeutico del paziente, in quanto anche capaci di incidere significativamente sul percorso di cura (è quanto abbiamo avuto modo di constatare, ad esempio, relativamente a taluni mancati ricoveri nel settore infettivi o in situazioni in cui veniva ipotizzato il ricorso al parto cesareo con le popolazioni della cosiddetta Africa nera); in questo secondo tipo di situazioni, sembra che l'impressione di essere di fronte a dinamiche improntate a discriminazione razziale sia così netta e temuta dall'utente nei suoi effetti di realtà da annichilirlo, al punto tale di non osare neppure formularla esplicitamente come accusa; di conseguenza l'operatore non ha cognizione alcuna della sua presenza.

Quello che è rilevante, nelle circostanze appena descritte, non è tanto il fatto che vi sia o meno coincidenza fra la percezione che si produce negli interlocutori e le loro posizioni situate a monte (il che ci porrebbe nella direzione interpretativa del malinteso), quanto il fatto che in ogni caso, che questa corrispondenza si verifichi o meno, si producono effetti di realtà che vanno anche nella direzione di una sorta di 'razzismo delle conseguenze' in quanto hanno come esito una diseguale possibilità di fruizione delle cure da parte della popolazione che è di volta in volta in causa. In queste situazioni è in atto un intendere diversamente le stesse cose che, soprattutto per quanto riguarda il secondo tipo di circostanze (quelle, cioè, in cui l'accusa non viene formulata esplicitamente), non trova possibilità di essere rimesso in gioco in modo produttivo. Gli interlocutori, pertanto, si trovano rafforzati nelle loro reciproche interpretazioni, in qualche misura reificandole, quindi ipostatizzando posizioni che sono, invece, il prodotto di una dinamica interattiva specifica. Sembra, in altri termini, che il fraintendimento trovi, in quest'ambito, un terreno particolarmente fertile, sostanziandosi della tendenza a leggere la dinamica interattiva a partire dall'oggettivazione dei suoi poli isolatamente considerati, invece che in chiave sistemico-relazionale ed in dimensione processuale. In questo modo viene, peraltro, rafforzata la presenza di una sorta di 'pregiudizio preventivo' che vede nell'operatore italiano il rappresentante di una categoria di persone sostanzialmente razziste e nell'utente immigrato il membro di un gruppo caratterizzato da specifiche forme di maleducazione, mentre quella che può

essere riconosciuta come dimensione retrostante è, semmai, una sorta di ineducazione al rapporto con l'alterità.

La dinamica del fraintendimento, nelle situazioni in cui si producono le percezioni di razzismo, sembra peraltro alimentarsi anche di un ulteriore fattore pregiudiziale, questa volta di carattere positivo, invece che negativo: la convinzione, dal lato dell'utente, di essere in presenza di un sistema sanitario efficace ed organizzato. Un'idea, anche questa, non diffusa in modo univoco, rispetto alla quale non mancano asserzioni di segno contrario, ma che è sicuramente presente, nonché riscontrabile con una certa frequenza. Se si tiene in considerazione anche quest'ultimo aspetto, posizionandoci sul versante degli utenti, ci sembra che la dinamica possa essere letta in buona misura a partire dalla presenza di due diversi ordini di presupposizioni che alimentano specifiche aspettative:

- l'idea/speranza che il servizio sanitario nazionale italiano abbia, sul piano tecnico, delle caratteristiche di qualità piuttosto elevate e che, pertanto, abbia tutti i requisiti necessari per rapportarsi in modo ottimale con ogni problema che di volta in volta gli si presenta;
- l'idea/timore che nelle strutture sanitarie italiane sia presente una tendenza a non trattare gli utenti in modo equanime e che, al contrario, gli operatori siano inclini a discriminare fra autoctoni e stranieri nell'erogazione delle prestazioni.

In considerazione di questo duplice atteggiamento pregiudiziale, la dinamica del fraintendimento in relazione ai – presunti o reali – episodi di razzismo assume le linee proprie della profezia che si auto adempie (Merton, 1971):

1. i pazienti interpretano come comportamenti razzisti evenienze che, per gli operatori, sono assolutamente abituali e rivolte a tutta l'utenza e fanno questo in virtù di una circolarità ermeneutica che prende avvio dall'idea che verranno trattati diversamente dagli utenti italiani (cioè peggio e male rispetto a questi ultimi);
2. questa prospettiva interpretativa, che orienta verso un'ipotesi di discriminazione razziale, viene rafforzata dal fatto di trovarsi ad esperire delle situazioni di effettivo disagio ed inadeguatezza: le lunghe attese, l'infelice organizzazione degli spazi, la disattenzione relazionale, l'onerosità di talune prestazioni... tutti elementi che, purtroppo, intessono la normalità del lavoro istituzionale nella percezione di gran parte dell'utenza (così come di alcuni operatori);
3. mentre l'utente italiano tende ad attribuire queste difficoltà ad una deficienza del sistema, l'immigrato sembra più incline a riferirle ad un orientamento relazionale negativo nei suoi confronti e questo, plausibilmente, in misura tanto maggiore quanto più si avvale di una prospettiva idealizzata, anch'essa pregiudiziale, circa il funzionamento del sistema;
4. il disagio e l'inadeguatezza percepiti colludono con l'idea pregiudiziale della disparità di trattamento e questo fa sì che ogni disfunzionalità confermi la chiave interpretativa iniziale, fino all'esplosione dell'accusa di razzismo.

In altri termini, il pregiudizio positivo circa la funzionalità ottimale del sistema sanitario, più quello negativo relativo ad abituali disparità di trattamento, nel momento in cui s'incontrano con il disagio esperito danno consistenza all'attesa pregiudiziale e fanno esplodere il disagio nell'accusa di razzismo. Un'accusa che ha, talvolta, le vesti di una sorta di sfogo momentaneo che lascia una traccia relativamente labile nella

percezione dell'utente (quando, ad esempio, si ha a che fare con situazioni che non mettono fortemente in gioco il proprio sistema di valori), ma che si configura come vera e propria accusa inespresa, capace di incidere significativamente sulla percezione dell'altro, laddove sono in campo dimensioni che intersecano elementi impregnati di significato per la propria vita (come può essere il caso del sentirsi etichettato come portatore di una malattia infettiva, con tutto quello che questo può comportare in termini di dinamiche interne alla propria comunità, o di incorrere nella pratica del taglio cesareo per chi fa della procreazione l'elemento portante della propria impostazione di vita).

Spostandosi sul versante degli operatori, alle due aspettative pregiudiziali elencate sopra corrispondono rispettivamente:

- l'idea che quanto l'immigrato trova in Italia in termini di qualità delle prestazioni sanitarie sia decisamente superiore rispetto a quello che incontrerebbe nelle aree di provenienza;
- la convinzione che in area ospedaliera non debba esserci – e non vi sia di fatto – alcuna differenza di trattamento per quanto riguarda autoctoni e stranieri²⁸⁷.

In questa situazione di carattere speculare:

1. gli operatori interpretano come inadeguati (maleducati) comportamenti che, per gli utenti, sono del tutto legittimi e fanno questo in virtù di una circolarità ermeneutica che prende avvio dall'idea pregiudiziale che, poiché stanno trattando allo stesso modo gli utenti stranieri e quelli italiani, questo vada bene di per sé (inoltre, potremmo aggiungere, gli utenti stranieri, se non fossero 'maleducati' dovrebbero prenderne atto e comportarsi come ci si aspetta che si comporterebbe/dovrebbe comportarsi un italiano al loro posto);
2. questa prospettiva interpretativa, che orienta verso un'ipotesi di maleducazione in assenza del comportamento atteso, viene rafforzata dal fatto di trovarsi ad esperire delle situazioni di effettiva aggressività: il disagio provato dagli utenti, la presenza di modalità espressive connotate diversamente a seconda delle abitudini anche culturali, la presenza di aspettative pregiudiziali da parte degli utenti stessi, oltre che effettive forme di maleducazione presenti nei comportamenti, sono tutti elementi che possono dare adito ad atteggiamenti realmente aggressivi o che sono tali nella percezione dell'operatore;
3. mentre le ragioni dei comportamenti possono essere molteplici, così come i significati ad essi retrostanti, l'operatore sembra più incline a riferirle ad una sorta di personalità dello straniero in quanto tale e questo, plausibilmente, in misura tanto maggiore quanto più si avvale dell'idea, anch'essa pregiudiziale, che l'utente non abbia da lamentarsi in quanto sta facendo uso di un sistema di cure migliore rispetto a quello di cui usufruirebbe nel suo paese d'origine;
4. la sensazione di aggressività indebita collude con lo sforzo effettuato per mantenere l'equanimità del trattamento e questo fa sì che il comportamento

²⁸⁷ Rispetto a questa questione è possibile fornire un dato piuttosto preciso, che non abbiamo riportato precedentemente, in quanto nel contesto del corso di formazione un relatore ha regolarmente formulato questa domanda ad ognuno dei gruppi di operatori in apertura del proprio incontro: "Gli stranieri sono diversi quindi hanno bisogno di trattamento diverso?". La risposta fornita dagli operatori per alzata di mano è stata quasi all'unanimità "no" in ogni gruppo. Su questa risposta è stato poi possibile tornare successivamente, in un momento di discussione, avendo quindi la possibilità di verificare in che modo la domanda fosse stata interpretata e fino a che punto gli operatori ritenessero che la routine organizzativa fosse garanzia di equanimità.

dell'utente venga percepito come sempre più inadeguato fino alla costruzione di un'idea stereotipica relativamente alla 'personalità' dell'immigrato.

In altri termini, le idee pregiudiziali relative al fatto che il sistema di cura che viene offerto agli stranieri debba essere accettato come tale in quanto migliore rispetto a quello delle aree di origine, congiuntamente a quella che considera l'approccio allo straniero adeguato nella misura in cui è identico a quello che si metterebbe in atto con l'italiano, nel momento in cui s'incontrano con una risposta di disagio espressa attraverso un comportamento rivendicativo, innescano o alimentano la percezione di inadeguatezza (arroganza, aggressività....) dell'utente.

Il meccanismo fin qui descritto, una volta dalla parte degli utenti ed una seconda da quella degli operatori, come già dicevamo in riferimento alla prospettiva dell'utente, ben al di là del fatto di essere riconducibile al 'semplice' meccanismo del malinteso (quindi dell'errore interpretativo) ha un carattere più complesso in quanto, come in una profezia che si autodetermina, indica che le interpretazioni che si effettuano di determinati comportamenti possono produrre quei comportamenti che si ritenevano presenti a monte, i quali, invece, possono non sussistere affatto come tali prima della loro interpretazione. In altri termini, le situazioni finiscono per configurarsi davvero come caratterizzate da razzismo e maleducazione, ma non lo sono di per sé, lo divengono. La dinamica che si crea ricalca le linee proprie di una circolarità dell'interpretazione a carattere unilineare che non si confronta sul terreno delle alternative possibili, procede in maniera simmetrica fra gli interlocutori e, così facendo, crea l'innescarsi di situazioni di *escalation* dell'aggressività che, come nel meccanismo tipico della schismogenesi (Bateson, 1976, pp. 101-114) di carattere simmetrico, sfociano inevitabilmente in un'esplosione dei contrasti e nel collasso del sistema d'interazione (che, nel caso della realtà da noi indagata, può giungere a prendere la forma di una richiesta di tutela rispetto a situazioni ritenute pericolose per l'incolumità, con l'attivazione del servizio di sicurezza interno alla struttura).

Le situazioni che possono essere richiamate in modo piuttosto evidente in relazione all'attivarsi di queste dinamiche interpretative mettono in gioco sia la dimensione amministrativa, sia quella in senso stretto clinica. Il primo tipo di situazioni è emblematicamente rappresentato da quelle circostanze che mettono in campo il pagamento del contributo per le prestazioni effettuate/da effettuare. In questo ambito vige, infatti, una difficoltà di orientamento da parte del personale sanitario per cui si producono itinerari relativamente disparati, a monte dei quali si situano anche diversi sistemi di stereotipi e pregiudizi. Nella dinamica relazionale con gli utenti, gli operatori risultano, per esempio, procedere in modo relativamente diverso, a seconda dell'idea che dietro la contestazione effettuata vi sia o possa esservi un'effettiva difficoltà di carattere economico, oppure che essa sia dovuta a motivazioni di comodo e corrisponda ad un atteggiamento che furbescamente si avvale di difficoltà solo presunte allo scopo di cercare di eludere un preciso dovere. Questi ultimi automatismi interpretativi contribuiscono a mettere in campo atteggiamenti scarsamente disponibili ed accoglienti, rendendo fredda e distaccata la comunicazione ed orientando il problema che di volta in volta si presenta verso direzioni che non sempre sono idonee alla ricerca di una soluzione, anche in quanto non costruiscono il contesto adeguato a far emergere l'inatteso che le situazioni portano, invece, talvolta con sé. Non è, pertanto, inconsueto che prenda forma un circolo vizioso nella dinamica relazionale: la mancanza di uniformità nei comportamenti posti in essere a livello istituzionale produce un vero proprio disorientamento sul versante degli utenti, i quali traducono la disparità percepita in sempre rinnovate impressioni di discriminazione, per cui viene alimentata la tendenza

latente a leggere gli accadimenti in termini pregiudiziali e questo innesca con relativa facilità reazioni di carattere aggressivo-difensivo. Sul versante degli operatori, in quanto si è inconsapevoli della difformità e ci si trova di fronte ad una reazione in qualche misura aggressiva, vengono, invece, ad essere rafforzati quei preconetti o pregiudizi negativi nei confronti dell'utenza immigrata che in diversa misura già orientavano l'approccio. Nel caso degli operatori si verifica, poi, anche un altro fenomeno, che è a sua volta fonte di disagio e malessere ulteriori, in quanto alle incongruenze involontarie si aggiungono delle scelte comportamentali diverse per quanto riguarda la gestione del problema: di fronte alle contestazioni o ai rifiuti, taluni decidono di mantenere comunque ferma la propria posizione, con il rischio che l'utente decida di non effettuare la prestazione richiesta, mentre altri, vuoi per esasperazione, vuoi per condivisione empatica, o per la percezione di possibilità interpretative diverse delle stesse situazioni, preferiscono cercare delle vie alternative di gestione del problema, arrivando ad effettuare le prestazioni anche in mancanza dei requisiti inizialmente richiesti. Questo fatto va ad alimentare una conflittualità interna alla categoria, che rimane talvolta inespressa, mentre altre volte viene dichiarata esplicitamente, e che contribuisce a rendere questo ambito un luogo di forte disagio, con la messa in opera di un circolo vizioso di difficoltà sempre ulteriori.

Degli esempi di situazioni che si situano più sul versante clinico sono, invece, rappresentati dal fatto di leggere in chiave razzista le circostanze che, per una ragione o per l'altra, hanno prodotto un qualche esito problematico all'interno del percorso di cura. Un caso emblematico, in tal senso, è rappresentato dalle situazioni in cui il problema verificatosi può essere collegato alla presenza di personale in formazione (che, nell'ambito dell'A.O.P., soprattutto nella veste di specializzandi, fa normalmente parte del gruppo di operatori che interagisce nelle situazioni cliniche, sotto la direzione del medico di volta in volta responsabile). Chi è incorso in problemi che venivano ricondotti all'azione di personale che non aveva ancora concluso il proprio percorso formativo tende, infatti, con relativa facilità a pensare che un utente italiano che si fosse trovato nella medesima situazione avrebbe goduto dell'intervento di un operatore di ben più consolidata esperienza. Come risulta evidente, si tratta di una spiegazione delle situazioni di malfunzionamento e disagio in cui entra agevolmente in gioco la dimensione del pregiudizio preventivo nella forma di un'euristica facilmente disponibile. Interpretazioni in chiave di discriminazione razziale vengono, inoltre, effettuate anche nelle circostanze che mettono in campo la decisione di procedere con il taglio cesareo in situazioni che coinvolgono popolazioni che attribuiscono forte rilevanza al parto naturale, ma anche in quelle che risulta possibile collegare all'ipotesi di malattie infettive di vario genere, nonché ogni qualvolta vengono attivate procedure di cui non si capisce il senso.

La cornice relazionale: il problema dell'ascolto attivo.

Che si verifichino o meno interpretazioni delle situazioni che mettono in gioco la dimensione del pregiudizio razziale, è relativamente comune l'esperienza di una certa insoddisfazione sul piano comunicativo/relazionale nel momento in cui gli utenti si trovano ad interloquire con il personale sanitario. Ne viene riportata, non infrequentemente, la sensazione di una sostanziale freddezza, se non di una vera e propria mancanza di relazione, nonché la percezione che qualcosa d'importante non venga tenuto in debita considerazione. Il problema segnalato va al di là degli aspetti

amministrativi, giungendo ad estendersi a tutto il percorso clinico; in tale ambito, d'altra parte, non rimanda tanto alla dimensione in senso stretto medico-sanitaria, ma chiama in causa la cornice relazionale in cui essa di volta in volta s'inserisce. All'interno di essa, in modo più specifico, è il tema dell'ascolto ad occupare un posto di primo piano, in quanto è in primo luogo questa dimensione ad essere individuata come carente nella misura in cui l'ascolto viene percepito come orientato da specifiche posizioni pregiudiziali (a loro volta dettate da precise impostazioni tecnico-scientifiche o da posizioni connotate da una sostanziale mancanza di volontà di confrontarsi con la differenza ed accoglierne le specificità). Anche in questo caso il problema non è esclusivo dell'una o dell'altra popolazione: il malcontento relazionale e l'esperienza dell'insoddisfazione nell'ascolto, sebbene non universalmente condivisi, sono da considerare in buona misura trasversali all'utenza.

Un segnale della difficoltà di cui parlano i fruitori del servizio si riscontra nella modalità stessa con cui gli operatori hanno redatto i resoconti fornitici. Ne è emersa una diffusa difficoltà di articolazione narrativa, espressa con la forte tendenza a riferirsi a situazioni di carattere generale, piuttosto indeterminate ed astratte, invece che ad episodi circoscritti o circoscrivibili, oppure manifestata attraverso l'evidente propensione a risolvere i racconti in affermazioni unilineari e povere di sfumature, concedendo poco spazio a dubbi ed a possibilità alternative di lettura e tendendo a vedere la dinamica relazionale come il prodotto di dimensioni ipostaticamente collocate a monte di essa ed intrinseche agli individui, invece che come processo in atto, spazio-temporalmente situato e capace di rideterminare le posizioni dei soggetti in gioco. Questo stile redazionale – non unico, ma preponderante –, che mostra la presenza di una forte attitudine a considerare come dati oggettivi ciò che è, invece, frutto di particolari prospettive interpretative, segnala, peraltro, una marcata tendenza a collocare gli individui dentro una determinazione identitaria rigida e chiusa, in cui l'elemento relativo all'origine geografico-culturale gioca un ruolo di rilievo, ma in quanto inquadrato in modo decisamente stereotipico. D'altra parte, per quanto ci è stato possibile constatare attraverso l'osservazione sul campo, la povertà delle narrazioni prodotte non si lega tanto o solo ad una difficoltà redazionale, quanto ad una dimensione minimale della stessa interazione a cui esse fanno riferimento. Come risulta anche dalla nota metodologica che abbiamo apposto nella prima parte di questo lavoro, la 'ristrettezza relazionale' che affiora dalle narrazioni è, infatti, nella quotidianità della prassi, particolarmente evidente ed estesa. A monte vi è un problema di politica aziendale, che si lega alla scelta di particolari strategie amministrative, le quali inevitabilmente finiscono per rendere più probabile la messa in campo di alcune modalità di relazione rispetto ad altre, ma che riguarda anche l'impostazione dei percorsi formativi effettuati dalle varie categorie di operatori, nonché gli stili maturati a livello personale. In tutto questo è in primo piano il fattore tempo, poiché ad ogni operatore viene tendenzialmente richiesto di attenersi ad una tempistica calcolata in modo tale da corrispondere ad un'efficienza computazionale che concede ben poche possibilità d'intromissione ad elementi che potremmo definire extra-tecnici o che non siano immediatamente mirati rispetto agli obiettivi: regole che, pur essendo del tutto funzionali al sistema organizzativo ed alla necessità di trattare il più vasto numero possibile di situazioni, stridono con la possibilità d'instaurare degli scambi relazionali che siano articolati al punto da poter risultare soddisfacenti. Entro questa cornice strutturale, risulta ostacolata la possibilità di soffermarsi sulle situazioni in modo da coglierne le specifiche esigenze, invece che collocarle immediatamente in un percorso protocollare/routinario costituito da categorie predefinite e da tracciati obbligati. Non

stupisce, pertanto, che gli utenti parlino con relativa frequenza di insoddisfazione relazionale.

Al fattore tempo si aggiunge sicuramente il fatto che gli stessi percorsi formativi effettuati nell'ambito delle diverse categorie professionali non sempre pongono attenzione all'acquisizione di quelle competenze che sono necessarie ad impostare in maniera articolata le dinamiche relazionali. Fra queste figura senz'altro tutto quanto riguarda la dimensione dell'ascolto, correlato ineludibile di ogni vera dimensione di cura. Un'istituzione che si ponga in un orizzonte di cura riesce, infatti, a mantenere questa sua posizione nella misura in cui non riconduce la "cura" alla riduttiva messa in opera di un apparato strumentale di prescrizioni, ma la comprende nei suoi caratteri estensivi come "aver cura", come "prendersi cura" di ogni singolarità. Questo è quanto viene richiesto dagli utenti quando si dichiarano insoddisfatti del rapporto instaurato ed in questo la relazione è in primo piano. In essa gioca un ruolo di assoluto rilievo la capacità di ascolto, mentre è proprio questa dimensione che viene peculiarmente a mancare nelle interazioni. In altri termini, viene meno quella prospettiva di ascolto attivo che si rende necessaria laddove si ha a che fare con sistemi complessi e che, nell'ottica da noi utilizzata, costituisce uno dei tre vertici delle competenze che compongono il triangolo di quel *savoir faire* della complessità che si rende necessario per la gestione delle situazioni caratterizzate da eterogeneità culturale (Selavi, 2000). Una modalità di ascolto, cioè, che, in quanto capace di porre ad oggetto in primo luogo se stessi, è in grado di far emergere gli impliciti retrostanti al proprio sistema interpretativo e, con questo, di fare risaltare la prospettiva di senso del discorso altrui; una prassi autoriflessiva, quindi, che, portando a consapevolezza anche le emozioni attraverso cui viene filtrato tutto quanto ci si presenta, crea le condizioni affinché la prospettiva dell'altro possa trovare cittadinanza con le proprie specificità, invece che essere esclusivamente collocata in un contesto predefinito, consentendo di gestire produttivamente la conflittualità che si genera nelle interazioni. Un ascolto, in definitiva, che si caratterizza per il fatto di essere particolarmente sensibile alle diversità e che, proprio per questo, è correlato ineludibile di ogni vera dimensione di cura. La necessità di un ascolto attivo riguarda tutte le circostanze in cui è presente una differenziazione di prospettive interdipendenti; entra, pertanto, in campo quando, in un contesto di cura, si ha a che fare con individui che appartengono a gruppi umani culturalmente distinti, quindi nelle situazioni d'interazione fra autoctoni ed immigrati, ma anche, ben più generalmente, in tutte quelle in cui la cultura dell'istituzione si trova ad entrare in relazione con quella dell'utenza, o in cui la cultura medica, con la sua propensione a ragionare in termini di *disease*, s'interfaccia con la dimensione soggettiva e profana di colui che è portatore di una specifica *illness*, senza peraltro dimenticare che nella delimitazione dei confini della malattia entra in gioco anche la dimensione sociale della *sickness*, quindi il fatto di venire individuati e riconosciuti come dei particolari tipi di malati, cui si connettono immagini, ruoli, processi di stigmatizzazione, costi sociali differenziati e specifici.

La costruzione del quadro clinico.

Quello della cura è un tema di vasta portata, che difficilmente si lascia ricondurre entro le maglie esclusive del discorso medico con i suoi tecnicismi. Nel nostro contesto storico-culturale, è sicuramente la biomedicina ad avere in mano le redini del gioco a questo livello e si può sicuramente affermare che ogni fruitore del servizio sanitario ha

toccato con mano la duplicità di sensazioni che deriva dall'essere risucchiati entro le procedure precodificate dei protocolli medico-scientifici. Da una parte incontriamo il senso di sicurezza che consegue al fatto di potersi affidare a procedure collaudate, sperimentate e verificate nella loro validità, la fiducia che si connette al fatto di situarsi nel solco di meccanismi conoscitivi di alta specializzazione, capaci di penetrare nei meandri più reconditi del funzionamento corporeo; dall'altro emerge la percezione di spoliamento e di insoddisfazione per situazioni in cui si fa fatica ad incontrare modalità di ascolto che siano capaci di cogliere la singolarità della propria condizione, il senso di precarietà ed il malcontento che si connette al fatto di non sentire rispettata e colta la complessità di ciò che si è. Essere dentro un percorso di cura, sentire che vi si è saldamente ancorati all'interno, percepire l'aver cura come dimensione sua propria, non è esito automatico della messa in opera delle tecniche della biomedicina; d'altra parte, anche l'apparato delle meraviglie tecnologiche di cui essa si avvale gioca il suo ruolo e se questo vale per il paziente che è nato e cresciuto entro il medesimo ambito culturale in cui la biomedicina è sorta e si è diffusa, è vero *a fortiori* per quell'utente che ne ha idealizzato il funzionamento tanto più quanto meno ha avuto la possibilità di sperimentarlo direttamente. La costruzione del quadro clinico entro cui si colloca ogni singolo caso, così come la messa a punto della proposta terapeutica, con la *compliance* che in diverso modo vi si connette, avvengono sovente all'interno di questa duplicità di sensazioni e ne risentono in maniera significativa.

La costruzione del quadro clinico prende avvio, in genere, con il presentarsi dell'utente al Servizio di Pronto Soccorso e con la relativa procedura di registrazione effettuata in fase di *triage*. Il passaggio attraverso il *triage* comporta la formulazione della prima ipotesi diagnostica, con relativa assegnazione all'utente del codice-colore ritenuto adeguato alla situazione clinica manifestata; in seguito a tale attribuzione l'utente intraprende un percorso che avrà una diversa scansione soprattutto per quanto riguarda la tempistica dell'attesa. Il momento del *triage* costituisce, pertanto, un momento significativo dell'*iter* ed il primo dato che fa emergere con evidenza riguarda il fatto che, in quella sede, viene conferita una forte inadeguatezza all'uso del Servizio: la percentuale di codici bianchi attribuiti (che indicano, appunto, una mancata pertinenza d'uso) è, infatti, estremamente alta. Anche relativamente a questo elemento si può parlare di una tendenza che riguarda tutta l'utenza, ma che si configura come decisamente più elevata nel caso degli immigrati rispetto agli autoctoni. Diversamente da quanto abbiamo rilevato a proposito dell'eccessivo utilizzo, per quanto concerne l'inadeguatezza nell'uso, tuttavia, i dati dei vari Pronto Soccorso, sebbene confermino lo stesso andamento generale, non risultano del tutto omogenei. Emerge una certa disparità, a questo proposito, sia su base geografica (confrontando i dati relativi a servizi ubicati su aree territoriali diverse), sia all'interno del complesso ospedaliero padovano (mettendo a confronto i dati relativi al servizio centrale con quello pediatrico). La differenza presente su base territoriale andrebbe analizzata con indagini comparative (può essere, infatti, dovuta a ragioni che mettono in campo una diversa disponibilità ed un diverso funzionamento dei Servizi, così come una differente "educazione" al loro utilizzo riscontrabile a livello territoriale, nonché alla presenza di divergenze nei criteri di valutazione), quella interna all'A.O.P. rimanda, invece, con più sicurezza, ad una diversa modalità di gestione delle procedure di *triage* presenti nei due servizi (in particolare al differente rilievo attribuito alle dichiarazioni relative alla variabile "dolore"), che fa sì che vi sia una probabilità decisamente maggiore di valutare come impropri gli accessi della popolazione adulta rispetto a quella in età pediatrica. Che vi sia una problematicità a questo livello soprattutto in relazione agli immigrati è, poi, testimoniato dal fatto che il codice assegnato in prima istanza dagli operatori subisce un

cambiamento nelle fasi successive del percorso diagnostico in misura maggiore con gli utenti stranieri rispetto a quanto avvenga per gli italiani. La direzione del cambiamento procede, in genere, verso l'assegnazione di codici di maggiore gravità rispetto a quello inizialmente attribuito e questo elemento segnala a chiare lettere la presenza di una tendenza alla sottostima del problema presentato dall'utente immigrato (la qual cosa si verifica, appunto nell'area del Pronto Soccorso Centrale, quindi in relazione agli adulti, e non, invece, in quella pediatrica).

Le ragioni retrostanti a questa maggiore probabilità d'errore risultano essere di vario genere. Per individuarle, occorre tenere conto del fatto che la formulazione di una diagnosi non consiste nell'effettuazione di un semplice e puntuale atto di definizione, in quanto richiede la realizzazione di un vero e proprio percorso di attraversamento conoscitivo. In questo contesto di messa a punto progressiva entrano in gioco le indagini strumentali, che chiamano in causa il mito del "paziente muto", cioè la possibilità/impossibilità di lasciar parlare solo ed esclusivamente il corpo, attraverso l'individuazione di sintomi chiaramente definiti su base protocollare, ma anche e soprattutto il processo di disambiguazione dei segnali corporei e delle espressioni verbali, in virtù di un continuo processo di negoziazione che richiede la messa in campo di una relazione discorsiva che sia in grado di produrre una comprensione condivisa del procedere sintomatico (Quaranta, Ricca, 2012). L'*iter* diagnostico, infatti, mette sempre in campo delle diversità culturali: da una parte si situano gli operatori, veri e propri "professionisti della salute" i cui sguardi e le cui procedure interpretative tengono conto di competenze specifiche e di specializzazioni distinte (*disease*), dall'altra si collocano i pazienti, i quali si avvalgono della propria esperienza soggettiva e di ben altri riferimenti rispetto agli operatori (*illness, sickness*). La procedura diagnostica, così, si configura come un percorso tanto più accidentato quanto più significative sono le differenze di fondo fra i soggetti e le difficoltà si fanno più marcate nel caso in cui gli interlocutori provengano da aree geografico-culturali distinte, poiché in questi casi vengono maggiormente a mancare quelle esperienze di condivisione esistenziale ed ermeneutica su cui si fonda la possibilità dell'intesa.

Fra le complicazioni che entrano in gioco si registra, in primo luogo, una certa difficoltà ad ottenere le informazioni necessarie alla stesura della diagnosi: una difficoltà che sicuramente si connette con le problematiche linguistiche, ma che, al di là di questo, sembra coinvolgere anche altri tipi di fattori. In particolare, si evidenzia la presenza di diverse attitudini nella messa a fuoco del problema per il quale ci si rivolge alla struttura sanitaria rispetto a quanto avvenga con gli autoctoni. Le domande effettuate in questa fase dagli operatori richiedono delle risposte relativamente puntuali in relazione ad una griglia concettuale predefinita. L'omologia fra il sapere medico e le possibilità di risposta dell'utenza rendono questo momento relativamente a-problematico nella relazione con gli autoctoni, mentre nel caso dell'utenza etero-culturale possono con maggiore facilità presentarsi delle consuetudini diverse rispetto a quelle in uso nel sistema di riferimenti abituale dell'operatore. Non è, infatti, assodata la disponibilità del paziente a leggere i segnali del corpo nella stessa chiave interpretativa del personale sanitario, a codificarli e riferirli secondo la medesima mappa concettuale, a dare analogo rilievo alle questioni che gli vengono poste, per cui le risposte possono risultare ben più generiche e vaghe rispetto a quanto ci si attenderebbe, rendendo così più aleatoria la formulazione dell'ipotesi diagnostica preliminare. Un problema, questo, che, se si presenta in fase di *triage*, non manca di riproporsi anche nei momenti successivi dell'itinerario diagnostico. Il "gioco linguistico" che è tipico dell'incontro medico-paziente nel mondo occidentale comporta, infatti, che si dia per scontata l'utilizzazione

di un sistema di riferimenti di tipo ostensivo che inerisce ad una visione organica del corpo e che la mappa corporea utilizzata sia sostanzialmente condivisa nel sistema di orientamento dell'operatore sanitario e del paziente. Nella comunicazione fra persone che appartengono ad aree linguistico-culturali distinte, a detta degli utenti e dei mediatori, intervengono, d'altra parte, talvolta, diverse modalità di segmentazione del corpo e diverse attitudini nel dare significato alle sue specifiche aree, così come possono non essere presenti quelle abitudini di carattere ostensivo che sono proprie della cultura medica. In queste situazioni, la differenza linguistico-culturale fa sì che il sistema della comunicazione divenga, da semplice, complesso: ciò che risulta funzionale alla comunicazione interna all'area culturale che ha prodotto uno specifico sistema di riferimenti (sistema semplice), fa da ostacolo nel caso di interlocutori etero-culturali (sistema complesso), poiché le stesse cose hanno significati diversi (.....). Questo fenomeno non si limita, peraltro, agli scambi verbali, ma coinvolge anche la comunicazione non verbale, la quale mostra anch'essa delle insidie, con il verificarsi di episodi in cui, analogamente a quanto avviene nell'ambito della verbalità, uno stesso gesto può dare adito a significazioni diverse, tutte ugualmente plausibili nello stesso contesto.

Un ambito di particolare difficoltà, in tal senso, è rappresentato dall'espressione del dolore: un elemento di sicuro rilievo nella messa a punto della formulazione diagnostica, che dà adito a differenze interpretative e che non manca di produrre difficoltà ed errori. Rispetto alla variabile dolore entrano, infatti, in gioco dimensioni trasversali e genericamente 'oggettive', così come differenze individuali ed orientamenti storico-culturali distinti: un intreccio che risulta piuttosto difficile da comprendere in relazione ad ogni singolo caso, nonché di ardua gestione nella relazione con l'utenza. In particolare, è il rapporto che sussiste fra percezione ed espressione del dolore ad essere soggetto a differenze interpretative, dando adito ad una gamma di possibilità piuttosto diversificate e, ciononostante, tendenti a raggrupparsi attorno ad alcune polarità. Da un lato si collocano, infatti, le interpretazioni che vengono effettuate sulla base dell'idea che sussistano significative differenze di soglia nella percezione; dall'altro troviamo, invece, quelle che hanno a monte l'idea che si debba pensare ad una dimensione universalistica della percezione, cui corrisponderebbero, però, differenze espressive che a loro volta sarebbero dovute a caratteristiche individuali/culturali e/o a vere e proprie abilità di manipolazione. In tutto questo, prendono forma delle configurazioni relativamente tipiche su base geografico-culturale che tendono a raggruppare l'utenza in alcune macrocategorie particolarmente polarizzate. In particolare, agli orientali (ed ai cinesi in modo specifico) viene attribuita/riconosciuta una marcata capacità/tendenza a tollerare il dolore in genere, oppure, laddove percepito, a non esprimerlo (soprattutto quando esso si caratterizza come cronico). Agli "africani" viene, invece, con maggiore facilità, attribuita/riconosciuta una tendenza alla manipolazione delle forme espressive in chiave plateale, quindi una propensione a fingere di provare un dolore che, invece, non sarebbe percepito nei modi e nell'intensità che vengono dichiarati ed espressi; questa seconda eventualità viene riconosciuta dagli stessi utenti, i quali, però, gli conferiscono un significato diverso rispetto a quello che in genere gli viene attribuito dagli operatori, facendo riferimento all'ipotesi pregiudiziale di una mancanza di attenzioni a cui, altrimenti, andrebbero incontro (quindi, ancora una volta, sulla base dell'idea di una discriminazione su base razziale rispetto alla quale si devono cautelare). Negli uni e negli altri casi si scivola, talvolta, in valutazioni inadeguate delle situazioni cliniche.

Per quanto riguarda l'area orientale/cinese tendono a verificarsi delle previsioni non conformi alla realtà delle cose in quanto alla mancata espressione del dolore sul versante dell'utenza corrisponde una mancata considerazione di gravità dal lato degli operatori. Questa valutazione va ad incidere sui comportamenti conseguenti, a partire dalla stessa formulazione diagnostica, a meno che essi vengano riorientati proprio grazie alla consapevolezza della possibilità del verificarsi di questo tipo di situazioni. Un caso emblematico, in tal senso, è rappresentato dalla donna gravida di cui non si percepisce lo stato di travaglio avanzato e che, di conseguenza, si trova a partorire in condizioni di mancata organizzazione del contesto proprio in quanto gli operatori, essendo convinti che la donna si trovi ancora in una fase arretrata del processo, non hanno effettuato i passi necessari per predisporre la situazione; in questi casi, capita, ad esempio, che il personale sanitario si trovi nella condizione di dover gestire dei parti vaginali anche laddove si sarebbe optato per un cesareo. Per quanto riguarda l'utenza "africana" la sottostima della situazione clinica tende, invece, a verificarsi in quanto l'idea che sia presente una tendenza all'eccesso nell'espressione del dolore induce gli operatori a ridimensionare le valutazioni che, nel caso di altri utenti, verrebbero effettuate in presenza di manifestazioni analoghe. A complicare il quadro, in questo caso, si situa poi il fatto che, a fianco del riconoscimento di un'espressività plateale, si trovano anche ricorrenti dichiarazioni degli utenti che fanno riferimento ad una forte tendenza al contenimento del dolore che verrebbe da loro appresa nei contesti educativi di origine: una situazione che, anche in questo caso, si collega soprattutto alla gestione del dolore del parto (una donna che non è in grado di partorire naturalmente in quanto non riesce a tollerare il dolore connesso non è considerabile come una donna forte al punto tale da poter avere molti figli, condizione che definisce lo statuto dello stesso essere donna), ma che non manca di estendersi anche ad altri ambiti. Emerge, pertanto, in questi casi, un panorama piuttosto articolato e contraddittorio di possibilità, che rimanda alla presenza di una vasta gamma di modelli espressivi rispetto ai quali è difficile orientarsi e che apre ancora una volta al problema dell'ascolto e della circolarità ermeneutica. In particolare, si pone la questione che, al di là dell'eventuale sussistenza a monte di reali atteggiamenti discriminatori, essi possano prodursi di fatto in virtù dell'innescarsi di un circolo vizioso relazionale ed interpretativo articolato intorno al tema/problema della dissimulazione. Questo tipo di situazione sembra verificarsi in modo particolare in occasione dell'accesso attraverso il Pronto Soccorso centrale, in quanto sembra mettere in gioco uno specifico meccanismo di fraintendimento. Gli utenti tendono, infatti, a ritenere che il dolore costituisca un criterio di valutazione nell'assegnazione del codice-colore (cosa che accade effettivamente nell'ambito del Pronto Soccorso pediatrico), mentre questa variabile viene tendenzialmente esclusa dai criteri diagnostici in fase di *triage*. La circolarità ermeneutica che, in questi casi, dà adito alle percezioni/accuse di razzismo tende a risultare particolarmente stringente, poiché capita che l'utente accentui le proprie dichiarazioni di dolore nel timore di incorrere, altrimenti, in discriminazioni che comporterebbero una sottovalutazione del suo problema clinico, mentre l'operatore tende massimamente a porre in secondo piano questa variabile in base di una strategia definita a monte che non coinvolge in alcun modo la differenza culturale. Proprio il fatto di escludere la manifestazione di dolore dai criteri diagnostici viene, allora, a confermare il timore pregiudiziale dell'utente in un contesto in cui il numero esorbitante di pazienti e l'estrema rapidità richiesta all'intervento contribuiscono significativamente a radicalizzare le posizioni (sempre più platealità cui fa da corrispettivo una sempre rinnovata conferma dell'opportunità di ridimensionare il problema) e ad inasprire le dinamiche relazionali, facendo sì che queste situazioni siano facilmente soggette ad

escalation dell'aggressività (oppure che si incorra in vere e proprie sottostime della gravità clinica).

La ricostruzione anamnestica: possibilità e modalità di parola.

Uno snodo cruciale del percorso che conduce alla formulazione della diagnosi è quello della ricostruzione anamnestica. Si tratta di un momento delicato, in quanto con essa l'indagine si estende a comprendere molte sfere della vita del paziente. Proprio per questo occorre riservare un'attenzione particolare a cosa chiedere ed anche a come farlo e questo necessita a sua volta di sensibilità e di riflessione critica ed autocritica. La raccolta delle informazioni tende, invece, ad essere effettuata in chiave efficientista e routinariamente, in modo diretto e relativamente "brutale", senza che venga posta una particolare attenzione alle modalità con cui vengono formulate le domande ed ai contenuti delle stesse. Quell'efficientismo che, nel caso dell'utente isoculturale risulta intriso di ambivalenza - quindi di problematicità, ma al contempo anche di positività - diviene ben più facilmente motivo di perplessità e diffidenza nel rapporto con l'utente etero culturale, che non reperisce nelle modalità di comunicazione improntate quello stile relazionale che costituisce il "segna contesto" (Bateson, 1972) adeguato a connotare un ambito di familiarità e sicurezza. Ne deriva, talvolta, sul versante del paziente, una tendenza ad aggiustare le informazioni in senso normalizzante, in modo, cioè, da renderle quanto più possibile corrispondenti ad un'idea di funzionamento normale/ottimale o, comunque, occultando o dissimulando quanto risulterebbe socialmente stigmatizzabile, non dichiarando ciò che si sa essere presente per lo meno finché non si realizzano delle condizioni che vengano percepite come securizzanti.

Lo spettro delle cose di cui è difficile - se non impossibile - parlare è piuttosto articolato e concerne sia l'ambito delle vere e proprie malattie, sia quello di particolari condizioni fisiologiche e, soprattutto, di quanto è soggetto a regolamentazione sociale e s'intreccia con i precetti religiosi. Rientrano nel novero di queste difficoltà:

- tutto quanto concerne la sfera della sessualità e della procreazione (settori in cui è particolarmente cogente la distinzione fra ciò che è fattibile e dicibile in quanto consentito ed approvato e ciò che, invece, rientra nella dimensione dell'illecito e deve rimanere sottaciuto), ivi comprese le tematiche della sterilità (ambito di particolare delicatezza) e della gravidanza (che richiede talvolta un deciso riserbo);
- le situazioni che riguardano l'uso di alcolici ed il fumo (ambiti comportamentali che intersecano la questione del peccato);
- le varie forme di violenza perpetrate e/o subite soprattutto in ambito familiare;
- tutto quanto concerne la possibile presenza di malattie infettive quali M.T.S. (Malattie a Trasmissione Sessuale), A.I.D.S., TBC, epatite;
- quanto riguarda la possibile presenza di problematiche di tipo cardiaco, tumorale e diabetico (malattie ritenute "molto serie": in questi casi, fra le ragioni retrostanti alle difficoltà di parola, occorre annoverare in primo luogo un meccanismo di funzionamento sociale che tende a stigmatizzare fortemente non solo l'individuo, ma tutto l'*entourage* familiare).

Tutti questi ambiti risultano di particolare delicatezza e sono rivestiti di apprensioni. D'altra parte le difficoltà rilevate non possono essere generalizzate alla globalità

dell'utenza, né alla totalità di specifiche popolazioni, poiché le culture di riferimento hanno caratteristiche significativamente diverse, perché il grado di adesione alla cultura di origine è a sua volta diverso di caso in caso, così come sono diversi gli effetti che si producono in virtù del processo migratorio in atto, né si può in alcun modo affermare che le culture rappresentino a loro volta degli ambiti di riferimento monolitici e statici. Le difficoltà di parola che si connettono agli ambiti evidenziati sono, d'altra parte, risultate decisamente presenti e relativamente diffuse. In genere hanno manifestato la presenza di forti motivazioni di carattere sociale e religioso, anche se a tali ragioni se ne aggiungono, talvolta, alcune di tipo più esoterico-culturale, che sconfinano in dimensioni magico-fattuali. Alla parola, infatti, può anche venire attribuito un rilievo molto forte, fino a riconoscerle una vera e propria capacità di materializzarsi, fino al punto di fornire al proprio dire ed al dire altrui un forte carico di responsabilità e timori. Non si può in alcun modo asserire che questa problematica sia costantemente presente e diffusa: essa sembra connettersi solo ad alcune aree culturali e s'interseca in vario modo con i percorsi migratori, rendendo decisamente variabile lo spettro delle possibilità. Non sembra, infatti, possibile affermare né che quanto si verifica nei rispettivi luoghi d'origine viene trasferito *sic et simpliciter* in contesto d'immigrazione, né che in quest'ultimo ambito scompaiono totalmente le credenze originarie e le relative cautele e forme di difesa. In virtù di tanta variabilità, le strategie di gestione della parola che vengono attuate dagli utenti risultano articolate e ricche di sfumature. Fra di esse si colloca anche una sorta di ridefinizione del rapporto verità-menzogna: da parte dell'utente, infatti, può essere messo in atto un meccanismo di dissimulazione che gli consente di mantenere celata la questione vera e che, al contempo, gli rende possibile formulare una richiesta di presa in carico senza necessariamente passare attraverso l'effettiva esplicitazione del problema, quindi consentendogli di non esporsi all'altro né con la dichiarazione di un comportamento trasgressivo, né con l'esplicitazione di dati informativi che devono rimanere celati. Capita, allora, che il problema percepito non venga manifestato in modo mirato e diretto, ma formulando affermazioni che vi si possono ricondurre in modo più o meno adeguato ed effettuando richieste capaci di indirizzare verso ipotesi diagnostiche fuorvianti. Così come occorre riservare attenzione alla formulazione delle domande, si rende necessario, allora, essere vigili rispetto a quanto viene asserito in termini di risposta, sia per quanto riguarda i contenuti formulati ed espressi, sia in relazione al non detto, quindi ai silenzi ed alle elusioni (quello che non viene detto o trasmesso può, infatti, risultare centrale ai fini di una corretta diagnosi), così come ai mascheramenti, magari effettuati in termini di ipercorrezione.

Così come non è possibile parlare di qualsiasi cosa, non si può neanche parlarne in qualsiasi condizione. Il contesto in cui prendono forma i discorsi deve essere adeguatamente preparato e per farlo occorre, ancora una volta, una preconditione: la disponibilità di tempo. Al di là di ogni precettistica emerge, per esempio, da più parti, come regola di buon senso, il fatto di avvicinarsi gradualmente alle questioni "scottanti" dopo aver conquistato almeno in parte la fiducia dell'interlocutore, dopo essere entrato con lui in confidenza, senza rivolgergli domande troppo dirette. La possibilità di mettere in atto specifici accorgimenti che consentano di strutturare in modo adeguato il contesto relazionale che ospita la parola richiede, pertanto, che vi sia un vero ascolto, e questo necessita a sua volta di mettere in atto quelle dinamiche tipiche dell'ascolto attivo che sono richieste dai sistemi complessi e di cui i rapporti eteroculturali costituiscono esempi paradigmatici. In tutto questo svolgono inevitabilmente un ruolo di rilievo le aspettative degli operatori, il grado di consapevolezza che essi hanno relativamente alla loro presenza ed azione nel direzionare l'ascolto e l'interpretazione, nonché quanto gli utenti, con ragione o meno, percepiscono in relazione ad esse. In particolare, emerge la

percezione, da parte degli utenti “africani”, di un atteggiamento pregiudiziale degli operatori nei loro confronti che non si caratterizza solo in senso razzista, ma in quanto considerati possibili veicoli di malattie d’importazione (una questione, peraltro, presente anche in letteratura, laddove si parla di una prima fase dell’approccio con il paziente immigrato in cui prevale l’idea che lo straniero sia un vero e proprio “bacino di malattie” d’importazione, soprattutto di carattere infettivo; Geraci, 2006). La presenza di una corrispondente percezione all’interno delle comunità di immigrati si configura inevitabilmente come un deterrente rispetto alla possibilità di avvalersi del servizio sanitario e di esplicitare sintomi e situazioni che potrebbero avvalorarla, tanto più in quanto le malattie in oggetto sono rivestite di forte apprensione anche per lo stigma sociale cui vanno incontro (*sickness*). Proprio per questo si rendono necessarie particolari cautele per poterne parlare, in modo anche da porre le condizioni per procedere efficacemente nell’indagine e nel percorso di cura; parallelamente occorrono particolari attenzioni nel momento dell’ascolto e nella strutturazione delle condizioni adeguate all’instaurarsi di un rapporto di fiducia, condizione ineludibile per ogni possibilità di parola rispetto a situazioni che sono vissute come problematiche, al di là della loro problematicità “oggettiva”.

Il condensato di potere della parola chiede che gli ambiti di discorso siano regolamentati: in tutti i sistemi culturali difficilmente vengono lasciati al dominio del caso ed ovunque si incontrano strategie volte a disciplinarli, con la messa a punto di procedure di arginamento volte a canalizzarne gli esiti. Questo vale anche per il nostro contesto culturale, che incornicia il rapporto con i professionisti della salute utilizzando una specifica forma di tutela, la *privacy*, e vincolandola ai codici deontologici dei vari ordini professionali. Questo meccanismo, però, non è necessariamente conosciuto e condiviso dall’utenza immigrata, pertanto non ha di per sé la capacità di produrre gli effetti securizzanti che, invece, si attivano facilmente nel rapporto con gli autoctoni. Lo stesso meccanismo della *privacy*, d’altra parte, viene sovente messo in scacco dalla stessa strutturazione degli ambienti (uso del vetro di separazione, del microfono, ecc.) e dalla scarsa attenzione che viene riservata al *setting* dell’interazione (colloqui effettuati a porte aperte o nei corridoi), nonché dall’avvalersi di sussidi occasionali ed informali per gestire le carenze linguistiche (figure non professionali al posto dei mediatori). D’altra parte, anche il ricorso ai mediatori, in questi casi, è problematico, in quanto proprio il fatto che essi appartengano in via preferenziale alla medesima area linguistico-culturale degli utenti tende ad ammantare la loro presenza di un alone di sospetto ed apprensioni. Quanto più il mediatore viene percepito come vicino alla comunità di origine, tanto più il suo intervento può venire percepito come potenzialmente pericoloso, infatti, nella misura in cui l’utente si trova nella condizione di voler mantenere il riserbo rispetto alla propria condizione di salute. L’invocazione della *privacy*, in questi casi, è indispensabile, ma in buona misura inefficace.

Fra gli accorgimenti da adottare e che vengono segnalati con maggiore frequenza per giungere ad ottenere le informazioni necessarie ad una corretta formulazione diagnostica è possibile annoverare quelli relativi al presentarsi congiunto della coppia coniugale. Le situazioni in cui si verifica la contemporanea presenza dei coniugi sembrano, infatti, richiedere una particolare vigilanza, per cui si rende di volta in volta necessario valutare adeguatamente come comportarsi rispetto ai contenuti del discorso da effettuare. Occorre, in particolare, una certa prudenza nella gestione della dinamica di inclusione/esclusione del coniuge, poiché i ruoli ricoperti in ambito intrafamiliare possono entrare significativamente in gioco nel determinare che cosa è lecito ed auspicabile, giungendo ad interferire con le possibilità stesse di una comunicazione

efficace, se non con la prosecuzione stessa del rapporto clinico. In queste circostanze l'operatore sanitario può trovarsi nella scomoda posizione di dovere intervenire facendo fortemente perno, a sua volta, sul proprio ruolo gerarchico, così da imporre una dinamica comunicativa da lui ritenuta adeguata ed efficiente, ma il terreno mette in gioco equilibri delicati e questa strategia, che può risultare talvolta efficace, rende indispensabile adottare delle accortezze senza che si possano individuare protocolli comportamentali applicabili in modo automatico. Le stesse tattiche suggerite da mediatori ed utenti non risultano, infatti, così omogenee come sembrerebbe di primo acchito: "parlare prima con la donna", "tenere l'uomo fuori", "dare priorità all'uomo", "dare importanza all'uomo" sono tutte indicazioni concretamente fornite, ma relativamente contrastanti l'una con l'altra, come ad indicare l'impossibilità di stabilire uno standard operativo adottabile come precetto procedurale. In particolare quest'area è emersa come problematica in relazione al rapporto con l'utenza islamica. Come già evidenziato a questo proposito, gli operatori tendono ad omologare stereotipicamente le situazioni che coinvolgono la differenza di genere in area islamica ed a percepire negativamente la presenza del marito o comunque di un accompagnatore di sesso maschile. In particolare, in queste situazioni, si tende a rilevare un carattere di sudditanza nella posizione della donna ed il fatto che il coniuge maschio assuma atteggiamenti prevaricatori e manipolatori che si spingono fino alla selezione ed alla distorsione delle informazioni trasmesse alla/dalla moglie. Si renderebbe, pertanto, opportuno pensare ad azioni di allontanamento del coniuge maschio, ma per poterlo fare occorre, in primo luogo, essere flessibili a livello di organizzazione del *setting* proprio rispetto alla dimensione di genere, rendendosi disponibili a predisporre delle situazioni in cui l'operatore che rimarrà da solo con la donna sia di sesso femminile, cosa che non tutti gli operatori mostrano di accettare. Anche in questi casi, per la gestione della dinamica risulta importante poter ricorrere all'intervento di figure di intermediazione. Gli operatori, infatti, non sono in genere consapevoli della molteplicità di problemi ad esse retrostanti e degli effetti controproducenti che possono conseguire al loro intervento, mentre un mediatore adeguatamente preparato dovrebbe essere nella condizione di poter trovare nell'ambito della cultura di appartenenza dell'utente i riferimenti utili alla reimpostazione delle situazioni. Queste circostanze risultano, poi, particolarmente ardue da gestire nella misura in cui implicano la presenza di minori: in questi casi è, infatti, chiamata in causa anche una dimensione giuridica che prevede la presenza di entrambi i coniugi nel momento di formalizzare il consenso per le prestazioni da effettuare. L'intervento del mediatore si configura, allora, come particolarmente necessario in vista della possibilità di individuare le strategie adeguate a far sì che la coppia coniugale sia adeguatamente informata ed interpellata in entrambe le componenti.

Indagini strumentali.

Oltre ai colloqui anamnestici e clinici, fa parte del percorso diagnostico anche l'effettuazione di indagini strumentali, che la letteratura indica, a seconda delle situazioni, come sovrabbondanti rispetto alle necessità proprio in relazione all'utenza immigrata o, al contrario, come del tutto insussistenti in relazione a specifici percorsi, soprattutto laddove si ha a che fare con una dimensione preventiva, invece che di problematicità conclamata. A colludere con la tendenza ad effettuare una quantità sovrabbondante di accertamenti diagnostico-strumentali si registrano, sul versante degli

utenti, delle tendenze ad una vera e propria loro idealizzazione. È, infatti, presente la propensione ad aspettarsi di effettuare delle indagini strumentali in quanto indici di adeguata attenzione nei propri confronti sulla base dell'idea di una medicina occidentale efficace ed efficiente proprio in quanto capace di avvalersi di una tecnologia avanzata. Sul versante degli operatori, parallelamente, risulta possibile pensare ad una certa tendenza a ricorrere all'escamotage tecnologico per sopperire alle carenze comunicative ed anche in virtù di un'aspettativa di possibili malattie "esotiche" difficilmente diagnosticabili e potenzialmente pericolose (Geraci, 2006).

In modo del tutto contrastante rispetto all'idealizzazione tecnologica, si verificano, d'altra parte, situazioni di scarsità o di totale assenza di accertamenti strumentali ed anche, talvolta, di vero e proprio rifiuto ad effettuarli. Le ragioni della scarsità sembrano risiedere soprattutto nella mancata percezione della loro necessità/opportunità, quelle dei rifiuti risultano rinvenibili soprattutto nella presenza di timori, se non di vere e proprie paure, rispetto a procedure di cui non si conoscono l'utilità e le modalità di effettuazione, nonché rispetto ai possibili esiti delle indagini stesse; trasversalmente ad entrambe le possibilità si collocano le ragioni di tipo economico ed a monte di tutto questo è rilevabile una carenza nel fornire le necessarie informazioni da parte degli operatori, ma anche la presenza di prospettive culturalmente connotate. Situazioni di scarsa o mancata percezione di necessità sembrano verificarsi, ad esempio, nel caso del percorso diagnostico che si connette alla gravidanza, ma il dato relativo allo scarso ricorso agli accertamenti diagnostici previsti dal protocollo nazionale ed in genere riportato in letteratura non è di così facile interpretazione. In particolare si rileva una "sottoesposizione assistenziale" nel confronto con le utenti autoctone se si prendono in considerazione il periodo di esecuzione della prima visita e della prima ecografia (che avviene tardivamente o, comunque, in media, più in avanti nel tempo rispetto alle italiane) ed il numero di accertamenti e di visite di controllo in gravidanza (significativamente inferiori rispetto alle italiane). Rispetto a questa situazione di fatto, non risulta, però, congruente scivolare in valutazioni di scarsa attenzione o disinteresse, né, tantomeno, invocare in modo univoco la mancata presenza di attitudini di tipo preventivo. Prendendo in esame quanto riferito, emergono, infatti, anche altre considerazioni da effettuare. In primo luogo gli utenti non sempre possiedono a monte le informazioni necessarie ed adeguate per usufruire degli ausili offerti dal Sistema Sanitario Nazionale; in secondo luogo occorre considerare il fatto che la comprensione delle pratiche in uso nel settore biomedico è tutt'altro che immediata e confligge spesso con quelle presenti nei contesti d'origine; come terza questione emerge che anche laddove l'utente si presenta con specifiche impegnative la comunicazione continua a svolgersi senza i supporti necessari a far sì che si verifichi un'effettiva comprensione; infine, come quarto punto, occorre richiamare il fatto che la medicalizzazione della gravidanza e del parto che è propria del nostro sistema storico-culturale comporta un sistema di attenzioni ed aspettative in sintonia con l'organizzazione sanitaria, - che non si verifica in genere con gli autoctoni - che con gli immigrati vede il crearsi di asincronie ingestibili, in primo luogo in considerazione dell'impossibilità di una programmazione meticolosa e precoce che consenta di effettuare le prenotazioni di visite ed esami con una tempistica anticipata.

I casi di rifiuto degli accertamenti si registrano, invece, in relazione a situazioni che vengono vissute con sospetto in quanto riferite ad una prospettiva di lettura in chiave razzista: le richieste di approfondimento vengono talvolta percepite come eccessive e/o improprie e, di conseguenza, vengono interpretate come relative alla messa in atto di procedure di ricerca e di volontà di sperimentazione che niente hanno a che fare con la

diagnosi e la cura e che si connettono ad un modo pregiudiziale di avvicinarsi agli utenti immigrati in quanto considerati alla stregua di cavie umane. Giusta o sbagliata che sia, questa interpretazione risulta rilevante nel determinare il declinarsi del percorso di cura. Fra gli accertamenti richiesti è, peraltro, particolarmente frequente il ricorso al prelievo ematico: una procedura piuttosto abituale per la medicina convenzionale, a cui gli utenti italiani sono sostanzialmente abituati, ma che suscita diverse inquietudini in una parte degli immigrati, i quali, anche se non si rifiutano decisamente di effettuarlo, si domandano talvolta con apprensione il perché di tanti prelievi. Rispetto a questo, sembra essere in atto uno specifico meccanismo di fraintendimento, in quanto il disagio mostrato da alcuni utenti in queste situazioni, laddove colto dagli operatori, viene da loro associato ad un qualche timore per l'eventuale dolore ad esse connesso, mentre le ragioni dell'apprensione sembrano essere di tutt'altro genere e coinvolgono sia la scarsa abitudine ad effettuare questo tipo di indagini, sia il significato che il sangue riveste nelle diverse tradizioni culturali ed anche nelle ritualità in esse presenti.

Sempre relativamente ai rifiuti, emergono anche situazioni in cui gli utenti manifestano di preferire non sapere invece che trovarsi a gestire la scomoda posizione di coloro che sono costretti ad elaborare una comunicazione difficilmente accettabile, soprattutto nella misura in cui la sua amministrazione mette in gioco delle dinamiche comunitarie di etichettamento, marginalizzazione o esclusione. Circostanze di questo genere si verificano con piena evidenza nel caso dell'utenza "africana" ancora una volta in riferimento all'ambito della procreazione. Emerge dalle interviste effettuate con gli utenti che in alcuni contesti culturali quello della procreazione rappresenta un imperativo tale per cui lo stesso essere donna non trova altra possibilità di declinarsi che nel senso di divenire genitrice: la donna, in altri termini, non decide o sceglie di diventare madre, in quanto la sua stessa identità è quella di essere madre. In questo tipo di situazioni una comunicazione di problematicità rispetto a tutto quanto può evidenziare una qualche difficoltà di procreazione, tanto più se essa si estende in direzione di una vera e propria infertilità, viene vissuta in modo radicalmente problematico poiché mette in discussione il fondamento stesso del proprio essere. Vi si correla, pertanto, una spiccata contrarietà ad effettuare qualsivoglia accertamento diagnostico: si preferisce ignorare piuttosto che andare incontro ad una comunicazione che sarebbe particolarmente difficile da tollerare sul piano emotivo ed estremamente difficoltosa da gestire nella concretezza dei rapporti intracomunitari. Il diniego che coinvolge questo tipo di situazioni, che si esprime talvolta anche con vere e proprie interruzioni del rapporto clinico, rappresenta un campanello d'allarme rispetto ad ogni altra evenienza clinica che possa comportare la messa in gioco di possibili forme di etichettamento a livello comunitario, sia che si tratti di condizioni fisiologiche che patologiche.

Dentro il percorso terapeutico: fra ricoveri ospedalieri e difficoltà di *compliance*

Una volta portato a termine l'iter diagnostico o, comunque, una volta varcata la soglia che, approssimativamente, delimita la prima fase dell'indagine da quella del vero e proprio intervento, si presenta l'eventualità di un ricovero, di un percorso di cura che preveda ulteriori contatti con la struttura ospedaliera, oppure di un iter terapeutico da effettuare in relativa autonomia dal paziente seguendo specifiche prescrizioni mediche. In ogni caso è tutt'altro che automatico che il percorso clinico proceda senza ostacoli.

Per quanto riguarda le situazioni che prefigurano la necessità di una degenza ospedaliera, non è automatico che l'iter prosegua secondo le modalità che gli operatori si attenderebbero. Capitano, infatti, circostanze in cui l'utente rifiuta il ricovero, oppure situazioni in cui esso viene formalmente accettato per giungere ad una successiva auto-dimissione (con, anche, il verificarsi di qualche raro caso di vera e propria scomparsa del paziente senza che vi sia stato alcun atto formale di dimissione), oppure, ancora, casi di accettazione del ricovero ma con successivo rifiuto di alcune prestazioni ad esso connesse. Quando si verificano questi tipi di situazioni (che si tratti di rifiuto dell'ospedalizzazione e/o delle prestazioni che vi si associano), gli operatori si rivelano propensi ad individuare le ragioni in una plausibile, mancata comprensione delle effettive necessità da parte dell'utente; in tal senso, tendono ad ipotizzare che sia rinvenibile una qualche carenza a livello della struttura relativamente alle informazioni veicolate. Si palesa, pertanto, sullo sfondo, la possibilità che si produca una vera e propria disparità nel trattamento degli utenti - seppure inconsapevole - poiché verrebbero meno le condizioni in base alle quali il paziente può esercitare una scelta consapevole rispetto a fattori determinanti per la propria vita. Gli utenti, d'altra parte, evidenziano anche la possibilità che in queste circostanze entri in gioco non tanto una carenza informativa, quanto una dimensione di senso che chiama in causa il significato attribuibile alla proposta formulata dagli operatori. In questa prospettiva, in altri termini, il ricovero e/o le prestazioni ad esso connesse, talvolta non verrebbero effettuati non tanto perché l'utente non ne comprende le condizioni (un'eventualità che, comunque, si verifica), quanto perché esse non vengono da lui accettate. Esempi in tal senso sono costituiti dalle situazioni di ricovero in area infettivi, nonché da quelle che entrano in contrasto con i propri principi e mettono in campo le questioni di genere, oppure l'attuazione di specifiche tecniche d'intervento.

Un esempio emblematico di rifiuto di prestazioni (oppure di valutazione di inappropriata qualora ci si trovi nella condizione di accondiscendervi in seguito all'impossibilità percepita di fare diversamente) è rappresentato dall'eventualità di ricorrere al taglio cesareo nel caso di utenti provenienti dalla cosiddetta "Africa nera". Essi/esse, infatti, tendono in genere ad accettare con molta difficoltà questa evenienza, se non a rigettarla del tutto (fino, talvolta, a rifiutare anche il ricovero ospedaliero). Sul versante degli operatori si adducono, in genere, motivazioni di tipo clinico in relazione alla specifica proposta (sebbene emergano anche considerazioni di opportunità extra-cliniche); dal lato dell'utenza si tende, invece, più a pensare che essa venga formulata in quanto gli operatori non hanno la pazienza di aspettare che si verifichi quanto richiesto da un parto vaginale. A questo tipo di ragioni se ne aggiungono, però anche altre, di carattere ancor più problematico in quanto chiamano ancora una volta in causa la dimensione del razzismo. Fra la popolazione "africana" si tende, infatti a ritenere che fra le motivazioni retrostanti alla proposta d'intervento (o alla sua realizzazione di fatto) siano rinvenibili delle intenzioni di controllo demografico. In questa popolazione, infatti, in cui la procreazione si costituisce in larga misura come il tratto distintivo dell'essere umano - e dell'essere donna in particolare -, fra le spiegazioni della tendenza al rifiuto della tecnica del cesareo figura in primo luogo il fatto che il ricorrervi tenderebbe a ridurre il numero di parti che risulta possibile effettuare successivamente ad esso; in quest'ottica non risulta peregrino pensare che lo strumento del cesareo possa rappresentare anche uno strumento di controllo delle nascite: la struttura/gli operatori cercherebbero di effettuare quanti più cesarei possibili con le utenti "africane" proprio in quanto si tratta di una popolazione che non pone limiti alla quantità di figli da mettere al mondo, mentre, così facendo, le donne verrebbero poste nella condizione di doverne ridimensionare il numero.

Una questione peculiare che si verifica sempre in relazione al parto ed all'effettuazione delle prestazioni ad esso connesse riguarda, poi, il mancato utilizzo delle tecnica dell'epidurale. Il fatto di ricorrere o meno a questo ausilio s'interseca strettamente con il tema del rapporto con il dolore, quindi con l'eventualità che possa non venire richiesto questo palliativo in quanto si è in presenza di una maggiore capacità di tollerare il dolore rispetto a quanto avvenga per le donne italiane. Al di là di questa possibilità, occorre, d'altra parte, registrare il fatto che con le utenti immigrate si producono facilmente anche delle difficoltà di ordine procedurale che ne rendono difficile, se non impossibile, l'utilizzazione. L'*iter* prevede, infatti, che sia l'utente a richiedere l'epidurale, e la possibilità di farvi ricorso al momento del parto dipende dall'aver effettuato o meno una visita anestesiológica a monte, la quale non viene eseguita di *routine*, ma deve, a sua volta, essere richiesta in via preventiva. Le immigrate difficilmente possiedono l'informazione relativa a questa procedura e, di conseguenza, è pressoché impossibile che riescano ad attivarsi in tempo utile per mettere in pratica quanto necessario ad avviarla in modo da poter ricorrere all'ausilio previsto qualora se ne presenti l'opportunità. Un fatto, questo, che introduce una vera e propria disuguaglianza fra le opportunità di cui risulta possibile avvalersi nel caso della popolazione immigrata rispetto a quella autoctona. Occorre peraltro considerare il fatto che, laddove l'informazione venga fornita in modo routinario, può risultare anche relativamente inefficace nella misura in cui va a colludere con quelle istanze culturali che chiedono alla donna di manifestare una forte tolleranza del dolore. Un tipo di situazione, quest'ultima, che pone decisamente la questione di una medicina narrativa che, al di là del rilevare i sistemi di significato presenti a monte di ogni singolo caso, sia nella condizione di intervenire in un'ottica propositiva di co-costruzione del significato in una dimensione dialogica ed a partire anche dalla rivisitazione stessa del sistema organizzativo (Quaranta, Ricca, 2012).

Per quanto riguarda le situazioni che non richiedono il ricorso ad un vero e proprio ricovero, ma che necessitano, tuttavia, di una prosecuzione del rapporto clinico, i casi problematici riguardano soprattutto il fatto che si verifichino delle interruzioni del rapporto ambulatoriale, oppure anche il fatto che il rapporto prosegua, in modo saltuario o cadenzato, ma con il verificarsi di situazioni in cui risulta impossibile effettuare la prestazione richiesta nel momento in cui il paziente si presenta alla visita. Le ragioni rinvenibili a monte del primo tipo di situazioni (interruzioni del rapporto ambulatoriale) sono di diverso genere. Fra di esse si annoverano prima di tutto le difficoltà connesse al pagamento delle prestazioni ed in particolare il fatto che le richieste di pagamento risultano talvolta inattese e comunque vengono ritenute esorbitanti rispetto alle possibilità; un secondo ordine di ragioni mette in campo il rapporto diretto con il personale sanitario e riguarda sia il fatto che il *turn over* degli operatori produce disagio per l'impossibilità di avvalersi di un referente che dia continuità alla relazione terapeutica, sia le difficoltà comunicativo-relazionali che di volta in volta si producono anche in virtù del carente utilizzo del servizio di mediazione, sia le immancabili percezioni/attribuzioni di razzismo in corrispondenza del verificarsi delle specifiche difficoltà; un ulteriore fattore interveniente riguarda, poi, il bisogno di mantenere celata la presenza di determinate condizioni patologiche o situazioni cliniche che si connettono a possibili stigmatizzazioni sociali; entra in gioco, infine, il verificarsi di interferenze in relazione alle difficoltà organizzative tipiche del percorso migratorio ed alle abitudini consolidate nelle aree d'origine. A monte del secondo tipo di situazioni (impossibilità di effettuare la prestazione prevista) è, invece, emersa la presenza di prescrizioni incomplete/illeggibili in seguito alle quali tende a verificarsi un gioco di rimandi dispersivo ed inconcludente fra l'utente ed i vari operatori/sportelli di volta in volta

interpellati; si verifica, però, anche l'eventualità di richieste che non tengono conto di specifiche variabili culturali, come avviene nel caso di prescrizioni che concernono l'ingestione di sostanze in orari incompatibili con quanto previsto dal periodo di Ramadan o che contengono componenti vietate nell'ambito delle specifiche aree culturali/religiose. In molti di questi casi l'incompatibilità delle situazioni si rivela, in realtà, ovviabile con l'attivazione di uno specifico intervento di mediazione. Sono, infatti, spesso presenti, nei medesimi contesti culturali che danno adito alle interdizioni, anche degli strumenti che consentono di gestire il problema di volta in volta presentatosi in modo adeguato alla specificità della situazione. È quanto si verifica, per esempio, nel caso del paziente islamico che deve ingerire dei farmaci nel periodo del ramadan o che abbiano al loro interno delle componenti di derivazione suina: in un caso e nell'altro nello stesso Corano o, comunque, in una qualche fatwa appositamente emanata, possono in genere essere rinvenuti i passaggi utili a rendere il trattamento compatibile con gli interdetti e le prescrizioni religiose.

Un ulteriore tipo di situazioni è poi quello che prevede l'effettuazione di un percorso terapeutico in assenza di ospedalizzazione o di un rapporto reiterato e continuativo con la struttura ospedaliera. In questi casi, in cui le prescrizioni terapeutiche devono essere ottemperate dal paziente in autonomia, capita con relativa frequenza che le indicazioni fornite non vengano seguite del tutto o in parte, oppure che non vengano eseguite adeguatamente nelle modalità e/o nei tempi previsti, oppure, anche, che vengano perseguite per un periodo e vi faccia poi seguito un'interruzione. Questo tipo di situazioni richiama ancora una volta la presenza di problemi di comprensione a livello linguistico, ma anche, talvolta, la questione della condivisione del senso da attribuire alle indicazioni, poiché non è per niente secondario il fatto che le prescrizioni vengano considerate appropriate ed accettabili dal paziente. Le questioni connesse alla distinzione fra *disease*, *illness* e *sickness* sono, in questi casi, del tutto in primo piano. La distinzione è cogente per la comunicazione medico-paziente in generale, quindi anche relativamente ai contesti isoculturali, ma assume una portata di ancor più forte rilievo laddove si è in presenza di situazioni caratterizzate in senso eteroculturale. Il problema della mancata o incompleta adesione alle prescrizioni si verifica, infatti, con una certa facilità, in presenza di malattie asintomatiche (*disease* senza *illness*), in quanto in esse l'utente non ha percezione diretta della necessità di tener fede alle indicazioni del medico. Si verificano problemi di insoddisfazione, inoltre, nei casi in cui le aspettative dell'utente non trovino corrispondenza sul versante medico (*illness* senza *disease*). Il problema dell'adesione alle prescrizioni terapeutiche trova, poi, una particolare articolazione se si prendono in considerazione i significati attribuiti ad ogni specifica malattia nel contesto socio-culturale di appartenenza (*sickness*): talvolta, infatti, il 'prezzo sociale' connesso all'implicita pubblicizzazione del problema rischia di essere così elevato da far sì che l'utente propenda con relativa facilità per il non curarsi. In tutte queste situazioni risulta di particolare importanza il fatto che s'instauri una significativa *compliance* nel rapporto fra il professionista sanitario e l'utente, cioè che sussista un atteggiamento di fiducia nei confronti del medico, cui possa corrispondere una precisa volontà di adesione alla specifica forma di cura.

Nella determinazione dell'iter terapeutico gioca un ruolo importante anche il fatto che l'utente sia nella condizione di potersi avvalere o meno di forme alternative di cura. Gli utenti manifestano una certa reticenza nel parlare della tendenza a rivolgersi a modalità di cura diverse da quelle proposte dalla biomedicina, ciononostante questa attitudine emerge in modo piuttosto reiterato ed il ricorso ad altre consultazioni e tecniche d'intervento rende talvolta ragione sia del ritardo con cui si arriva alla consulenza

ospedaliera, sia della mancata o parziale adesione alle prescrizioni formulate in quel contesto. Il ricorso a figure che possiamo definire “non ortodosse” rispetto ai canoni della medicina convenzionale avviene, di volta in volta, nel contesto di immigrazione (è quanto si verifica, soprattutto con la comunità cinese, al cui interno sono presenti diversi “professionisti della salute” la cui professionalità non è, però riconosciuta dalla normativa italiana e dal connesso sistema degli ordini professionali) o, più spesso, nei luoghi di origine, direttamente o per interposta persona (questa eventualità risulta presente in modo particolare con gli utenti “africani”, che possono avvalersi meno rispetto a quanto avvenga per i cinesi di un sistema locale di riferimenti in tal senso). Sia in connessione con le consultazioni ‘alternative’ effettuate, sia in modo del tutto sganciato da esse, emerge poi la questione del ricorso ad una farmacopea diversa da quella riconosciuta e prescritta entro i binari della biomedicina a cui gran parte degli immigrati tende a ricorrere in larga misura. Così come la fiducia nella medicina occidentale non riguarda tutte le malattie in uguale misura, emergono anche delle preferenze ed eventuali difficoltà di accettazione rispetto a specifiche tipologie di farmaci a seconda delle aree di origine e delle abitudini ad esse relative (difficoltà con farmaci che agiscono sulla libido segnalate per l’area subsahariana, farmaci preferenzialmente di origine vegetale per l’area indiana, difficoltà per farmaci che abbiano componenti di derivazione suina per l’area islamica).

Rapporti iso ed etero culturali

Il percorso di ogni utente nel suo rapportarsi con le strutture sanitarie è inevitabilmente intriso di problematicità. Tutto può svolgersi al meglio, in una condizione di fiducioso affidamento e senza che si verifichino inadempienze, disfunzioni, o problemi clinicamente irrisolvibili, ma in genere il rapporto prende forma sulla spinta di un bisogno che interferisce con la qualità della vita – se non con la possibilità stessa della vita -, che può essere percepito con caratteri di maggiore o minore gravità ed urgenza, ma che in ogni caso colloca l’utente in uno stato di subalternità rispetto alla macchina istituzionale e ad ogni suo ingranaggio. Questa situazione di fragilità di fondo è sostanzialmente analoga per tutta l’utenza, per cui si può dire che un substrato di problematicità è inevitabilmente inscritto nell’atto stesso di rivolgersi ai servizi sanitari. Rispetto a questa dimensione di base comune, un paziente “isoculturale” può, d’altra parte, avvalersi di una condizione vantaggiosa rispetto all’immigrato in quanto, per definizione, ha alle spalle lo stesso sistema di riferimenti su cui si basa il funzionamento della struttura con cui entra in rapporto; un paziente “eteroculturale” manca, invece, di questo sfondo di condivisione.

A fortiori, si potrebbe addirittura affermare che non esiste il paziente “isoculturale” in senso stretto e che, al contrario, ogni relazione che mette in gioco l’operatore sanitario e l’utente che a lui si rivolge è, *ipso facto*, strutturalmente etero-culturale. La cultura del professionista della salute e quella di colui che gli si rivolge costituiscono, infatti, dei domini in buona misura distinti: nessuna relazione che si sviluppa in ambito sanitario e che chiama in gioco un operatore ed un utente è iso-culturale nella misura in cui mette in rapporto la cultura dell’organizzazione con quella del privato cittadino, così come la cultura medica del professionista con quella profana dell’utente. In tal senso, risulta piuttosto improprio parlare di rapporti etero-culturali avendo ad oggetto la sola origine geografica degli interlocutori. Quest’analogia di fondo che induce a considerare assimilabili le diverse forme di rapporto si riscontra già a partire dalle caratteristiche del

linguaggio impiegato dagli interlocutori, che risente, inevitabilmente, delle specifiche appartenenze; non a caso, si verifica con facilità che il tecnicismo tipico delle espressioni dei medici fatichi ad incontrare la comprensione degli utenti, mentre il modo di esprimersi di questi ultimi subisce delle ricodificazioni medico-sanitarie che non sono necessariamente frutto o garanzia d'intesa neanche nei casi in cui gli interlocutori possono vantare una medesima origine geografica. D'altra parte, anche in riferimento a questo, l'allargamento di prospettiva non può essere così pervasivo da far perdere di vista il fatto che nella relazione fra operatore autoctono ed utente immigrato è in gioco anche una dimensione d'appartenenza d'origine che rende la fisionomia di quest'ultimo non sovrapponibile con quella del paziente che, essendo nato e cresciuto nello stesso territorio dell'operatore, ne condivide il sistema di riferimenti. Le asperità linguistiche sono più acute, ma anche diverse, poiché le mappe attraverso cui il linguaggio configura i fenomeni organizzano specifiche segmentazioni e sistemi di significato.

Il materiale raccolto ed analizzato nell'ambito dell'A.O.P. consente di evidenziare talvolta l'una, talvolta l'altra dimensione del problema, costringendo ad oscillare costantemente fra di esse. Ogni utente immigrato varca le soglie della struttura alla quale si rivolge avvalendosi di un minimo comune denominatore condiviso senza il quale non si renderebbe neanche possibile il suo essere lì, ma, al contempo, a partire dalla sussistenza di un sistema di riferimenti che mette in forma le sue aspettative ed i suoi stessi bisogni in un modo che non corrisponde necessariamente né alle chiavi di lettura dell'operatore sanitario, né a quelle dell'utente autoctono. In questa situazione, anche alcune delle coordinate di base che rendono possibile il comune orientamento di operatori ed utenti possono non essere più le stesse. Capita, allora, che ciò che nel rapporto con l'utente autoctono funzionava in modo relativamente automatico possa risultare del tutto disfunzionale con l'immigrato. In termini organizzativi si verifica che, mentre da una parte l'affidarsi a quanto è in genere possibile dare per scontato rappresenta un vantaggio in termini di risparmio di mezzi e strumenti, dall'altra diviene fonte di dispendio in quanto alle stesse procedure conseguono risultati diversi; questa differenza comporta poi, soprattutto, che ciò che in un caso era garanzia di equità, in quanto eseguito in modo routinario, diviene, nell'altro, fonte di vere e proprie disuguaglianze suscettibili di trasformarsi in discriminazioni. È senz'altro vero, infatti, per esempio, che “desiderare di avere accanto una persona familiare, in un momento di malattia e ricovero, richiedere di essere visitati, se si è donna, da una dottoressa, essere ascoltati rispetto alle preferenze alimentari e sentirsi accolti e presi in carico nella preoccupazione per un proprio familiare” sono situazioni che “hanno ben poco a che vedere con questioni d'alterità culturale” (Mazzetti, 2003) al contempo è, però, altrettanto vero che avere alle spalle una consuetudine familiare maturata nell'ambito di un nucleo ristretto o allargato (che può giungere ad includere anche una prospettiva comunitaria), impostare il proprio senso del pudore in un contesto in cui la dimensione di genere tende ad essere uniformata oppure altamente differenziata, confrontarsi con degli interdetti carichi di valenze invece che con delle predilezioni alimentari più o meno rigide, avere una percezione di vera e propria accoglienza e presa in carico delle proprie difficoltà quando sono in gioco delle dinamiche intrafamigliari che contrastano con il proprio sistema di valori, sono altrettante situazioni che mettono fortemente in gioco delle questioni di “alterità culturale”.

La rilevanza di quanto si crea nei contesti sanitari in considerazione della massiccia presenza di utenti immigrati sta in buona misura in questa duplice valenza delle situazioni: attraverso le problematiche sollecitate viene a galla qualcosa che riguarda tutti e che permaneva in uno stato di latenza, sostanzialmente inascoltato, ma questo suo

ripresentasi allo sguardo si deve proprio al fatto che ciò che emerge è significativamente diverso seppure nella sua tipicità. I problemi che è risultato possibile registrare nell'ambito dell'A.O.P. si sono presentati in modo particolarmente evidente proprio in quanto gli immigrati hanno rappresentato una cartina di tornasole capace di dar loro risalto: riacquistano evidenza quelle necessità che rimangono sottaciute laddove i contesti appaiono relativamente uniformi. Come afferma Marianella Sclavi, le relazioni in cui è in gioco la differenza in senso stretto culturale sono, infatti, emblematiche del funzionamento dei sistemi complessi; la messa in luce delle dinamiche che si verificano al loro interno comporta, pertanto, al contempo, l'individuazione delle variabili che sono di volta in volta specificamente in gioco e l'individuazione di una struttura di funzionamento del tutto trasversale. La peculiare situazione di debolezza/fragilità in cui si trovano gli immigrati nel momento in cui sono nella condizione di dover affrontare le loro problematiche di salute viene, di conseguenza, ad essere uno strumento prezioso, in quanto capace di portare a galla ciò che, pur essendo presente in ogni rapporto sanitario, rischia altrimenti di risultare tralasciato, se non eluso. Anche in tal senso, la presenza degli immigrati rappresenta un'occasione per tutti: consente di tornare ad occuparci, con sguardo rinnovato, di problematiche di assoluto rilievo per il benessere di ognuno.

In genere gli immigrati risultano essere mediamente più vulnerabili rispetto agli autoctoni in ragione della loro fragilità socio-culturale, delle esperienze traumatiche da loro vissute nel percorso migratorio ed anche per la mancanza di un adeguato sostegno una volta insediatisi nel paese d'immigrazione. Non a caso, il Report redatto nel 2003 dall'O.M.S. evidenzia che lo stato di salute degli immigrati e delle minoranze etniche è spesso peggiore di quello della popolazione media e, sulla base di quanto emerso da una ricerca pubblicata dall'Istituto Superiore della Sanità (Rapporto Istisan del 2003), è possibile affermare che una tendenza analoga è presente anche relativamente alla situazione italiana. Questa diversità di fondo costituisce un problema rilevante per le organizzazioni sanitarie, in quanto sono chiamate a sviluppare la qualità dei loro servizi in modo tale da garantire a tutti un adeguato livello di salute; è proprio in considerazione della vulnerabilità di quelle fasce della popolazione che, trovandosi a vivere in condizioni di svantaggio, necessitano di un *surplus* di attenzioni per conseguire un'effettiva "parità di condizioni" in ambito sanitario, che si rendono necessarie delle trasformazioni organizzative. Il problema che si pone non riguarda tanto la specificità dei quadri patologici, poiché il profilo di salute degli immigrati risulta in buona misura sovrapponibile con quello degli italiani, seppure con qualche spostamento dell'accento (le ragioni del ricorso ospedaliero, infatti, chiamano in causa soprattutto situazioni connesse ad eventi fisiologici, quali le gravidanze, o accidentali, come i traumi, e gli studi più recenti evidenziano un incremento – seppure contenuto - dei ricoveri per cause connesse a malattie degenerative, cardiache e chemioterapiche, mentre il quadro delle "malattie esotiche/da importazione" risulta del tutto marginale); la questione rimanda, semmai, ad una difficoltà nell'accesso e nell'uso dei servizi. In questa prospettiva vengono chiamati in causa sia il problema della *health literacy* degli utenti, sia quello della "competenza culturale" delle strutture sanitarie. Nel primo caso entra in gioco la limitata presenza di quelle competenze cognitive e sociali che, in quanto capaci di incidere sulle motivazioni e sulle abilità delle persone, sono necessarie per capire ed utilizzare le informazioni in modo da garantire l'accesso agli ausili sanitari e da promuovere e mantenere la salute; nel secondo, si ha a che fare con quell'insieme di comportamenti, atteggiamenti e politiche che agiscono a livello istituzionale e che, invece di indurre ad utilizzare conoscenze stereotipate intorno alle determinanti culturali, mettano in grado di operare con efficacia in un contesto interculturale (Chiarenza 2005). In assenza di questa duplicità di competenze non possono che

prodursi difficoltà nell'accesso alle cure e nell'uso dei servizi: non vengono utilizzati appieno laddove sono disponibili in quanto non se ne conosce/capisce il funzionamento o in quanto, quando li si utilizza, vengono percepiti inadeguati rispetto alle necessità/alle esigenze.

Le difficoltà rilevate nel declinarsi del percorso di cura non sono poche, ma le trasformazioni da promuovere sono foriere di risvolti di sicuro interesse per tutti. I cambiamenti che si rende opportuno introdurre, infatti, sono in genere rivolti a migliorare la qualità globale dei servizi introducendo un articolato orientamento al paziente, al di fuori di qualsivoglia prospettiva "culturalizzante" che tenderebbe, invece, a mettere in campo costrutti culturali generici e stereotipici, fissandoli in azioni protocollari predefinite (Chiarenza 2005). Si tratta della medesima prospettiva che è emersa anche dalla sperimentazione europea dei *Migrant Friendly Hospitals*, nel cui ambito si è optato per una politica di valorizzazione culturale che non comporta alcuna realizzazione di servizi *ad hoc*, ma l'introduzione d'interventi volti a migliorare la capacità di ogni servizio di rispondere in modo competente alla singolarità delle storie di vita, rilevando quanto previsto dalla Carta di Ottawa del 1986, con l'ottica di mettere in grado le persone e le comunità di essere protagoniste della propria salute. L'obiettivo degli Ospedali pilota che hanno lavorato su questo ambito nelle dodici nazioni europee coinvolte è stato, infatti, quello di promuovere un miglioramento delle capacità di gestione della diversità in genere in ambito ospedaliero, facendo sì che le culture organizzative delle strutture coinvolte si sviluppasse in modo da farle divenire accoglienti ed adeguate per gli immigrati così come per ogni altro gruppo di minoranza, quindi capaci di sviluppare servizi individualizzati ed orientati alla persona, in modo che ogni paziente potesse trarne giovamento. In quest'ottica, sono state messe a punto le raccomandazioni raccolte nella dichiarazione di Amsterdam, che chiamano in causa una molteplicità di soggetti e di livelli d'intervento: le direzioni aziendali, che vengono sollecitate ad includere nei loro piani d'azione interventi che tengano conto delle necessità delle minoranze/dei migranti, il personale sanitario e le associazioni professionali, cui si chiede d'investire nell'acquisizione delle competenze necessarie allo sviluppo di rapporti soddisfacenti con l'utenza, gli stessi utenti e gruppi di rappresentanza delle comunità, che vengono sollecitati ad includere nella programmazione delle loro attività le tematiche della diversità, della salute e dell'assistenza sanitaria, infine il settore della ricerca, cui si rivolge l'invito a conferire maggiore peso ad ognuna di queste tematiche nell'indagine epidemiologica, socio-comportamentale, clinica, dei servizi e dei sistemi sanitari, nonché nella costruzione delle relative teorie.

Dal confronto fra le problematiche emerse nell'ambito della ricerca condotta nell'Azienda Ospedaliera di Padova e quanto scaturisce dalla sperimentazione MFH e dalle relative indicazioni programmatiche, affiora, pertanto, una sostanziale convergenza nell'individuazione delle problematiche e delle strategie da adottare. Gli interventi che risulta opportuno effettuare pongono al centro dell'attenzione il miglioramento della comunicazione e della relazione con il paziente tenendo conto delle disuguaglianze e delle disparità di salute esistenti, nonché dei percorsi di vita di ognuno. In tal senso, gli investimenti da effettuare richiedono la messa in gioco della dimensione istituzionale, attraverso interventi sulle routine organizzative e l'allocatione delle risorse (a partire da un'attenta considerazione dei servizi di assistenza linguistica e di mediazione interculturale), nonché sulla formazione del personale sanitario (anche in direzione dell'acquisizione di "competenze culturali") e rimandano altresì ad interventi volti a favorire il coinvolgimento degli utenti (e dei migranti in modo specifico). Per

quanto riguarda quest'ultimo aspetto, si rendono opportune azioni di *empowerment* che, per essere tali, necessitano in primo luogo di affrontare le problematiche linguistiche e culturali anche attraverso un articolato rapporto con le comunità, in modo da favorirne la partecipazione ideativa ed operativa. Per facilitare lo sviluppo di sistemi di erogazione dei servizi che siano più appropriati sotto il profilo culturale e linguistico risulta, infatti, importante sviluppare alleanze con le organizzazioni di comunità locali ed i gruppi di tutela, in quanto sono in primo luogo loro a conoscere le problematiche dei migranti e dei gruppi di minoranza etnica. Il rischio connesso al fatto di focalizzare l'attenzione sulla diversità etno-culturale è, d'altra parte, quello di radicalizzare la presenza di stereotipi, se non di crearne ex-novo. L'origine etnica, il retroterra culturale, l'appartenenza religiosa sono, infatti, solo alcune delle molte dimensioni che caratterizzano la complessità degli esseri umani, le cui identità possono essere legittimamente considerate in divenire invece che come ipostaticamente presenti e fisse, così come lo sono le culture. Un'attenzione particolare, in tal senso, deve essere riservata alla gestione dei processi formativi degli operatori, nel cui ambito si presentano diverse difficoltà. I percorsi di formazione, infatti, vengono difficilmente impostati in modo tale da risultare adeguati ad una società che, essendo sempre più internamente differenziata, richiede flessibilità e disponibilità di tempo per la ricerca e la messa in atto di percorsi alternativi a quelli predefiniti; si tende, invece, in buona misura, a puntare sull'acquisizione di tecniche strumentali e sulla routinizzazione delle attività in chiave efficientista (quindi nell'ottica di un risparmio di tempo ed energie). Vengono anche organizzati percorsi di formazione che abbiano ad oggetto la relazione con il paziente straniero, ma troppo spesso attendendosi, attraverso di essi, di veicolare una sorta di prontuario informativo su quanto mettere efficientemente in atto nel momento dell'incontro con i rappresentanti delle singole categorie di utenti, differenziate in base all'origine geografico-culturale, invece che aspettandosi l'acquisizione di quel *savoir-faire* della complessità che comporta la maturazione della capacità di mettere in atto "passi di danza" (Sclavi, 2000.) adeguati a muoversi in ogni situazione complessa, anche al di là di situazioni caratterizzate dalla presenza di differenze geografico-culturali. In tal senso, i percorsi di formazione dovrebbero vertere in modo particolare sullo sviluppo di quelle abilità di ascolto attivo che non richiedono solo la messa in campo di una sostanziale e preliminare empatia (che risulta possibile in una condizione di universalità delle posizioni), ma anche e soprattutto di una complessa forma di "exotopia" (che richiede in primo luogo la messa in campo di capacità di ascolto attivo e di autoconsapevolezza emozionale e rimanda a condizioni di non-equivalenza delle posizioni; Sclavi, 2000). In gioco ci sono la cultura professionale che caratterizza il personale sanitario e quella profana degli utenti, quindi la *disease*, la *illness* e la *sickness*, così come la dimensione personale ed irripetibile di ogni storia di vita. Il processo comunicativo che si rende necessario promuovere è, allora, non quello che si preoccupa eminentemente di veicolare informazioni, ma quello che chiama fortemente in causa il confronto, mettendo in relazione posizioni solo parzialmente sovrapponibili e generando, semmai, una terza via che possa risultare accettabile per entrambi. È la prospettiva dell'antropologia medica/della medicina interculturale nella misura in cui fanno dell'approccio narrativo lo strumento per eccellenza dell'inedere clinico; in tale ottica, infatti, la dimensione del significato non viene affrontata esclusivamente nella prospettiva di un dato da rilevare a monte delle interazioni e da tenere presente in termini informativi, ma in quanto processo di costruzione che può essere sempre riattivato e co-costruito (Quaranta, Ricca, 2012).

Il carico di alterità che gli immigrati portano con sé aggrava di molto l'operato dei servizi, investendoli di necessità ulteriori rispetto a quelle già presenti. Gli operatori ne

risentono fortemente e rispetto alle incombenze ed alle difficoltà che incontrano esprimono un elevato grado di malessere, dichiarando di sentirsi spesso abbandonati dalla struttura, invece che coadiuvati nelle loro difficoltà. I disagi che si creano, d'altra parte, non sono tanto il frutto del presentarsi di nuove esigenze, quanto di dinamiche che vengono prodotte dallo stesso funzionamento istituzionale, che viene naturalizzato al punto tale da non consentire più di rendersi conto quanto sia foriero delle difficoltà stesse che intende combattere. Le difficoltà che incontrano gli operatori, infatti, sono sicuramente riconducibili alle specifiche caratteristiche della nuova utenza ed alle scarse/inadeguate conoscenze relative alle situazioni che si vengono di volta in volta a creare, ma ancor più alla presenza di schematismi e di rigidità istituzionali (oltre che personali) in un contesto che richiede la messa in opera di vere e proprie capacità di accudimento. Gli operatori, costantemente in bilico fra "efficienza" ed "efficacia", si trovano spesso nella condizione di doversi destreggiare fra il formale e l'informale, ricevendo messaggi contraddittori, lavorando in situazioni in cui si rende necessario mettere in campo un'articolata competenza relazionale proprio nel mentre viene meno la *compliance* assistenziale e terapeutica e dovendo gestire spinte autoreferenziali e deresponsabilizzanti al fianco di necessità di presa in carico e cura.

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS

INTRODUCTION

CADRE THEORIQUE	p. 498
NOTE METHODOLOGIQUE	p. 503
DESCRIPTION DU CONTEXTE	p. 505

DANS LA RECHERCHE

LE RAPPORT OPÉRATEUR-PATIENT

Langage	p. 509
Communication	p. 513
Relation	p. 515

STYLE D'ORGANISATION

Problèmes administratifs	p. 519
Problèmes structurels	p. 523

PARCOURS DES SOINS

Accès aux prestations sanitaires	p. 531
La construction du cadre clinique	p. 533
Après le diagnostic	p. 538

CONSIDERATIONS SUR LES DONNEES DE RECHERCHE

Observations sur l'offre territoriale	p. 547
Accéder aux services de santé	p. 548
S'orienter, s'enregistrer	p. 551
Le langage au premier plan	p. 553
Les axes cartésiens de chaque interaction: temps et espace	p. 556
Le rapport difficile avec les règles	p. 557
Interchangeabilité des opérateurs	p. 560
Perceptions du racisme et prophéties qui s'auto réalisent	p. 562
La construction du cadre clinique	p. 565
La reconstruction anamnétique: possibilités et modalités de parole	p. 569
Investigations instrumentales	p. 571
Entre hospitalisations et difficultés de <i>compliance</i>	p. 573

CONCLUSIONS	p. 577
--------------------------	--------

INTRODUCTION

La recherche présentée avec cette écrit à été réalisée dans l'Agence Hospitalier de Padoue avec l'intention de mettre au point la phénoménologie des problèmes rencontrés par une structure hospitalière lors que le territoire dans lequel elle est insérée assume une caractérisation multiculturelle en vertu d'une immigration numériquement importante et qualitativement diversifiée.

Pour ça faire, après avoir examinées les données statistiques concernant l'accès à la structure hospitalière, on a effectué un période d'observation sur le terrain dans certaines des principaux secteurs où les immigrés ont une présence significative, on à interviewé des immigrés qui ont été en rapport avec l'hôpital et des médiateurs qui travaillent dans le service de médiation linguistico-culturel active dans la même structure et on à examiné les récits des operateurs qui ont participé à un cours de formation sur la relation avec le patient étranger organisé au cours de la période de recherche en collaboration avec l'hôpital lui-même et les interventions effectuées pendant les différentes éditions du cours. La section de ce document que nous avons appelé « Dans la recherche » contient des larges extraits de ces observations.

Le focus de l'attention à été placé sur la relation entre les operateurs (autochtones) et les usagers (immigrés), mais, ce faisant, sont apparus aussi des problèmes à caractère organisationnel qui vont au-delà de la relation interpersonnelle et qui se rapportent à la dimension structurelle dans laquelle elle se développe. De toute façon, ce qui à émergé en manière particulier est la présence d'un malaise généralisé au niveau relationnel, soit de la part des operateurs (en raison d'une de la charge de travail qui est du surtout au charge d'altérité que la nouvelle population porte avec elle), soit de celle des usager (qui ont, souvent, des fortes attentes d'efficiencie et d'efficacité, et qui affirment avoir faire face à de nombreuses insatisfactions à caractère relationnel, capables d'interférer avec tout le parcours de soin).

Les nécessités qui se posent au service hospitalier, en définitive, mettent en cause le problème de la *health literacy* des patients aussi bien que celui de la compétence culturelle de la structure (soit au niveau organisationnel, soit à celui de la formation des operateurs) en ce qui concerne la gestion de la dimension bureaucratique-administrative ainsi que la clinique pour tout le parcours de soin, à partir de l'accès aux services sanitaires en général jusqu'après la sortie de l'hôpital.

CADRE THÉORIQUE

Certaines recherches indiquent que l'état de santé des migrants, meilleur au moment du départ du pays d'origine, a tendance à s'aggraver en Italie en raison des difficultés rencontrées dans le territoire d'immigration. Entre de tels désagréments il est vraisemblable qu'il faut inclure des difficultés d'accès et d'utilisations des soins: en particulier, il est possible que les migrants n'utilisent pas pleinement les services de santé disponibles parce qu'ils ne les connaissent pas, ou parce qu'ils ne comprennent pas le fonctionnement, ou bien parce que les services ne semblent pas appropriés à leur culture et à leur religion. Compte tenu de ces raisons, ils ont été parfois mises en place des initiatives pour introduire des changements organisationnels dans les diverses réalités sanitaires, afin de rendre les structures plus adaptées aux spécificités d'une population différente sur le plan ethnique et culturel. Une expérimentation qui a été effectuée en ce sens, en Italie, est celle des *Migrant Friendly Hospitals*, réalisée à Reggio Emilia. La recherche développée dans ce contexte a fait ressortir trois différents domaines de nécessité qui regardent, respectivement, l'accès aux services et à la qualité des soins (principalement pour des problèmes d'ordre linguistique), la *health literacy* des patients (en particulier en ce qui concerne la présence des lacunes dans l'information) et la compétence/sensibilité du personnel de santé (avec la présence de préjugés et de stéréotypes qui affectent la possibilité d'une alliance thérapeutique efficace).

Des autres réflexions, menées par des opérateurs de la Société Italienne de Médecine des Migrations, qui ont conduit à analyser la dynamique relationnelle qui existe entre les médecins et les patients immigrants, ont permis, en particulier, d'identifier trois phases qu'y arriveraient de façon typique: l'exotisme, le scepticisme et le criticisme. La phase de l'exotisme serait caractérisée par un véritable «syndrome de *Salgari*», en vertu de laquelle le médecin s'attend à trouver des maladies mystérieuses et exotiques et construit l'idée de l'étranger comme «agent contaminant» à étudier avec intérêt et à traiter avec crainte; dans cette phase, la fascination et la peur se lient à la multiplication des tests de diagnostic et des formes de protection tandis que, du côté des usagers, il existe des attentes de «*General Hospital*» qui prévoient l'utilisation de technologies de pointe et d'interventions immédiatement résolues. Dans la phase caractérisée par le scepticisme, prendrait la relève l'idée d'une substantielle «normalité» de l'état de santé du migrant, avec le risque d'une sous-estimation des problèmes et l'apparition de la perception de dissimulation qui correspondent, du côté des usagers, à des perceptions et à des accusations de racisme. Dans la phase du criticisme se réaliserait une attitude plus critique et autoréflexive dans laquelle le médecin aurait une disponibilité à remettre en question les codes habituels de communication et d'anticipation pour tenter de se réorienter et de focaliser un critère ultérieur, basé sur la reformulation de l'écoute et sur l'interaction, plutôt que sur une attention exclusivement tournée vers l'utilisateur-maladie.

Si, tout cela, concerne en manière spécifique le rapport avec l'utilisateur immigré, la réflexion autour du concept de la maladie a introduit des distinctions terminologiques à caractère plus général, valables pour le rapport avec tous les usagers, mais qui peuvent être utilisés de manière particulièrement adéquate dans les contextes hétéro-culturels. Ils correspondent aux différentes façons d'entendre ce qui, à chaque fois est considéré

comme santé et maladie dans la perspective de l'opérateur de santé, de l'utilisateur et de leur entourage respectif. En fait, il est presque inévitable que les médecins et les patients se retrouvent dans la condition de communiquer à partir de modèles explicatifs différents, qui peuvent rester plus ou moins cachés, mais qui entrent tout de même en jeu dans le contexte de chaque rencontre. La question, en ces termes, peut être considérée comme structurelle dans la communication entre le médecin et le patient; elle ne concernerait pas, par conséquent, exclusivement la rencontre entre un opérateur et un usager qui ont des origines géographiques et culturelles différentes. En ce sens, dans le contexte de l'anthropologie médicale, en s'appuyant sur l'articulation terminologique du concept de maladie qu'on rencontre dans la langue anglaise, il a été mis en évidence surtout la différence entre *disease* et *illness* (entre la maladie telle qu'elle est vécue et perçue par le patient et la maladie comprise comme une réalité objective, nosologiquement autonome dans son développement) et, par la suite, la possibilité de la cadrer en termes de *sickness* (donc par rapport à la dimension du rôle reconnu au patient dans un contexte donné de la vie). Ça apparaît comme une carte conceptuelle utile pour se lancer dans la lecture d'un territoire structurellement identique sous toutes les latitudes.

Au centre de l'attention du parcours de recherche est située la dynamique relationnelle et tout ce qui concerne la communication dans le domaine de la santé.

Le rapport relation/communication n'est pas facile à définir. À certains égards, on pourrait dire que les deux domaines ne peuvent pas être clairement distingués, ni encore moins séparables. La jonction relation/communication est, cependant, particulièrement problématique justement là où on a à faire face à des situations caractérisées au sens hétéro-culturel, car elles mettent symboliquement en jeu diverses habitudes et attentes, divers systèmes de signification, diverses façons de percevoir et de s'exprimer. Toutefois, justement dans ce domaine, il n'est pas rare la tendance à considérer la question de manière un peu réductrice et simpliste, en la reconduisant à la présence encombrante de peu d'éléments macro évidents, telle la non-possession d'une langue véhiculaire commune par les interlocuteurs, qui permettent le passage d'une information jugée essentielle. Aussi dans l'enquête menée transversalement dans les 12 hôpitaux pilotes de l'expérimentation des *Migrant Friendly Hospitals*, qui a fait ressortir que le problème « langue et communication » est indiqué comme prioritaire (à côté de 'information et éducation du patient'), la tendance qui prévaut est, cependant, celle de focaliser l'attention de façon prioritaire sur les questions liées à la tenue de la même langue verbale, alors qu'elles restent encore assez floues les nécessités qui se situent au niveau extralinguistique et qui vont impliquer le secteur relationnel.

Pour commencer à approfondir la question communicative/relationnelle, une analyse que nous rencontrons dans la littérature est celle effectuée par Geraci et Colasanti, qui, en croisant la dimension linguistique dans le sens strict avec celle culturelle, invitent à tenir compte de cinq niveaux différents d'incompréhension communicative/difficultés relationnelles qui existent dans le rapport avec les patients hétéro-culturels: pré-linguistique (en référence aux diverses propensions à exprimer les expériences intérieures et aux relatives formes d'autocensure), linguistique (en particulier concernant la non-possession d'un langage commun), métalinguistique (quand entrent en jeu des symbolisations non partagées), culturel (processus largement inconscient qui fait entrer en jeu des attitudes et des comportements), métaculturel (qui fait référence à des aspects culturels conscients, et donc négociables). Cette taxinomie, comme probablement toute autre qui pourrait être produite dans ce domaine, laisse certaines marges de perplexité, en premier lieu du fait que la distinction entre les niveaux n'est pas facile à réaliser

puisque les dimensions de la pertinence de chacune d'entre elles est souvent liée à celle des autres; d'autre part, en plus d'être un système d'orientation utile, permet de garder un œil sur la tendance envahissante et trompeuse d'attribuer et de réduire le problème du rapport avec les usagers immigrés au fait de posséder ou non un langage avec lequel véhiculer les informations.

En plus de recourir aux réflexions ci-dessus, la clé théorique par laquelle nous abordons la question de la relation entre l'opérateur autochtone et l'utilisateur immigré en matière de santé utilise, en particulier, certaines 'classiques' de la recherche qui se sont développés dans le domaine des Sciences Sociales et aussi de la spéculation philosophique contemporaine et dont la publication éditoriale remonte aux années '60 du XXe siècle: les études conduites dans le domaine de l'École de Palo Alto (à partir des réflexions pionnières de Gregory Bateson et en tenant compte de la théorie systémique que Waltzlawick, Beavin et Jackson ont proposée avec *Une logique de communication*) et les réflexions qui ont donné naissance à l'herméneutique philosophique moderne (en particulier avec la formulation pionnière de Schleiermacher et la proposition innovante formulée par Hans-Georg Gadamer dans son ouvrage *Vérité et méthode*). Dans cette piste, un travail successif qui s'est révélé être d'un intérêt particulier est celui de la socio-anthropologue Marianella Scavi, qui, avec son *Arte di ascoltare e mondi possibili*, élabore d'autres réflexions et instruments de travail pour la lecture des mêmes dynamiques dans une optique herméneutiquement orientée et cohérente avec les présuppositions batesoniennes et gadamériennes. Tous ces travaux nous amènent à considérer la relation interhumaine et la communication comme des domaines soumis à une variété de dynamiques pas faciles à identifier, dont la conscience tend souvent à s'échapper en premier lieu des acteurs concernés.

En ce qui concerne le travail accompli dans l'école de Palo Alto, il semble essentiel de rappeler les cinq axiomes de la communication présentés dans le domaine d'*Une logique de communication*, qui décrivent le plan conceptuel en vertu duquel procéder à l'analyse des échanges communicatifs. Les axiomes, en particulier, permettent de : mettre l'accent sur l'impossibilité de maîtriser totalement les dynamiques communicatives (en laissant ouvert une dimension de possibilité et de risque et un centrage sur l'écoute), mettre en jeu une dimension relationnelle (dans une logique de confirmation, de rejet ou de disqualification de la réalité de l'autre), rendre évidents que les échanges communicatifs sont généralement interprétés de façon à construire des formes spécifiques de réalité (qui sont régulièrement vérifiées en tant que existantes, bien qu'ils puissent être considéré autrement comme sans fondement), mettre en jeu des codes de communication qui peuvent réciproquement entrer en contradiction les uns avec les autres (et qui portent avec eux des ambiguïtés inconscientes et donc difficilement négociables), souligner la possibilité qu'il arrive des échanges de communication particulièrement caractérisés en sens pathologique (parce que devenus rigides dans des dynamiques spécifiques).

Parmi les dynamiques mises en évidence par les travaux que nous avons pris en considération, la mécompréhension joue aussi un rôle important. Nous trouvons des traces relativement intéressantes à l'égard de ce thème dans la pensée freudienne, que nous oblige de mettre des points d'interrogation sur ce que signifie réellement l'entente dans le domaine de la communication humaine, en mettent en lumière que sa structure implique la présence inconfortable – et en même temps qu'il n'est pas possible d'exclure – de la mécompréhension et aussi que cette dernière n'est pas simplement une erreur de communication (malentendu), mais une possibilité qui n'exclut pas l'entente. Le texte freudienne, alors, nous suggère d'aller au-delà de la casuistique proposé par

Jankelewitch (*Du mensonge*) et La Cecla (*Le malentendu*), lesquels présentent une distinction entre double malentendu, tromperie, malentendu bien-entendu et malentendu doublement bien-entendu, et nous invite à récupérer la possibilité d'une mécompréhension que porte avec elle une réelle possibilité d'entendement. C'est la réflexion qui, en partant de ce que disait Scheleiermacher, à aboutit à l'herméneutique contemporaine de Gadamer (*Vérité et méthode*).

Dans ce ligne la mécompréhension est considéré comme un élément habituel de la dynamique de la communication, dans une dimension plus dialogique par rapport à l'utilisation du terme « malentendu », lequel appelle presque immédiatement l'idée qu'il existe une version correcte, donc une 'bien-entendue' par opposition à un malentendu. En ces termes, elle se lie étroitement à la dimension du préjudice. A ce dernier aussi, en fait, il est généralement attribué un sens négatif, mais le préjudice, en tant que « jugement rendu avant de... », est la condition de toute compréhension possible parce que chaque production linguistique présente son propre sens seulement dans la mesure où on le lit/écoute avec certaines attentes. Le point de rencontre du problème de préjudice avec celui de la mécompréhension, alors, fait effectuer un pas de plus dans la distinction entre malentendu et mécompréhension, conduisant à affirmer que dans la mécompréhension on ne se comprend pas nécessairement mal: on s'entend diversement, sans pour autant qu'il y ait pleine/clair conscience de la difformité d'interprétation (en général, quand on comprend, affirme Gadamer, « on comprend différemment »). L'horizon interprétatif vient ouvert vers l'idée d'un jeu relationnel qui implique les interlocuteurs dans un terrain d'échange; met en évidence l'existence d'un 'entre' (en italien mécompréhension se dit 'fra-intendersi' ce qui équivaut à « s'entendre-entre ») qui permet à la diversité de s'exprimer et qui nécessairement ne dirige pas vers l'hypothèse d'une solution univoque de la diatribe (qui à son tour serait rendue possible par la présence d'une vérité cachée derrière, qui peut être dévoilée en forme univoque au-delà même de la mécompréhension) et l'herméneutique, de « art d'éviter la mécompréhension », devient « conscience de la détermination historique ». En tant que telle, s'interroge sur ce qui doit être « la manière juste » de demeurer à l'intérieur de la circularité herméneutique (pour la changer en circularité vertueuse) au lieu d'essayer d'en sortir (en tant que circularité vicieuse): toute conscience herméneutiquement avertie doit repenser et reformuler les termes de son propre rapport avec la dimension préjudiciable présente dans chaque rencontre.

L'ensemble de ce considérations trouve une continuation adéquate dans la réflexion de Marianella Sclavi, qui, dans son travail *Arte di ascoltare e mondi possibili*, élabore une proposition théorico-pratique dans laquelle presque tous les concepts utilisés jusqu'à présent créent un cadre pour un parcours de phénoménologie expérimentale qui permet d'entrer dans la lecture de l'interaction humaine. Sa proposition est structurée autour des trois piliers de l'écoute active, de l'auto-conscience émotionnelle et de la gestion créative des conflits, car ils sont considérés comme dimensions interdépendantes et inhérentes à la communication/relation qui caractérise les systèmes complexes, dont la relation hétéro-culturelle est un exemple paradigmatique. En particulier, dans les systèmes complexes, d'autant que caractérisés par des situations dans lesquelles il existe une substantielle hétérogénéité des significations, il faut avoir une modalité « active » de l'écoute qui permet l'émersion des implicites préliminaires, car en eux, au contraire de ce qui advient dans les systèmes simples, « ce que nous prenons pour acquis nous empêche de communiquer ». La socio-anthropologue fournit, par conséquent, des aides méthodologiques en termes de règles de base de l'art d'écouter, ainsi que des recommandations de procédure: la construction de doubles descriptions qui peuvent être

réalisées par la simple juxtaposition des éléments perceptifs-évaluatifs, ou bien, dans une modalité plus complexe, en confrontant des narrations alternatives.

La question des narrations est une autre référence important de la recherche. La reconnaissance de sa centralité pour la recherche psycho-sociale se doit en premier lieu aux travaux de Jérôme Bruner, qui considère les narrations en même temps structurées et structurant les différents événements qui les constituent. En cela, elles témoignent d'un caractère marqué d'ambivalence: lieux par excellence de l'ouverture, de la diversité et du dialogue, peuvent néanmoins se constituer en tant que domaines d'aliénation. Une narration ne vaut pas l'autre et une distinction intéressante, dans cette direction, est justement celle proposée par Marianella Sclavi, laquelle, dans son manuel met en parallèle trois modalités distinctes, qui diffèrent en premier lieu par la capacité de témoigner et de maintenir ouverte une dimension d'expérience. Une première modalité est celle typique de la science, qui cherche à évincer chaque matrice de perception-évaluation dans le sens de la pure «exposition des faits» ; une seconde, peut-être la plus commune, fait assumer à la narration une claire tendance d'interprétation, l'ancrant fermement à la fixité d'un point de vue ; une troisième voit la pleine et entière acceptation de l'élément d'altérité inhérent dans les relations hétéro culturelles, avec la valorisation de la dimension d'impact, de contraste, de discordance que son intervention comporte. Dans ce troisième type de narration, les accidents de parcours (embarras, sens de ridicule, conflits) assument un rôle de premier plan et sont évalués positivement, en les utilisant comme des opportunités - comme des ressources de connaissance - pour explorer «d'autres mondes possibles», et les émotions (avec les dynamiques de l'implication-détachement et leurs liens à ceux de l'attente-entendue) assument un rôle de premier plan : un type de narration qui rend particulièrement facile la centralisation des différences de position des interlocuteurs.

NOTE METHODOLOGIQUE

L'identification du contexte et de la procédure de recherche ont subi des modifications significatives par rapport à la conception initiale. La première période de recherche a contraint, en fait, à changer à la fois le contexte, les modalités de référence et les objectifs de l'enquête.

A l'origine il a été prévu que l'objet de la recherche fût les dynamiques relationnelles qui s'instaurent dans les contextes de soins auxquels les immigrés s'adressent, en accordant une attention particulière à la phénoménologie des mécompréhensions qui ont lieu dans ce domaine, afin d'identifier leurs implicites culturels. Pour répondre à cette exigence, on avait supposé d'effectuer une période d'observation directe dans les structures territoriales extrahospitalières qu'il y a dans le contexte de l'Unité Locale Socio-Sanitaire n° 16, de façon de prendre note de l'interaction entre les opérateurs et les usagers immigrés et d'identifier quelques « incidents clés » à considérer emblématiques en termes de difficulté de compréhension et/ou de relation. Les épisodes ainsi identifiés auraient du être transposés sous forme narrative et, en tant que tels, auraient été présentés à des groupes de représentants des différentes aires culturelles, afin de stimuler des analyses/discussions qui permettraient de mettre en évidence les implicites culturels cachés derrière eux, aussi bien que des possibles stratégies de résolution de la conflictualité potentiellement ou effectivement présente.

En ce qui concerne le contexte, au cours de la première année il s'est révélé que, malgré les accords initialement conclus, il n'y avait pas les conditions de fiabilité suffisantes pour garantir la possibilité de porter le travail à terme: il n'était pas possible d'accéder directement aux données relatives aux usagers, que ce soit des dossiers médicaux, des relevés statistiques, ou même de faire une véritable activité de collecte des données sur le terrain avec une observation directe des situations d'interaction, en allant dans les ambulatoires ou près des guichets. N'ayant pas la possibilité de mener l'enquête dans les structures initialement supposées, après une première phase de travail qui a duré plusieurs mois, en allant vérifié que l'Unité Locale Socio Sanitaire et l'Hôpital se constituait comme deux institutions distinctes (bien que coordonnés par un directeur général commun), il a été décidé de procéder à l'enquête dans le milieu hospitalier plutôt que dans les structures socio-sanitaires des districts. Il a donc été entamé une deuxième période de consultation et on a identifié le Bureau des Relations Publiques (URP) comme point de référence pour organiser l'enquête, en tant que structure de l'hôpital chargée de la gestion des problèmes liés à la présence des usagers immigrés dans l'hôpital. Par l'intermédiaire de l'URP on a identifié les domaines dans lesquels effectuer la période d'observation sur le terrain et on a entamé le processus pour le rendre formellement possible.

En ce qui concerne la question sur laquelle focaliser la recherche, au cours de la période d'observation dans les divers secteurs de l'hôpital, sont apparus certains éléments qui ont conduit à en revoir également les objectifs. Les interactions auxquelles il était possible d'assister ont révélait, en fait, un caractère minimal et il résultait improbable de rencontrer des situations qui se prolongeraient pendant un temps suffisant pour détecter les problèmes qui mettraient en jeu des variables culturelles importantes. D'autre part, se sont émergées, avec évidence, des problématiques de base dont la présence était si forte

et diffuse au point d'invalider plusieurs autres possibilités de développement de la relation. Au même moment, de la part de la direction du Bureau des Relations Publiques, a émergé la demande répétée d'une collaboration pour la mise en œuvre et la réalisation d'un processus de sensibilisation/formation sur le thème de la relation avec le patient étranger pour les opérateurs sanitaires: on reconnaissait un malaise des opérateurs, dans ce domaine, qui nécessitait d'être pris en compte. Il a été cantonné l'objectif initial adressé à la recherche des implicites culturels cachés derrière les demandes de soin de la population immigrée, pour attirer l'attention sur une problématique plus générale. Le but a été redéfini et l'accent a été mis sur la délimitation des problèmes présentés par une organisation hospitalière en ce qui concerne la relation entre les opérateurs et les usagers immigrés dans le contexte de la globalisation.

La coprésence de ces éléments de base a conduit à considérer la possibilité de revoir le projet d'origine aussi pour ce qui concerne la méthode et, dans une perspective de recherche-action, il a été décidé d'utiliser de façon privilégiée, à côté de l'instrument d'observation sur le terrain, l'occasion offerte par la demande réitérée d'organiser des sessions de formation spécifiques portant sur la relation avec le patient étranger. Le parcours de recherche, donc, en dehors de la prise en compte des données statistiques fournies par le Bureau des Relations Publiques, a été développé en utilisant trois modalités différentes:

- observation sur le terrain avec la méthode ethnographique (réalisée dans 8 des 79 unités opératives présentes dans l'hôpital, pour une durée d'une semaine chacune, à laquelle s'est ajoutée une autre période d'observation à côté des activités de l'URP de manière transversale aux différentes unités - opératives);
- analyse de la documentation produite dans le cadre du parcours de formation (enregistrement de 53 rencontres d'une durée de 90 minutes chacune, et analyse de 297 « narrations » produites par les professionnels de la santé qui ont participé au cours en qualité d'apprenants);
- interview avec les usagers et aux « figures intermédiaires » (usagers: 14 entretiens individuels + 2 entretiens en petit groupe + 2 réunions en groupe élargi ; figures « intermédiaire »: 2 médiateurs linguistico-culturels, 6 opérateurs de la santé étrangers, 3 épouses/maris italiens d'usagers immigrés), principalement d'origine africaine (Maghreb et zone subsaharienne, francophone et anglophone).

Pour mieux cibler les situations observées et les entretiens effectués, enfin il a été considéré opportun d'effectuer une confrontation avec une situation sanitaire externe à l'hôpital de Padoue. Il a été procédé, cependant, à une observation dans le domaine socio-sanitaire de Reggio Emilia, au cours de l'expérimentation européenne des *Migrants Friendly Hospitals*, et on a participé à trois groupes de discussion axée sur des questions similaires.

L'analyse du matériel d'observation, des rapports des opérateurs, des comptes rendus des réunions et d'entretiens a été développée par voies empiriques en identifiant des regroupements thématiques à *posteriori* sur la base de ce qui émergeait de la lecture des transcriptions effectuées. La plupart des regroupements thématiques émergées a été largement traitée en détail dans la préparation de ce document, tandis que certains domaines sont restés privés de développement spécifique parce que la question en objet apparaissait sporadiquement dans peu et brefs passages des interviews ou des récits.

DESCRIPTION DU CONTEXTE

La recherche se déroule en rapport avec l'Agence Hospitalière de Padoue (A.O.P.), qui fait partie du territoire de l'Unité Locale Socio-sanitaire n° 16 (ULSS 16), dans lequel coexistent plusieurs structures de type socio-sanitaire. Le territoire est subdivisé en 5 districts socio-sanitaires, avec une population d'environ 380.000 résidents, plus un pourcentage élevé d'étudiants originaires d'autres régions d'Italie (qui habitent souvent et pour de longues périodes dans la commune de Padoue) et un nombre important d'immigrés en situation irrégulière (qui, en tant que tel, n'apparaissent pas au registre municipal). L'A.O.P. e l'ULSS 16 sont deux structures distinctes sur le plan formel, mais ils ont plusieurs points d'articulation en commun, tandis que leur lignes de démarcation ne son pas faciles à cerner, ni pour les operateurs, ni pour les usagers (et, de plus forte raison pour les usagers immigrés).

L'A.O.P. est le plus important complexe hospitalier présent sur le territoire de l'ULSS 16. Il s'agit d'une structure aux origines anciennes, très étendu (plus de vingt édifices), en perpétuelle évolution, organisée en 212 Unités opérationnelles subdivisées en 80 services et 132 espaces de consultation (auxquels il faut ajouter un Bureau Général de Réservation, l'Office des Relations avec le Public, le Service Social, le Service Continuité des Soins, le Service Dossiers Cliniques, le Service de Distribution des Médicaments). L'Agence compte un nombre important d'opérateurs: 5.000 au total, dont 700 dépendant de l'Université (avec laquelle il ya une collaboration très étendue), auxquels il faut ajouter le travail de 86 associations de bénévolat, qui utilisent 820 bénévoles. Le volume de travail s'élève à 80.000 séjours par an (parmi lesquels plus des deux tiers en régime de séjours ordinaires et environ un tiers en régime de jour), auxquels il faut ajouter annuellement environ 6 millions de prestations de spécialistes de consultations pour des personnes externes (en particulier le secteur relative aux urgences fait enregistrer un afflux très important : plus que 88.138 entrées en 2008 pour ce qui concerne les adultes, 25.604 en ce qui concerne la Pédiatrie).

Dans le territoire de l'ULSS 16, la présence des immigrés est devenue significative (8,47% en 2007, plus une estimation d'irréguliers à environ 10-18 % par rapport aux réguliers, tandis que le total peut être estimé dans un intervalle compris entre 9,23 et 9,77%.) et elle est en constante augmentation ; au contraire, la présence des italiens résulte en diminution, soit en pourcentage qu'en termes de valeurs absolues. Ces données ont rendu inévitable, de commencer à s'interroger sur l'adéquation de l'offre sanitaire par rapport aux exigences du territoire en transformation, en conformité aux exigences législatives qui prévoient que :

- ceux qui possèdent un permis de séjour grâce à leur inscription au Service Sanitaire National ont droit aux mêmes prestations que les italiens (avec, aussi, l'attribution d'un médecin de médecine générale/pédiatre);
- ceux qui sont en attente de régularisation à travers l'inscription provisoire au Service Sanitaire National (S.S.N., 6 mois renouvelables jusqu'à la délivrance du permis de séjour) puissent bénéficier de prestations analogues;

- les consultations et les soins hospitaliers urgents ou du moins indispensables, et même permanents” sont garantis aux étrangers irréguliers présents sur le territoire national par la délivrance d’une carte de présence temporaire (S.T.P.).

Vue l’impréparation des Services publics pour répondre aux nécessités nouvelles et imprévues d’une population qui, en peu de temps, s’est massivement accrue, au cours des dernières années, à Padoue (comme dans le reste de l’Italie), des organisations privées ont choisi de mettre en place des services qualifiées de « dédiées » (de manière à répondre aux exigences sanitaires de la population immigré régulier ou irrégulier). En particulier, sur le territoire de l’ULSS 16, il y a trois structures de consultation destinées particulièrement (mais pas seulement) aux usagers immigrés qui se trouvent en situation irrégulière: le poli-ambulatorio des cuisines populaires économiques, l’ambulatorio Caritas-CUAMM, l’ambulatorio (et assistance infirmière) de la Croix Rouge Italienne.

En même temps, en ce qui concerne le secteur public, afin de coordonner les prestations sanitaires en faveur des étrangers, dans le cadre de l’ULSS 16, il a été crée la Structure Haut Professionnalité Immigration (qui, à son tour, a organisé une « table de concertation » qui se réunit périodiquement, un protocole d’entente avec la Mairie pour la mise en œuvre de mesures de contrôle de santé préventive pour les ‘mineurs seuls-non accompagnés’, la délivrance des cartes sanitaires pour les Etrangers Temporairement Présents, des sessions de formation et d’informations sur diverses questions, la création d’un Centre multiethnique avec des horaires dédiées qui prévoit une activité d’ambulatorio dans la domaine de la gynécologie et un « Espace Ecoute » destiné à fournir des informations à caractère socio-sanitaire).

Dans le cadre de l’A.O.P., à la place, ils ont été introduites des modifications à la suit du fait que, en 1998-99, le Bureau des Relations Publiques a commencé à recevoir des signalisations relatives aux difficultés liées à la présence des usagers étrangers à l’hôpital. Dans une première phase la structure a répondu aux exigences en se référant aux réseaux informels de connaissances utilisées sous forme de bénévolat, mais, par la suite, il a été mis en place un service de médiation linguistique-culturelle sous forme de contrat avec une coopérative sociale. Le service est organisé ‘à la demande’, de façon à répondre (jour et nuit) aux nécessités venant des différentes unités opérationnelles relativement aux usagers qui parlent plusieurs langues (anglais, albanais, chinois, français, serbo-croate, espagnol, pakistanais, russe, arabe, roumain, langues locales du Congo et de la Nigeria).

DANS LA RECHERCHE

LE RAPPORT OPÉRATEUR-PATIENT

Le fond de toute l'enquête est représenté par la relation personnelle (italien)-patient (étranger); sur ce domaine, se développent différentes problématiques qui concernent le rapport de l'usager à l'organisation hospitalière et qui contribuent à dessiner le parcours de soin. L'analyse commence avec la question linguistique pour s'étendre ensuite à toute la dimension de la communication et de la relation interpersonnelle.

Langage

Celui linguistique est indiqué, en général, comme le problème par excellence dans le rapport entre opérateur autochtone et usager immigré. Ceci se rencontre dans la littérature du secteur, ainsi comme dans les déclarations des usagers interviewés et, souvent, dans celles des opérateurs et il est ressorti, avec une importance particulière, aussi à travers l'observation sur le terrain. Malgré cette accordance de base, la centralité de la question linguistique ne manque pas d'être méconnue et, dans les comportements réels, ne sont pas toujours mises en place ces stratégies qu'on s'attendrait à partir d'une perception claire de l'importance du problème.

Des formes de sous-évaluation de la problématique linguistique émergent et peuvent être discernées dans quelques unes des expressions spécifiques aux opérateurs, qui sont souvent enclins à penser que *“la barrière de la langue se dépasse facilement”*, et même des usagers, lesquels ne s'activent toujours pas correctement pour affronter le problème, en se faisant bouclier de l'idée que leur présence sur le territoire italien est temporaire. Une manifestation claire de cette sous-estimation se rencontre dans les situations - certainement fréquentes - dans lesquelles les opérateurs montrent de retenir que la compétence linguistique possédée, bien que minime, puisse être adéquate et suffisante pour la communication (une expression typique des professionnels, à ce propos, est: *“bien ou mal ils connaissent quelques mots italiens”*). C'est l'une des raisons pour lesquelles le service de médiation linguistico-culturelle, qui existe à l'intérieur de l'espace hospitalier, n'est souvent pas mis en œuvre, alors que nous avons pu constater, au cours de nos observations, que cette omission n'était pas nécessairement palliée par une compétence linguistique suffisante à la compréhension.

C'est ce qui résulte, en particulier, de quelques entretiens avec l'Assistant Social, d'où émergent des situations qui, comme dans le cas de celui indiqué ci-dessous, se produisent de façon pas tout à fait sporadique (au-delà de la pathologie en jeu):

Le Service Social est interpellé pour la gestion d'une situation d'infection à la tuberculose impliquant toute une famille pakistanaise. La connaissance de la famille de la part du Service remonte à une période antérieure à cet appel, précisément à une signalisation qui était partie du Département de Pédiatrie relativement à l'état de santé d'un mineur appartenant à ce milieu familial. L'Assistant Social, avant d'aller visiter le patient adulte qui, maintenant lui est signalé et qui est hospitalisé dans le pavillon des maladies infectieuses, estime qu'il convient de mobiliser le service de médiation linguistico-culturelle. La visite, par conséquent, est réalisée en présence de trois personnes (patient, assistant social et médiateur) et, dans ce contexte, il est clair que l'expression et la compréhension même de la langue italienne de la part de l'usager est très pénible. Du pavillon des maladies infectieuses dans lequel le patient a été hospitalisé pendant quelques

jours, cependant, n'avait pas été activée aucune demande au service de médiation parce que «de toute façon on se comprend »

De la même façon, de l'observation sur le terrain il est ressorti, avec une certaine récurrence, des situations similaires à ce qui suit:

Dans le pavillon est hospitalisé un patient qui est défini «inconnu», venu du Service d'Urgence dans l'après-midi du jour précédent. Le patient est considéré comme étranger et résulte ne pas avoir des documents; c'est dimanche et pendant les jours fériés le personnel en service, affirment les opérateurs, est composé d'«une unité en moins»: la «collecte de données» est donc affectée au secteur de l'«accueil» pour le lendemain, lundi. Personne, dans le pavillon, mentionne la possibilité de pré-alerter le service de médiation linguistico-culturelle afin de prédisposer la présence d'un médiateur: le patient, disent les opérateurs, «parle très peu l'italien, mais un peu, on se comprend». Plus tard, à l'occasion de la visite effectuée par les médecins pour la médication des plaies, il résultera clair que le patient, qui répond encore de façon un peu ralentie, comme il a été déjà implicite dans l'affirmation de l'opérateur, n'est pas habile de s'exprimer en italien. Quelquefois il demande la signification des termes avec lesquels lui sont posées les questions ("Qu'est-ce que salive?"), en montrant donc une certaine facilité, quelquefois manque tout forme de réponse de sa part et il n'est pas clair s'il est entrain de comprendre ou non la question qui lui est adressée. La difficulté à s'exprimer et à réagir rapidement en raison de son état de santé semble se superposer avec celle du manque de propriétés linguistiques et aucune stratégie n'est mise en jeu pour faire face au problème linguistique. La médication est portée à terme et le commentaire de l'opérateur est que «la barrière de la langue est vaincue facilement ».

Que les usagers parlent “bien ou mal” (à peine) quelques mots d’italien, non seulement il n’est toujours pas perçu par les agents hospitaliers comme un problème nécessitant des stratégies adaptées, mais semble correspondre aussi à une conviction particulière bien ancrée : ils tirent parti de leur position linguistique de manière astucieuse et instrumentale. En d’autres termes, les professionnels estiment parfois que les usagers comprennent ce qui leur ai dit et demandé, mais ils “font semblant de ne pas comprendre” pour profiter des situations. Dans cette interprétation, les opérateurs font usage de référence à des situations dans lesquelles le patient «*affirmait ne pas comprendre/parler l’italien, puis s’est adressé en italien à un autre patient*», ou dans lesquelles «*à moi il disait ne pas comprendre/parler l’italien, et puis il s’est allé en lançant des imprécations en italien* » et autres similaires. Par rapport aux mêmes situations, d’autre part, les médiateurs mettent l’accent sur le fait que une chose est d’avoir appris «*un langage de survie... le langage du supermarché, de l’achat et non de la santé ...* », auquel correspond en général le fait de posséder «*un nombre réduit de catégories linguistiques et un langage de type référentiel, avec l’utilisation de verbes au présent et sans mots élaborés ou abstraits, comme ils le font au contraire dans la langue maternelle* », une autre chose est de comprendre et être capable de s’exprimer correctement, d’autant que les patients «*... sont parfois dans une situation telle qu’ils ne sont pas compréhensibles dans aucune langue. Lorsqu’ils se tranquilisent, nombreux qui ne savaient pas un mot d’italien cet italien ils le connaissent* ». Cette interprétation, si elle peut quelquefois correspondre à une réalité, sous-évalue en même temps énormément les difficultés de compréhension linguistique et risque de se cristalliser sous forme de stéréotypes, alimentant, ainsi, les difficultés relationnelles qui se produisent avec une certaine fréquence.

Des interrogations fortes, relativement à la marginalisation de la question linguistique, émergent aussi si on va voir à quel point l’utilisation de stratégies informelles de médiation dans le contexte hospitalier apparaît fréquente : quelquefois la médiation linguistico-culturelle n’est pas sollicitée parce que l’agent hospitalier estime comme idoine et suffisant ce que l’usager fait de sa propre initiative (par téléphone ou en se faisant accompagner par d’autres personnes), ou ce que lui-même est à mesure d’obtenir

en sollicitant l'aide d'un camarade ou d'autres individus présents à ce moment-là. Il arrive, de cette façon, que l'on s'avale de la présence de personne dont la prestation ne peut être soumise à aucune forme de contrôle (ni du point de vue de l'exactitude de la traduction, ni du point de vue « commercial »), ou, comme il émerge des comptes rendus qui suivent, que des membres de la famille du patient, même mineurs, soient utilisés sur des problèmes délicats même au plan émotif, avec la conséquence de faire émerger d'autres problèmes.

Un matin, au cours de l'ambulatorio de sénologie, s'est présentée une dame, qui venait pour la première fois, en provenance du Maroc, accompagnée par la fille de 12 ans. L'enfant parlait italien, la mère ne le comprenait pas et ne le parlait pas. Il n'a pas eu recours à la médiation linguistique parce que les temps étaient restreints. Le médecin, après avoir examiné les rapports médicaux et avoir visité la dame, s'est trouvé dans la situation de devoir communiquer à la femme que, très probablement, elle avait une tumeur maligne et devait être opérée le plus tôt possible. Après bien des hésitations, il a du parler avec l'enfant de la santé de la mère tout en essayant d'être aussi doux que possible. Je me suis senti vraiment touché parce que je pensais à cette pauvre petite fille qui était assez grande pour comprendre la gravité mais pas capable de gérer ses émotions. (...) Malheureusement, lorsqu'on contacte le médiateur, le temps pour arriver est très long et dans mon cas spécifique, nous étions à la fin de l'ambulatorio de sénologie. Maintenant, j'ai un fort doute. Peut-être que j'ai eu tort, peut-être que je devais essayer de convaincre le médecin d'attendre le médiateur culturel, ou même on aurait dû reporter la visite (à court terme, compte tenu de la gravité du diagnostic) pour un jour où le médiateur culturel serait présent. De cette façon, nous aurions épargné à la fille d'accomplir une tâche aussi grande et aussi difficile pour son jeune âge.

J'ai dû exécuter plusieurs fois des examens audiométriques à une femme marocaine, opérée chez nous à l'oreille, qui ne comprenait pas l'italien et était toujours accompagnée de son fils de 8 ans qui agissait comme interprète. Lors de la visite, l'enfant, alors qu'il regardait l'écran sur lequel passaient les images du tamponnement de l'oreille, à un certain moment il s'est senti mal et il a été accompagné par une infirmière hors de l'ambulatorio. Pour l'examen audiométrique que sa mère avait à faire, il était très important la collaboration étroite du patient. Il y a eu, cependant, des difficultés à faire bien comprendre au patient les modalités de l'examen (surtout parce qu'elles étaient expliquées par un enfant qui avait lui aussi des difficultés de langue!).

D'autre part, c'est précisément au moment où on est en présence de compétences linguistiques approximatives que semblent se produire avec relative facilité des malentendus ou des mauvaises interprétations. Dans l'incident transcrit ci-dessous le personnel essaie de mettre à l'aise la personne en se forçant à utiliser quelques mots dans l'une des langues qu'elle connaît (en français, s'agissant d'une patiente marocaine), mais il y a des conventions d'usage qui comportent des glissements sémantiques.

La maman était hospitalisée et les infirmières et les médecins gentiment passaient souvent voir comment elle allait. Peut-être pour la mettre à son aise, ils lui disaient quelques mots en français et "Ça va?" pour lui demander si tout allait bien. Mais chez nous au 'ça va', on répond en disant 'ça va' et ça ne veut pas forcément dire que tout va bien, c'est seulement une façon de répondre. "Ça va?", "Ça va". Et ainsi, maman n'arrivait jamais à dire qu'elle n'allait pas bien. Elle disait "Ça va" et les infirmières partaient, convaincues qu'elle leur avait dit que tout allait bien.

Une plus grande familiarité avec des langues différentes de celle pratiquée dans l'interaction peut, en particulier, provoquer des Interférences linguistiques, avec une sorte d'intrusion dans le système de références d'une de celui de l'autre, ce qui peut soit nuire, soit faciliter la compréhension. Dans l'exemple que nous allons évoquer ci-dessous la mécompréhension paraît évidente et revêt la forme d'un véritable et spécifique malentendu. Au cours de la rencontre avec le groupe de femmes marocaines à Padoue, une participante a raconté l'expérience suivante :

J'étais enceinte et je me suis présentée pour un contrôle par échographie. J'y suis allée sans mon mari. J'avais deux enfants, deux jumeaux. Le docteur a fait sa visite, il faisait l'échographie et répétait tout le temps : "il bouge, il bouge". J'étais terrorisée et lui continuait à dire "il bouge, il bouge". Je suis rentrée à la maison très effrayée, j'avais très, très peur, je pensais "il y en a un de vivant et l'autre est mort". J'ai compris des jours plus tard que le docteur disait que tout allait bien "il bouge" et pas "c'est mauvais".

La patiente a relaté cette histoire de manière plutôt comique. En effet, le recul pris quant à la situation, le soulagement pour sa résolution heureuse, lui permettait finalement de l'exprimer avec un certain détachement. Néanmoins, elle l'avait vécue très dramatiquement, et envahie par une peur véritable et sincère, elle était demeurée dans l'inquiétude pendant plusieurs jours avant de pouvoir en saisir le malentendu sous-jacent.

La langue maternelle de cette femme est l'arabe mais comme de nombreux émigrés en provenance du Maroc, elle possède une certaine familiarité (mais pas une maîtrise complète) de la langue française. L'italien « *si muove* » (*il bouge*) offre une prononciation très proche du français « *c'est mauvais* » et la ressemblance a probablement été renforcée par l'accent vénitien du médecin (*se move*) mais le sens des deux expressions s'avère très différent. Dans le premier cas, il indique une situation de totale normalité (le fœtus "si muove"- il bouge : comme cela doit être), dans le second, une grave pathologie ("c'est mauvais" : ça ne va pas, 'c'est grave, qui devient même dans les frayeurs de la mère : "il est mort"). Son interprétation semble ensuite se confirmer à cause – comme elle l'affirme elle-même dans la suite du récit – de la grossesse gémellaire et le médecin répétant avec insistance "il bouge", à propos de l'un des deux fœtus entretenait ainsi l'idée que seul l'un d'entre eux se portait bien (étant donné qu'elle voyait effectivement un fœtus qui bougeait à l'échographie) et que l'autre était mort, ce qui explique la terreur ressentie. Il est probable que ce type de « *gaffes* » soit plus fréquent qu'on ne l'imagine et advienne davantage lorsqu'on prête moins attention aux nuances du langage, sous-estime le domaine de la compétence linguistique et qu'on s'imagine que "bien ou mal on se comprend" (attitude qui, comme nous l'avons soulignée, dans les chapitres... semble plutôt se retrouver chez les agents hospitaliers).

De l'oralité à l'écriture

Un autre domaine de controverses concerne l'utilisation de la documentation écrite donnée parfois aux usagers : le désagrément de l'oralité s'étend alors au domaine de l'écriture lorsque les attentes des opérateurs, par rapport aux efforts qu'ils ont effectués pour donner les informations aux usagers, ne trouvent pas un équivalent d'efficacité dans le comportement de ces derniers. Dans ce cas, le "*faire semblant de ne pas comprendre*" rejoint l'idée de négligence « Il n'est pas facile avec eux, les choses sont dites, puis redites, parfois nous écrivons aussi pour leur donner la possibilité de mieux comprendre et, quand ils sortent, la première chose qu'ils font est de jeter le papier à la poubelle. » Dans ce type de perceptions on ne tient pas toujours en compte des difficultés linguistiques spécifiques à la forme écrite. Comme l'affirment certains usagers et médiateurs, en fait, il convient de noter également que « *On peut parler plusieurs langues sans nécessairement savoir lire ni écrire* », ou que « *L'italien s'apprend en parlant, lire et écrire est différent, surtout si on a toujours écrit en arabe, ou en chinois, ou en russe ... de toute façon dans des langues qui ont des alphabets différents* ». En outre, s'il est certainement vrai, comme affirment quelques usagers, qui, en général, « *Même celui qui ne sait pas lire a un parent ou un ami qui sait le faire* »,

comme il est apparu au cours de la période d'observation, les dynamiques relationnelles qui caractérisent les événements sont quelquefois telles à laisser particulièrement perplexes par rapport aux capacités/volontés communicatives :

A la fin d'un «tour de visite» un usager qui avait attendu jusqu'à ce moment en salle d'attente interpelle le médecin. L'entretien se déroule à part dans une petite salle. L'usager est visiblement désorienté : il semble comprendre suffisamment bien la langue, mais l'expression du médecin est parfois plutôt «technique», ce qui ne rend pas facile la compréhension effective même pour moi qui suis italien. Le médecin dit à l'usager que la douleur qu'il éprouve ne dépend pas du clou inséré dans le bras, mais du fait que le bras était «frantumato». L'usager continue à éprouver la désorientation. Il lui est littéralement tendu une feuille de papier, écrit à la main, sans autre explication. L'usager demande ce qu'il doit faire pour l'INAIL. Le médecin lui dit de se présenter avec ce papier et le congédie sans rien ajouter. Plus tard, je vois le patient dans le couloir qui demande un peu à tous. A un certain moment il interpelle de nouveau le médecin lequel, à la hâte et de façon dédaigneuse, ajoute une ligne sur la feuille précédemment délivrée au patient et la lui remet à nouveau dans sa main. Après cette nouvelle tentative, le patient continuera à vaguer dans le couloir pour demander des explications à toute personne qu'il rencontre et qui porte une blouse de laboratoire.

Communication

Ce qui a été énoncé au sujet de la dimension du verbal s'applique aussi au non-verbal ; il est plutôt fréquent, au contraire, surtout de la part des professionnels, d'attribuer un caractère d'universalité à la communication non verbale. Les professionnels, peut-être en raison de leur «italianité», utilisent habituellement la gestualité pour communiquer et, si on va voir ce qu'ils disent eux-mêmes, essaient souvent de palier les lacunes linguistiques en recourant au non-verbal qui leur semble ne pas présenter de difficultés intrinsèques. Celui non-verbal aussi, néanmoins, est un langage et, en tant que tel, il n'est pas sans pièges et complications; par conséquent, à ce niveau aussi, il se produit des situations de mécompréhension et d'équivoque, qui sont plus difficiles à reconnaître si on se sert d'une idée d'universalité. Un exemple d'épisode de ce type de difficulté est le suivant, qui a été signalé par la famille d'un usager âgé:

Ma mère ne parle pas italien, elle le comprend un peu, mais elle ne le parle pas. Elle était hospitalisée et le matin elle avait une petite fiche rouge parce qu'elle devait rester à jeun, peut-être à cause d'un prélèvement, je ne me rappelle pas bien. Je suis arrivée vers 18 heures et elle n'avait pas mangé. Elle pleurait...

J'ai dit : « Maman, qu'est-ce qu'il y a ? »

Maman me dit : « Ils ne m'ont pas donné à manger. Je sais que je peux manger depuis ce matin et je n'ai pas mangé ».

Elle est âgée, elle a du diabète, elle pleurait. Alors, je vais voir l'infirmière et je lui demande « Excusez-moi, ma mère n'a pas encore mangé, il y a un problème ? »

L'infirmière me dit : « Pauvre maman, elle avait envie de vomir, elle avait la nausée tout le temps, elle ne pouvait pas manger ».

Alors je suis retournée voir maman et elle me dit « Mais quelle nausée ? ... » et elle m'explique que quand l'infirmière était venue la voir, elle avait faim et elle faisait un geste avec ses mains près de l'estomac pour dire « faim, très faim ... » [en déplaçant la main de bas en haut à hauteur de l'estomac].

Les infirmières ont cru qu'elle avait la nausée ... et ne lui ont pas donné à manger.

Cette histoire présente de l'intérêt parce qu'elle montre clairement que la même mimique peut provoquer dans un même contexte des significations différentes mais toutes aussi plausibles. L'incident révèle la présence du «double malentendu» dont parlent Jankelewitch et La Cecla : une situation qui prend la forme d'une équivoque par le fait qu'aucun des interlocuteurs n'est en condition de pouvoir s'apercevoir de ce qui est en train de se passer dans le cadre de la relation. La patiente réitère son geste et

entend ainsi communiquer une sensation de faim qui devient toujours plus forte, au point que son malaise augmente progressivement tout au long de la journée jusqu'à ce qu'elle soit en larmes à l'arrivée de sa fille. L'infirmière, par ailleurs, comprend le geste de la patiente comme l'indication d'une envie de vomir, et pour ne justement pas lui créer un autre trouble, ne répond volontairement pas à ce que la malade pense demander. Tout comportement de la première renforce l'interprétation de l'autre et vice-versa, dans un jeu circulaire et faussé. Cet exemple constitue une sorte de signal d'alarme parce qu'il démontre que sans l'intervention d'un tiers, la méprise ne se serait pas révélée sous sa forme d'équivoque : les deux interlocutrices seraient restées sur leurs positions sans absolument parvenir à se rendre compte du mécanisme amorcé et au moment de sa sortie la patiente aurait probablement gardé en mémoire l'idée forte d'un fonctionnement institutionnel en partie hostile et/ou inhospitalier. Quant à l'infirmière, en revanche, elle aurait été persuadée d'avoir adopté la bonne conduite adaptée aux besoins de l'utilisatrice. L'idée d'une méprise implicitement présente dans la dynamique communicative n'aurait en aucune manière effleuré les personnes, ce qui aurait accru la conviction qu'il est possible à travers la gestuelle de se comprendre sans difficultés. Probablement au terme de l'épisode, d'un côté comme de l'autre, aucun incident lié à la problématique non verbale de la communication n'aurait été à signaler, et celui-ci aurait donc assumé d'autres significations.

Verbale ou non-verbale qu'il soit, un domaine de mécompréhension réel/potentiel est ensuite représenté par les diverses habitudes d'utiliser les formes de consentement. Certains opérateurs se sont révélés être conscients du fait que peuvent se présenter des problèmes à ce niveau et ont signalé que dans diverses circonstances ils ont eu quelques perplexités quant à la façon d'entendre le «oui» qui a été exprimé à plusieurs reprises (qu'il soit verbal ou non-verbal) : *Ce qui m'a compliqué la tâche c'est que je me demandais si mes questions étaient comprises ; parce que la maman répondait "oui, oui" à tout ce qu'on lui disait sans tenir compte (d'après mon sentiment personnel) de nos questions.* Derrière ce type de situation, comme l'affirment surtout les médiateurs linguistico-culturels, se situent soit des difficultés de compréhension (*Les personnes même alphabétisées n'ont pas la possibilité/capacité de s'exprimer par manque de connaissance de la langue. Par exemple, des incidents surviennent où le médecin demande « Tu as mal au ventre ? Où? » et même autre chose et la réponse est toujours et seulement « Oui »*), soit des habitudes trompeuses (*Souvent les usagers continuent à dire « oui », même s'ils n'ont pas compris ce que dit l'agent hospitalier : on est « obligé » d'être obéissant parce que l'autre nous a sauvé la vie*). Ce type de circonstances se produit avec une fréquence relative. A elles correspondent des différentes stratégies de la part des opérateurs. Certains ressentent la nécessité d'aller vérifier ce qui est exprimé : *« Au cours de la visite/soins, le médecin de garde demande au patient si le soin pour sa blessure a bien été effectué la veille, puis il affirme 'il faut le faire un jour oui un jour non' . Le patient répond oui, le médecin veille alors à vérifier la pertinence de la réponse en consultant le dossier du malade et s'aperçoit qu'aucun traitement n'a été fait »* ; d'autres montrent qu'ils n'ont pas conscience du problème, ce qui entraîne l'apparition d'interprétations pour lesquelles on tend facilement à penser que se vérifient des comportements de ruses/non collaboratifs de la part des usagers (surtout si on s'étend du domaine strictement clinique en allant comprendre l'ensemble de tous les comportements qui se produisent dans le milieu hospitalier, par exemple en ce qui concerne les directives sur les procédures hygiéniques ou alimentaires ou à celles relatives à la présence de formes spécifiques de la réglementation de la vie du pavillon).

Dans les interactions, la dimension linguistique a un rôle particulièrement important, par conséquent, on tend, avec facilité, à effectuer de manière implicite une superposition

entre langage et communication. Mais la communication n'est pas seulement langage et la superposition opérée fait perdre de vue l'ampleur des problématiques inhérentes au premier axiome de la pragmatique de la communication humaine (« On ne peut ne pas communiquer ») et le fait que le domaine de la communication est plus vaste que celui relatif aux différents aspects liés aux contenus des messages. En ce sens, émergent au premier plan la dimension de l'écoute et celle de la relation au sens large.

Les usagers se plaignent quelquefois d'un «*manque d'écoute*» de la part des opérateurs. Ce type de problème n'est pas, bien sûr, reductible à la simple dimension de l'enregistrement auditif de ce qui est affirmé et met en jeu toute la question de l'écoute active. Il s'agit d'une question qui est particulièrement problématique dans l'interaction entre opérateur autochtone et usager immigré, puisque, comme cela se produit normalement dans les systèmes complexes, les références de l'un ne sont pas nécessairement les mêmes que celles de l'autre. Le problème est présenté en ces termes surtout par les figures de médiation, lesquelles effectuent quelquefois des observations dans ce sens, comme il en résulte de ce qui suit:

Les médecins ont besoin d'une formation pour les enlever les préjugés qu'ils ont dans leur tête, parce que, ainsi, ils peuvent écouter. Les médecins n'ont pas la patience d'écouter de façon à «lire la question». Ils ont leur propre idée/imagination, peut-être basée sur des stéréotypes et ceci agit comme une barrière et il y a la non-écoute. Le patient arrive, raconte les symptômes et le médecin n'écoute pas vraiment, «ne re-lie pas, et prescrit une analyse à faire qui peut-être n'a rien à voir avec le problème ; le patient va faire l'examen et apporte les résultats au médecin, lequel affirme que tout va bien ; alors le patient va voir un autre médecin qui fait la même chose, mais le problème continue à être là ; le patient change, va chez un autre, répète la question, le médecin fait la même chose ...

Relation

En étendant le discours à la dimension relationnelle dans un sens large, les problèmes ne manquent pas. Lorsque les usagers font part de leur insatisfaction tendent, en effet, de se référer non pas tant à la manière dont ils sont traités sur un plan strictement médical mais plus particulièrement au comportement du personnel hospitalier (médecins compris) à leur égard et expriment tout ceci en parlant de “manque d’humanité” et en tendant souvent à rapprocher ce style relationnel à leur condition d’étrangers alors que pour d’autres il apparaît généralisé.

Nos femmes qui viennent aux ambulatoires [hospitalières] se sentent en réalité négligées, ne se sentent pas assistées, elles se sentent maltraitées. Il y a une froideur, les opérateurs sont arrogants ; pour les opérateurs elles «ne sont pas des êtres humains».

Tu dois pouvoir t'ouvrir à celui qui soigne, ne pas avoir de résistances ... et ceci dépend de comment il t'accueille... t'abandonne s'il n'est pas trop professionnel, au contraire il te considère comme n'importe qui, soigne seulement le niveau matériel, pas le rapport, il n'y a pas d'humanité.

Conformément à ces expressions d'insatisfaction, les reliefs effectués au cours de la période d'observation ont mis en évidence la présence d'un style de déni qui, même s'il n'est pas généralisé, est significativement présent, jusqu'à résulter, quelquefois, envahissant au point de ne même plus percevoir la présence de la non-interaction.

Visite d'un enfant nigérian menée en présence de sa mère et d'un autre opérateur, ainsi que la mienne. J'ai déjà suivi ce cas à un moment précédent et, dans ce contexte, j'ai pu voir que la mère est partiellement en mesure de comprendre l'italien et a répondu aux questions qui lui étaient posées parlant quelquefois en italien, quelquefois en anglais ;

quand, au contraire, elle a parlé au téléphone, elle n'a utilisé ni l'italien, ni l'anglais, mais une langue ethnique (probablement l'igbo).

Lors de la visite, je suis frappée par le style d'interaction: le rapport avec l'enfant est résolu dans les aspects de manipulation technique et la mère n'est pas beaucoup prise en considération. Le médecin la sollicite peu (presque rien) et les observations sont toujours dirigées vers l'autre opérateur. Même quand il utilise un langage très simple, en disant par exemple «Il ne doit pas apprendre à rester debout maintenant, il doit apprendre à rester assis », son interlocuteur n'est pas la mère, mais l'autre opérateur. Il donne l'impression de suivre son schéma d'interprétation plutôt que demander/écouter. Sa façon de se mettre en relation me fait penser, entre autre, que c'est comme si il avait à l'esprit que tout le problème de l'enfant est dû à des postures qui sont imposées de façon inadéquate de la mère à l'enfant, mais, néanmoins, il ne se confronte pas du tout avec la mère. A la fin de la consultation il suggère d'effectuer aussi un examen de la vue et éventuellement un examen de la physiothérapie. Même dans ce cas il ne s'adresse jamais à la mère, mais seulement à l'opérateur, puis il sort sans rien ajouter.

Un style qui, quelquefois, vient à phagocyter la présence même du médiateur:

Visite ambulatoire avec la présence du médiateur. En plus du patient, du médiateur et moi il y a 4 autres personnes (1 homme + 3 femmes) en blouse blanche. J'imagine que ce sont un médecin interne et trois en spécialisation ou stagiaires. La personne en blouse blanche que j'identifie comme médecin interne pose une série de questions au patient et, ce faisant, continue de mâcher du chewing gum, désagréablement. Les questions posées au patient sont entrecoupées de commentaires sur les réponses que je perçois comme plutôt désobligeantes, comme lorsque, en réponse au fait que la patiente n'a pas avec elle aucune documentation des contrôles qu'elle dit avoir effectué dans son pays d'origine, il affirme, en continuant visiblement en mâchant son chewing-gum: «Les mots, le vent les emporta ». La patiente se fait asseoir sur le lit d'examen pour effectuer une visite gynécologique, qui est exécutée par le seul homme du groupe, tandis que les deux autres femmes restent à côté. Le médecin qui précédemment avait posé les questions reste assis à son bureau, de même que le médiateur ; la visite, donc, se déroule sans que le médiateur écoute ce qui est dit et, ni moins, il le traduit. Personne ne sollicite ses services. Pendant que s'effectue la visite le médiateur et le médecin parlent entre eux sans interruption d'autres choses, en faisant de constantes références aux problèmes avec les étrangers et en formulant aussi des affirmations très désagréables dans ce sens, sans montrer de se préoccuper du contexte («Les hommes maghrébins filtrent les informations qui passent à leurs femmes, mais tiennent à montrer qu'ils sont fidèles et corrects», « La Chine est un monde soi-disant moderne, mais elle a de terribles incrustations archaïques... la femme est terriblement seule et n'est pas autorisée à se plaindre ... ils ont des situations proches de l'esclavage ... il faudrait étudier l'attachement mère-enfant »). Cette situation continue pour toute la durée de la visite, sans qu'il ne soit jamais rien demandé au patient. Il y a une très forte climatisation (je me demande si la patiente n'a pas froid, étant à moitié nue sur le lit d'examen). Le contexte est froid à tous les égards.

Après l'examen gynécologique c'est le médecin/stagiaires homme à s'asseoir au bureau pour terminer de remplir les formulaires. L'interaction est «sèche»: questions-réponses avec la traduction, qui, je suppose littérale, par le médiateur (les questions du médecin sont courtes, les réponses ne sont guère plus que des monosyllabes). À un moment donné c'est au patient de demander quelque chose et le médiateur traduit en demandant: «Y a-t-il des problèmes? ». La réponse du médecin est: «Elle doit faire échographie. J'ai vu rapidement ». Après quelques autres questions afin de recueillir les informations prévues par les modules, le patient demande à nouveau quelque chose et le médiateur demande à nouveau s'il y a quelque problème. Réponse: «Non. Elle doit revenir dans trois semaines avec les examens effectués ». Alors le médiateur demande à nouveau: «Ce que vous avez vu, va bien? ». Réponse: «Il semble plus petit ». Tout se passe sans que le médecin/stagiaire ne regarde jamais le patient : il a la tête toujours figée sur le formulaire à remplir, il écrit et parle en écrivant sans jamais lever la tête. A la fin il tend un formulaire afin qu'il soit signé par le patient.

Nous sortons de l'ambulatorio. Dans le couloir il y a d'autres patients en attente qui, à peine ils aperçoivent nos blouses blanches nous arrêtent pour nous demander des informations. Cependant, nous n'avons pas les informations à propos de ce qu'ils demandent. Nous sortons et je ne comprends pas comment se déroule la gestion de la situation de la part du

médiateur, parce qu'il s'arrête un peu à parler avec le patient sans traduire et immédiatement dit qu'il doit s'en aller rapidement sans que je ne puisse lui demander quoi que ce soit. Il ne passe même pas au bureau pour remettre le formulaire attestant de l'exécution de la prestation.

Le manque d'interaction, d'autre part, ne peut pas être considéré simplement de la même manière qu'une interaction manquante, donc il ne peut pas ne pas se produire des effets dans la perception et l'interprétation des situations. Comme affirment les médiateurs, et comme il en résulte des mêmes conversations effectuées avec les usagers, cette carence va, avec facilité, alimenter un circuit interprétatif qui à son tour corrobore l'idée d'un comportement différentiel au détriment de la propre catégorie d'appartenance: *«Les patients étrangers sentent le manque du «côté humain». Ils pensent qu'ils sont mal traités parce qu'ils sont étrangers et non pas parce que c'est un fait général de se comporter d'une certaine manière»*. Ce type de perception apporte avec lui un des problèmes rencontrés avec récurrence: la perception du racisme.

Une question centrale

Les opérateurs font très souvent référence à des accusations qui leurs sont faites par des usagers immigrés et reconnaissent rarement la validité de tels reproches. Les épisodes auxquels ils se réfèrent, en général ne sont pas décrits de manière analytique et, par conséquent, il apparaît difficile de comprendre ce qui s'est réellement passé; d'autre part il n'y a pas des raisons pour penser que ce que disent les professionnels est erroné, ni que les usagers n'ont pas des motifs de formuler leurs accusations et que, au de là de l'auto-perception des opérateurs, il puisse exister des aspects cachés ou inconscients de discrimination (comme, d'autre part, il en ressort des considérations même de certains opérateurs en référence à quelques collègues). Un autre facteur qui semble être significativement présent est, par ailleurs, ce que certains opérateurs ont qualifié de "préjugé préventif" dans la perception des usagers (*«Il m'arrive souvent de discuter surtout avec les usagers étrangers parce qu'ils disent qu'ils sont appelés après les autres (...) L'utilisateur étranger part déjà avec l'idée qu'il sera appelé ou suivi d'une autre manière, et nous opérateurs, nous partons déjà avec l'idée d'être offensés et devoir discuter.»*) et qui trouve une reconnaissance aussi dans les considérations de quelques usagers (*«... se crée ainsi un 'préjudice', préventif selon lequel les femmes s'attendent à être traitées pires que les italiennes justement parce qu'elles sont étrangères, donc elles vont tout de suite – préventivement – à l'attaque. Il ya un soupçon initial qui se crée sur la base de l'idée/du fait – puisqu'il ya aussi des opérateurs racistes – que 'nous étrangers sommes mal traités'»*).

La casuistique des situations dont font référence les opérateurs, bien qu'étant plutôt élargie, concerne surtout la dimension administrative: les circonstances dans lesquelles on demande des contributions pour les prestations, celles qui donnent lieu à des attentes, ainsi que celles qui requièrent le respect d'autres règles particulières ou qui présentent des problèmes d'organisation; les accusations/les épisodes de racisme énoncés peuvent également être analysés en lien avec une série de carences relationnelles et informationnelles qui caractérisent généralement la relation professionnel-usager, plutôt qu'en raison de l'appartenance géographique-culturelle des interlocuteurs. Les usagers, d'autre part, ont tendance à se référer à des situations liées à la procédure de diagnostic et au relatif parcours des soins qu'à la dimension administrative, et les accusations évoquées introduisent, en revanche, des questions qui orientent vers (que cela soit justifié ou pas) la provenance géographique et vers la présence d'éventuels stéréotypes, comme il advient pour des déclarations analogues à ce qui suit:

On dit que beaucoup d'africains sont amenés immédiatement à la zone infectieuse. Les Africains se sont mis ceci dans leur tête, ils s'attendent à ceci... Ils disent souvent que, même s'ils n'ont pas des maladies infectieuses on les amène dans la zone infectieuse parce qu'ils sont étrangers, étranger = sale ... = SIDA. Quand ils arrivent aux Urgences immédiatement on les envoie dans la zone infectieuse.

L'insatisfaction au niveau de la relation est généralisée, au point que les agents hospitaliers ne signalent pas seulement les accusations de racisme dont ils font l'objet mais aussi de fréquents incidents où les usagers font preuve de manque d'éducation à leur égard, de formes d'arrogance et d'agressivité, de suffisance et d'insistance excessive. Les usagers, quant à eux, parlent de manière abstraite de la mauvaise éducation des professionnels, les taxant aussi de manque de sensibilité, de méchanceté et d'incivilité. Ce qui prend forme est, par conséquent, une thématique plus vaste que celle du racisme, qui concerne une sorte d'impolitesse généralisée dans le rapport à l'altérité. Le manque d'éducation dans la relation n'est pas seulement lié à la diversité culturelle au sens strict mais aussi à une rigidité communicative qui révèle la difficulté de sortir de son propre système de références et d'identifier et de réaliser des stratégies comportementales et communicatives différenciées. Le manque de ressources diversifiées, à utiliser au niveau relationnel, implique que des situations d'*escalation* de l'agressivité s'amorcent et des situations de malaise et d'agressivité ont été constatées davantage dans des secteurs hospitaliers que d'autres (comme le service d'Urgence).

STYLE D'ORGANISATION

Au-delà de la subsistance du droit, la prise de conscience de son existence et la réelle possibilité de l'exercer sont également sur le point d'influer sur le parcours réel du soin. Parmi les facteurs qui conditionnent les possibilités et les modalités d'utilisation des services de santé il faut, alors, inclure ceux de nature organisationnelle, lesquels offrent aussi le cadre structurel qui conditionne la forme des relations.

Problèmes administratifs

En déplaçant la question linguistico-communicative de la dimension interpersonnelle à celle organisationnelle, émerge le problème de la diffusion des informations déjà au simple niveau des indications de base pour s'orienter à l'intérieur de la structure. Comme certains opérateurs le relèvent de façon explicite, il s'agit d'un problème qui n'affecte pas seulement la population *immigrée* («*En vérité, le problème de logistique est très ressenti même par l'utilisateur italien ... pavillons et services de la structure sont disloqués de manière incompréhensible, ne parlons même pas des panneaux de signalisation*»), mais que «*l'utilisateur étranger affronte constamment*» de façon amplifiée. En plus d'être entravé par l'absence d'une signalisation multilingue et par la présence de discontinuités terminologiques et organisationnelles, l'immigré doit faire face, en fait, avec le manque de partage de spécificités habituelles et jargons. Ce n'est pas par hasard que pendant la période d'observation, nous avons souvent rencontré des usagers qui rebondissaient d'un bureau à l'autre à la laborieuse recherche d'indications qui, si elles n'étaient pas tout à fait absentes, cependant, étaient véhiculées de manière inadaptée et inefficace.

Plusieurs difficultés se vérifient également dans le cadre, apparemment simple et extrêmement formalisé, de l'inscription des usagers dans le registre sanitaire. L'enregistrement du nom et prénom de l'utilisateur a plusieurs pièges, de sorte qu'il se produit, avec une fréquence relative, des incohérences, lesquelles peuvent être soit le résultat de fausses déclarations, soit de difficultés dans le passage de la déclaration orale à la forme écrite et informatisée, soit de différentes modalités de structurer l'articulation nom-prénom qui sont présentes dans les cultures. Il ne manque pas des cas où le refus de fournir ses propres données personnelles est tout à fait plausible et évident («*Les patients ne donnent pas intentionnellement les généralités, ils en donnent de fausses*»), d'autre part on trouve aussi des situations dans lesquelles l'habitude d'utiliser le propre système d'orientation fait perdre de vue son caractère arbitraire, en tendant à le 'naturaliser' et en donnant forme à un système précis d'attentes. Dans ces cas, les opérateurs ne se rendent pas compte des erreurs qu'ils commettent eux-mêmes (par exemple en écrivant collé, comme s'il s'agissait d'un seul, des noms articulés) et aussi les mêmes usagers causent en bonne foi des incohérences (par exemple pour la présence de plusieurs formes de translittération dans le passage de l'oralité à l'écriture, ou en ce qui concerne la difficulté à identifier ce qui peut être considéré comme le nom ou le prénom parmi les nombreuses appellations utilisées). Une erreur typique, en ce sens, est celle qui se présente avec les usagers africains de la zone francophone: dans ces cas, à la variabilité propre aux systèmes culturels traditionnels s'ajoute celle des cultures

colonisatrices, qui introduisent de nouvelles habitudes, qui sont largement comparables à celles italiennes, mais en même temps, dotées de nuances spécifiques :

Pour les francophones «le nom» est le 'cognome' (nom de famille), nom correspond à ce que pour les italiens est 'cognome', tandis que le terme prénom traduit notre 'nom'. Alors on fait une grande confusion. [...] En Italie, sur les registres (carte d'identité, carte sanitaire ...) on trouve d'abord le nom et ensuite le prénom. Si vous posez des questions aux Africains, ils vous diront toujours le contraire. Ils diront toujours «non, non, ce n'est pas mon prénom Parce que ceci est le système français, nous, nous avons le système français. Parfois nous envoyons de l'argent par Western Union, et puis là bas, lorsque la personne se présente pour le retirer, parce que c'est tout le contraire, il ne lui donne pas l'argent. Maintenant, avec le temps, nous avons compris. Lorsque j'envoie de l'argent à ma sœur au lieu de mettre A B C, je mets B C A, c'est-à-dire je change l'ordre du prénom, du nom et de l'autre prénom, sinon l'argent quand il arrive en Afrique elle ne réussit pas à le récupérer, parce qu'il semble avoir été envoyé à une autre personne.

Tout ceci rend difficile - parfois impossible – de repérer les enregistrements précédents à travers le système informatique, par conséquent se créent des problèmes de caractères administratifs et aussi des difficultés de caractères cliniques, à cause de la conséquente difficulté/impossibilité de reconstruction de l'itinéraire thérapeutique.

Outre le nom et prénom, la date de naissance aussi est l'un des éléments d'information qui est utilisé pour l'identification précise de chaque cas et que le système informatique enregistre sans aucune possibilité de modification, mais la documentation formelle des données personnelles et la réalité ne coïncident pas toujours également en ce qui concerne l'âge des usagers. Même dans ces cas il semble y avoir une combinaison de plusieurs raisons, allant des facteurs culturels liés au niveau d'importance et aux différentes significations attribuées à cette information (« il m'est arrivé d'avoir été appelé dans la salle d'Urgence parce que était arrivée une fille Rom analphabète. Elle n'avait aucun document, ne savait même pas quand elle était née » ; «Pour vous, la fête d'anniversaire est une chose importante, chez nous non. Les gens ne savent même pas quand ils sont nés et ne se soucient pas de le savoir ») à la dissimulation réelle perpétrée pour des raisons diverses:

L'âge d'état civil ne correspond jamais. Avant de commencer à faire de la médiation je donne toujours des informations sur l'importance de dire le vrai âge, de raconter au médecin quel est l'âge réel. Par exemple, il peut arriver que se présente une nigériane âgée de 35 ans qui tombe enceinte, mais que sur le papier, dans les documents, elle en a 25. Dans les documents, il n'y a pas l'âge juste. Les raisons peuvent être multiples, elles sont liées à la recherche de l'emploi (si on est plus jeune, il y a plus de chances de trouver un emploi), ou à la nécessité de dire de ne pas être des mineurs (par exemple dans les cas de prostitution). Dans un cas, l'âge déclaré sera inférieur au vrai, dans l'autre il sera supérieur.

L'enregistrement des usagers est donc imbibé de problématiques. Les difformités qui se vérifient avec des divers enregistrements ont montré une variété de raisons, et il n'est pas toujours clair jusqu'à quel point interviennent des facteurs d'inattention, des difficultés réelles et de l'intentionnalité dissimulatrice. Dans tous les cas, ce qui est souvent déterminant dans la mise au point du problème, là où émerge un certain écart, est la clé de l'interprétation que chaque opérateur se dispose à adopter, surtout en rapport au fait qu'il y ait disponibilité/capacité ou moins, pour sa part, à considérer le problème comme le résultat d'une complexité inhérente à la situation ou comme due à une intentionnalité frauduleuse.

Le traitement de la documentation sur l'accès aux différents services est aussi assez difficile. Il y a plusieurs facteurs qui peuvent rendre peu compréhensible le dessin de la procédure, à la fois du versant de l'utilisateur et de celui des opérateurs, parmi lesquels il y

a la complexité de la législation et de la casuistique, la variété des documents à exhiber et le manque de correspondance entre ce qui est prévu au niveau juridique et ce qui se vérifie réellement. Même la présence régulière est régie par une série complexe, prévoyant des catégories d'inscription au sein du Service Sanitaire National, diverses certifications européennes, des documents qui prévoient des accords avec des pays tiers, etc. Un sujet de préoccupation particulier est ensuite formé par les soi-disant étrangers en situation irrégulière, pour lesquels il est prévu d'avoir accès à des cartes spécifiques avec des codes d'accès aux prestations des services sanitaires valables au niveau national, mais auxquels correspondent aussi des caractéristiques définies sur une base régionale. Dans l'enchevêtrement de ces situations, les problèmes qui se posent souvent concernent la demande - pas toujours due - de documents spécifiques et les difficultés à comprendre ce que sont les véritables raisons pour lesquelles il n'est pas fourni ce qui est nécessaire et comment agir en conséquence. Chaque opérateur dans ce domaine, a montré d'agir plus sur la base d'un 'bricolage' dicté par ce qu'il juge approprié en relation aux informations - incomplètes - détenues, que par l'activation d'autres ressources. D'autre part, les moyens mis en place pour aider les opérateurs dans leur difficile tâche ne sont pas nombreux et les opérateurs eux-mêmes déclarent se sentir parfois « *abandonnés par la structure* ». Il faut également ajouter que les ressources ne sont pas toujours connues (dans une bonne mesure, pour un défaut de communication).

Madame x, albanaise, est en visite chez son frère qui vit comme régulier en Italie ; elle est ensuite hospitalisée et, diagnostiquée comme ayant une insuffisance rénale chronique, entre en dialyse péritonéale ; la demande plus urgente est qu'elle entre dans la liste de transplantation dès que possible. Elle est clandestine et une carte sanitaire S.T.P. lui est délivrée. Je m'occupe de la mise sur la liste, cela signifie programmer tous les examens nécessaires prévus par un protocole précis. Les difficultés rencontrées ont été, examen par examen, de faire la demande et avoir les rendez-vous, étant donné que même les collègues du C.U.P., à leur tour, ne réussissaient pas à l'insérer dans le système électronique parce que sans l'exemption demandée dans ce genre de cas). Toutes les personnes de référence, médecin et collègues, n'avaient pas, comme moi, d'informations suffisantes de type législatif et organisationnel. Une fois qu'on réussit à fixer le rendez-vous au siège de la visite d'examen du diagnostic, je reçois un appel téléphonique pour clarifier comment décharger la prestation, avec une menace de ne pas l'exécuter. Finalement j'en suis venu à bout, mais avec tant d'efforts et d'innombrables doutes parce que personne d'autre que moi n'avait réellement compris ce qu'était la bonne voie à suivre.

Il s'en suit que les types d'erreurs et la variabilité d'opérateur à opérateur soient considérables, à tel point que certains parlent d'une « *véritable anarchie* ».

À la difficulté d'orientation des opérateurs correspond un désarroi tout aussi marqué de la part des usagers. Bien que les opérateurs aient tendance à penser que les gens soient relativement aussi bien informés de leurs droits, et soient, au contraire, prêts à utiliser toute stratégie d'ajournement des normes, l'impression que nous avons acquise à partir d'entretiens menés avec les usagers ne va pas dans ce sens (« Certains d'entre nous ne savent même pas qu'ils doivent avoir la carte sanitaire. Il leur est demandé une carte sanitaire et ils donnent le permis de séjour ; ils ont une carte de santé expirée pendant des mois et peut-être ils s'en rendent compte seulement quand ils sont hospitalisés pour un traitement d'urgence; dans les documents ils ont une ancienne adresse, dans une autre ville où ils n'habitent plus depuis longtemps ... »). Certains témoins parlent explicitement d'un degré élevé de confusion et de difficulté qui imprègne les usagers car il doit être confronté à un système d'organisation des règles très différentes par rapport à celui habituel :

Aller au commissariat de police, prendre le protocole, le remplir, le timbre, aller dans un bureau, non, ce n'est pas ici, vous devez aller dans l'autre, ce n'est pas celui-ci... c'est cet

autre là, assurance ... Venant d'un pays avec une structure très simple, je suis très confus ... répartis selon le type de service auquel je dois recourir. Au Chili, un numéro unique vaut pour la carte d'identité, le passeport, la TVA, le code fiscal ... un seul numéro identifie la personne pour tout. En Italie, il semble y avoir la manie d'inventer de plus en plus de numéros pour embrouiller les gens. [...] C'est une distorsion stupéfiante par rapport à des situations où l'Etat n'existe pas, les gens ne sont pas recensés, les documents sont inexistant, les dates de naissance inconnues. [...] Seulement la simple procédure pour obtenir un permis de séjour, le nombre des bureaux, des cachets, les timbres fiscaux, les photocopies ... On est très confus.

Tout cela, bien entendu, n'élimine pas le fait qu'il se produit aussi des situations de toute autre nature, dans lesquelles la documentation est présentée de manière sciemment/intentionnellement inadéquate, pas nécessairement avec la conscience que cela pourrait avoir pour le parcours de soins (« *Ils se présentent avec le même STP ou avec la même carte sanitaire et ensuite il en résulte que la même personne a été des dizaines de fois dans les Services d'Urgence toujours avec des pathologies différentes* »).

Un moment de la procédure administrative particulièrement difficile et critique met en jeu le paiement des *tickets*. A ce niveau on enregistre une diffuse et concorde signalisation de problématiques de la part des opérateurs, jusqu'à rejoindre des estimations très élevées et même impropres, mais aussi une disparité plutôt désordonnée et contradictoire en ce qui concerne les comportements qui sont mis en place par les opérateurs eux-mêmes. Un des problèmes qui est en amont de cette situation semble résider dans une insuffisante ou inadéquate possession de l'information, par conséquent les opérateurs semblent procéder, au moins en partie, sur la base d'une 'bouche à oreille' qui, en tant que telle, ne peut pas fournir des garanties pour la mise en œuvre d'un fonctionnement correct.

Au moment de l'acceptation d'un usager africain (Congo) avec STP, l'opérateur au guichet fait savoir qu'il doit payer le ticket pour visite et radiographie avant d'entrer dans l'ambulatorio. Le patient fait clairement comprendre qu'il ne paie pas le ticket parce qu'il ne l'a jamais payé. L'opérateur s'oppose et dit qu'il se trompe, ce montant doit être payé et l'autre insiste convaincu. L'opérateur vient à moi, qui en tant que coordinatrice du service je dois en quelque sorte résoudre le problème [...]. Je demande à parler avec le patient, qui insiste et confirme sa version. Evidemment il est bouleversé, énervé et ... plus encore. Calmement, j'essaie de lui poser une série de questions pour évaluer le bien-fondé de ce qu'il prétend et je clarifie, en m'assurant qu'il me comprenne, que je m'informe pour lui donner des éclaircissements, tout en laissant cependant qu'il fasse son parcours de consultations et visite ambulatoire. Après environ une heure de recherches et demandes aux différents acteurs du service de radiologie, je me rends compte qu'effectivement chaque prestation radiographique non liée à d'autres prestations n'est pas payée par les patients avec STP, mais les factures sont envoyées à la préfecture [...]. C'est fou ça ! Dans la même entreprise, deux parcours différents! Comment transmettre cette information à l'usager ?! Déjà moi, opérateur, j'ai du mal à comprendre et à accepter ?! [...] Je peux imaginer combien de confusion pour lui... et combien d'étrangetés.

Au-delà de cette unique considération, il n'émerge pas une identification particulièrement empathique avec les usagers à l'égard de cette question; toutefois, les opérateurs déclarent aussi de mettre en œuvre ou, tout de même, de voir mettre en œuvre par des collègues, des stratégies d'apaisement par rapport aux plaintes des usagers. Ces voies de réponse, cependant, ne sont pas partagées entre collègues, donc se configure une certaine conflictualité interne à la catégorie, (qui reste à l'état latent, mais qui est une source d'inconfort et de malaise) et aussi une situation générale de confusion qui donne lieu à chaque interprétation possible (avec, aussi, la perception répétée que les usagers recherchent astucieusement d'éluder un devoir précis et, parallèlement, avec la formulation d'accusations de racisme vers les opérateurs).

Problèmes structurels

Parmi les éléments de nature organisationnelle qui influencent la relation, joue un rôle de premier plan le facteur temps. Comme il en résulte évident aussi de la multiplicité de problèmes qui s'additionnent autour de chaque cas, la gestion des situations qui mettent en jeu la présence des usagers immigrés nécessite un surplus de temps à consacrer au traitement de chaque pratique ainsi qu' à l'interaction concrète. Les opérateurs affirment, au contraire, de manière presque universelle, que le temps consacré/décidable à l'interaction est souvent insuffisant et fait obstacle à la déclinaison d'une dynamique relationnelle positive (« *Quelque soit la « bonne volonté » de notre part, nous infirmières, c'est le temps qui nous manque et, selon moi, est le 'point focal' des problématiques pour comprendre plus en détail le patient étranger* »), en plus de la possibilité à fournir toutes les informations nécessaires pour procéder avec efficacité dans le parcours (« *On doit parfois avoir un peu plus de temps pour expliquer les procédures de l'examen avant son exécution parce qu'ils sont moins informés* »). Le peu de temps réservé à l'information implique une insuffisance d'explication et de compréhension qui se traduit par des passages répétés dans les différents guichets, par l'interlocution avec une multiplicité d'opérateurs, par l'invalidation des procédures, leur renvoi ou la répétition des mêmes examens, avec l'inconfort de tous et la paradoxale conséquence de faire assumer une tendance exponentielle au même calcul du temps. Comme dans une sorte d'auto mécompréhension interne à la structure, tend, ainsi, à prendre forme un processus relativement paradoxal: une effective «perte de temps» justement en vertu des stratégies d'endiguement des temps.

Toujours en relation avec la question du «temps», les opérateurs rapportent avec fréquence la survenance des difficultés dans leur travail là où ils ont à faire avec le problème du respect des dates et des heures fixées pour les visites ou pour effectuer d'autres prestations, ainsi que toute autre activité du pavillon qui prévoit une organisation des horaires . (« *Le patient étranger, généralement, ne respecte pas la date et l'heure des rendez-vous, utilisant des excuses de type 'je ne me suis plus rappelé', 'j'avais d'autres choses à faire', 'Je ne sais pas où vous êtes', prétendant toutefois d'effectuer la prestation au moment où il est disponible* »). Au-delà de la généralité de certaines affirmations, ce type de problème remet en question en particulier «la macro-catégorie des 'africains' (« *En particulier les usagers africains ont du mal à suivre l'horaire des prestations, il est arrivé qu'ils se présentent en ambulatoire à 8 heures 30 avec le rendez-vous à 11heures 30 ou pire qu'avec le rendez-vous à 9 heures ils se présentent en ambulatoire à 11heures.* »), c'est- à dire ces groupes d'immigrés en provenance des zones où vaut une "culture du temps" par des caractères relativement particuliers et, cependant, distincts par rapport à ceux habituels du système occidental (« *vous avez les montres, nous avons le temps* »). Le rapport avec celui qui est porteur d'une culture «des montres» et qui, au contraire, témoigne d'adhérer à une culture «du temps» n'est pas facile. D'un côté on a la proportion chronométrique d'un travail hétéro-dirigé qui est organisé en relation avec un calendrier précis, de l'autre coté on rencontre un système essentiellement étranger au calcul du temps et dans lequel les actions répondent à d'autres hiérarchies de sens. Dans le contexte relationnel, cela implique la mise en œuvre de comportements distincts et divergents. Alors que, dans le premier cas, le style de rapport est subordonné nécessairement à la quantité de temps considéré disponible, dans le second, le vaste et indifférencié domaine de la temporalité est subordonné à tout autre exigence et le choix stylistique-relationnel même est prioritaire parce que le temps est considéré comme une ressource largement disponible et n'est sujet d'aucune forme de calcul. Dans ces situations, il peut être considéré comme

évident que se produisent des dérangements (il surprend, plutôt, qu'il ne se produise pas dans un plus grand nombre de cas), jusqu'à l'apparition de véritables formes de mécompréhension. En fait, il devient « normal » pour l'opérateur de s'excuser pour le fait de procéder à la hâte d'autant qu'il « n'a pas le temps », alors que cette tentative de s'amender par rapport à un comportement perçu comme non optimal peut représenter, dans l'autre optique, une véritable aggravation de la situation. Il est offensif qu'« il n'y ait pas de temps », et l'incident de parcours est évité seulement par le fait qu'il est amplement bien connu que, dans le monde occidental, il existe un substantiel manque de délicatesse et capacité relationnelle en vertu du fait d'inverser l'ordre de priorité, à savoir, en donnant la priorité aux montres sur tout autre dimension de la vie. Même sur le plan institutionnel, d'autre part, se vérifient des situations de manque de ponctualité, avec des décalages temporels, des déplacements répétés des rendez-vous et des attentes imprévisibles et incalculables dans leur durée. Ce genre de situation met en cause de la même façon autochtones et immigrés, mais ce qui semble changer, dans les deux cas, c'est le genre de réponse qui s'en suit, puisque, dans les situations impliquant les usagers non-italiens, l'obstacle rencontré semble donner lieu à une chaîne de problèmes, qui peuvent eux-mêmes se limiter uniquement à la seule dynamique relationnelle (encore une fois avec le développement d'éventuelles perceptions et accusations de racisme) ou même se répercuter sur la poursuite du parcours emprunté par l'utilisateur (avec le renvoi des prestations dont l'exécution va à l'encontre de la répétition des obstacles liés à la gestion du temps).

A côté du temps, l'autre axe cartésien de l'organisation institutionnelle est représenté par l'espace. La gestion et l'organisation des espaces manifestent elles aussi un certain manque d'attention et d'inadéquation, et aussi dans ce cas le problème qui se produit manifeste des analogies par rapport à la population autochtone et des spécificités, ou des aggravations, par rapport aux usagers immigrés. Dans ce contexte un discours en soi peut être effectué en relation aux ameublements et, en particulier, à la connotation religieuse des espaces, parce que certains d'entre eux se sont révélés comme extrêmement chargés de symboles religieux associés avec le Christianisme. Cet aspect, qui comprend aussi la question du Crucifix (un problème qui est généralement très débattu dans d'autres domaines), en réalité n'a pas soulevé de nombreuses considérations problématiques du côté des usagers (*« Nous sommes contents si le crucifix reste là. Une personne n'est pas un musulman s'il ne reconnaît pas la prophétie de Jésus... »*), Mais les médiateurs ont parfois fait remarquer que *« Les usagers se sentent offensés par la présence des crucifix, ils sont sources d'inconfort. Ils ont pudeur/respect, pour cela ils n'en parlent pas »*. Si les surabondances n'ont été que rarement remarquées, les absences semblent, au contraire, passer moins inaperçues et les opérateurs ont parlé plusieurs fois de l'absence de zones dédiées à l'accueil des divers rituels religieux (*« Chez nous, a été hospitalisé un enfant et sa mère allait à la terrasse pour prier. Il y a la nécessité d'un endroit pour prier »*), pendant que les usagers ont parfois mis en évidence le manque d'éléments de séparation qui permettent la vie privée/le respect de la pudeur soit par rapport au corps vivant qu'à la gestion du cadavre.

La gestion des espaces n'a pas manqué, d'autre part, de révéler des difficultés dans la relation entre usagers. À cet égard elles se sont révélées décidément rares, mais elles n'ont pas manqué, des situations de véritable refus de partager la chambre de la part des usagers autochtones, en invoquant des raisons telles que le manque d'hygiène du patient étranger hospitalisé. Dans la zone pédiatrique, d'autre part, certains parents d'appartenance islamique ont refusé la promiscuité qui se serait vérifiée au moment où

ils auraient dû partager la chambre avec les parents de sexe opposé en restant assister leur fils hospitalisé pendant la nuit.

Un autre problème important est le séjour à l'hôpital dans les chambres qui ont deux lits. Une mère d'origine maghrébine (je crois tout de même de la religion islamique) ne 'peut' dormir dans la même chambre avec un homme (qui est là pour l'éventuelle assistance de l'autre enfant dans la chambre). Plusieurs fois, il y a eu des problèmes à ce propos, avec nécessité de changements de chambre, ou avec la conséquence d'une nuit d'insomnie pour la dame, qui restait sur une chaise toute la nuit.

Un ultérieur domaine problématique regarde, enfin, le partage du même espace dans les moments de la visite des familiers/des amis. Situations problématiques en ce sens se vérifient avec une certaine fréquence et mettent en question, en plus du problème du partage des espaces, la présence de règles spécifiques, telles que le respect des heures de visite, le grand nombre de personnes et la mise en œuvre de comportements qui sont considérés ou moins adéquats à la spécificité des situations. La question comportementale implique en particulier les usagers «africains», lesquels sont indiqués comme particulièrement bruyants et accro aux habitudes qui sont difficilement compatibles avec les coutumes de l'hôpital:

Horaire de visite ouverte aux parents : dans la chambre pour 2 patients, se trouvent une femme nigériane et une femme italienne. Pendant les heures de visite dans la salle il y a 8-10 personnes nigérianes, dont 2 d'entre eux sont «pasteurs». Tous ensemble prient et chantent à haute voix. La patiente italienne m'appelle. Je ne réussissais pas à entrer dans la salle à cause de la foule de gens qui y était (y compris les enfants). J'ai dû presque crier pour me faire écouter et les faire sortir. Les deux pasteurs n'ont pas fait de problèmes, tandis que d'autres ont vociféré contre moi parce que j'avais interrompu leur prière et cela aurait porté malheur à l'enfant ... Je me suis senti consterné, aussi désolé pour l'avoir interrompue, mais ce n'était pas le lieu et l'heure, désolée pour la dame italienne, pour ce qu'elle était en train d'affronter et de supporter (odeurs-bruit-chaueur, enfants non contrôlés...).

La question numérique s'étend, d'autre part, à considérer la zone nord-africaine et, surtout, la culture rom:

A été hospitalisée une femme âgée d'origine rom ; contrairement à d'autres hospitalisations d'étrangers, ce séjour à l'hôpital a été rappelé par tous les opérateurs pour le nombre disproportionné de familiers et amis présents de manière assidue dans le pavillon. Non seulement, le jour de l'intervention, qui a duré plusieurs heures, l'entrée de notre unité opérative a été «bouchée» par ces parents et amis qui ne seraient jamais allés sans savoir que l'opération est terminée.

La question des horaires, d'autre part, se présente à nouveau, maintenant, sous une forme nouvelle, puisqu'elle se croise avec la présence de coutumes hétérogènes aussi du côté de la structure. Si nous allons voir quelles sont les directives codifiées et les informations qui sont fournies aux usagers dans ce domaine, nous constatons que la variabilité des situations est assez vaste : en passant d'un pavillon à l'autre, on révèle un certain manque d'homogénéité dans les heures d'accès, ainsi que dans la mise en place des communications et, surtout, dans le degré de rigidité/flexibilité avec lequel le règlement est appliqué dans le contexte du même pavillon qui l'a rédigé, puisqu'il n'y a toujours pas de correspondance entre la «règle écrite» et l'habitude pratiquée dans chaque unité opérative, sinon, même, dans le passage d'un tour de travail à un autre. A tant de variabilités on ne peut ne pas correspondre aussi une certaine hétérogénéité dans la perception du problème par les opérateurs, avec, pour conséquence, une propension différente à identifier des possibles stratégies d'intervention et de gestion des situations: face à des situations qui indiquent la présence diffuse de lignes d'orientations plus ethnocentriques et « séparationnistes », qui se servent de la référence à des règles pré-

codées et rigides à faire respecter, d'autres ont montré une propension à recourir à des parcours beaucoup plus dialogiques, en supposant la mise en place de stratégies de type relationnel/communicatif qui, passant à travers la connaissance de perspectives respectives, seraient en mesure de promouvoir un mécanisme vertueux d'acceptation, compréhension et ouverture à d'autres possibilités et manières d'être.

Qu'il s'agisse de la gestion des visites aux patients, du respect des horaires et du calendrier des rendez-vous, du paiement des *tickets* pour les services effectués, des processus réalisés pour obtenir des prestations ou autre, en général, celui des règles constitue une aire chaude du rapport qui relie la dimension institutionnelle aux exigences des usagers: les deux domaines manifestent souvent des points de frottement et cela se vérifie beaucoup plus avec les immigrants d'autant plus que le système de règles mis en place par chaque structure a été, en général, construit sur une physionomie d'utilisateur dont les exigences et le style de rapport avec les institutions de santé ne sont pas modelées sur les mêmes caractéristiques que celles de l'italien moyen. A rendre particulièrement épineuse la gestion de cet aspect du problème contribue également le fait que toutes celles que nous avons citées se sont révélées être des aires où il existe un écart considérable dans la mise en pratique des règles. La présence d'un système d'habitudes non écrites et les diverses propensions des opérateurs se chevauchent à l'existence formelle de normes spécifiques, en faisant assumer au rapport avec les règles un caractère 'ambiguë'. Les limites de la légalité résultent incertaines, et il arrive que usagers et opérateurs se trouvent, avec une relative fréquence, impliqués dans une série d'infractions, au point de corroborer l'idée que '*l'italienneté*' des Italiens se caractérise, justement, par une forte propension à chercher des raccourcis dans le rapport avec les règles et, donc, par une forte carence d'une culture de la légalité. Si, d'une part, la loi non écrite peut avoir une forte signification éthique par rapport aux cas spécifiques, l'indulgence par rapport au système codifié de règles que l'on rencontre dans la pratique a un vaste rayon d'aspects problématiques, avec des conséquences anti-éducatives et des répercussions sur l'ensemble relationnel et organisationnel. Encore une fois, il semble se dessiner une véritable prophétie qui s'autodétermine, avec une progression continue des demandes et des difficultés et avec un réajustement toujours renouvelé sur une base purement empirique du fonctionnement institutionnel qui est mis en œuvre par les opérateurs individuels, tout en prenant de plus en plus de force l'idée que, tout simplement, il y a une réticence à respecter les règles par les usagers immigrés.

Un autre domaine où les règles sur lesquelles se base toute l'organisation institutionnelle se rencontrent avec les exigences des usagers met en jeu le problème d'interchangeabilité des opérateurs par rapport aux différents tours de travail. Le système de santé italien, même sur la base des principes de fond sur lesquels s'érige toute la conception du travail, rend, en effet, l'interchangeabilité des opérateurs un élément structurel presque immobile dans les contextes institutionnels et l'aire hospitalière semble fortement se caractériser dans cette direction. Ce facteur, bien qu'il soit inspiré par des principes égalitaires, présente un certain nombre d'implications problématiques, comme le fait qu'il donne lieu à l'alternance de différents opérateurs en relation au même cas, avec la corrélative impossibilité, pour l'utilisateur, d'avoir un référent fixe. En cette forme, le problème ne concerne pas seulement la composante étrangère, mais dans le cas des immigrants est aggravé par l'absence de certains facteurs 'd'atténuation' avec lesquels les autochtones peuvent parfois l'endiguer (comme dans le cas du parcours de la grossesse où les femmes italiennes, en général, viennent à l'accouchement étant en mesure de faire des choix qui sont rendus possibles par le fait d'avoir bénéficié d'un gynécologue externe de manière continue).

L'interchangeabilité des opérateurs donne, ensuite, lieu à des difficultés spécifiques dans la mesure où elle croise la dimension du genre. Dans cette forme spécifique elle tend à être reconnue comme un problème soit par les opérateurs, soit par les usagers et à être focalisée dans le domaine arabo-islamique (elles sont nombreuses les affirmations dans lesquelles on se parle de quelques difficultés à ce niveau). Le problème, d'autre part, est perçu comme légitime ou pas, par les opérateurs, surtout en fonction des circonstances dans lesquelles il se produit. En particulier, il a tendance à être compréhensible dans la mesure où les difficultés soulevées concernent les situations qui affectent directement la dimension anatomique-sexuelle, mais résulte ne pas l'être quand la relation sort de ce domaine d'intérêt. Il s'en suit, avec une certaine fréquence, que c'est le domaine qui se croise avec la sexualité à recevoir une attention flexible de la part des opérateurs, alors qu'il est plus difficile que le même problème du genre soit considéré comme légitime, et donne lieu à un comportement conséquent, dans les cas où il n'y a pas un intérêt direct de la sphère sexuelle. La disponibilité des opérateurs/de la structure à répondre aux demandes d'être suivi par le personnel du même sexe semble se lier dans une large mesure à cette distinction.

Dans la structure hospitalière, nous avons deux réalités obstétriques: la Division obstétrique où travaillent principalement les hommes, la Clinique obstétrique où il y a des médecins en spécialités, c'est-à-dire les médecins qui sont en train de devenir spécialistes en obstétrique, et sont surtout femmes. [...] Nous, par exemple, dans le Pavillon savons que s'il y a des dames musulmanes, en général les visites sont effectuées par un médecin femme, parce que nous nous rendons compte de cet embarras, ce qui n'est pas seulement des dames musulmanes, il est très fréquent, même chez les italiennes.

Les seuls problèmes que je rencontre, qui me mettent parfois en difficulté, sont liés au fait de devoir expliquer quelles sont les règles pour pouvoir exécuter correctement un spermogramme. Ce problème, je l'ai surtout avec marocains, arabes, musulmans, qui probablement sont plus gênés que moi et, en plus de ne pas comprendre, me donnent l'impression que, encore plus, «feignent» de ne pas comprendre ou se «refusent» d'obtenir une explication de «certaines choses» de moi qui suis une femme. Donc, du moment qu'il n'y a pas d'autre solution, je les envoie au technicien homme qui s'occupe de ces examens particuliers pour leur expliquer en détail la pratique, et moi aussi je me sens soulagé de ce fardeau qui me cause un malaise.

Quand, au contraire, le problème se présente dans des situations où il n'est pas directement mis en cause la dimension sexuelle, les choses ne se déroulent pas avec la même disponibilité et prennent une physionomie différente selon les opérateurs, soit avec l'apparition de situations dans lesquelles on cherche à se réorganiser, soit, avec la recherche de stratégies intermédiaires, soit avec le refus de chercher une stratégie alternative:

Femme musulmane de 56 ans, marocaine. Vient faire une RMN à l'abdomen. Elle ne parle pas anglais ni italien. J'essaie de lui faire comprendre qu'elle doit se déshabiller. Elle ne veut pas. Après plusieurs tentatives pour communiquer, j'appelle son fils à la maison. Celui-ci arrive, parle en italien et nous explique que sa mère ne veut pas être suivie par un médecin homme et ne peut pas se déshabiller devant quelqu'un. On l'explique que ceci est la procédure pour effectuer l'examen. Nous la fournissons un manteau long jusqu'aux pieds. Le médecin quitte la pièce jusqu'à ce que la patiente soit sur le lit d'examen et couverte. Le fils ensuite a fait l'interprète pour l'exécution de l'examen.

Je me souviens d'une situation qui s'est produite lors d'une Résonance Magnétique qu'une femme musulmane devait effectuer, accompagnée de son mari le jour du rendez-vous. [...] un problème rencontré de la part de la dame à été certainement la peur de cette femme à se préparer en enlevant ses propres vêtements pour devoir ensuite se couvrir avec une chemise donnée par nous. Il a été constaté la peur de se montrer aux autres avec son mari là présent, tout de même habillé. A la fin la patiente a porté à terme l'examen aussi ayant eu ces difficultés.

Les opérateurs montrent de ne pas être conscients des conséquences qu'il y a par rapport à ce type de situations, en particulier du fait que parmi les risques associés à l'apparition de moments de resserrement des positions, comme l'affirment certaines figures d'intermédiation, se trouve également celui de l'éloignement de l'usager du parcours de soins:

Là où il est possible que la femme soit visitée par une femme, est mieux. Le risque est aussi que la femme autrement ne se présente pas pour se faire visiter, nous perdons le patient, nous ne le voyons plus, le mari parfois cherche justement cette excuse: vu qu'il y a le médecin homme, je ne t'y amène pas...

Le problème, au contraire, qui se pose de manière récurrente, concerne le fait de consentir ou non à l'homme qui accompagne l'usager de rester présent au cours de la visite. Dans ces cas, en fait, les opérateurs affirment avec fréquence que l'accompagnateur homme tend à se substituer à la femme (ainsi que le parent mâle tend à remplacer sa femme dans l'interaction quand on a à faire avec des mineurs, «*Lorsque les parents viennent avec l'enfant, c'est l'homme qui se propose. La femme est mise de côté, non considérée.*»), reportant la sensation que, là où il y a des problèmes de communication pour une insuffisance de maîtrise de la langue de la part de la femme, l'homme «manipule» aussi l'information. Par rapport à ces situations, les considérations des médiateurs tendent à être plutôt diversifiées dans la mesure où elles mettent en lumière la présence de situations dans lesquelles «*les femmes sont psychologiquement plus tranquilles si elles sont accompagnées*» donc «*C'est bien que la visite advienne en présence du mari*», soit d'autres parmi lesquels «*Elles ont honte de dire certaines choses en face du mari*», donc «*Il est mieux de parler d'abord avec la femme séparément*», mais, dans tout les cas, en rendant évident la délicatesse de la gestion de la problématique au niveau intrafamilial et aussi la difficulté de comprendre réellement ce que chaque fois peut résulter opportun en considération des affirmations même de la femme («*Le mari peut rester avec le consentement de la femme. Mais, nous savons que, parfois, les femmes sont victimes de chantage. Là, l'intervention du médiateur est essentielle*»).

L'homme musulman émigré en Europe sent parfois plus la nécessité de gouverner, de contrôler ... Il est bon d'aider la femme à devenir autonome. Parfois, je dois leur 'rappeler' que la femme dans l'Islam a une très haute position, prestigieuse ... elle a tous les droits de ce monde, elle peut être protagoniste de la vie sociale. Il y a plusieurs passages du Coran qui confirment cela.

La question des relations de genre est dans une large mesure reliée à la situation dans laquelle un usager de sexe féminin arabo-islamique à avoir à faire avec un opérateur homme, mais un problème de genre est également présent aussi à rôles invertis, sur le versant de la relation avec les usagers de sexe masculin. En faisant ce changement il semble, cependant, que les opérateurs, sont pris plutôt par surprise, comme si, en plus de ne jamais avoir rencontré un problème dans des situations comme celle-ci, ils feraient aussi cette hypothèse avec quelques difficultés ; d'autre part, cette situation semble être présente :

Même les hommes musulmans qui se trouvent en face des opérateurs femmes peuvent avoir des difficultés. Le discours est réciproque, s'il est possible de faire visiter un homme par un homme ce serait mieux ... surtout si nous allons visiter les parties intimes ... pour ne pas créer des malaises, car sinon le patient perd la lucidité pour répondre aux questions, il veut faire vite pour sortir d'une situation de manière un peu comme ça...

Certaines signalisations sporadiques arrivent, en fait, même par les opérateurs:

Un garçon d'origine algérienne et de religion musulmane a été hospitalisé d'urgence en Urologie pour traumatisme rénal. A ce moment, c'était à mon tour de le recevoir, je

l'accompagnai dans la salle et ensemble avec mon collègue le mimes au lit. Immédiatement, je notai une certaine gêne de sa part envers moi, mais, pris de la routine, je ne lui ai pas donné de l'importance. Dans les jours suivants, je me rendis compte que quand il avait des nécessités il ne s'adressait pas à moi pour ses besoins, mais il s'adressait seulement et exclusivement à mes collègues (hommes). Ceci a créé en moi une situation de malaise (et d'humiliation), mais je me rendis compte que lui aussi était en difficulté. En me confrontant avec les collègues je constatai que, même avec eux, il avait la même attitude.

Un autre aspect problématique qui met en jeu la dimension organisationnelle concerne la contemporanéité (en plus de la succession) des présences par rapport à chaque cas individuel. L'un des aspects les plus évidents du rapport entre les opérateurs et les usagers de l'hôpital est, en fait, la grande quantité de personnes qui sont simultanément présentes au moment de la visite de chaque patient. Le soi-disant 'tour des médecins' constitue l'exemple significatif de ce que nous affirmons, parce que le nombre de personnes, dans ces situations, est particulièrement élevé, de façon à être excessif. Cette pratique, d'autre part, est réalisée de routine, sans que médecins et infirmiers démontrent d'y accorder une importance particulière, ou même, d'y donner de l'attention. La question numérique, cependant, se croise avec d'autres et peut revêtir le caractère d'une importance plus ou moins grande en raison de divers facteurs concomitants, tant aussi à apparaître marginal dans le contexte d'une situation dans laquelle c'est toute la dynamique relationnelle à montrer son inadéquation.

Il y a une question de pudeur que l'on voit aussi par le fait que vous avez l'habitude à vous mettre en maillot de bain et nous non. Ici certaines choses ne sont pas problématiques, mais chez nous il y a plus de discrétion. Chez nous il faut faire confiance et compter sur la discrétion. Ici arrivent 2 – 3 médecins ensemble, vous touchent sur les parties intimes, discutent entre eux ... tout cela sans que nous soyons informés. Tu es violenté.

Au-delà de la quantité, c'est le type de présence, à savoir le fait que la plupart des opérateurs avec lesquels les patients interloquent, sont stagiaires, à susciter des considérations critiques. Si des problèmes se vérifient (comme cela s'est produit dans la situation dont on fait référence ci-dessous), en fait, la responsabilité à tendance à être reconduite à la coupable présence de personnel en formation et cela se fait en esquissant l'hypothèse que cette modalité de travail introduit des discriminations parce que l'étranger n'est pas en mesure de faire valoir ses droits.

Ce sont les stagiaires qui m'ont fait accoucher, qui m'ont assistée ... ce n'est pas normal/ce n'est pas bien (il y avait deux plus anciennes et deux plus jeunes, mais ce sont les deux plus jeunes qui m'ont fait accoucher) ... Je suis une étrangère, je ne connais pas mes droits ...

PARCOURS DES SOINS

Accès aux prestations sanitaires

Le Service d'Urgence représente en général, pour les immigrants, le premier point de contact avec le Service Sanitaire. Il est utilisé dans une mesure que les opérateurs définissent nettement excessive et inappropriée, c'est-à-dire, pour des situations que les opérateurs évaluent non-pertinent. Les données statistiques, à cet égard, confirment la tendance à lui faire recours en mesure décidément majeure par rapport aux italiens et l'analyse des codes-couleurs attribués en phase de triage renforce, en son tour, l'idée d'une inadéquation dans l'utilisation.

Sur la base des entretiens effectués, les raisons pour lesquelles le Service d'Urgence, correctement ou non, se présente comme un véritable point de référence pour les usagers immigrés sont nombreuses et se réfèrent à différents types de facteurs:

- juridico-légales (en particulier en ce qui concerne les usagers illégalement présent dans le territoire);
- informatifs (avec carences signalées à la fois par les usagers, que par les opérateurs);
- économiques (bien que, dans ce cas, la situation a considérablement changé au fil des ans, de sorte que le facteur économique semble être de plus en plus mise au second plan);
- organisatrices (la structure du S.U. résulte répondre mieux que d'autres aux besoins des familles d'immigrés);
- culturels (en considérant la manière spécifique d'organisation des services de santé dans différents pays d'origine, les attitudes et les systèmes de signification attribués à la maladie, aux soins, à la prévention).

Au-delà de la présence de ces facteurs, l'utilisation excessive du Service d'Urgence est corrélée avec une mauvaise utilisation de la figure du Médecin Généraliste (M.G.). Les raisons de cette sous-utilisation semblent être, elles aussi, plutôt diversifiées. Il faut d'emblée distinguer les usagers migrants en situation régulière et ceux en situation irrégulière, puisque seule ceux du premier cas ont effectivement le droit de se prévaloir de cette aide. D'autre part, même là où le droit existe, où les informations qui y sont relatives sont détenues par les usagers et la procédure du choix/assignation du M.G. a été réalisée dans toutes ses étapes, il y a toujours une sous-utilisation. Dans ces cas se posent en particulier:

- une non compréhension effective du rôle réel joué par le M.G. (où il est évident qu'il n'existe pas - ou peut ne pas y être - un chevauchement immédiats d'information et de compréhension), et en particulier le manque de compréhension de son rôle d'orientation et de guide par rapport à d'autres figures et services;

- la présence des habitudes acquises dans les différents pays d'origine (où il n'y a pas toujours des figures similaires et où le système de santé est structuré sur la base d'autres critères);
- les facteurs de caractères organisationnels (généralement modulés en tenant compte des normes standards du travail des usagers italiens);
- l'insatisfaction relationnelle (qui est souvent enregistrée par les usagers et qui conduit à dévaluer le rôle du M.G. en le considérant généralement inadéquat par rapport à la nécessité perçue des soins et aussi à la nécessité manifestée).

Les différents facteurs mentionnés, notamment ceux concernant les lacunes relationnelles, font que la confiance au M.G. y est de peu et son rôle est confiné dans une dimension bureaucratique qui en déprécie la portée et tend à promouvoir son utilisation seulement dans une situation éminemment opportuniste (par exemple dans le cadre de la simple libération des certificats médicaux ou à la simple prescription de médicaments payés par le Service Sanitaire Nationale).

On y va pour le travail ... J'allais toujours chez le médecin de base, à la date limite de la période pour la documentation, quand j'avais eu l'accident... il me demandait si je me sentais mal, me regardait. .. On n'y va pas quand les choses sont graves et ni même pas quand ils ne sont pas sérieuses et on peut se traiter tout seul. Si on se sent mal, on va à l'hôpital, sans aucun doute.

Même s'il se vérifie une utilisation excessive et inappropriée du Service d'Urgence, on relève aussi la tendance, de la part des immigrants, à faire recours au service de santé « très tard » par rapport aux nécessités, c'est à dire lorsque la maladie a déjà atteint un niveau qui ne peut plus être ignorée ou étouffée. Cette dernière considération résulte être en droite ligne avec la faible utilisation du M.G., mais en revanche avec ce qui concerne l'utilisation excessive/inappropriée des services d'urgence; bien qu'ils soient en contraste l'un de l'autre, usage excessif et tendance tardive de faire recours sont, pourtant, des données qui coexistent. Les raisons cachées derrière à un manque d'utilisation, ou tout au moins à une utilisation tardive du même Service d'Urgence, renvoient aussi à plusieurs types de facteurs:

- juridico-légales (en premier lieu la crainte d'être dénoncé de la part des usagers irréguliers, qu'elle soit motivée ou non);

J'ai des amis qui n'ont pas de permis de séjour et ont peur, justement, quand ils sont malades, d'aller à l'hôpital, et donc ils ont peur, je ne sais pas, de dire leur nom par peur, je ne sais pas, que la police ...

- économiques (non plus comme une raison pour encourager, mais de dissuader, dans le sens que le paiement du ticket a pris un caractère croissant sur les coûts) ;

Essentiellement, il s'agit d'un fait économique: se repoussent les visites jusqu'à ce que l'on n'en peut plus. Il faut garder que chaque africain ne doit pas penser seulement à soi et à sa famille ici, mais à toute la famille à maintenir en Afrique. Je suis ici depuis 20 ans, mais je dois penser aux besoins de ma famille en Afrique, plus de 10 personnes.

- culturels: la présence de besoins relationnels spécifiques, des habitudes passées, de possibles stratégies de prévention différentes de celles de la biomédecine, de stratégies de soins alternatifs à disposition de la communauté, de spécifiques formes de perception de la maladie, de différentes échelles de priorité et aussi de convictions muries sur place dans le rapport avec les structures sanitaires et - à

tort ou avec raison – qui sont sédimentées dans l'histoire individuel ou de la communauté d'appartenance au sens large.

Nous africains, nous laissons passer trop de choses, si je me sens mal ... pour ma santé je ne m'inquiète pas tant que ça, nous sommes trop optimistes ... aussi nous n'avons pas l'habitude...

Qui n'a pas encore compris pense que la maladie est «mystique». Il y a toujours cette fatalité... ils ne se font pas traiter, ils ne vont pas à l'hôpital, vous pouvez leur donner tous les médicaments que vous voulez, ils ne les prennent pas, ils en prennent un peu ...

Nous allons à l'hôpital quand on voit qu'il n'y a vraiment rien à faire, autrement nous utilisons nos choses ... nous avons nos herbes, les résines ...

Ils nous ont raconté cette chose ci. Vrai ou pas vrai, je ne sais pas. Si un africain vient à l'hôpital immédiatement on pense aux maladies infectieuses. Les africains disent souvent : nous africains, lorsque nous allons à l'hôpital immédiatement ils nous envoient à la zone infectieuse, parce que nous sommes pleins de maladies infectieuses, alors ils nous envoient immédiatement là-bas et nous préférons ne pas aller.

Toujours en référence à la dimension culturelle, dans la littérature du secteur, on se réfère, en particulier, à un véritable «manque de la notion de prévention» qui se trouve en grande partie parmi les communautés immigrées. Dans la formulation de la question en ces termes, il ne manque pas des possibilités de mécompréhension et plusieurs indices suggèrent que la déclaration va être ré-contextualité. Ce qui semble parfois se produire, en fait, n'est pas tout à fait ou tout simplement l'absence d'un concept de prévention, d'autant que:

- le manque d'information sur ce que sont les stratégies qui devraient être mises en place pour prévenir;
- l'apparition d'éléments d'obstacle là où on est censé mettre en œuvre des stratégies connues;
- la présence de différentes façons d'envisager la prévention.

En d'autres termes, il n'émerge pas vraiment le manque de la notion de prévention, il émerge, plutôt, l'absence du partage du point de vue explicatif, c'est à dire du fondement étiologique, qui est caractéristique de la connaissance médicale conventionnelle; il en résulte aussi le manque de ces comportements spécifiques que nous nous attendions qu'ils soient mises en place sur la base de nos habitudes médicales-sanitaires et qui correspondent à des attentions et stratégies de type préventive. Ainsi, il y a un manque d'analyse périodique, de consultations de l'état de grossesse grâce à des contrôles et à des examens échographiques obstétricaux, le dépistage pour la prévention des tumeurs, le contrôle de la tension artérielle... ainsi, pour toute une variété de raisons que nous avons déjà analysés au moins en partie, il manque l'habitude à utiliser les divers garnisons sanitaires locaux pour les soins de santé de base (médecin généraliste, pédiatre à choix libre, lieux de consultations ...).

La construction du cadre clinique

Le commencement du parcours diagnostic semble montrer des difficultés spécifiques. Il n'est pas rare, en fait, le cas de personnes à qui est changé *in itinere* le code-couleur initialement attribué au cours du triage, ou, au moins, cette difficulté semble se vérifier plus fréquemment par rapport à ce qui advient chez les usagers italiens. La direction du

changement procède en général vers des codes-couleurs de plus grande ampleur/gravité, ce qui indique une sous-estimation initiale de la gravité du problème.

Les raisons de la spécifique difficulté diagnostique sont de diverses natures. Parmi celles-ci, émergent de façon particulière, en plus des questions linguistiques que nous avons parlé à plusieurs reprises, même des habitudes différentes dans la mise au point des problèmes par rapport aux usagers occidentaux, à lire les signaux du corps, à les codifier selon des spécifiques cartes conceptuelles.

Tous les Italiens ont une vision organique de leur propre corps. Même les transmissions télévisées, telles que « check up » ou autres, orientent dans cette direction et font que désormais tous les italiens savent tout de leur corps, du foie, des organes. Ils ont une vision organique de leur corps et l'expriment aussi quand ils vont chez le médecin et disent: «J'ai mal au foie, au cœur » et indiquent, plutôt ils savent plus que le médecin de leur maladie. (...) Avec les patients qui viennent des aires culturelles dans lesquelles la vision du corps a un caractère moins organiciste, plus liée à une dimension cosmologique, holistique, globalisante, il n'advient pas la même chose.

Certains problèmes se produisent particulièrement au moment de recueillir les données anamnestiques. Il s'agit d'un moment délicat car il s'étend dans de nombreux domaines de la vie du patient et, pour cette raison, il nécessite d'attentions particulières, de sensibilité et de réflexion critique et autocritique. La collecte des informations tend, toutefois, à être réalisée d'une manière très directe et brusquement, de façon routinière, sans mettre beaucoup d'attention aux modalités avec lesquelles les questions sont formulées et même à leurs contenus. Il s'en suit des tendances à dissimuler, à «normaliser».

D'abord il faut gagner la confiance. Si tu te tourne de façon grossière pour demander quelles maladies tu as eu, ce que tu obtiens c'est la tendance à se cacher. On ne répond pas aux questions directes si tu ne perçois pas que le médecin « est avec toi ». Au contraire, les médecins ont l'idée que l'Afrique soit un réservoir de maladies ... ils ont un comportement agressif. Dans notre culture, on est réservé. On ne doit pas poser des questions directes.

Dans tout cela, il apparaît une fois de plus le rôle joué par les attentes des opérateurs, réelles ou supposée qu'ils soient, notamment en ce qui concerne la présence éventuelle de maladies infectieuses.

Il y a cette attitude en général d'exotisme réciproque qui fait que quand l'étranger arrive au Service d'Urgence la première chose que font mes collègues ils se mettent gants triples. « Qui sait quelle étrange maladie à celui ici ».

Le spectre des choses dont il est difficile, voire impossible, de parler est, d'autre part, plutôt articulé et concerne soit le domaine de véritables maladies, soit celui de particulières conditions physiologiques et, surtout, de ce qui est sujet à la réglementation sociale et s'entrecroise étroitement avec des préceptes religieux. Entrent parmi ces difficultés :

- tout ce qui concerne le domaine de la sexualité et de la procréation :

Alors que pour les italiens la mort est un tabou, pour les africain c'est le sexe. En Afrique, il y a la difficulté pour tout ce qui concerne la sexualité. C'est honteux, tabou.

- d'autre thème qui croisent la question du péché/de la transgression coupable :

Ce n'est pas sérieux demander certaines choses, on ne doit pas se permettre de le faire. Si je fais quelque chose hors norme, quelque chose qui est péché, je ne pourrais jamais le communiquer/le partager, autrement Dieu ne me pardonnerait jamais. On se confesse seulement avec Allah.

- diverses formes de violences :

Un autre point critique pour les chinois, en plus de celui des problèmes sexuels, regarde la violence. On ne dit même pas au médecin.

- au-delà de la sphère comportementale, ce qui concerne la possible présence de maladies telles que MTS, SIDA, tuberculose, hépatite :

On ne parle pas de ce qui pourrait faire honte : hépatite, tuberculose, maladies sexuelles. Même si le médecin pose des questions on ne répond pas.

- même les problématiques de type cardiaques, tumorale et diabétique (maladies considérées «très sérieuses») :

Il y a des problèmes qui peuvent être présentes pendant des années – cœur, tête, reins ... –. Le médecin demande : « Quelqu'un a souffert de ... dans la famille ? » On dit non : il ya la honte parce que on est étiqueté comme « la famille dan laquelle on meure d'infarctus.

Les raisons liées à la difficulté de la parole sont, donc, de toutes sortes. A toutes celles énumérés jusqu'ici, s'en ajoutent, aussi, certaines de type plus ésotériques-culturelles, qui reconnaissent/attribuent à la parole une très grande pouvoir, qui traverse en une dimension de type magico-factuelle. À la parole peut être attribué un fort relief, jusqu'à une vraie capacité à se matérialiser, et ceci fournit au propre dire et au dire d'autrui une lourde charge de responsabilité et d'appréhensions. Les parcours migratoires se croisent de différentes manières avec cette problématique.

En Afrique, il y a des mots qui se matérialisent comme maladie, donc, on ne peut pas les prononcer. La valeur donnée au mot ne devrait pas être surprenant parce que le catholique dit que le verbe s'est fait chair, donc, le verbe, la parole, peut s'incarner e chez nous il y a la croyance que la parole s'incarne comme maladie. (...) Ce qui est intime ne se dit pas, ainsi comme ne se dit pas ce qui pourrait être utilisée pour vous nuire (...) La conviction du pouvoir, de la force du verbe, de la force de la parole est quelque chose qui t'entre à l'intérieur.

En délimitant les confins de ce qui est possible de parler, il en résulte donc, intervenir, plusieurs facteurs. D'autre part, ainsi comme il n'est pas possible parler de n'importe quoi, on ne peut pas en parler dans n'importe quelle condition ; donc, en plus de « quoi dire» est au centre de l'attention aussi «comment parler ». Entre le dire et le ne pas dire il arrive ainsi par se greffer beaucoup de nuances, qui rendent à leur tour fluide la frontière entre vérité et mensonge.

Il devient évident que le contexte dans lequel prennent forme les discours doit être adéquatement préparé en mettant, chaque fois, en œuvre des mesures spécifiques.

Aller demander: vous avez eu la tuberculose? Il y a le risque, si la première question est celle-là, que l'autre parte en quatrième et dise «celui-ci m'a pris pour un tuberculeux ...» et ne répond pas, ou répond des choses pas vrais. Les orientaux sur cet aspect sont très compliqués/problématiques. Dans l'aspect culturel il faut prendre les choses de loin et s'avoisiner graduellement au problème.

Encore une fois, pour pouvoir identifier ce qu'il faut faire, il faut une pré-condition, qui résulte typiquement déficient: la disponibilité de temps.

Parmi les zones problématiques qui sont signalées les plus fréquemment se situent, en autre, les situations relative au fait de se présenter conjoint du couple conjugal au lieu de consultation diagnostic. La problématique de ces situations a émergé à plusieurs reprises, faisant entrevoir un terrain semé d'embûches, par rapport auquel on doit faire preuve de prudence et d'attention particulière, sans qu'il y ait la possibilité de faire référence à des stratégies univoques. Les précautions signalées à adopter, à cet égard, sont résulté, en fait, substantiellement inhomogènes et réciproquement incongrues.

On peut dire que chaque contexte culturel exige que les domaines du discours soient réglementés. En ce sens, dans notre système organisationnelle, le rapport avec les professionnels de la santé est encadré en utilisant une spécifique forme de protection, la *privacy*, liée à une précises normative et aux codes déontologiques des diverses ordres professionnels. Ce mécanisme de garantie, cependant, n'est pas nécessairement connue et partagée (*Les gens ne savent pas qu'il y a le secret professionnel et, s'ils le savent, ne se fient pas qu'il soit maintenu*), d'autre part, il est souvent mis en échec par la structuration même des lieux et du manque d'attention accordée au *setting* de l'interaction (*Le cloison de verre ne respecte pas la privacy de chaque usager, mais, au contraire, l'amplifie dans la pièce*), en plus de faire usage de figures occasionnelles pour gérer les carences linguistiques.

Au-delà de l'enquête anamnétique, le parcours diagnostique est aussi réalisé avec l'effectuation d'enquêtes instrumentales. À cet égard, ainsi qu'il résulte également de la littérature du domaine, il apparaît que la quantité des approfondissements requis dans le cas des usagers immigrés a tendance à être trop élevée :

Il se vérifie un nombre supérieur à la norme des examens et des hospitalisations. Ne se comprenant pas on leur fait faire tout...

Cette situation semble se lier à plusieurs facteurs, parmi lesquels la tendance à utiliser l'escamotage technologique pour combler aux lacunes communicatifs et aussi une attente de possibles maladies «exotiques» de la part des opérateurs, mais aussi une idéalisation de la technologie médicale occidentale de la part des usagers, ce qui fait qu'ils se produisent diverses insistances dans ce sens (*Les analyses, tu doit les demander toi-même parce que sinon ils ne te le font pas les analyses*):

« Je suis en Europe, où ils ont tous les moyens matériels, ils me regarderont l'intérieur avec la machine et me trouveront la maladie ». Donc, si tu ne les fait pas faire la radiographie, tu ne lui ais pas visité, pour lui non est rien value cette visite. «Il ne m'a même fait aucun examen radiographique». Et il prétend et le veut, « Mais comment, vous ne me faite pas CTI? ». « Non, parce que ce n'est pas nécessaire faire CTI!». Le patient qui arrive et on ne fait pas CTI, radiographie... il a un syndrome de « Calimero » dû à une foi aveugle.

D'une façon tout à fait contrastante par rapport à l'idéalisation technologique, se vérifient d'autre part, aussi des situations de refus des approfondissements instrumentales. Dans ces cas, les raisons semblent se situer dans le domaine économique

Je suis allé faire analyses et je l'ai amené chez le médecin, il me dit ... pourquoi il ne comprend pas, tu dois encore de faire analyse ... mais les analyse ne sont tout de même pas gratuit, tu dois payer pour faire. [...] La première fois je les ai faits, la seconde non [...] dans la structure publique tu payes le ticket.

D'autre part on enregistre aussi la présence de peurs, sinon de véritables craintes, par rapport aux procédures dont on ne connaît pas l'utilité et les modalités d'exécution, et par rapport aux possibles résultats:

[Mes compatriotes] ont peur de savoir qu'ils ont certains types de maladies, nous ne voulons même pas découvrir, nous ne voulons pas savoir. Disons : nous vivons mieux sans savoir. Si je vais faire un prélèvement, ça se voit. Ils disent : bientôt je mourrai, je préfère aller chez moi, me faire les soins avec les racines, les herbes.

En amont de tout ceci, on relève une carence à fournir les informations nécessaires de la part des opérateurs, mais aussi la présence de prospectives culturellement connotés.

Il ya la possibilité qu'il y ait des problèmes avec les rayon-x ... il y a ceux qui ont peur de se faire photographier parce qu'il dit qu'avec la photographie on lui vole l'esprit.

Parmi les examens demandés, est fréquent le recours au prélèvement hématique: une procédure plutôt habituelle per la médecine conventionnelle, à laquelle les usagers italiens sont substantiellement habitués, mais qui suscite un certain nombre d'appréhensions chez une partie d'usagers immigrés.

... quand je vais à l'hôpital ... la première chose qu'ils font ils prennent le sang. Pourquoi? Toujours! Je ne sais pas s'ils le font seulement à nous.. les analyses ... [...] Pour moi ça va bien, pour mes choses ça va bien, cependant, je sais que tant d'amis se plaignent. Tu vas au Service d'Urgence, à peine tu arrives, analyses, toujours. Même s'ils vont pour le mal de ventre ils prennent toujours analyses. J'ai entendu que beaucoup de mes compatriotes se plaignent pour les analyse. A peine tu arrives, même pour une petite chose. Si tu ne vas pas chez ton médecin, si tu vas à l'hôpital, immédiatement ils prennent les analyses. C'est fâcheux ... Ils se plaignent parce qu'ils font faire beaucoup d'analyse.

Les opérateurs se rendent compte parfois d'une difficulté à ce niveau et tendent à la connecter à une quelconque peur pour l'éventuelle douleur lié au prélèvement, alors que les raisons de l'appréhension semblent être d'une autre nature:

Mon frère a l'asthme. Souvent, à l'hôpital ils lui font un prélèvement ... lui, il ne va pas du tout. Il dit qu'il ne va pas parce qu'il ne sait pas ce qu'ils font de son sang ... pour lui, c'est trop, alors il ne va vraiment pas.

Il arrive que les demandes d'approfondissement diagnostic puissent être vécues avec suspicion même en vertu d'une interprétation qui les situe en amont de procédures de recherche et de volonté d'expérimentation qui n'ont rien à voir avec le diagnostic et le soin. Encore une fois il émerge une prospective de lecture en clé raciste que, juste ou erronée qu'elle soit, résulte pertinent pour déterminer la déclinatation du parcours de soin.

Nous refusons souvent aussi parce que les étudiants médecins utilisent nos corps pour travailler, pour mieux nous connaître. On nous a dit que vous nous utilisez pour faire vos études. Lorsque vous nous emmenez dans la salle d'opération et vous nous ouvrez, vous utilisez nos organes. Nous avons cette peur. On est attentif à tout. Nous avons cette idée de l'hôpital, des médecins en particulier. Ils nous utilisent les étudiants médecins qui sont encore entrain d'apprendre. Ils utilisent nos corps pour étudier. Parce que nous sommes étrangers, parce que nous n'avons personne. Quand nous mourons, nous ne voulons vraiment pas que le corps reste parce qu'ils utilisent les organes. Ce sont toutes des raisons pour lesquelles les africains sont prévenus. Quand j'ai vu la coupure qu'ils m'ont fait, j'ai pensé qu'ils m'avaient vraiment utilisé ... j'ai demandé comment ça. Après ils m'ont dit qu'il m'avait été enlevé la rate.

Dans la détermination du cadre clinique, ainsi que dans les étapes ultérieures à la construction diagnostique, un domaine particulièrement sensible et problématique est représenté aussi par la perception/manifestation/interprétation des signaux de douleur. Dans ce contexte, il résulte être présente une considérable variabilité individuelle, ce qui semble également se connecter à des spécificités à caractère culturel. Aux différentes zones géographiques-culturelles sont, en effet, attribuées/reconnues des spécifiques tendances et caractéristiques au niveau de la gestion de la douleur. En particulier, dans certains cas il est signalé la présence de bas niveaux de seuil (*Une autre situation est quand il y a spécialement les patients qui viennent d'Europe de l'Est, qui ont un bas seuil de la douleur et commencent à se lamenter de la douleur quand ils sont tous début du travail*), indépendamment du fait de recourir ou non à des explications qui remettent en question les seuils de perception, il est ensuite indiqué chez la population orientale (chinoises en particulier) une forte tendance à ne pas manifester/exprimer la douleur (*Les chinoises ne font pas un grognement quand elles donnent naissance, elles sont fortes, déterminées*) et chez celle «africaine», au contraire, la tendance à la manifester de façon particulièrement flagrante (*Les africaines qui viennent à nous, au minimum de douleur font...*).

Pour compliquer encore plus un cadre qui, déjà à ce niveau, n'est nullement exempt de difficultés, il ne manque pas non plus, de la part des opérateurs, l'idée que les immigrants ont tendance, en général, à utiliser de façon instrumentale l'expression de la douleur, donnant lieu à des véritables formes de dissimulation (... *parfois ils n'ont pas tant mal, en les visitant vous voyez qu'ils ont une vraie douleur, cependant ils simulent*); une perception qui est corroborée parfois aussi par les usagers immigrés (*Mes confrères... ils le font peut-être pour avoir votre attention, parce qu'ils disent: 'Si je dis que je ne me porte vraiment pas bien ils ne me croiront pas parce que je suis étrangère'*).

A une significative variabilité des situations en fonction des diverses zones géographiques-culturelles et à la perception d'un certain niveau d'homogénéité interne à elle-même, s'ajouté, par conséquent, la possibilité qu'ils se vérifient de véritables comportements de simulation, la cor-respective tendance à interpréter en termes de vérité/dissimulation les diverses formes expressives et, donc, à leur donner de l'importance ou non par rapport à chaque situation spécifique. En conséquence de tout cela, la question de la douleur est signalée comme étant imprégnée de difficultés de lecture à plusieurs niveaux et ne manque pas de produire malentendus et difficultés relationnelles et diagnostiques, en particulier avec l'apparition de situations de sous-estimation:

Parfois, même nous, en réalité, avons un peu un grand préjugé contre ces personnes. Il m'est arrivé, il ya quelques temps... qu'arrive une patiente qui ne manifestait aucune douleur. A la voir ainsi, il ne semblait apparemment pas qu'elle soit imminente... au contraire, je dois dire que je me suis trompé et là, je me suis aussi demandé... j'ai dit: «voyez, c'est une erreur de considérer...». Comme nous sommes habitués à voir les étrangers qui inventent trop de ne pas se sentir bien... celle là ne se plaignait même pas et au contraire..., elle devait accoucher et pour peu elle accouchait dans l'ascenseur, et c'était une nigériane. Probablement ils ont réellement... on le disait parlant avec un collègue, parlant avec les médecins, parce que, après, nous nous sommes un peu confrontés sur cette chose ... il est vrai, nous sommes là en première ligne, mais moi, je peux ne pas avoir toujours raison, cette fois-ci nous avons sous-estimé ... les nigérianes (...) ils sont arrivés des moments où sont arrivées des personnes comme ça. Ils viennent et ils ne se manifestent pas ... alors tu y tombe.

Après le diagnostic

Une fois achevé le processus de diagnostic ou, tout au moins, une fois traversé approximativement le seuil qui délimite la première phase de l'enquête diagnostique de celle réelle de l'intervention proprement dit, il se présente l'éventualité d'un parcours de soins qui prévoit d'ultérieurs contacts avec la structure hospitalière sans qu'il y a une hospitalisation, et/ou d'une procédure thérapeutique à effectuer en relative autonomie du patient à la suite de prescriptions médicales spécifiques ou bien d'une hospitalisation. Dans tous les cas, il est loin d'être automatique que le parcours clinique poursuive sans obstacles.

En ce qui concerne les situations qui ne nécessitent pas le recours à l'hospitalisation proprement dit, mais qui nécessitent, cependant, une poursuite du rapport, il a été constaté que, quelques fois, ils se vérifient des conditions d'interruption de la relation avec l'ambulatorio hospitalière, ou bien des situations de poursuite du rapport, mais avec l'impossibilité d'exécution de la prestation au moment où le patient se présente. Les raisons qui se trouvent en amont de ces types de situations sont de nature différente.

Ils arrivent des obstacles à caractère économique, avec la difficulté du paiement des prestations (pour des requises de paiement parfois inattendues et de tout façon jugées exorbitantes les possibilités), et des interférences avec des difficultés à caractère organisationnelles (plus ou moins typiques du parcours migratoire) et avec les habitudes consolidées dans les régions d'origine. Un autre catégorie de raisons met en jeu l'insatisfaction pour la dimension relationnelle: l'inconfort et les difficultés qui se produisent pour le *turn over* des opérateurs et pour l'impossibilité d'avoir un référent qui donne continuité à la relation thérapeutique, les obstacles à caractère communicatif (quelques fois l'usager se présente à l'ambulatorio même avec des prescriptions incomplètes/illisibles et il y a un jeu de renvois fragmentaire et peu concluante), l'immanquable perception/attribution de racisme là où se produit quelque difficulté. Il y a aussi des problèmes qui se connectent plus directement avec la dimension clinique, comme le besoin de maintenir caché la présence de certaines pathologies. Là où le patient se présente au rendez vous, d'autre part, quelques fois il y a l'impossibilité d'exécution de la prestation pour des questions qui ne prennent pas en compte les spécifiques variables culturelles (comme dans le cas de prescriptions qui nécessitent l'ingestion de substances incompatibles avec les dispositions de la période du Ramadan).

Si, tous ceux-ci sont des problèmes qui se vérifient alors que le rapport ne prévoit pas une hospitalisation, même en ce qui concerne les situations qui préfigurent la nécessité d'un séjour à l'hôpital ce n'est pas automatique que le processus se poursuit de la manière que les opérateurs s'y attendent. Quelques fois se vérifient des situations où il y a la disparition momentanée du patient:

J'ai été appelé parce qu'un patient avait disparu [...] Ils avaient un réfugié kurde qui a été torturé pendant des années et qui avait femmes et fils en Finlande. Il avait été hospitalisé pour une pneumonie, puis était disparu. Il ne parlait que arabe et kurde. Il était allé à l'auberge ... il était là et prenait la douche. (...) Il m'a dit: «C'était mon troisième jour à l'hôpital, je me suis fait un examen de conscience et je me sentis coupable envers Dieu. Pour prier je dois me faire l'ablution rituelle, donc je suis allé à l'auberge pour pouvoir me changer et mettre quelque chose de propre ».

Si ce type de situations met en jeu simplement la connaissances et la compréhension des règles de l'hôpital, sans qu'il y a des véritables refus du séjour, d'autre part se vérifient aussi des situations de refus de l'hospitalisation qui mettent en jeu des dynamiques relationnelles spécifiques (comme dans le cas des rapports de genre):

Quand je travaillais encore dans le pavillon venais des Urgences une hospitalisation d'un patient (je ne me souviens pas de la nationalité). Mon collègue et moi l'accompagnons au lit et je lui demande s'il comprend l'italien. D'une façon très brusque, il me répond "Oui, assez". Mon partenaire et moi nous nous rendons compte immédiatement que quelque chose cloche: le patient est très brusque avec moi, cependant il répond de façon plus tranquille à mon collègue. Ainsi, nous décidons que pendant que j'arrange le lit, mon collègue lui parle et l'explique comment fonctionne le pavillon, en cherchant de comprendre la raison de ce comportement. Nous observons que le patient contrôle tous les mouvements que je fais, ce que je touche, avec un air inquisiteur. Je me sens très mal à l'aise et je ne sais comment me comporter, je ne voudrais pas déclencher, pour une raison que je ne connais pas, la colère du patient. Tant que je me rapproche de lui à lui contrôler les paramètres vitaux, comme nous le faisons avec tous les patients: «Maintenant, nous vous contrôlons la pression », je lui dis, d'une manière plus tranquille que possible.. mais, comme je m'approche, le patient m'enlève des mains le sphygmomanomètre, le jette à terre et commence à crier que je ne l'aurais pas touché, j'étais une femme et lui il ne se ferait jamais rien faire par une femme. Il était un homme et moi seulement une femme. Mon collègue s'approche de moi et m'éloigne.. Je ne savais pas si je me sentais plus en colère ou plus effrayé par cette réaction. Entre temps arrive aussi le médecin de garde qui était, heureusement, un homme.. il est expliqué au patient que dans ce pavillon il y a peu

d'hommes et qu'il aurait dû accepter les interventions des opératrices femmes. J'ai assisté à toute la conversation en silence et j'ai remarqué que quoi qu'il en soit le regard du patient vers moi et la chef de salle (qui entre temps était arrivé), il était tout de même très obscur. Conclusion: le patient s'est auto-démis.

En ce genre de cas ils ne sont pas en jeux des raisons médicales, mais il arrive, aussi, des circonstances de refus de l'hospitalisation de la part des usagers, ou d'acceptation formelle avec des auto-démissions successives, ou bien d'acceptation de la nécessité du séjour avec le refus suivant des prestations qui lui sont associés qui relie étroitement à la dimension clinique. Dans ces cas de refus de l'hospitalisation et/ou des prestations y afférents, les opérateurs ont tendance à mettre l'accent sur un manque de compréhension, de la part des usagers, des besoins réels et, en ce sens, ils supposent qu'il y a certaine déficience de la structure à l'égard de l'information transmise. Dans ces situations, se révèle, alors, la possibilité qui se vérifie une réelle et vraie disparité dans le traitement des usagers, car ils disposent de peu de conditions dans lesquelles ils peuvent exercer un choix conscient par rapport à des facteurs déterminants pour leur vie. Les usagers, d'autre part, mettent en évidence, également, la possibilité qu'entre en jeu non pas un manque d'information, mais une dimension de sens: l'hospitalisation et/ou les prestations, c'est-à-dire, parfois, ne serait pas réalisée non pas parce que les conditions ne son pas compris (éventualité que de toute façon se réalise), mais parce qu'elles ne sont pas acceptées. Des exemples, en ce sens, sont constitués par les cas d'hospitalisation dans la zone infectieuse :

Mon fils a eu un accident et est allé en orthopédie où il est resté pendant deux-trois semaines avec jambe et bras cassés. Après il est retourné à la maison, après le plâtre, et il lui a conseillé de faire du vélo à la maison ... le médecin lui avait dit de faire le vélo-fixe. Il n'a pas obéi, il a pris le vélo ordinaire et lui avait de l'inflammation. Ils l'ont emmené à l'urgence en ambulance et à partir de là, immédiatement, ils l'ont emmené aux infectieux. J'ai demandé pourquoi pas en orthopédie et, au contraire, aux infectieux. Il avait le problème au genou qui était enflé, il avait mal. J'ai laissé tomber. Il y est resté trois jours. Son voisin de chambre lui a dit que là il y était pour le SIDA, la tuberculose, etc. Le même soir, à 11 heures, il a dit qu'il voulait quitter l'hôpital. J'ai été appelé qu'ils appelaient la police parce qu'ils ne réussissaient plus à le garder, parce qu'il voulait s'en aller de là. Il voulait quitter parce que sa place n'était pas là. « Qu'est-ce que le SIDA a à y voir, et ces choses ici? Je n'ai pas une maladie ... ». A mon fils, j'ai dit que sûrement il n'y avait pas de place dans l'Orthopédie, je n'ai pas voulue le savoir ... il était important qu'il soit soigné, j'ai dit que même là, ils soignent. Lui, à la fin, s'est enfuit.

Aussi dans les situations qui posent en cause la dimension clinique, les raisons des refus peuvent être trouvées, parfois, dans le contraste avec ses propres principes (et peuvent mettre en jeu le recours à des techniques d'intervention spécifiques). La question au sujet de laquelle ont été enregistrées plus d'observations/difficultés, à ce propos, concerne le recours à la césarienne par rapport aux usagers provenant de la soi-disant « Afrique noire ». Soient les hommes que les femmes « africaines » interviewés ont, en effet, souvent soulevé cette question, laquelle est au moins partiellement perçue comme problématique aussi par les opérateurs.

Ils nous ont appris à ne pas se faire tailler. La césarienne, jamais. Parce qu'ils nous ont enseigné la résistance aux souffrances, d'emblée. Parce qu'ils nous font passer tant de souffrances, tant de douleur. Nous avons supporté. Tant que tu réussis ne te fait pas ouvrir, seulement si tu es vraiment à la limite ... il faut être courageux. Si quelqu'un le fait c'est pour la modernisation ... Elle est venue, ils l'ont fait comprendre [qu'ils auraient fait une césarienne] (...)... et elle se refuse ...

Par rapport à une simple reconnaissance de problématiques, les observations des opérateurs et des usagers divergent, toutefois, considérablement. Les opérateurs tendent à mettre l'accent sur la présence de certaines difficultés de type clinique:

Avec les nigérianes le problème est qu'elles n'acceptent pas la césarienne; pour elles, avec la césarienne tu n'es pas une bonne femme. Leur faire comprendre que, autrement, l'enfant ne se porte pas bien est difficile, le médecin doit rester là à leur faire comprendre. Malheureusement, une bonne partie des nigérianes font la césarienne, une bonne partie.

Les médiateurs de la zone africaine, d'autre part, ont tendance à suspendre le jugement à cet égard, dans une certaine mesure en adoptant les explications à caractère médicale, mais déclarant une difficulté à bien comprendre jusqu'au fond quelles soient les véritables raisons:

Nous n'avons pas encore compris pourquoi tant de césariennes sont faites. À Padoue on dit que les médecins n'ont pas la patience d'attendre. Nous n'avons pas la culture des visites gynécologiques précédentes à la grossesse [à l'accouchement?] ... il peut y avoir hypertension, gestose, diabète gestationnel. Nous n'avons pas fait les visites précédentes donc nous ne savons pas cela. Lorsqu'on arrive, le médecin ne donne pas le temps pour qu'il y ait accouchement naturel, parce que, ne sachant pas quel est l'état, ne peut pas prendre le risque.

Les usagers, enfin, en plus de parler avec une forte inquiétude du problème, tendent à rappeler la présence d'autres types d'attitudes et font entrevoir la présence de prospectives qui se poussent aussi à interpréter en clé raciste les raisons cachées derrière:

Ils ne veulent pas que nous faisons tant d'enfants.

En autre termes, la césarienne limiterait le nombre des naissances possible et représenterait donc, aussi, un moyen de contrôle des naissances.

Au-delà de l'utilisation de techniques spécifiques, se vérifient des difficultés à caractère particulier aussi pour ce qui concerne les prescriptions thérapeutiques. Ces difficultés se présentent, en général, dans les situations qui prévoit l'exécution d'un parcours où les prescriptions thérapeutiques doivent être suivies avec une certaine autonomie par le patient (c'est-à-dire la où il n'y a pas la nécessité d'un séjour à l'hôpital, ou la où il y a les démissions après l'hospitalisation). Il arrive, alors, avec une certaine fréquence, que les informations fournies par les médecins ne sont pas toutes suivies, ou bien qu'elles ne sont pas suivies correctement, dans les modalités et/ou dans les temps prévus, où, encore, qu'elles sont suivies pour une période et puis font face à l'interruption du parcours.

Ce genre de situation remet en cause encore une fois des problèmes de compréhension au niveau linguistique, mais aussi, parfois, la question du partage du sens à donner aux indications, puisqu'il n'est pas du tout secondaire le fait que les prescriptions soient jugées appropriées et acceptables par le patient. Au premier plan on trouve, alors, les questions relatives à la distinction entre *disease*, *illness* e *sickness* : une distinction coercitif pour la communication médecin-patient en général, donc même relativement aux contextes iso-culturels, mais qui prend une portée encore plus important lorsque on est en présence de situations caractérisées en sens hétéro-culturel. Le problème de l'adhésion aux prescriptions se vérifie, en fait, avec une certaine facilité, en présence de maladies asymptomatiques (*disease* sans *illness*), d'autant que, chez eux, l'utilisateur n'a pas une perception directe de la nécessité de se conformer aux instructions du médecin (un cas emblématique, en ce sens, est représenté par le diabète et par les situations de séropositivité, avant qu'elles dégénèrent en SIDA, mais aussi par toutes les conditions dans lesquelles l'administration d'un antibiotique commun fait cesser le symptôme fébrile, donc on arrête d'adhérer à la prescription thérapeutique donnant facilement lieu à des récives : « *la thérapie se prend tant qu'on ne sens pas bien* »).

Ils se vérifient des problèmes d'interruptions du rapport clinique et du parcours thérapeutique aussi dans les cas où les attentes des usagers ne trouvent pas de correspondance sur le plan médical (momentanée *illness* sans *disease*) et/ou relationnelle:

A cause du rapport froid, le médecin peut être considéré comme incapable. J'ai un ami avec une recto-colite ulcéreuse dégénérée en cancer. Au début, le traitement a eu un effet, ensuite non. (...) A un certain moment il a commencé à cesser de se soigner. « Ils parlent, parlent, ils me traitent mal parce que je suis étranger ». Il a senti sous-estimer le mal qu'il avait. « Je suis l'un de ceux sur qui ils font des expériences » À un moment donné, il est allé à Paris et il s'est fait soigner dans un centre de soins de médecins musulmans. Il était suffisant pour le médecin de dire: « Si tu as besoin, viens me voir ».

Tandis que la question de l'adhésion aux prescriptions thérapeutiques trouve une particulière articulation problématique si l'on tient compte des significations allouées à chaque maladie spécifique dans le contexte socioculturel d'appartenance (*sickness*): parfois, en fait, le « prix social » relié à la publicité implicite du problème est susceptible d'être élevé au point de faire en sorte que l'utilisateur tend avec une relative facilité à ne pas se soigner :

Parfois on préfère ne pas se soigner afin de ne pas le faire savoir.... en public on mange des choses qu'on ne devrait pas manger ayant ce problème, justement pour ne pas faire comprendre qu'il y a le problème.

Dans toutes ces situations il est d'une importance particulière le fait que s'instaure une *compliance* significative dans le rapport entre le professionnel de la santé et l'utilisateur, c'est à dire qu'il y a une attitude de confiance vis à vis du médecin, auquel peut correspondre une précise volonté d'adhésion à la spécifique forme de soins.

Pour la détermination du parcours thérapeutique joue un rôle important aussi le fait que l'utilisateur soit dans la condition d'être en mesure d'utiliser ou pas des formes alternatives de traitement. Les usagers manifestent une certaine réticence à parler de la tendance à se tourner vers d'autres conditions que celles proposées par la biomédecine. En dépit de cette attitude, ils s'y réfèrent de façon plutôt répétée et le recours aux autres consultations et technique d'intervention donne parfois la raison soit du retard avec lequel l'utilisateur arrive à la consultation hospitalière, soit du manque d'adhésion ou de l'adhésion partielle aux prescriptions formulés dans ce contexte.

...beaucoup d'africains tombent malade et le médecin ne peut pas les guérir, ils doivent aller chez ... parce que on va chez le médecin traditionnel, lui il te soigne. (...) Ils sont aussi ici (...) ou bien, on appelle à la maison, peut-être il appelle sa mère, son père, un parent proche et ils envoient quelque chose.

Le recours aux figures que nous pouvons définir comme « non orthodoxe » par rapport aux canons de la médecine conventionnelle advient, chaque fois, dans le contexte d'immigration ou, plus souvent, dans les lieux d'origine, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers.

Soit en connexion avec les consultations « alternatives » effectuées, soit de façon complètement déconnectés d'elles, il émerge, ensuite, la question du recours à une pharmacopée différente de celle reconnue et prescrite par les voies de la biomédecine.

... ma mère, qui est diabétique, prend des boissons traditionnelles (écorce d'arbre en poudre et cuit dans l'eau: deux litres d'eau, une cuillère à soupe de poudre/écorce râpée, on fait bouillir jusqu'à réduire les deux litres d'eau à un), et elle les a aussi apporté à Padoue. Si je ne la suis pas, elle prend seulement la boisson sans prendre de l'insuline, puis on mesure la glycémie et elle est très élevée.

Ils émergent aussi des préférences et des difficultés éventuelles d'acceptation par rapport à certains types de médicaments selon les régions d'origine et les habitudes qui s'y rapportent : difficultés avec les médicaments qui agissent sur la libido signalées pour la région sub-saharienne, médicaments de préférence d'origine végétale pour la région indienne, difficulté pour les médicaments qui ont des composantes de dérivation porcine pour la région islamique.

**CONSIDERATIONS
SUR LES DONNEES DE RECHERCHE**

Observations sur l'offre territoriale.

Actuellement, en Italie, bien qu'il soit de manière diversifié, l'accès aux soins de santé est assuré, à tous les immigrés sur le territoire national. Après 1998, avec la promulgation du *Texte Unique des dispositions régissant la discipline de l'immigration et les normes sur la condition de l'étranger* et du relative Règlement d'application, le thème de la tutelle sanitaire s'est élargi, en fait, aussi en direction des soi-disant irréguliers et/ou clandestins, c'est à dire ceux qui résultent ne pas être "en conformité avec les normes relatives à l'entrée et au séjour"; tout ceci "à parité de conditions par rapport aux citoyens italiens". Cette approche normative a ensuite été soutenue par certains documents programmatiques donc, en plus de la suppression de ces pré-requis qui, dans le passé, résultaient être un obstacle pour la tutelle de la santé, ont également été introduits des principes d'équité et des encouragements aux interventions et aux actions locales visant à assurer à tous l'accessibilité et la facilité d'utilisation des services de santé (dans ce contexte, pour ne pas entraver l'accès aux soins, il a été également interdit de signaler à la police la présence des immigrés clandestins/irréguliers qui demandent de l'aide a caractère médical).

Si ce sont les lignes directrices au niveau de la réglementation, leur application concrète semble, d'autre part, avoir eu des parcours et des résultats différenciés dans les divers contextes régionaux. Un nombre toujours croissant de structures publiques s'est, en fait, réarrangé de manière à faciliter l'accès à l'utilisation des services aux différentes catégories d'immigrés, en proposant aussi des parcours formatifs *ad hoc* pour les employés, mais ce type d'activation n'a pas été homogène, que ce soit du point de vue quantitatif, que celui qualitatif, rendant parfois précaire l'application même des directives sanitaires : l'accessibilité est généralement garantie au niveau juridique, mais l'utilisabilité effective révèle une nature problématique, car elle met en jeu la capacité des services à s'adapter aux nécessités des nouveaux usagers.

En ce qui concerne la situation à Padoue, en se référant à ce qui émerge des documents officiels et du matériel publicitaire émis au niveau local, la situation résulte caractérisée par une pluralité d'interventions dans le secteur de la santé capables de répondre de manière adéquate et complexe aux exigences d'une société multiculturelle. Les interventions effectuées, apparemment ciblées et organiques, révèlent, toutefois, une substantielle fragmentation et problématique, de sorte qu'il n'en résulte pas l'émergence d'un cadre d'action qui s'intègre dans une vision partagée et qui en valorise la perspective dans le contexte d'une politique d'entreprise/territoriale clairement orientée dans une approche interculturelle (c'est un problème dont les conséquences se trouvent à différents niveau, y compris celui qui est reconnu par chaque composante comme une priorité majeure : la gestion de la problématique linguistique).

La fragmentation/incohérence des initiatives mises en place ne semble pas manquer de conséquences en ce qui concerne l'accès aux services, puisque l'hôpital enregistre une utilisation excessive et impropre des Services d'Urgence de la part des usagers immigrés. En réalité, cette observation n'est pas propre seulement à la composante immigrée, car elle concerne aussi les autochtones dans une large mesure, mais soient les données statistiques que nous avons analysé, soient les déclarations des opérateurs, convergent en soulignant que cette situation se vérifie de façon particulièrement

accentuée dans le cas des immigrés. Il s'agit d'une donnée, par ailleurs, qui est généralement signalée dans toute la littérature du secteur, et qui peut être rencontrée sur l'ensemble du territoire national, d'autre part le fait qu'il est enregistré aussi dans un domaine où sont présentes des structures spécifiquement dédiées aux usagers immigrés hors et dans le contexte public il n'est pas indifférent. La différence dans le taux d'accès au Service d'Urgence pour la population immigrée, surtout dans la mesure où elle est configurée comme inadéquate, remonte, donc, au premier plan, devenant ainsi l'indicateur d'une difficulté de fonctionnement du système global.

Les structures "dédiées" agissent plausiblement en tant que correcteurs (il est facilement imaginable que, dans leur absence, le problème se produirait plus encore), mais elles ne parviennent pas à résoudre le problème, tandis qu'en même temps leur existence est également en amont de quelques effets contre-productifs. La perception de la présence de tels services semble, en effet, entrer en jeu dans le rapport entre le personnel sanitaire et les usagers d'une manière pas toujours positive : il arrive que la gestion du cas qui se présente à l'opérateur de santé soit déléguée ailleurs, sans qu'il y ait aucun contrôle sur les résultats du renvoi et sans qu'il se produise des prospectives internes du changement dans le domaine institutionnel, tandis que du versant des usagers sont générés, en parallèle, des sentiments d'insatisfaction et de colère réelle susceptible de se transformer en perceptions de discrimination raciale; de même, il se crée, entre les opérateurs et/ou les usagers italiens, une impression de favoritisme qui entraîne une certaine difficulté quand un opérateur a tendance à considérer plus que légitime de se retirer de la responsabilité du rapport dans la mesure où il pense que le système est déjà allé au-delà pour répondre aux besoins des autres et ceci produit, à son tour, un resserrement des difficultés relationnelles. En d'autres termes, il prend forme une perception de disparité toute déplacée en faveur de la population immigrée, là où les initiatives prises ont, au contraire, le but de parvenir à l'égalité. Dans ces circonstances se produit inévitablement du malaise et ceci contribue à déclencher des situations d'*escalation* de l'agressivité difficiles à gérer.

Accéder aux services de santé: subsistance, connaissance et exercice du droit.

Le recours excessif et impropre au Service d'Urgence advient aussi au détriment de l'utilisation des Districts de santé et des figures professionnelles mises à disposition dans ces domaines, ainsi que des médecins de garde et, surtout, du médecin généraliste et du pédiatre de libre choix, qui, à leur tour, représentent les principales aides que le Service Sanitaire National met à la disposition pour les questions de santé et dont la population italienne emploie dans une grande mesure. Derrière les différentes façons d'utiliser ces supports de la part de la population immigrée par rapport à celle autochtone peuvent être dénombrés plusieurs types de facteurs: juridico-légaux, informationnels, organisationnels, économiques, culturels.

Les facteurs juridico-légaux mettent en cause les usagers communautaires qui ne peuvent pas être inscrits au Service de Santé National et qui ne sont pas en mesure d'exhiber une carte TEAM et, surtout, les usagers irréguliers (étrangers non communautaires sans permis de séjour) qui, ne pouvant pas être en mesure de se prévaloir de l'inscription au Service National de Santé, ne peuvent pas recourir à la consultation d'un médecin généraliste et d'un pédiatre de libre choix, mais ont le droit

de bénéficier des "soins ambulatoires et hospitaliers urgents ou essentiels, voire même continus, en cas de maladie et accident".

Les facteurs informatifs concernent principalement le fait que, pendant que l'existence des Services d'Urgence est généralement connue de tous et est également bien signalée, les informations relatives aux possibilités et modalités d'utilisation des autres services d'aide sont possédées par les immigrés de façon fragmentaire (et il ne manque pas de lacunes même du côté des opérateurs qui sont en relation avec eux). L'information est communiquée presque exclusivement par la production de matériel éditorial, qui, à son tour, est lu et utilisé bien plus par les opérateurs que par les usagers et le résultat qui en dérive est plutôt contre-productif puisque, pendant que, parmi les opérateurs, se produit le sentiment d'une massive activation au niveau institutionnel, ainsi que la perception qu'il y a un manque considérable de volonté de la part de la population immigrée dans la redéfinition de sa relation avec le service de santé, ce dernier continue, cependant, d'être mal informée.

Les facteurs économiques sont, sûrement, une variable en jeu, lequel, cependant, intervient d'une manière assez articulé et complexe, sans être suffisante pour expliquer pourquoi il se produit une utilisation tellement marquée du Service d'Urgence. En analysant les codes-couleurs qui sont attribués avec le triage que l'on exécute au moment de l'accès, il émerge, en fait, qu'un pourcentage très élevé d'usagers se tournent aux deux principaux Services d'Urgence de l'AOP pour des situations que les opérateurs évaluent comme non-pertinentes et ceci implique le devoir de contribuer aux coûts correspondant à la prestation à travers le paiement d'un *ticket* qui varie en fonction de ce qui a été nécessaire d'effectuer en termes de prescriptions diagnostiques et thérapeutiques.

Les facteurs organisationnels sont, aussi, certainement significatifs : le Service d'Urgence répond, en fait, mieux que d'autres aides aux besoins des familles des immigrés, surtout pour le fait que :

- sa disponibilité suit de 24/24 heures, tous les jours de la semaine, donc même dans les moments où les membres de la famille sont libres de leurs engagements de travail et peuvent s'organiser avec leurs propres ressources afin d'y aller ;
- est clairement identifiable sur le territoire (donc facilement accessible aussi pour ceux qui ont une connaissance approximative de la topographie de la ville);
- ne nécessite pas un rendez-vous à l'avance (la même chose n'est pas vraie pour le médecin généraliste, dont les horaires sont très disparates et inégales et dont le fonctionnement organisationnel demande des procédures diversifiées de réservation et plus ou moins lourdes) ;
- on peut simultanément y effectuer une série de consultations.

Aussi les facteurs à caractères plus nettement culturels sont sûrement pertinents. A leur égard la question se présente comme plutôt complexe à comprendre et à gérer parce que les variables s'entremêlent de façon articulée et mettent en jeu :

- la manière spécifique d'organisation des services de santé dans les différentes régions d'origine ;
- les diverses hiérarchies de priorités qui se configurent selon les contextes ;
- les différentes habitudes acquises pour la mise en œuvre de stratégies de prévention ;
- les différentes perspectives acquises dans les respectifs contextes culturels relativement à ce qui suscite alarme et peut être considéré comme de pertinence médicale ;

- la présence d'attitudes différentes en ce qui concerne les symptomatologies ;
- le fait qu'on pourrait valoir ou moins de formes alternatives de soins.

Par rapport à cette dernière série de facteurs émerge, en particulier, que dans les régions d'origine, souvent, il n'existe pas de figures semblables à celles du Médecin Généraliste et du Pédiatre de libre choix, donc entrent en jeu :

- la compréhension de la signification de leur présence (ce qui va au-delà de la simple diffusion des informations : le fait que l'on soit au courant de la présence et de la possibilité d'utilisation du médecin généraliste ne veut pas dire, par exemple, que l'on comprenne nécessairement le rôle) ;
- le degré d'insatisfaction/satisfaction lié à son utilisation (de la difficulté de compréhension linguistique, à l'attente d'une prise en charge plus complexe et plus autosuffisante qui remet en question la possibilité d'établir un rapport de satisfaction sur le plan relationnel) ;
- les habitudes antérieures (souvent plus en phase avec l'utilisation du Service d'Urgence par rapport à toute autre aide territoriale).

Un autre élément qui émerge avec récurrence met en jeu le manque possible d'attitudes préventives de la part des immigrés. Cet élément ferait raison d'une donnée partiellement discordante avec celui de la tendance à une utilisation excessive et impropre des Urgences, en particulier du fait que les immigrés auraient tendance à se tourner vers les services de santé très tard par rapport à la nécessité, c'est à dire lorsque la maladie a pris une physionomie qui ne peut plus être ignorée ou passée sous silence. Définir l'analyse en ce termes ne permet pas, toutefois, l'émergence du fait que le concept de la prévention, dans sa pratique d'usage, résulte associable à des situations très diversifiées, tandis qu'on peut dire que ce qui manque dans le contexte de l'immigration n'est pas le concept de prévention, mais le partage de la même idée de la prévention entre les opérateurs autochtones et les usagers immigrés. Au moment où l'immigré entre en fait, en contact avec le service hospitalier, en général, n'a pas mis en place les comportements qu'on se serait attendus sur la base des pratiques médico-sanitaires qui sont inhérentes à la biomédecine (les analyses périodiques, les contrôles de pression, les dépistages pour la prévention des tumeurs, les observations de l'état de grossesse avec les contrôles obstétricaux et les échographies, etc.), mais il n'est pas dit qu'il n'ait pas mis en place des stratégies alternatives de prévention et de gestion du problème en s'appuyant sur des expédients et des pratiques autres que celles qui sont requises et prévues par le système de santé auquel il s'adresse (en interpellant d'autres 'spécialistes' de la santé, en adoptant les comportements suggérés par son propre système de référence, en utilisant les dispositifs et les produits d'une pharmacopée différente par rapport à celle de la matrice biomédicale).

D'autre part, tout cela va à colluder avec d'autres facteurs qui interviennent, dans un circuit de renforcement mutuel: les informations manquent relativement à ce qui est prévu des spécifiques protocoles médico-sanitaires et, là où il y a, on ne comprend pas le sens ; les aides sanitaires de base ne sont pas utilisées (y compris le Médecin Généraliste), par conséquent ces informations ne sont pas transmises même en termes de prescriptions ; on craint que chaque contrôle exige le paiement d'une contribution et ceci a un impact très fort dans un système de gestion de l'économie familiale plutôt différent de celui habituel de l'italien moyen ; là où on veut mettre en œuvre les stratégies définies par les protocoles médico-sanitaires se posent des obstacles spécifiques qui découragent (comme il advient, par exemple, pour les difficultés

linguistique-communicatives auxquelles de temps en temps on va à l'encontre et qui se traduisent parfois par de réelles incompréhensions).

S'orienter, s'enregistrer.

Au-delà de l'utilisation prioritaire, excessive et incorrecte, du Service d'Urgence, le premier obstacle que rencontré par l'utilisateur immigré, en se tournant vers l'hôpital, concerne la possibilité de s'orienter à l'intérieur. L'A.O.P. est une structure articulée, complexe et en constante évolution et, en se déplaçant dans l'assemblage on se rend compte de l'insuffisance du système d'information prédisposé. Au moment où on sort du circuit principal des références le signage (strictement monolingue) disparaît et les indications qui sont fournies par les opérateurs ne sont pas toujours suffisantes ou adaptées aux besoins, soit parce que eux-mêmes ont tendance à connaître la structure que de manière sectorielle, c'est à dire relativement à leur propre domaine de compétence et non analytiquement dans son intégralité, soit parce qu'ils utilisent, dans leur système de références, un jargon qui est partagé au sein du groupe, mais inconnu des usagers et qui, par conséquent, entrave inévitablement la communication. C'est, donc, une expérience généralisée de se perdre, désorienté à la recherche du propre domaine d'intérêt et il est facilement imaginable ce qui est le vécu commun d'un usager étranger au moment où, voulant accéder à une quelconque zone inconnue de la structure (donc au-delà de l'habituelle zone très utilisée qu'est le Service d'Urgence), se trouve dans la condition d'avoir à interpeller directement n'importe quel opérateur de passage, ou de faire recours à des autres guichets que celui de compétence: difficulté à s'exprimer de sa part, utilisation des termes imprécis par rapport à ce qu'il est entrain de chercher, utilisation du jargon par les opérateurs, utilisation des termes approximatives par rapport à ce que l'on doit faire, renvoi à d'autres interlocuteurs ou guichets dont on est pas en mesure d'identifier l'emplacement... dans un circuit de renvois dispersif, improductif et frustrant.

Un autre problème apparemment marginal concerne la transmission des données nécessaires au moment de l'accès (prénom, nom, date de naissance). Celui de l'enregistrement est, en fait, un moment de la bureaucratie institutionnelle extrêmement formalisée et apparemment simple, mais qui se révèle être tel qu'en apparence. Par hasard, dans le cas des étrangers, on rencontre, en effet, avec une fréquence relative, des incongruités qui rend difficile - et parfois impossible - la récupération des informations.

Les opérateurs ont tendance à reconduire les incongruités qui se produisent à une approximation des usagers de fournir les références demandées et parfois aussi à des déclarations intentionnellement fausses de leur part. Dans cette deuxième interprétation, ils sont corroborés par le fait que, de temps en temps, il a aussi été possible de voir des échanges réels de documents entre usagers : une pratique qui est facilement reconduite à une intention frauduleuse, mais qui n'a pas toujours cette caractérisation. Si, d'une part, il ya des cas où le refus de fournir ses propres références personnelles est tout à fait plausible et évident (surtout quand on a à faire avec des usagers illégalement présents sur le territoire), derrière les dyscrasies qui existent, sont encore plus présentes des difficultés linguistiques, des différences dans les systèmes d'orientation, ainsi que des diverses attributions de relevance par rapport aux demandes formulées et aux relatives attributions de sens :

- les difficultés linguistiques mettent en jeu, en premier lieu, la transition de la déclaration orale à la forme écrite et informatisée (en raison de la présence de formes de translittération relativement diversifiées par rapport à un système d'enregistrement qui n'accepte aucune nuance), aussi bien que assonances de divers types (comme dans le cas de l'inversion nom-prénom qui se vérifie surtout avec les usagers francophones, avec la correspondance connexe *nome/nom, cognome/prénom*) ;
- les questions culturelles mettent en jeu le fait que l'enregistrement du nom et du prénom répond à un précis plan d'orientation, qui se réfère à des habitudes classificatoires culturellement caractérisées dont cette diversité n'est pas consciente, alors que l'habitude consolidée à l'intérieur du système qui en fait l'usage tend à le « naturaliser », en faisant perdre conscience de son caractère arbitraire et de sa détermination historico-culturelle ;
- derrière la requête/la réponse on peut rencontrer également des attributions de relevance différenciés : d'une part se trouvent les opérateurs qui représentent l'anneau extérieur d'une procédure administrative qui fonctionne sur la base d'un système d'enchaînements contraignant et rigide qui soutient l'ensemble de l'organisation, de l'autre côté sont placés les usagers qui n'ont pas la perception de la relevance de ce simple acte d'enregistrement par rapport à l'étanchéité de l'ensemble du système organisationnel et qui focalisent l'attention sur la seule dimension médico-sanitaire, n'attribuant pas d'importance à d'autres facteurs et n'ayant pas la perception de la façon dont ils s'entrecroisent avec la même dimension clinique.

Si tout cela met en jeu la question de l'enregistrement du prénom et du nom de l'utilisateur, le cadre est complexe même pour ce qui concerne l'identification/insertion de l'âge correct (l'autre élément informatif qui est utilisé pour l'individuation ponctuelle de chaque usager et que le système informatique enregistre sans possibilité de modification). Même dans le cas de l'identification et de l'insertion de la date de naissance se produisent, en effet, des difformités, par exemple parce que ce qui est certifié par la documentation ne coïncide pas toujours avec la réalité des faits et des déclarations. Même relativement à cet aspect du problème, il résulte possible de relever la coïncidence de plusieurs ordres de raisons, parmi lesquelles on peut compter même de véritables tentatives de dissimuler, lesquelles se réfèrent à des raisons qui sont situées en amont de la dimension sanitaire, ou bien qui concernent la spécifique situation, mais d'une manière sensiblement indépendante de la dimension clinique.

Tout cela met en jeu des questions de nature administrative, mais il est annonciateur de conséquences pour le parcours de soin, parce que les difficultés/impossibilités de récupérer les informations impliquent la difficulté qui en résulte de suivre l'histoire clinique, avec la perte de la possibilité de donner continuité à la gestion du cas en construisant un profil cohérent de données sur lesquelles effectuer chaque procédure de diagnostic et chaque intervention ultérieure.

Le langage au premier plan.

Déjà au niveau de la simple fourniture des informations se démarque le degré différent de difficulté rencontré par les autochtones et les immigrés, en devient évident l'invasivité du problème linguistique. Les problèmes rencontrés dans le rapport avec les usagers immigrés, en fait, sont souvent les mêmes qui concernent le rapport avec les usagers en général (de façon indépendante, c'est-à-dire, par leur origine géographique-culturelle), mais le chevauchement autochtones-immigrés, même s'il est possible dans une large mesure, ne peut pas être réalisé en totalité et le facteur linguistique met clairement en évidence ce point. Contrairement à ce qui advient dans les pays qui, comme la France ou le Royaume-Uni, ont une histoire de colonisation de grande envergure, l'immigration présente sur le territoire italien se distingue, en effet, par le fait d'être caractérisé par une multitude décidément variée de personnes qui, normalement, ne sont pas en mesure de comprendre, et encore moins de s'exprimer correctement, dans la langue du pays d'immigration. A cette situation fait de correspondant, sur le versant hospitalier, la faible présence d'opérateurs qui soient en mesure de pouvoir utiliser de façon articulée une troisième langue, à caractère véhiculaire (comme l'anglais ou le français), qui les met dans la condition de communiquer adéquatement avec les usagers. Il se crée, par conséquent, avec facilité et inévitablement, deux types de situations:

- celui dans lequel on utilise une compétence linguistique très approximative ;
- celui dans lequel l'interlocution verbale directe n'est en aucune manière possible.

Le premier type de situations, en s'appuyant sur une compétence linguistique complètement superficielle, apporte avec elle la possibilité que se vérifient des formes particulières d'interférence. Quelquefois, en fait, c'est précisément le fait d'avoir un tissu linguistique (seul) en partie partagé à donner lieu à des problèmes, car le fait de réussir à communiquer à l'échelle de quelques expressions de base produit une sensation d'entente à qui correspondent, au contraire, des formes trompeuses de mécompréhension, ne permettant pas de discerner entre ce qui est compris d'une manière appropriée et ce qui produit des glissements de signification. Ils se produisent, par exemple, des phénomènes d'intrusion du système de référence d'une langue dans celui de l'autre, comme l'attribution de signification aux termes en usage sur la base de similitudes phonétiques inconscientes, ou la superposition de conventions d'utilisation différentes dans la relation signifiant-signifié. Dans cette perspective, un phénomène qui tend à se produire sur une base récurrente regarde le fait que l'utilisateur tend à répondre affirmativement (avec un oui, ou, quelquefois, avec un simple signe de la tête) pour chaque énonciation qui lui est adressée et que ceci soit interprété par l'opérateur comme un signe de compréhension et d'entente, alors que le «oui» exprimé à plusieurs reprises a toute autre valeur dans la dynamique relationnelle. Parallèlement à la perception de pertinence de la communication même là où il y a des difficultés sérieuses, il se produit également un véritable sens de ruse des usagers, parce qu'on retient qu'ils feignent une incompetence que, cependant, on croit qu'ils n'en ont pas.

Parmi les situations qui mettent en jeu le problème d'une compétence linguistique approximative peuvent être dénombrées celles, aussi, qui concernent la compréhension du langage utilisé par les médecins. Le problème, en ce termes, passe complètement au-delà de la distinction autochtones/immigrés ; pour les usagers immigrés, d'autre part, se posent des difficultés relativement inattendues même quand on est à un niveau linguistico-communicatif qui est moyennement compréhensible pour un usager qui maîtrise la même langue de l'opérateur. Se créent, alors, plutôt facilement, des réalités

communicatives problématiques que nous retenons opportunes de considérer comme faisant partie de la mécompréhension (au lieu de les considérer comme des simples situations où le message n'a pas atteint sa destination) car elles ne sont pas toujours reconnues dans leur caractère d'incompréhension. Dans ces situations il arrive, en fait, parfois, que le manque de passage des informations ne soit pas identifié comme tel (par l'une ou l'autre partie ou même des deux), ni géré à travers l'explicitation de la difficulté de communication, ou en mettant en œuvre d'autres stratégies permettant de faire face au problème, avec pour conséquence de donner lieu à une présomption d'entente qui, cependant, n'a pas eu lieu du tout. Il arrive donc que, à la fin de l'interaction, le médecin porte avec lui l'idée d'une communication réussie et, par conséquent, se sent sûr de sa position, et/ou que le patient ne remarque pas qu'il ne comprenait pas certains éléments importants du discours effectué. Ce mécanisme peut se vérifier jusqu'aux extrêmes du « double malentendu » où « personne n'a compris de ne s'être pas compris » et pour cette raison il se retient satisfait pour une situation qui peut, toutefois, greffer des difficultés dans le déroulement du parcours de soin.

La question linguistique réapparaît aussi au niveau de la communication écrite et dans ce sens croise le problème de l'orientation à l'intérieur de la structure, la possibilité de connaissance du règlement interne des divers pavillons, les prescriptions thérapeutiques au moment de la sortie de l'hôpital, etc... Un moment particulier de difficulté, dans ce domaine, concerne le remplissage des formulaires qui sont disposés par rapport à la prestation à effectuer, qui sont généralement monolingues et qui sont souvent écrits dans un style relativement lourd. Le point culminant de l'inconfort est franchi, en particulier, avec la signature des formulaires fournis pour l'obtention d'un consentement informé: un moment de difficulté dans lequel la communication va à l'encontre de son échec le plus évident, puisque la documentation préparée, bien que différente de prestation en prestation, a tendanciellement en commun aussi le fait d'utiliser un langage dépourvu d'immédiateté par rapport à des contenus de forte prégnance. En vertu de tout ceci, la confusion quant à la difficulté de comprendre unifie autochtones et immigrés aussi dans ce type de situations, mais, dans le cas où l'utilisateur ne maîtrise pas le même langage avec lequel est rédigé le document, il devient vraiment impossible de s'orienter.

Le deuxième type de situations, celles, notamment, qui montrent une véritable impossibilité d'interlocution, en rend encore plus évident l'importance du problème linguistique, donc la structure hospitalière y a répondu avec un service de médiation dont les opérateurs sont appelés à exercer une activité de traduction « en présence ». Les modalités d'organisation et de gestion du service mettent en évidence, cependant, celle ambiguïté de fond qui a été discutée en ce qui concerne la politique de l'entreprise, en fait :

- bien qu'il fût actif depuis de nombreuses années, au moment de la recherche ne résultait pas connu par une grande partie des opérateurs ;
- là où on est conscient de sa présence, on n'est toujours pas informé sur les modalités de son fonctionnement ;
- est activé sur appel par les responsables des Unités Opératives, alors qu'il n'y a aucune possibilité que ce soient les usagers à le demander (les usagers, au contraire, n'ont même pas souvent les informations concernant son existence, au contraire certaines fois ils sont convaincus que dans leur territoire il n'existe aucune opportunité dans ce sens) ;
- il ne relève pas de la pratique institutionnelle la possibilité que le service de médiation soit demandé par voie préventive lors de la réservation d'une prestation: en général, son activation est sollicitée par l'Unité Opérative qui

rencontrera l'utilisateur dans un second temps, donc sera effectuée *a posteriori*, avec l'émergence consécutive de situations où on est obligé de surseoir à l'exécution de la prestation, ou de faire usage d'une assistance occasionnelle et informelle pour être capable de l'effectuer ;

- les opérateurs l'utilisent beaucoup moins par rapport à ce qui serait nécessaire en considérant les difficultés qu'on rencontre dans le cas de son manque d'activation en temps opportun et, pourtant, plus que l'administration souhaiterait (vu que ce type de service est généralement coûteux en termes économiques).

Bien qu'en présence d'un service de médiation, celui linguistique se configure comme un des facteurs qui se situe en amont de l'inégalité d'accès aux prestations sanitaires de la part des usagers immigrés par rapport aux autochtones, comme en témoigne le fait que on se confronte à des situations où :

- les usagers se trouvent à interpellé à plusieurs reprises des guichets différents afin d'obtenir les informations dont ils ont besoin, en arrivant, parfois, à s'éloigner découragés ;
- la prestation d'un service a été reportée (ou doit être répétée) parce que l'utilisateur s'est présenté sans faire ce qui était nécessaire pour son bon fonctionnement (car il n'avait pas été correctement informé/n'avait pas compris ce qu'il avait à faire) ;
- on utilise pour la traduction toutes sortes d'aide informelle, avec la conséquence qui se produisent des situations inadéquates : traductions approximatives, impossibilité de contrôle de leur validité et des éventuelles erreurs, utilisation de mineurs pour des communications sensibles émotionnellement et cognitivement, publicisation d'informations confidentielles et sensibles à l'intérieur et à l'extérieur du contexte familial ;
- les usagers se retrouvent parfois dans la condition de voyager pour des kilomètres ou de payer de leur poche pour être en mesure de disposer des outils nécessaires à une communication qui permet de profiter réellement des prestations.

Si tout ceci concerne principalement la communication verbale, que ce soit orale ou écrite, la question linguistique s'étend à inclure également la dimension du langage non verbal. Aussi dans ce domaine, le chevauchement entre ce qui se passe dans les interactions entre opérateurs et usagers immigrés et ce qui advient en général avec les autochtones est élevé, mais pas total. À première vue, en effet, ce type de situation n'est pas différent de celui des individus qui, même s'ils appartiennent à la même zone linguistico-culturelle des opérateurs, pour une raison ou une autre, ne sont pas capables de s'exprimer verbalement, mais, au-delà de l'apparence, il y a d'importantes différences entre les deux situations. Dans un cas, en effet, on est en présence d'un «système simple» dans lequel le langage véhiculé fait usage d'habitudes expressives substantiellement similaires dans leurs significations respectives ; dans l'autre on est à l'intérieur d'un «système complexe» dans lequel la superposition des expressions est bien plus partielle. Là où entre en jeu la non-verbalité, cependant, on a tendance à faire usage de l'idée d'être en présence d'un «langage universel»: un véritable oxymore qui dépouille les expressions de leur caractère historique et culturel, ce qui suggère de parler un même langage. À côté des situations d'accord substantiel, nous trouvons, donc, inévitablement, des occasions véritables mécompréhensions et/ou malentendus, importantes et inconscientes, exactement comme il advient dans toutes les circonstances dans

lesquelles il y a en jeu la communication linguistique entre les êtres humains. Dans ce domaine, les interprétations risquent aussi d'être également particulièrement tenaces, si ce n'est que pour le fait que l'interlocuteur difficilement se pose dans la perspective de devoir en vérifier le bien-fondé, alors que à la non-verbalité il est facilement assignée la mission de prendre en charge la communication lorsque le langage verbal ne peut être utilisé.

Les axes cartésiens de chaque interaction: temps et espace.

La question linguistique a le pouvoir de mettre en évidence que pour parvenir à réaliser les conditions adéquates au développement d'une efficace dynamique communicative et, par conséquent, à la possibilité de tirer profit du service hospitalier d'une manière sensiblement similaire à ce qui se passe pour les italiens, il est nécessaire de pouvoir utiliser des supports particuliers et aussi d'un temps adéquat à l'interaction. L'institution, d'autre part, poursuit une politique d'entreprise à caractère d'efficience qui, en définissant la période de temps moyen à réserver à chaque prestation, a pour but d'en contenir la durée. De cette façon viennent, cependant, à se créer des situations assez incongrues caractérisées par de véritables cercles vicieux: le peu de temps réservé au passage de l'information comporte l'insuffisance des explications fournies et de la relative compréhension, qui se traduisent par des passages répétés dans différents guichets, en interlocutions avec une multiplicité d'opérateurs, en invalidation des procédures, en renvoi ou à répétition des mêmes consultations diagnostiques, avec l'inconfort de tous et avec la paradoxale conséquence d'une «perte de temps» justement en vertu des stratégies d'endiguement des temps.

Celui de la gestion du temps est, cependant, un domaine particulier de problématique dans le rapport avec ces groupes d'immigrés en provenance des zones où - comme ce qui advient pour la soi-disant Afrique noire - vaut une différente "culture du temps" (« vous avez les montres, nous avons le temps »). Dans ce contexte, les difficultés qui sont produites mettent in relation :

- une culture institutionnelle qui organise toutes les activités sur la base chronométrique, en établissant un calendrier précis (et que, néanmoins, est tout à fait habitué à produire des situations de manque de ponctualité, avec des décalages temporels, des déplacements répétés des rendez-vous, des attentes imprévisibles et incalculables dans leur durée) et pour laquelle il devient « normal » procéder à la hâte d'autant que, en général, il «n'y a pas le temps » ;
- une culture essentiellement étrangère au calcul du temps, dans laquelle les actions répondent à d'autres hiérarchies de sens (comme en témoigne le fait que l'utilisateur se présente à un rendez-vous établi avec un retard relatif à des journées entières, ou même à l'avance : l'important est d'être là) et pour laquelle le fait qu'« il n'y ait pas le temps » peut aussi être offensive/inapproprié.

Il a lieu, par conséquence, et facilement, le problème du respect des dates et des heures fixées pour les visites ou pour effectuer d'autres prestations, ainsi que toute autre activité du pavillon qui prévoit une organisation des horaires, et ceci apporte avec lui

des questions à caractère organisationnels et des problèmes au niveau relationnel qui ne manquent pas de produire des effets pour le parcours de soin.

Même l'organisation des espaces conditionne la forme des relations, mais, pendant que le problème de l'administration du temps est particulièrement senti aussi et surtout pour les désagréments qu'il crée au niveau de l'organisation, la gestion des espaces n'en résulte pas toujours être perçue comme tout aussi problématique. D'autre part, il y a beaucoup de circonstances qui rendent évident la présence d'un problème à ce niveau :

- certaines zones enregistrent, en même temps, une négligente organisation et gestion des espaces et des épisodes problématiques répétés au niveau relationnel, connotés aussi par des escalades de l'agressivité : un cas emblématique, en ce sens, est représenté par la salle où se déroule le triage pour l'accès au Service d'Urgence centrale ;
- le travail des médiateurs ne peut pas ne pas être affecté par la mauvaise organisation des espaces, parce que les consultations sont souvent réalisées debout, dans des situations plus ou moins de fortune et/ou à la présence de différentes sources de perturbation ;
- manquent des zones spécialement réservées à la réception des divers rituels religieux (en particulier à la gestion des rituels funéraires), donc parfois se vérifie le problème de l'utilisation d'un espace à des fins diverses par rapport à celles originellement prévues (comme dans le cas de la prière) ;
- un discours distinct, qui met en jeu la dimension religieuse (et qui n'a pas, toutefois, soulevé des considérations) est celui de l'ameublement, puisque certains espaces se sont révélés extrêmement chargés de symboles religieux liés au Catholicisme ;
- dans certains cas il y a le problème de la cohabitation par rapport à l'appartenance de genre, comme cela arrive en particulier dans la zone pédiatrique en relation avec la présence de nuit des parents ;
- beaucoup plus rares, mais toutefois présentes, sont les situations caractérisées par une véritable expression du racisme (manifestée par un refus de partager une chambre avec des personnes d'origines spécifiques, sans que entrent en jeu autres variables de manière significative) ;
- se produit le problème du partage de la même zone avec des personnes qui ont des habitudes différentes : un cas emblématique, en ce sens, est représenté par le moment des visites aux patients hospitalisés, avec des épisodes où le malaise est corrélée au fait de se trouver dans des situations plus ou moins chaotiques dues à la contemporaine et bruyante présence de familiers et amis du côté du patient (un moment où se croisent questions de toutes sortes, qui remettent en jeu le problème de la gestion de l'espace, ainsi que celui de l'organisation temporelle et de la mise en œuvre de règles de conduite spécifiques, explicites ou implicites qu'elles soient).

Le rapport difficile avec les règles.

Les problèmes liés au respect du calendrier des rendez-vous et à la gestion des visites aux patients sont facilement interprétés en tant que un manque de propension à respecter les règles de la part des usagers immigrés. Que ce soit dans un cas que dans l'autre, les

difficultés qui surviennent mettent en jeu, toutefois, en plus d'un réglage différent, aussi la présence de règles relativement fluides dans leur application. Allant d'un pavillon à l'autre et d'un opérateur à l'autre, les directives codifiées et les informations qui sont fournies aux usagers concernant les visites aux patients montrent une forte variabilité en ce qui concerne :

- les heures d'accès ;
- la mise en place des communications ;
- le degré de correspondance entre la «règle écrite» et l'habitude pratiquée ;
- le degré de rigidité/flexibilité avec lequel le règlement est appliqué ;
- les réactions des opérateurs aux difficultés qui se sont déroulées.

A ce que, pour chaque opérateur, se configure comme un sentiment de continuité – parce que construit par rapport à son propre travail - correspond, du côté de l'utilisateur, la perception d'une substantielle discordance : ce qui s'applique dans un pavillon ne fonctionne pas dans l'autre, ce qui est vrai aujourd'hui peut ne plus l'être en vigueur demain, ce qui est présenté comme une règle écrite peut être négligée dans la pratique, ce qui vaut pour un opérateur ne vaut pas pour un autre. Cet aspect du problème est aussi commun aux autochtones et aux immigrés, mais quand cette variabilité des situations se rencontre avec les différences inhérentes aux diverses formes d'organisation de la famille/communauté et avec les habitudes spécifiques liées à la façon de gérer les différents passages de la vie, en plus des horaires incompatibles avec les tours de travail ou les moyens de transport, on a une véritable explosion des possibilités, avec l'apparition de situations qui sont tout à fait inhabituelles pour la population italienne (la prolifération des personnes qui visitent, à tout moment, et la mise en œuvre de modalités comportementales inhabituelles dans le milieu hospitalier).

Un domaine qui montre à plusieurs reprises des problèmes dans la relation avec les usagers immigrés par rapport à la question des règles est, en outre, celui du paiement de la contribution requise pour la réalisation des prestations (*ticket*). En ce contexte il y a plusieurs contestations et refus, en amont desquelles on doit inclure le fait que la législation en vigueur :

- a subi des fréquentes modifications, dans un processus qui n'est pas encore stabilisé ;
- ne manque pas de difficultés d'interprétation, parce que la terminologie utilisée en elle se prête à plusieurs types de lecture ;
- en face d'un cadre de base défini au niveau national, rencontre des variations spécifiques à l'échelle régionale qui contribuent à rendre le cadre complexe ;
- est connue par les opérateurs dans certains aspects, sans, en générale, la maîtriser dans toute sa complexité.

Dans cette situation, chaque opérateur est en mesure de faire ses propres requêtes sans être conscient des difformités mises en œuvre par rapport à d'autres unités opératives ou au travail des autres collègues avec lesquels il n'est pas en rapport direct (et, encore moins, sans être conscient du fait que, dans d'autres régions du territoire national, avec lesquelles les migrants peuvent avoir été directement ou indirectement en contact, on applique d'autres modalités). Pourtant, il se vérifie une situation de disparité et de désordre dans laquelle on n'est pas conscient de la présence simultanée de procédures distinctes et aussi incohérentes, tandis qu'il en résulte pas peu fréquent, du côté des usagers, l'attente de ne pas avoir à payer de frais, parce que cela a été l'expérience maturée dans d'autres situations, ou dont on est actuellement à connaissance en vertu de

l'information véhiculée à l'intérieur de sa propre communauté. Par rapport à cette situation de fond, il est facile de trouver tout genre de difficulté.

Même la gestion de la documentation relative à l'accès aux prestations est plutôt difficile et ne manque pas de créer des malaises. Egalement, il y a plusieurs facteurs qui peuvent rendre peu claire la compréhension de la filière procédurale, tant du côté des usagers, que de celui des opérateurs :

- la complexité de la normative et de la relative casuistique ;
- son ajustement progressif ;
- la variété des documentations que l'on peut exhiber ;
- le manque de correspondance entre ce qui est prévu au niveau juridique et ce qui se passe réellement en amont des demandes de prestations.

La complexité concerne certainement les situations de présence irrégulière sur le territoire national, mais aussi la présence régulière, qui est régie par une casuistique complexe qui envisage diverses catégories d'inscription au Service National de Santé, différentes certifications européennes, documents qui prévoient des accords avec des pays tiers, etc. Les difficultés qui surgissent souvent dans cet enchevêtrement de situations sont liées à la demande - pas toujours due - de documents spécifiques et les difficultés à comprendre les raisons effectives pour lesquelles ce qui est demandé n'est pas exhibé, ainsi que la façon de procéder en conséquence.

Un point particulièrement problématique, qui croise la question de la documentation relative à l'accès, en plus de l'inévitable question des paiements, concerne, ensuite, la reconnaissance du caractère d'essentialité des prestations. À cet égard, ce sont, souvent, aussi les médecins eux-mêmes à ne pas s'orienter adéquatement dans la casuistique et à procéder avec les prescriptions d'une manière qui ne répondent pas aux exigences de la procédure, alimentant, de cette façon, des attentes inadéquates de la part des usagers et augmentant aussi les difficultés rencontrées par le personnel. Surtout dans ce domaine, chaque opérateur montre d'agir sur la base d'un « bricolage » dictée de ce qu'il juge chaque fois appropriés en rapport avec les – incomplètes – informations qu'il détient.

La gestion des visites aux patients, le respect des horaires et du calendrier des rendez-vous, le paiement du *ticket* pour les services effectués, l'*iter* qui est effectué pour l'obtention des prestations sont, donc, toutes, des domaines où un système de coutumes non écrites et la propension différenciée des opérateurs se chevauchent à l'existence formelle de normes spécifiques. Bien que les opérateurs ont tendance à penser que les usagers sont bien informés de leurs droits et sont, au contraire, prêts à utiliser n'importe quelle stratégie d'infractions des règles pour échapper à leurs devoirs, encore plus légitimement, il émerge un niveau élevé de confusion et de difficultés qui imprègne les usagers, parce qu'ils se trouvent à se confronter avec un système organisationnel de règles qui, en plus d'être différent par rapport à celui d'habitude, a des marges d'incertitudes significatives. La plainte d'une propension à ne pas respecter les règles par les immigrés est produite alors que, sur le plan institutionnel, on assiste à une haute disparité de fonctionnement dans leur mise en œuvre et interprétation. Usagers et opérateurs se trouvent aussi impliqués, avec une fréquence relative, dans une succession d'infractions, parfois intentionnellement commises, parfois sans aucune conscience, mais avec des conséquences qui, souvent, peuvent génériquement être appelées dis-éducatives par rapport à la possibilité d'une utilisation correcte des structures sanitaires et avec des répercussions presque inévitables sur le côté relationnel.

Interchangeabilité des opérateurs.

Se situe dans la catégorie des problèmes organisationnels aussi la quantité et la qualité des opérateurs que les usagers rencontrent sur leur chemin.

Le système de santé italien, même sur la base des principes de fond sur lesquels s'érige toute la conception du travail, rend l'interchangeabilité des opérateurs un élément structurel quasiment inamovible dans les contextes institutionnels ; ce facteur, inspiré par des principes égalitaires, a une série de conséquences problématiques dans le domaine hospitalier, y compris :

- l'alternance d'opérateurs différents en relation au même cas, avec la corrélative impossibilité, pour l'usager, d'utiliser un référent fixe ;
- la non-distinction des opérateurs en termes de genre, avec la possibilité conséquente que les usagères femmes doivent interagir avec des opérateurs hommes et l'usager hommes avec les opératrices femmes.

En ce termes, la question implique tous les usagers, mais, à la fois dans un cas où un autre, les situations qui se traduisent pour autochtones et immigrées ne se chevauchent pas dans leurs effets.

Le premier type de situations porte avec lui, pour tous, une lourde charge d'insatisfaction ; dans le cas des immigrés prennent place, d'autre part, des facteurs d'aggravation et aussi de spécifique caractérisation du problème, puisque celui-ci résulte accentué par l'absence de certains éléments grâce auxquels les autochtones peuvent quelquefois à le contenir, comme il advient pour le fait d'être en mesure de bénéficier d'une série de références territoriales (réseaux de connaissances) et de possibilités économiques (visites privées, payantes) qui permettent de recourir à quelques référents fixes. Un exemple de ceci est représenté par ce qui se passe dans le cadre de l'accouchement : pendant que la majorité des femmes enceintes italiennes arrive à l'hospitalisation étant en mesure de faire usage d'un gynécologue de référence et, à travers ceci, étant en mesure de jouir de toutes les informations et les instruments nécessaires dont elles ont besoin pour faire de véritables choix par rapport aux possibilités offertes par le service hospitalier, les femmes immigrées se trouvent régulièrement à devoir s'adapter à ce qu'elle rencontre lors de l'accès, dans un circuit de routine qui mine ses possibilités de choix, avec l'augmentation des probabilités d'encourir une césarienne et la diminution des possibilités de profiter de la péridurale.

Le second type de situations à une physionomie plutôt articulé :

- met en cause, en particulier l'usager islamique, mais avec une grande diversité interne que, généralement, n'est pas reconnue par les opérateurs ;
- pour la perception des opérateurs est focalisé, dans une bonne mesure, autour de la variante qui implique l'opérateur-homme dans la relation avec l'usager-femme, tellement que le personnel sanitaire parle rarement de questions de genre à rôle inversé (c'est à dire quand c'est l'opérateur-femme qui se trouve à se confronter avec un usager- homme) ;
- est plus facilement perçu comme valide là où il met en jeu une dimension anatomique-sexuelle (donc surtout dans la zone obstétrique-gynécologique), pendant qu'il ne manque pas de soulever des perplexités là où cette caractérisation est absente (c'est-à-dire à l'occasion de prestations que les opérateurs ne s'attendent pas qu'elles puissent impliquer une dimension de

- genre, (par exemple au cours de certaines enquêtes, ou même du "simple" prélèvement hématique) ;
- donne lieu à des comportements différenciés de la part des opérateurs (avec une disponibilité différente à identifier des stratégies alternatives au niveau organisationnel), pas seulement en considération des domaines d'intérêt, mais aussi parce qu'il va se croiser avec le fait qu'il tend à être reconduit à une question concernant la «condition de la femme ».

Les conséquences de ces situations ne sont pas toujours faciles à lire, parce que la prestation vient le plus souvent être portée à terme sans causer aucun dysfonctionnement important, mais un examen plus approfondi de la gestion de chaque situation révèle diverses formes d'approximation (la faible utilisation du service de médiation linguistico-culturelle, la manque d'activation des opérateurs à solliciter des formes de réorganisation qui pourraient être avantageuses pour tous les usagers), pendant qu'il se vérifie aussi des renvois dans l'exécution des prestations et des véritables formes de découragement à entreprendre et à progresser dans le parcours de soin, avec, aussi, la possibilité de quelques interruptions. Même dans ce cas, il se produit quelque chose de paradoxale, puisqu'il en résulte évident que, pour reconnaître à tous le même traitement, il faudrait discerner les besoins de chacun.

Au-delà de la dimension de genre, une question d'organisation particulière qui met en jeu la composition des groupes de travail regarde la grande quantité des personnes qui, au cours de l'hospitalisation, sont simultanément présentes autour du patient au moment de la visite de contrôle quotidienne. Il s'agit d'un aspect particulièrement évident dans le domaine de l'A.O.P., qui se vérifie en raison du rapport étroit qui croise la dimension clinique/hospitalière avec celle formative/universitaire. La pratique d'effectuer les soi-disant «tour de visite» de la part des médecins se faisant accompagner par un groupe élargi et hétérogène de personnes en formations, ou qui sont entrain d'effectuer quelques activités de recherche, est réalisée de façon complètement routinière, sans que médecins et infirmiers montrent de lui donner une importance particulière, ou même, de lui accorder de l'attention, mais la perception qu'ont les usagers montre des caractères divers, à la fois pour la numérosité en soi du groupe, à la fois - surtout - en tenant compte d'autres variables concomitantes. Le fait de se trouver dans des circonstances où c'est toute la dynamique interactive à montrer son insuffisance (avec l'apparition de situations où on n'est pas correctement informé à propos de ce qui est entrain de se passer, ou dans lesquelles on est essentiellement ignoré soit au niveau de la communication verbale que non-verbale, recevant, par conséquent, des continus messages de dis-confirme) arrive, en effet, parfois, à occulter le problème numérique. Ce qui, d'autre part, ne résulte en aucune manière marginale, est la qualité de la composition de l'équipe (la plupart des opérateurs avec lesquels les patients interloquent sont des stagiaires ou apprentis) quand il se vérifie un « accident de parcours ». Dans ces cas, en effet, tend à s'engager un mécanisme interprétatif pour lequel la responsabilité du problème survenu vient reconduit à la présence/action du personnel en formation et ceci, dans le cas des usagers immigrés, tend à son tour à assumer une connotation particulièrement problématique parce qu'il fait facilement émerger des perceptions de racisme.

Perceptions du racisme et prophéties qui s'auto réalisent.

Les perceptions/accusations de racisme sont produites relativement fréquemment et dans des circonstances différenciés. Dans les situations où il se produit de l'inconfort, là où on a à faire avec des personnes qui ont une origine géographique-culturelle différent, ou lieu de faire l'hypothèse d'une préparation professionnelle insuffisante de l'opérateur, d'une déficience organisationnelle, ou d'un inconvénient technique (comme cela arrive plus facilement du côté des usagers italiens), en fait, il est facilement mis en cause quelque comportement discriminatoire à caractère raciste. Qu'ils correspondent ou non à la réalité, ce type de situations produit une sorte de « racisme des conséquences », en donnant lieu à une inégalité des possibilités de recours aux soins de la part de la population qui est de temps en temps en question.

Deux ordres différents de présuppositions fourragent des attentes spécifiques :

- l'idée/espoir que le service sanitaire national italien ait, sur le plan technique, des caractéristiques de qualité plutôt élevées et que, donc, aient toutes les qualifications nécessaires pour faire face de manière optimale à chaque problème qui s'y présente à chaque fois;
- l'idée/peur que dans les structures sanitaires italiennes soit présente une tendance à ne pas traiter les usagers d'une manière équitable et que, au contraire, les opérateurs soient disposés à discriminer entre autochtones et étrangers pour la fourniture des prestations.

Compte tenu de cette double attitude préjudiciable, prennent formes des véritables prophéties qui s'auto-réalisent:

1. les patients interprètent comme comportements racistes, événements qui, pour les opérateurs, sont tout à fait habituels et adressés à tous les usagers, et ils le font en vertu d'une circularité herméneutique qui part de l'idée qu'ils seront traités différemment par rapport aux usagers italiens (c'est-à-dire mal et pire par rapport à ces derniers);
2. cette perspective interprétative, qui oriente vers l'hypothèse d'une discrimination raciale, est renforcée par le fait de se trouver à expérimenter des situations de réel inconfort et d'inadéquation: les longues attentes, la mauvaise organisation des espaces, l'inattention relationnelle, le coût de certaines prestations ... tous les éléments qui, malheureusement, tissent la normalité du travail institutionnel dans la perception de la grande partie des usagers (ainsi que de certains opérateurs);
3. tandis que l'usager italien a tendance à attribuer ces difficultés à une déficience du système, l'immigré semble plus enclin à les référer à une orientation relationnelle négative à son égard et ceci, plausiblement, dans une plus grande mesure quant plus il utilise une prospective idéalisée, même celle-ci préjudiciable, à propos du fonctionnement du système;
4. le malaise et l'insuffisance perçus colludent avec l'idée préjudiciable de la disparité de traitement et ceci fait que chaque dysfonctionnement confirme la clef d'interprétation initiale, jusqu'à l'explosion de l'accusation de racisme.

En d'autres termes, le préjudice positif sur le fonctionnement optimal du système sanitaire, plus celui négatif par rapport aux habituelles disparités de traitement, au moment où ils se rencontrent avec le malaise ressenti, donnent de la substance à l'attente préjudiciable et font exploser le malaise dans l'accusation du racisme. Une

accusation qui a, quelquefois, les vestiges d'une sorte de débouché momentané qui laisse une trace relativement labile dans la perception de l'utilisateur (lorsque, par exemple, on a à faire avec des situations qui ne mettent pas fortement en jeu le système de valeurs), mais qui se configure comme une véritable accusation inexprimée, capable d'affecter de manière significative sur la perception de l'autre, là où jeu des dimensions qui croisent des éléments imprégnés de significations pour sa propre vie (comme peut être le cas de se sentir étiqueté comme porteur d'une maladie infectieuse, avec tout ce que cela peut entraîner sur le plan de la dynamique interne de sa propre communauté, ou d'encourir à la pratique de la césarienne pour celui qui fait de la procréation l'épine dorsale de sa propre approche de la vie).

En se déplaçant du côté des opérateurs, aux deux attentes préjudiciables ci-dessus énumérées correspondent respectivement:

- l'idée que ce que l'immigré trouve en Italie, en termes de qualité des prestations sanitaires, est décidément supérieur par rapport à ce qu'il rencontrerait dans les régions d'origine;
- la conviction que dans le domaine hospitalier il ne devrait pas y avoir - et il n'y a pas en fait - aucune différence de traitement à l'égard des autochtones et des étrangers.

Dans cette situation de caractère spéculaire:

1. les opérateurs interprètent comme inadéquats (mal éduqués) des comportements qui, pour les usagers, sont tout à fait légitimes et ils le font en vertu d'une circularité herméneutique qui part de l'idée préjudiciable que, puisqu'ils sont entraînés de traiter de la même façon les usagers italiens et ceux étrangers, ceci est bien en soi (en outre, nous pourrions ajouter, les usagers étrangers, s'ils ne seraient pas «mal éduqués» devraient en prendre note et se comporter comme nous nous attendrions qu'il se comporterait/se serait comporté un italien à leur place);
2. cette perspective interprétative, qui oriente vers une hypothèse de mal-éducation en l'absence du comportement attendu, est renforcée par le fait de se trouver à expérimenter des situations d'effective agressivité: le malaise éprouvé par les usagers, la présence de modalités expressives connotées différemment selon les habitudes aussi culturelles, la présence d'attentes préjudiciables de la part des usagers eux-mêmes, ainsi que des réelles formes de mal-éducatrices présentes dans les comportements, sont autant d'éléments qui peuvent donner lieu à des attitudes réellement agressives ou qui sont tels dans la perception de l'opérateur;
3. tandis que les raisons des comportements peuvent être multiples, ainsi que les significations cachées derrière elles, l'opérateur semble plus enclin à les référer à une sorte de personnalité de l'étranger en tant que telle et ceci, plausiblement, dans une mesure d'autant plus grande qu'il se prévaut de l'idée, même celle-ci préjudiciable, que l'utilisateur n'a pas à se plaindre parce qu'il est entraîné de faire usage d'un système de soins meilleur par rapport à ce qui serait disponible dans son pays d'origine;
4. le sentiment d'agressivité injuste collude avec l'effort effectué pour maintenir l'équité du traitement et ceci fait que le comportement de l'utilisateur est perçu de plus en plus comme inadéquat jusqu'à la construction d'une idée stéréotypée par rapport à la «personnalité» de l'immigré.

En d'autres termes, les idées préjudiciables relatives au fait que le système de soin qui est offert aux étrangers devrait être accepté en tant que tel parce que meilleur par rapport à celui des régions d'origine, conjointement à celui qui considère l'approche à l'étranger adéquate dans la mesure où il est identique à celui qu'on mettrait en place avec l'italien, du moment où ils se rencontrent avec une réponse de malaise exprimé à travers un comportement revendicatif, déclenchent ou alimentent la perception d'inadéquation (arrogance, agressivité) de l'utilisateur.

Le mécanisme décrit jusqu'ici, une première fois de la part des usagers et une seconde de celle des opérateurs, bien au-delà du fait d'être reconduit au «simple» mécanisme de la mécompréhension (donc de l'erreur d'interprétation) a un caractère plus complexe parce que, comme dans une prophétie qui s'autodétermine, indique que les interprétations qui s'effectuent à propos de certains comportements peuvent produire ces mêmes comportements qu'on retenait présents en amont, lesquels, cependant, peuvent ne pas subsister du tout, en tant que tels, avant leur interprétation. En d'autres termes, les situations finissent par se configurer vraiment comme caractérisées par le racisme et la mal éducation, mais elles ne le sont pas en soi, elles le deviennent. La dynamique qui se crée suit les lignes qui sont propres d'une circularité de l'interprétation à caractère unilinéaire laquelle ne se confronte pas sur le terrain des alternatives possibles, procède de façon symétrique entre les interlocuteurs et, en se faisant, crée le déclenchement de situations d'*escalation* de l'agressivité qui, comme dans le mécanisme de la schismogenèse de caractère symétrique décrite par Gregory Bateson, aboutissent inévitablement dans une explosion des contrastes et dans le collapsus du système d'interaction (jusqu'à prendre la forme d'une demande de tutelle par rapport à des situations jugées dangereuses pour l'intégrité, avec l'activation du service de sécurité qui est présent à l'intérieur de la structure).

Les situations qui peuvent être rappelées d'une manière plutôt évidente en ce qui concerne l'activation de ces dynamiques interprétatives mettent en jeu soit la dimension administrative, soit celle clinique en sens strict. Le premier type de situation est emblématiquement représenté par ces circonstances qui mettent en jeu le paiement de la contribution pour les prestations effectuées/à effectuer. Dans ce domaine il y a, en fait, une difficulté d'orientation de la part du personnel sanitaire de sorte que se produisent des parcours relativement disparates, en amont desquels se situent aussi divers systèmes de stéréotypes et préjugés. Dans la dynamique relationnelle avec les usagers, les opérateurs résultent, par exemple, procéder de manière relativement diverse, en fonction de l'idée que derrière la contestation effectuée il y a ou il pourrait y avoir une effective difficulté à caractère économique, ou bien que cela soit dû à des motivations de commodité et qu'elle corresponde à une attitude qu'utilise astucieusement des difficultés présumées afin de se soustraire à une obligation. Ces derniers automatismes interprétatifs contribuent à mettre en jeu des attitudes peu disponibles et peu accueillantes, rendant la communication froide et détachée et en orientant le problème qui de temps en temps se présente vers des directions qui ne sont pas toujours adaptées à la recherche d'une solution, aussi parce qu'elles ne construisent pas le contexte approprié pour faire émerger l'inattendue que les situations portent, cependant, parfois avec elles. Il n'est cependant pas rare que prenne forme un cercle vicieux dans la dynamique de la relation: le manque d'uniformité dans les comportements affichés au niveau institutionnel produit une véritable désorientation du côté des usagers, lesquels traduisent la disparité perçue en impressions de discrimination toujours renouvelées, par conséquent s'alimente la tendance latente à lire les événements en termes préjudiciables et ceci déclenche avec une relative facilité des réactions à caractère

agressif/défensif. Du côté des opérateurs, dans la mesure où il y a une conscience de la difformité et on se trouve en face d'une réaction dans une certaine mesure agressive, sont, cependant, renforcés ces préconcepts ou préjugés négatifs envers les usagers immigrés qui dans des mesures différentes orientaient déjà l'approche. Dans le cas des opérateurs se vérifie, ensuite, aussi un autre phénomène, qui à son tour est source d'inconfort et de malaise ultérieur, parce qu'aux incohérences involontaires s'ajoutent des choix comportementaux différents en ce qui concerne la gestion du problème: en face aux contestations et aux refus, certains décident de maintenir, cependant, ferme leur propre position, avec le risque que l'utilisateur décide de ne pas effectuer la prestation demandée, tandis que d'autres, par exaspération, par empathie, ou par la perception de possibles interprétations différentes des mêmes situations, préfèrent chercher d'autres façons de gérer le problème, arrivant à effectuer les prestations même en l'absence des requis initialement demandés. Ce fait va alimenter une conflictualité interne à la catégorie, qui reste parfois, inexprimé, pendant que d'autres fois il est déclaré explicitement, et qui contribue à rendre ce domaine un lieu de grand malaise, avec la mise en place d'un cercle vicieux de difficultés toujours renouvelées.

Des exemples de situations qui se trouvent plus sur le plan clinique sont, au contraire, représentées par le fait de lire avec une clé raciste les circonstances qui, pour une raison ou une autre, ont produit un résultat problématique au sein du parcours de soin. Un cas emblématique en ce sens, est représenté par les situations dans lesquelles le problème qui s'est vérifié peut être lié à la présence du personnel en formation (qui dans le cadre de l'A.O.P., surtout en tant que internes de l'hôpital, fait normalement partie du groupe des opérateurs qui interagit dans les situations cliniques, sous la direction du médecin qui chaque fois est responsable). Qui s'est heurté à des problèmes qui ont été attribués à l'action du personnel qui n'avait pas encore achevé son parcours formatif tend, en effet, avec une relative facilité, à penser qu'un usager italien qui se trouvait dans la même situation aurait bénéficié de l'intervention d'un opérateur beaucoup plus expérimenté. Comme il résulte évident, il s'agit d'une explication des situations de dysfonctionnement et d'inconfort dans lesquelles entre facilement en jeu la dimension du préjudice préventif sous la forme d'une heuristique facilement disponible. Des interprétations avec une connotation de discrimination raciale sont, en outre, effectuées même dans les circonstances qui mettent en jeu la décision de procéder à une césarienne dans les situations qui impliquent les populations qui attribuent une grande importance à l'accouchement naturel, mais aussi dans celles qu'on peut connecter à l'hypothèse de maladies infectieuses de toutes sortes, ainsi que chaque fois qu'on active des procédures dont on ne comprend pas le sens.

La construction du cadre clinique.

La construction du cadre clinique débute, généralement, à partir de la présentation de l'utilisateur au Service d'Urgence et de la relative procédure d'enregistrement effectuée en phase de *triage*. Le passage à travers le *triage* comporte la formulation de la première hypothèse diagnostique, avec l'assignation du code-couleur qui est retenu adéquat à la situation clinique manifestée; à la suite de cette attribution, l'utilisateur entreprend un parcours qui aura une scansion différenciée surtout en ce qui concerne le temps d'attente.

Le pourcentage des codes blancs attribués au moment du *triage* est extrêmement élevé. Cette donnée concerne tous les usagers, mais elle est significativement plus élevée pour les immigrés par rapport aux autochtones et il indique un échec d'utilisation pertinent. Différemment de ce que nous avons relevé à propos de l'excessive utilisation, en ce qui concerne son inadéquation, toutefois, les données des différents services d'Urgence, bien qu'elles confirment la même tendance générale, font émerger une certaine disparité, soit sur la base géographique (en confrontant les données relative aux services situés sur des zones territoriales différentes), soit à l'intérieur du complexe hospitalier de Padoue (en mettant en comparaison les données relatives au service central à celles de la Pédiatrie). La différence met en question des raisons externes aux critères d'évaluation (une diverse disponibilité des services et de leur fonctionnement, ainsi comme une différente « éducation » à leur utilisation), mais aussi des véritables différences dans les paramètres d'évaluation (comme le montre une comparaison des deux Services d'Urgence de l'A.O.P., celui centrale, pour les adultes, et celui de la Pédiatrie, qui accordent une importance différente aux déclarations relatives à la variable « douleur »), ce qui rend clair que l'évaluation du caractère de pertinence n'est pas absolue.

Au-delà de la pertinence de l'utilisation, le fait qu'il y a un problème au niveau de la première formulation du diagnostic attesté par le fait que le code attribué dans un premier temps par les opérateurs subit un changement pendant les phases successives du parcours dans une majeure mesure avec les usagers étrangers par rapport à ce qui advient pour les italiens. La direction du changement se produit, en général, vers l'attribution de codes de majeure gravité par rapport à celui initialement attribué et cet élément indique la présence d'une tendance à la sous-estimation du problème posé par les usagers immigrés (ce qui se produit précisément dans la zone du Service d'Urgence centrale, donc par rapport aux adultes). Les raisons cachées derrière cette augmentation de la probabilité d'erreur se révèlent être de diverses natures.

Premièrement, il y a une certaine difficulté à obtenir les informations nécessaires pour établir le diagnostic: une difficulté qui sûrement se connecte avec les questions linguistiques, mais qui semble impliquer aussi d'autres types de facteurs. Le « jeu linguistique » qui est typique du rencontre médecin-patient dans le monde occidental implique, en effet, que l'on donne pour acquis l'utilisation d'un système de références de type ostensif qui est inhérent à une vision organique du corps et que le schéma corporel utilisé par les opérateurs sanitaires et les patients soit essentiellement partagé. Les demandes formulées à ce stade par les opérateurs, ainsi, sont réglées de telle manière que nécessitent de réponses relativement précises par rapport à une grille conceptuelle prédéfinie. Dans la communication entre les personnes qui appartiennent à des zones linguistiques-culturelles distinctes interviennent, d'autre part, parfois, des diverses modalités de segmentation du corps et des attitudes différentes à donner une signification à leurs zones spécifiques, ainsi qu'ils peuvent ne pas être présents ces habitudes de caractère ostensif qui sont propres de la culture médicale : il n'est pas établi la disponibilité du patient à lire les signaux du corps dans la même clé interprétative du personnel sanitaire, à les codifier et à les référer selon le même schéma conceptuel, à accorder la même attention aux questions qui lui sont posées. Dans ces situations, les réponses des usagers peuvent résulter beaucoup plus génériques et vagues par rapport à ce que l'on s'attendrait, ce qui rend plus aléatoire la formulation de l'hypothèse diagnostique préliminaire ; la différence linguistique-culturelle, d'ailleurs, fait que le système de la communication passe de simple à complexe: ce qui résulte fonctionnel à la communication qui passe dans la même zone culturelle (système

simple), fait obstacle dans le cas des interlocuteurs hétéro-culturels (système complexe), puisque les mêmes choses ont des significations différentes. Ce phénomène ne se limite pas, pourtant, aux échanges verbaux, mais implique aussi la communication non verbale, laquelle montre aussi des pièges, avec l'apparition d'incidents où, de façon analogue à ce qui advient dans le domaine du verbal, un même geste peut donner lieu à des significations différentes, toutes aussi plausibles dans le même contexte.

Un domaine de difficulté particulière est représenté par l'expression de la douleur. Dans ce contexte entrent en jeu des dimensions transversales et génériquement «objectives», ainsi que des différences individuelles et des orientations historico-culturelles distinctes, avec un enchevêtrement qui résulte plutôt difficile à comprendre en relation à chaque cas, ainsi que de gestion difficile dans la relation. Le rapport qui existe entre perception et expression de la douleur, en fait, est assujéti à des interprétations différentes, qui donnent lieu à une gamme de possibilités plutôt diversifiées entre deux polarités distinctes :

- l'idée qu'ils existent des significatives différences de seuil dans la perception de la douleur;
- l'idée qu'il y a une dimension universaliste de la perception, à laquelle correspondraient, cependant, des différences d'expression qui seraient dues à des caractéristiques individuelles/culturelles et/ou à des véritables habilités de manipulation.

Qu'on soit plus proche d'une position ou à un autre, prennent forme des configurations relativement typiques sur la base géographique-culturelles qui tendent à regrouper les usagers dans certaines macro catégories particulièrement polarisées. En particulier :

- aux orientaux (chinois en particulier) vient attribuée/reconnue une capacité/tendance marquée à tolérer la douleur en général, ou bien, là où elle est perçue, à ne pas l'exprimer (surtout quand il se caractérise en tant que chronique) ;
- aux «africaines» vient, plus facilement, attribuée/reconnue une tendance à la manipulation des formes d'expression en clé théâtrale, donc, une propension à faire semblant de ressentir une douleur qui, cependant, ne serait pas perçue dans la manière et dans l'intensité qui sont déclarées et exprimées (cette éventualité est reconnue par les usagers eux-mêmes, lesquels y donne, cependant, une signification différente par rapport de celle qui lui est attribuée par les opérateurs, c'est à dire en faisant référence à l'hypothèse préjudiciable d'un manque d'attention qu'ils rencontreraient autrement, donc, encore une foi, sur la base de l'idée d'une discrimination raciale par rapport à laquelle ils doivent prendre précaution).

Dans les unes que dans les autres cas, on glisse, parfois, dans des évaluations inadéquates des situations cliniques.

En ce qui concerne la zone orientale/chinoise il tend à se vérifier des prévisions non conformes à la réalité des choses, parce que à l'absence d'expression de la douleur du côté des usagers, correspond un manque de considération de la gravité du côté des opérateurs. Cette évaluation va à influencer les comportements consécutifs, à partir de la formulation diagnostique même. Un cas d'espèce, en ce sens, est représenté par la femme enceinte à propos de laquelle on ne perçoit pas l'état de travail avancé et qui, par conséquent, se trouve à accoucher dans des conditions de manque d'organisation du contexte parce que les opérateurs, étant convaincus que la femme se trouve encore à une phase en retrait du processus, n'ont pas effectué les démarches nécessaires à prédisposer

la situation ; dans ces cas, il arrive, par exemple, que le personnel sanitaire se trouve en condition de devoir gérer des accouchements vaginaux même là où ils opteraient pour une césarienne.

En ce qui concerne l'usager « africain », la sous-estimation de la situation clinique tend, au contraire, à se vérifier parce que l'idée qu'il soit présente une tendance à l'excès dans l'expression de la douleur induit les opérateurs à redimensionner les évaluations qui, dans le cas des autres usagers, seraient effectuées en présence de manifestations similaires. A compliquer le cadre, dans ce cas, on situe, en plus, le fait que, à côté de la reconnaissance d'une expressivité flagrante, on trouve aussi des récurrentes déclarations des usagers qui font référence à une forte tendance à contenir la douleur, laquelle serait apprise par eux dans les contextes éducatifs d'origine (une situation qui, même dans ce cas, est liée principalement à la gestion de la douleur pendant l'accouchement : une femme qui n'est pas capable de donner naissance naturellement, parce qu'elle ne réussit pas à tolérer la douleur qui est associée n'est pas à considérer comme une femme forte au point d'être capable d'avoir beaucoup d'enfants : condition qui définit le statut même de la femme). Il émerge, par conséquent, dans ces cas, un panorama plutôt articulé et contradictoire de possibilités, qui renvoie à la présence d'une large gamme de modèles d'expression, à l'égard desquels il est difficile de s'orienter et qui ouvre, à nouveau, au problème de l'écoute et de la circularité herméneutique. En particulier, la question se pose que, au-delà de l'éventuelle subsistance en amont de réels comportements discriminatoires, ils peuvent être produits de fait en vertu du déclenchement d'un cercle vicieux relationnel et interprétatif articulé autour du thème/problème de la dissimulation. Ce type de situation semble se vérifier de façon particulière surtout au moment de l'accès à travers le Service d'Urgence centrale, car il semble mettre en jeu un mécanisme spécifique de mécompréhension :

- les usagers ont tendance à supposer que la douleur constitue un critère d'évaluation dans l'attribution du code-couleur (ce qui se passe réellement dans le Service d'Urgence pédiatrique), alors que cette variable a tendance à être exclue des critères diagnostiques lors du *triage* ;

- il arrive, donc, que l'usager accentue ses déclarations de douleur pour la peur d'encourir, autrement, à des discriminations qui aboutiraient à une sous-estimation de son problème clinique, tandis que l'opérateur tend, sous une forme renforcée, à mettre au second plan cette variable sur la base d'une stratégie définie en amont qui n'implique pas la considération de la différence culturelle ;

- justement le fait d'exclure la manifestation de la douleur des critères diagnostiques vient, alors, à confirmer la crainte préjudiciable de l'usager dans un contexte où le nombre exorbitant de patients et l'extrême rapidité exigée pour l'intervention contribuent de manière significative à radicaliser les positions (toujours plus de flagrance à laquelle correspond une confirmation toujours renouvelée de l'opportunité de redimensionner le problème) et à exacerber les dynamiques relationnelles, faisant ainsi que ces situations soient facilement soumises à une *escalation* de l'agressivité (ou bien que s'engage une véritable sous-estimation de la gravité clinique).

La reconstruction anamnétique: possibilités et modalités de parole.

Un joint crucial du parcours qui conduit à la formulation du diagnostic est celui de la reconstruction anamnétique. A ce niveau l'enquête s'étend à comprendre de nombreuses sphères de la vie du patient, donc une attention particulière doit être accordée sur ce qu'il faut demander et aussi sur comment le faire. Il n'est pas possible, en fait, de parler de n'importe quoi et, surtout, on ne peut pas parler dans n'importe quelle condition. Le contexte dans lequel les discours prennent forme doit être adéquatement préparé et pour le faire il faut, encore une fois, une pré-condition : la disponibilité de temps. Au-delà de chaque précepte émerge, en fait, de plusieurs endroits, comme règle de bon sens, le fait de se rapprocher progressivement aux questions «brulantes» après avoir gagné, au moins en partie, la confiance de l'interlocuteur, c'est-à-dire après être entré en familiarité avec lui, sans lui adresser des demandes trop directes. La collecte des informations tend, au contraire, à être effectuée en clé d'efficiency et en modalité routinière, d'une manière directe et relativement «brutale». Ce « efficientism » qui, dans le cas de l'usager iso-cultural résulte pétri d'ambivalence - donc de problématique, mais, en même temps, aussi de positivité -, devient beaucoup plus facilement motif de perplexité et méfiance dans le rapport avec l'usager hétéro-culturel, lequel ne trouve pas, dans les modalités de communication empruntées, le style relationnel qui constitue le «signe contexte» approprié à connoter un domaine de familiarité et de sécurité. Il est relativement fréquent, par conséquent, une certaine insatisfaction de la communication/relation qui interfère avec la possibilité d'explicitation de ce qui est requis dans l'enquête anamnétique.

La possibilité de mettre en œuvre des attentions spécifiques demande, en particulier, qu'il y a une vraie écoute, alors que cette dimension est identifiée comme particulièrement défaut, parce que l'écoute est perçue comme dirigée par des positions préjudiciables spécifiques. Cette perception émerge en particulier en ce qui concerne le fait d'être considéré comme un possible véhicule de maladies d'importation ; sa présence au sein des communautés d'immigrés (en particulier chez les « africains ») se configure, inévitablement, comme un moyen de dissuasion à propos de la possibilité d'utiliser les services sanitaires et d'explicitation des symptômes et les situations qui pourraient la corroborer. Il faut, alors, qu'il y ait des attentions particulières au moment de l'écoute, pour structurer les conditions adéquates à l'instauration d'un rapport de confiance et pour procéder efficacement dans l'enquête et dans le parcours de soin, d'autant plus que les maladies sont couvertes d'une forte appréhension à cause de la stigmatisation sociale qu'elles rencontrent, au-delà de l'objectivité du problème clinique.

Parmi les conséquences de cette situation, dans laquelle on rencontre plusieurs niveaux du préjugé, se trouve une tendance à ajuster les informations dans le sens normalisant, en cachant et en dissimulant ce qui peut être socialement stigmatisé e/ou ne déclarant pas ce qu'on sait être présent au moins jusqu'au moment où il se réalise des conditions qui sont perçues comme sécurisantes. Il se produit une sorte de redéfinition du rapport vérité-mensonge : de la part de l'usager, peut être mis en place un mécanisme de dissimulation qui lui permet de maintenir cachée la vraie question et que, en même temps, lui rend possible de formuler une demande de prise en charge sans nécessairement passer à travers l'effective explicitation du problème, donc lui permettant de ne pas s'exposer ni avec la déclaration d'un comportement transgressif, ni avec l'explicitation des données informatives qui doivent rester dissimulées. Il arrive, alors, que le problème perçu ne soit pas manifesté d'une manière ciblée et directe, mais en

formulant des affirmations et des requises qui peuvent s'y reconduire de manière plus ou moins adéquate (et dans lesquelles les silences et les contournements peuvent être assez central, ainsi que des déguisements) et qui peuvent orienter vers des hypothèses diagnostiques trompeuses.

Le spectre des choses qui est difficile - voire impossible - de parler est plutôt articulé et concerne soit le domaine de véritables maladies, soit celui de particulières conditions physiologiques et, surtout, de ce qui est sujet à réglementation sociale et s'entrelace avec les préceptes religieux. Bien qu'ils ne peuvent pas être généralisés à la totalité des usagers, ni à celle de certaines populations, des difficultés sont décidément présentes et relativement diffuses :

- tout ce qui concerne la sphère de la sexualité et de la procréation (secteurs dans lesquels il est particulièrement important la distinction entre ce qui est faisable et dicible parce que consenti et approuvé, et ce qui, au contraire, relève de la dimension de l'illicite et doit rester sous silence), y compris les thématiques de la stérilité (domaine particulièrement délicat pour certains groupes) et de la grossesse (qui nécessite parfois une forte réserve);
- les situations qui regardent la consommation d'alcool et le tabagisme (d'autant qu'ils mettent en jeu des domaines comportementaux qui se croisent avec la question du péché);
- les différentes formes de violence perpétrées et/ou subies surtout au sein de la famille;
- tout ce qui concerne la possible présence de maladies infectieuses telles que Maladies Sexuellement Transmissibles, SIDA, tuberculose, hépatite;
- ce qui concerne la possible présence de problématiques de type cardiaque, tumoral et diabétique (maladies retenues «très graves»: dans ces cas, parmi les raisons situées derrière les difficultés de parole, doit être prise en compte un mécanisme social qui tend à stigmatiser fortement, en plus que l'individu, tout l'ensemble de l'entourage familial).

Ce genre de difficulté présente, en général des fortes motivations à caractère social et religieux ; on y peut ajouter, également, d'autres à caractère plus ésotérique-culturel, qui passent les limites de dimensions magico-factuelles. A la parole, en fait, peut être aussi attribué un très fort relief, au point de le reconnaître une véritable capacité à se matérialiser, au point (capable) de fournir au propre dire et au dire d'autrui une lourde charge de responsabilité et de craintes.

Dans tous les systèmes culturels les contextes des discours sont difficilement laissés au domaine du cas ; partout on rencontre des stratégies pour les discipliner, avec la mise au point de procédures d'endiguement visant à en canaliser les effets. Ceci vaut aussi pour notre contexte culturel, qui encadre le rapport avec les professionnels de la santé en utilisant une spécifique forme de tutelle, la *privacy*, et en la liant aux codes déontologiques des divers ordres professionnels. Ce mécanisme, cependant, n'est nécessairement pas connu et partagé par les usagers immigrés ; par conséquent, n'a pas en lui-même la capacité de produire les effets sécurisants qui, au contraire, s'activent facilement dans le rapport avec les autochtones. Le dispositif de la *privacy*, d'autre part, est souvent mis en échec par la même structuration des lieux (utilisation de la vitre de séparation, du microphone, etc.) et par le manque d'attention qui est accordé au *setting* de l'interaction (colloques effectués à portes ouvertes ou dans les couloirs) ainsi que de faire usage de supports occasionnels et informels pour gérer les déficits linguistiques

(figures non professionnelles à la place des médiateurs). D'autre part, même le recours aux médiateurs, dans ces cas, est problématique, car le fait même qu'ils appartiennent sur une base préférentielle à la même zone linguistico-culturelle des usagers tend à recouvrir leur présence d'un halo de suspicion et d'alarme. Plus le médiateur est perçu comme proche à la communauté d'origine, plus son intervention peut être considéré comme potentiellement dangereuse dans la mesure où l'utilisateur se trouve dans la condition de vouloir préserver la confidentialité par rapport à sa propre condition de santé. L'invocation de la *privacy*, dans ces cas, est indispensable, mais, aussi, en bonne mesure inefficace.

Parmi les problèmes qui sont signalés avec majeure fréquence pour obtenir les informations nécessaires à une correcte formulation diagnostique, il y a ceux relatives à la présence conjointe du couple marié. Ce problème émerge en particulier avec les usagers islamiques, par rapport auxquels les opérateurs ont tendance à homologuer les situations, en perçoivent de manière négative la présence du mari, sans qu'il y a prise de conscience de la multiplicité des problèmes derrière. En particulier, on tend à relever, d'une manière stéréotypée, un assujettissement de la femme et le fait que le conjoint masculin assume des attitudes prévaricatrices et manipulatrices qui vont jusqu'à la sélection et à la distorsion des informations transmises à/par son épouse. Par rapport à cela, il serait opportun penser à des actions d'éloignement du mari, mais pour ce faire il faudrait, premièrement, être flexible au niveau de l'organisation du *setting* justement par rapport à la dimension de genre, se rendant disponible à prédisposer des situations dans lesquelles l'opérateur qui restera seul avec la femme soit de sexe féminin, ce que pas tous les opérateurs sont prêts à l'accepter. Dans ce domaine, d'autre part, il y a des équilibres délicats qui mettent en jeu les rôles assumés dans le domaine intrafamilial, de sorte qu'il n'est pas possible d'identifier définitivement quelles pourraient être les stratégies appropriées à la gestion de la dynamique d'inclusion/exclusion du conjoint afin de ne pas compromettre la communication et la possibilité même de la poursuite de la relation clinique. «Parler d'abord avec la femme », «tenir l'homme dehors », «donner la priorité à l'homme », «donner de l'importance à l'homme » sont toutes des indications concrètement fournies par les usagers et les médiateurs, mais relativement contrastantes l'une avec l'autre, au point d'indiquer l'impossibilité d'établir un standard opératif adoptable comme précepte procédural. Ces circonstances résultent, ensuite, particulièrement ardues à gérer dans la mesure où elles impliquent la présence de mineurs: dans ces cas, il est, en effet, appelé en cause aussi une dimension juridique qui requiert la présence des deux conjoints au moment de formaliser le consentement pour les prestations à effectuer. Se configure, alors, comme particulièrement nécessaire, l'intervention de médiateurs capables de trouver, au sein de la culture de l'utilisateur, les références utiles à la redéfinition des situations et à la transmission des informations.

Investigations instrumentales.

En plus des colloques anamnestiques et cliniques, fait partie du parcours diagnostique aussi l'effectuation d'enquêtes instrumentales. Dans ce domaine sont enregistrées des attitudes contradictoires, lesquelles peuvent être connectées, alternativement, aux deux tendances différentes que la littérature indique: leur surplus par rapport aux nécessités et leur absence par rapport à des parcours spécifiques.

La tendance à faire recours à l'escamotage technologique en requérant un numéro surabondant de contrôles diagnostics-instrumentaux, que la littérature indique être présent entre les opérateurs pour rattraper les lacunes de communication et aussi en vertu de l'attente de possibles maladies «exotiques» qui sont difficiles à diagnostiquer et potentiellement dangereuses, a sa correspondance, du côté des usagers, avec :

- l'idée d'une médecine occidentale qui est efficace et efficiente parce que capable de se faire valoir d'une technologie de pointe ;
- la propension à s'attendre à effectuer des enquêtes instrumentales en tant qu'indices d'une attention adéquate pour soi-même.

La rareté/absence des contrôles (qui est enregistré surtout là où on a affaire avec une dimension préventive, au lieu que de problématique ouverte, en révélant des situations réelles de «sous-exposition d'assistance») a correspondance, toutefois, dans une série de raisons qui, interagissant parmi eux dans un circuit de renforcements mutuels, conduisent, parfois, à des véritables refus. Ils peuvent être comptés parmi ceux-ci :

- difficultés économiques (car chaque examen supplémentaire implique une contribution qui les usagers ne s'attendent pas toujours à avoir à effectuer, ou bien qu'ils considèrent ne pas être en état de payer) ;
- déficiences de l'information (les usagers ne possèdent pas toujours les informations nécessaires pour prendre avantage de manière adéquate des aides offerts par le Système Sanitaire National : quels sont les examens qu'on peut/doit faire, dans quelles conditions, où, à quel rythme) ;
- difficulté à niveau communicatif (même si l'utilisateur arrive avec des prescriptions médicales spécifiques, la communication n'a pas toujours lieu de telle manière à assurer que la compréhension effective se produit) ;
- perturbations/impossibilités à caractère organisationnelle (la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement qui est propre à notre système historico-culturel, par exemple, comporte qui se produisent des a-synchronies ingérables si on n'a pas en amont un système d'attitudes et d'attentes en syntonie avec l'organisation sanitaire, lequel nécessite d'une programmation méticuleuse et précoce qui consent d'effectuer les réservations des visites et des examens avec une chronométrie anticipée) ;
- manque de perception de la nécessité/opportunité d'effectuer les examens qui sont requis (la compréhension des pratiques en usage dans le secteur biomédical est loin d'être immédiate et quelquefois est aussi en conflits avec celle qu'il y a dans les contextes d'origine) ;
- demandes d'approfondissement qui sont vécues avec suspicion, en le considérant excessives et/ou impropres, parce qu'elles sont rapportées à une perspective de lecture à caractère raciste (en les interprétant en tant que relatives à la mise en œuvre de procédure de recherche et de volonté d'expérimentations qui n'ont rien à voir avec le diagnostic et le soin et qui se connectent à une modalité préjudiciable de s'approcher aux usagers immigrés, considérés de la même manière que des cobayes humains) ;
- appréhensions, si non véritables peurs, par rapport à des procédures dont on ne connaît pas l'utilité et les modalités d'exécution (parmi les examens demandés, par exemple, est particulièrement fréquent le recours au prélèvement hématique et cette procédure suscite un certain nombre d'inquiétudes chez certains immigrés, lesquels, même s'ils ne refusent décidément pas de l'effectuer, se demandent, parfois avec appréhension, pourquoi il doit être faite, en montrant

une série d'inquiétudes liées à l'utilisation du sang par rapport à la signification qu'il détient et aux rituels qu'il y a dans les différentes traditions culturelles) ;

- craintes par rapport aux possibles résultats des enquêtes elles-mêmes (les usagers montrent, quelquefois, de préférer ne pas savoir, au lieu de se trouver à gérer l'inconfortable position de ceux qui sont contraints à traiter une communication difficilement acceptable, surtout dans la mesure où son administration met en jeu des dynamiques communautaires d'étiquetage, marginalisation ou bien d'exclusion).

Entre hospitalisations et difficultés de *compliance*

Une fois qu'on franchit le seuil qui, approximativement, délimite la première phase de l'enquête de celle de la véritable intervention, si se présente l'éventualité d'une hospitalisation, ils se produisent des circonstances dans lesquelles :

- l'utilisateur refuse l'hospitalisation ;
- l'hospitalisation est formellement acceptée pour aboutir à une successive auto-démission (aussi avec la présence, dans quelques rares cas de véritable disparition du patient sans qu'il n'y ait eu aucun acte de sorti formel) ;
- l'hospitalisation est acceptée, mais il se produit le refus de certaines prestations qui lui sont associées.

Ce type de circonstances, en général, se produit pour deux ordre différentes de raisons, qui se rapportent respectivement à :

- déficiences à caractère informatif/communicatif (qui voient l'apparition de disparité inconscients dans le traitement, parce que arrivent à être manquant les conditions pour lesquelles le patient peut exercer un choix conscient par rapport à des facteurs déterminants pour sa propre vie) ;
- véritables formes de non-acceptation des conditions d'hospitalisation (avec l'entrée en jeu pas tant d'un manque d'information, mais d'une dimension de sens qui remet en question la signification attribuable à la proposition formulée par les opérateurs : des exemples, en ce sens, sont constitués par les situations d'hospitalisation dans les pavillons des maladies infectieuses, ainsi que par ceux qui entrent en contraste avec les propres principes, ou bien par la mise en œuvre de spécifiques techniques d'intervention.

Un exemple emblématique de refus de prestations (ou d'évaluation de l'inapproprié lorsque l'on se trouve dans la condition de s'y soumettre pour l'impossibilité perçue de faire autrement) est représenté par l'éventualité de recourir à la césarienne dans le cas des usagers provenant de la soi-disant «Afrique noire». Ils/elles, en effet, ont généralement tendance à accepter cette éventualité avec beaucoup de difficulté, si non la rejeter complètement (jusqu'à, parfois, refuser même l'hospitalisation). En ce qui concerne les opérateurs, en général, ils portent en avant des motivations de type clinique en relation avec la spécifique proposition (bien qu'émergent aussi des considérations d'opportunité extra-cliniques) ; du côté des usagers on tend, au contraire, plus à penser qu'elle puisse être formulée :

- parce que les opérateurs n'ont pas la patience d'attendre que se vérifie ce qui est

demandé pour un accouchement vaginal ;

- parce qu'il ya une perspective raciste de contrôle démographique (en raison du fait que la césarienne tendrait à réduire le nombre d'accouchements qui résulte possible d'effectuer successivement à elle) ;

Toujours en relation avec l'accouchement et avec l'effectuation des prestations associées, il y a la question de la non-utilisation de la technique de la péridurale. Le fait de recourir au moins à cette aide croise étroitement le thème du rapport avec la douleur, donc avec l'éventualité que ce palliatif puisse ne pas être demandé parce qu'on est en présence d'une majeure capacité à tolérer la douleur par rapport à ce qui advient pour les femmes italiennes. Au-delà de cette possibilité, il faut, d'autre part, enregistrer le fait que, chez les patientes immigrées, se produisent aussi facilement des difficultés d'ordre procédural qui rendent difficile, voire impossible, son utilisation. L'*iter* prévoit, en fait, que ce soit l'usager à demander la péridurale, et la possibilité d'y faire recours au moment de l'accouchement dépend d'avoir effectué ou non une visite anesthésiologique en amont, laquelle n'est pas faite de *routine*, mais doit, à son tour, être demandée en voie préventive. Les femmes immigrées possèdent difficilement l'information relative à cette procédure et, par conséquent, il est presque impossible qu'elles réussissent à prendre en temps utile des mesures pour mettre en pratique ce qui est nécessaire pour l'activer de façon à pouvoir recourir à l'aide prévue quand bien même se présente l'opportunité.

A la fin du parcours diagnostic (ou après une période d'hospitalisation qui est suivie par des démissions formelles) il y a aussi la possibilité qui pourrait être approprié un parcours de soins comprenant une continuation du rapport clinique sans hospitalisation. Dans ces cas les situations problématiques concernent surtout le fait que :

- se vérifient des interruptions du rapport ambulatoire ;
- le rapport se poursuit (de façon occasionnelle ou cadencée), mais avec l'apparition de situations où il résulte impossible d'effectuer la prestation demandée au moment où le patient se présente à la visite.

Les raisons en amont de l'interruption du rapport ambulatoire sont de différentes sortes et ils mettent en jeu toutes les difficultés que nous avons déjà identifiées : les obstacles liés au paiement des prestations (en particulier, le fait que les demandes de paiement résultent parfois inattendues et, de toute façon, sont jugées exorbitantes par rapport aux possibilités), la relation directe avec le personnel sanitaire (le fait que le *turn over* des opérateurs produit de l'inconfort pour l'impossibilité de se faire valoir d'un référent qui donne continuité à la relation thérapeutique, aussi bien que les difficultés communicatives-relationnelles qui se produisent même en vertu de l'absence d'utilisation du service de médiation et des immanquables perceptions/attributions de racisme en correspondance aux difficultés spécifiques qui se vérifient), la nécessité de maintenir cachée la présence de certaines conditions pathologiques ou de situations cliniques qui se connectent à des possibles stigmatisations sociales, l'apparition d'interférences en relation avec des difficultés organisationnelles typiques du parcours migratoire et avec des habitudes consolidées dans les régions d'origine.

En amont de l'impossibilité d'effectuer les prestations prévues, en plus de celles déjà souligné, on trouve aussi des difficultés liées au fait que les prescriptions, quelquefois, sont incomplètes/illisibles (il tend donc à se vérifier un jeu de renvois dispersifs et peu concluants entre l'usager et les différents opérateurs/guichets interpellés) et, en outre, en général, ils ne tiennent pas compte des spécifiques variables culturelles (comme dans le

cas de prescriptions qui concernent l'ingestion de substances dans des horaires incompatibles avec le Ramadan ou qui contiennent des composants interdits dans les particuliers contextes culturels/religieux).

Lorsque le processus exige que le parcours thérapeutique est réalisé en autonomie par le patient, en suivant des prescriptions spécifiques, il arrive, ensuite, avec une fréquence relative, que les indications fournies :

- ne sont pas respectées en totalité ou en partie ;
- ne sont pas exécutées correctement dans les modalités ou dans les délais prévues ;
- sont poursuivies pour une période et suivies ensuite d'interruption.

Ce type de situation rappelle, encore une fois, la présence de problèmes de :

- compréhension au niveau linguistique ;
- partage du sens à attribuer aux indications (car il n'est pas du tout secondaire le fait que les prestations soient considérées appropriées et acceptables par les usagers).

Dans ces cas, sont tout à fait en premier plan les questions liées à la distinction entre *disease*, *illness* et *sickness*. La distinction est contraignante pour la communication médecin-patient en général, notamment même relativement aux contextes iso-culturels, mais elle assume encore une plus grande relevance là où on a affaire avec des situations hétéro-culturelles. Le problème du manque, ou d'incomplète adhésion aux prescriptions, se vérifie, en fait, avec une certaine facilité, en présence de maladies asymptomatiques (*disease* sans *illness*), parce qu'en elles l'utilisateur n'a aucune perception directe de la nécessité de se conformer aux instructions du médecin. Ils se vérifient des problèmes d'insatisfaction, en plus, dans les cas où les attentes de l'utilisateur ne trouvent pas la correspondance sur le plan médical (*illness* sans *disease*). Le problème de l'adhésion aux prescriptions thérapeutiques trouve, ensuite, une particulière articulation si on prend en considération les significations attribuées à chaque maladie spécifique dans le contexte socioculturel d'appartenance (*sickness*): parfois, en effet, le «prix social» relié à l'implicite public du problème est susceptible d'être ainsi élevé au point que l'utilisateur est enclin, avec une relative facilité, à ne pas se soigner. Dans toutes ces situations, il en résulte de particulière importance le fait que s'instaure une significative *compliance* dans la relation entre le professionnel sanitaire et l'utilisateur, c'est à dire qu'il y ait une attitude de confiance à l'égard du médecin, à laquelle puisse correspondre une précise volonté d'adhésion à la spécifique forme de soin.

Dans la détermination de l'*iter* thérapeutique, joue un rôle aussi important, le fait que l'utilisateur soit en condition de pouvoir se prévaloir ou pas de formes alternatives de soin. Les usagers manifestent une certaine réticence à parler de la tendance à utiliser des modalités de soins divers de celles proposées par la biomédecine ; malgré cela, cette attitude émerge de façon plutôt répétée et le recours à d'autres consultations et techniques d'intervention donne, parfois, raison soit du retard avec lequel on arrive à la consultation hospitalière, soit du manque, ou partielle, adhésion aux prescriptions formulées. Le recours aux figures que nous pouvons définir « non orthodoxe » par rapport aux canons de la médecine conventionnelle advient, chaque fois, dans le contexte d'immigration (c'est ce qui se vérifie, surtout, avec la communauté chinoise, dans laquelle il y a plusieurs « professionnels de la santé » dont le professionnalisme n'est pas, cependant, reconnu par la normative italienne et par le système des ordres

professionnels) ou, plus souvent, dans les lieux d'origine, directement ou par l'intermédiation d'un tiers (cette éventualité résulte présente d'une manière particulière avec les usagers « africains », qui peuvent se prévaloir moins que les chinois d'un système local de références). Soit en connexion avec les consultations « alternatives » effectuées, soit de manière tout à fait déconnecté de leur part, il émerge, ensuite, la question du recours à une pharmacopée différente de celle reconnue et prescrite dans les lignes de la biomédecine, à laquelle une grande partie des immigrés tend à recourir en large mesure. Ainsi comme la confiance pour la médecine occidentale ne couvre pas toutes les maladies dans une égale mesure, émergent aussi des préférences et des difficultés éventuelles d'acceptation par rapport à des spécifiques typologies de médicaments selon les zones d'origine et les habitudes qui s'y rapportent (difficultés avec médicaments qui agissent sur la libido signalés pour le secteur sub-saharien, médicaments de préférence d'origine végétale pour la région indienne, difficulté pour les médicaments qui ont des composants de porc pour les islamiques).

CONCLUSIONS

Avec cette enquête, nous avons essayé de mettre l'accent sur ce qui est la phénoménologie de problèmes que rencontre une structure hospitalière lors que le territoire dans lequel elle est insérée assume une caractérisation multiculturelle en vertu d'une immigration numériquement importante et qualitativement diversifiée. Les opérateurs hospitaliers se plaignent d'une augmentation importante de leur charge de travail par rapport à l'accroissement progressif du pourcentage des usagers immigrés qui se tournent vers le service dans lequel ils opèrent, ainsi que d'une lourde charge de malaise dans la relation avec ce nouveau type d'usagers, tandis que, en même temps, les recherches indiquent que la condition de santé des immigrés, en Italie, est généralement pire que celui de la population moyenne. Dans ce cadre de problématique, on est en train de mettre en évidence la nécessité d'agir conjointement au niveau de la « compétence sanitaire » des usagers et à celui de la « compétence culturelle » des services, mettant également en cause une dimension transversale, à caractère politique/organisationnel, qui implique l'ensemble de l'offre territoriale, ainsi que la spécificité de chaque structure. La présence d'un cadre organique d'activités capable d'affronter la question de manière systémique résulte, en effet, fondamentale : en son absence, se vérifient une série de dysfonctionnements qui comportent la sous-utilisations des autres aides présents dans le territoire et la correspondante sous-utilisations des Services d'Urgence, en plus de la création de structures « dédiées » dont la présence permet de combler des importantes lacunes, mais en même temps produit des effets boomerang sur la qualité de l'offre publique.

La donnée relative à l'état de santé des immigrés, en réalité, ne caractérise pas la situation italienne de façon spéciale, car elle est substantiellement similaire à ce que l'OMS signale même pour les autres nations occidentales ayant un fort flux d'immigration. En particulier, il ne convoque pas des cadres pathologiques spécifiques, puisque le profil de santé des immigrés, bien qu'il ait quelques déplacements d'accent par rapport à celui de la population autochtone, est sensiblement superposable avec celle-ci (sont mises en cause surtout des situations liées à des événements physiologiques, comme les grossesses, ou accidentels, comme les traumatismes, avec une récente augmentation – bien que limitée – des hospitalisations pour des raisons liées aux maladies dégénératives, cardiaques et chimiothérapiques, tandis que le cadre des « maladies exotiques/d'importation » résulte totalement marginale: le "syndrome de Salgari," qui caractérise en manière typique l'attitude des opérateurs dans la première phase du rapport avec les usagers immigrés, ne trouve pas, pourtant, de correspondance dans la réalité clinique). Ce qui, d'autre part, se vérifie, de manière spécifique, est le fait que l'état de santé de la population immigrée tend à dégénérer après un « intervalle de bien-être » initial (qu'en Italie est en train de s'amenuiser d'une manière progressive). Derrière ce problème on peut trouver des variables qui se réfèrent à une vulnérabilité accrue des immigrés par rapport aux autochtones, donc à leur fragilité socioculturelle, aux expériences traumatiques vécues dans le parcours migratoire et à l'absence d'un soutien adéquat une fois installés dans le pays d'immigration. D'autre part, il semble intervenir aussi une certaine inadéquation du système sanitaire à répondre aux exigences d'usagers particulièrement différenciés par rapport à leur origine géographique-culturelle, aussi bien que de plus en plus nombreux. La question de l'individuation des nécessités de l'organisation sanitaire dans le rapport avec cette spécifique typologie

d'usagers résulte, donc, centrale ; dans ce sens, il émerge au premier plan la signalisation du malaise de la part des opérateurs hospitaliers.

La première donnée à apparaître avec évidence regarde le fait que l'hôpital se configure comme la structure de référence électorale de la population immigrée pour les questions de santé. Cette typologie d'usagers, cependant, va à alimenter considérablement la charge de travail des structures hospitalières, en particulier en relation avec l'utilisation du Service d'Urgence. Par rapport à ceci, se pose le problème de la pertinence de l'utilisation à côté de celui de l'adéquation de la réponse fournie.

En ce qui concerne la pertinence de l'utilisation, la recherche conduite a fait émerger soit un problème d'excès, soit celui d'une inadéquation. L'excès de recours au service hospitalier (en particulier au Service d'Urgence et aux structures ambulatoires présentes à l'intérieur de l'assemblage hospitalier) se vérifie en bonne mesure en raison du fait que difficilement les usagers sont au courant de la possibilité d'accéder aux autres aides mises à disposition par le Service de Santé National et que, au cas où l'information soit possédée, il n'est pas toujours compris son sens. La différence entre le système organisationnel présent dans le territoire d'immigration et celui subsistant dans le territoire d'origine est, en fait, souvent, tel à faire que la compréhension relative aux divers rôles et fonctions des structures et des services ne puisse pas advenir de façon facile/immédiate (un cas emblématique, en ce sens, est la compréhension du rôle du Médecin Généraliste). Entre pourtant en jeu, déjà à ce niveau, l'exigence d'une considération attentive de la *health literacy* des patients et de la nécessité de réaliser un système communicatif articulé qui soit capable de rejoindre les diverses communautés, sans, pour autant, s'épuiser dans une transmission d'informations à caractère unidirectionnel. La carence informative par rapport aux possibilités et modalités réelles d'utilisation des services et le corrélatif problème de leur transmission adéquate concerne, d'autre part, également les opérateurs qui se trouvent à interagir avec la population immigrée. Même dans leur cas, en effet, les informations se sont révélées insuffisantes/inadéquates, en allant ainsi à alimenter des spécifiques idées préjudiciables par rapport aux attitudes attendues/présentées par les usagers (lesquels sont trop facilement accusés d'adopter différents types de comportements astucieux). La question de l'inadéquation de l'utilisation (signalé, en particulier, par le pourcentage très élevé de codes blancs attribués en phase de triage), d'autre part, convoque, en plus du problème de la *health literacy* des patients (qui dans ce cas est affectée par la différente incidence des cadres pathologiques dans les respectives territoires de provenance, mais aussi par une certaine propension à recourir à la structure hospitalière comme lieu approprié pour effectuer des contrôles à caractère préventif), celui de l'inadéquation de l'évaluation diagnostique en termes de sous-estimation des problèmes présentés (témoigné par l'itinéraire du code-couleur après le triage). En ce sens, le problème de la pertinence de l'utilisation se croise avec celui de l'adéquation de la réponse.

Sur le second côté du problème, celui de la pertinence de la réponse fournie par le service hospitalier, entrent en jeu, dans le même temps, une multiplicité de niveaux. La structure organisationnelle de l'hôpital (complexe multifonctionnel, équipé de Services d'Urgence clairement identifiables, actifs 24 heures sur 24, accessibles avec les transports publics ou par l'activation du service d'urgence) répond, en fait, mieux aux exigences familiales et de travail de la population immigrée par rapport à ce qui advient pour les autres aides disponibles. C'est aussi pour cette raison que la structure hospitalière finit par jouer les rôles qui, dans le cas de la population autochtone, sont couverts par d'autres services. Se configure, par conséquent, à ce niveau, un problème de politique territoriale qui, en plus de traiter correctement la dimension

communicative, intervient dans la logistique, en planifiant un système d'organisation plus facile pour les usagers, car plus flexible et moins lourd de celui existant (ce qui serait bénéfique dans une large mesure aussi pour les usagers italiens qui, de façon analogue à ce qui advient pour les immigrés, à leurs tour, sont en train d'utiliser de plus en plus le Service d'Urgence en désertant, progressivement, les autres services présents dans le territoire). Bien que certains aspects de caractère organisationnels soient en ligne avec les exigences des usagers immigrés (en alimentant la présence même de manière excessive), le fait que les opérateurs se plaignent d'une forte charge de malaise dans la relation avec les immigrés se constitue, d'autre part, comme un appel d'alarme par rapport à la présence d'éventuels dysfonctionnements. Au-delà du nombre en soi d'usagers, en fait, c'est la charge d'altérité que les immigrés apportent avec eux à aggraver de plus en plus l'activité du Service, en l'investissant d'exigences ultérieures par rapport à celles déjà présentes. Pour la réalisation d'un rapport positif et adéquate avec cette nouvelle typologie d'utilisateur il est nécessaire, alors, d'introduire des changements qui mettent en cause des aspects ultérieurs à caractère organisationnel ainsi que la formation spécifique des opérateurs.

Entre en jeu, en premier lieu, le rôle des Directions d'Entreprises, lesquelles, ainsi comme il est signalé aussi par la Charte d'Amsterdam (mise au point ensuite à l'expérimentation européenne des *Migrant Friendly Hospitals*), devraient insérer explicitement l'attention aux exigences des immigrés dans leurs documents de programmation et réaliser une connexion articulée avec les services territoriales (de façon à tenir compte des nécessités informatives des nouveaux usagers, mais aussi d'en gérer adéquatement l'accès et les sorties) et une série d'actions à l'intérieur de la même structure hospitalière: la production de matériel multilingue qui facilite l'information et l'orientation à son interne (de la signalisation, aux formulaires pour accéder aux diverses prestations, qui, en plus d'être traduits en plusieurs langues, doit aussi être traduits « en forme médiate », en simplifiant sa structure et en prêtant attention aux expressions en usage dans les différentes zones culturelles), une attention spécifique à la dimension plus généralement communicative (avec la réalisation d'un service structuré, internement articulé et coordonné de médiation interculturelle, mais aussi avec des actions visant à promouvoir le développement des compétences linguistiques et culturelles du personnel), l'amélioration du confort au moment de l'accueil et pendant la période d'hospitalisation (de l'attention aux différentes exigences alimentaires, à la considération de celles spirituelles et de culte, en tenant compte du rapport avec toute l'articulation familiale et communautaire). Le manque de politiques organiques et articulées dans ce sens tend, au contraire, à demander dans une bonne mesure aux opérateurs le développement de la mise au point d'un *savoir-faire* en matière de gestion qui soulage la structure dans laquelle ils prêtent service de toute autre nécessité ultérieure, de sorte que le personnel sanitaire se trouve à travailler dans des situations où il déclare se sentir abandonné, plutôt que d'être assisté, dans son travail: constamment à la balance entre des positions d'«efficacité» et d'«efficience» (par exemple en raison de la nécessité de répondre de manière routinière à des exigences organisationnelles qui imposent des quotas de distribution de temps, tandis que la spécificité des situations exigerait la disponibilité d'un surplus de temps et d'énergie à consacrer à chaque cas), dans la nécessité de gérer des messages contradictoires qui placent à côté des exigences à caractère administrative des besoins à caractère clinique (comme la demande d'alléger la gestion de chaque cas par rapport à la nécessité de prêter attention aux possibles nuances de significations présentes dans les diverses situations), contraint de jongler entre le formel et l'informel (les règles explicitement codées et celles implicitement présentes) dans des situations où on doit mettre en place une compétence relationnelle

articulé justement au moment où la *compliance* d'assistance et thérapeutique avec le patient disparaît (rendue plus difficile justement par une insatisfaction relationnelle répandue, ainsi que par le fait d'être en mesure de faire valoir des lignes d'action alternatives à celles de la biomédecine), en ayant à gérer des poussées autoréférentielles et déresponsabilisâtes à côté de nécessités de prise en charge et soin.

Dans tout cela il se produit, de la part des opérateurs, une réelle situation de surcharge à laquelle s'ajoute une véritable surestimation du nombre d'usagers immigrés qui font recours au Service par rapport à leur numérosité effective, tandis que le facteur « provenance d'origine » finit par émerger au premier plan par rapport à toute autre variable intervenant. Il est immédiatement évident en raison de la question linguistique: le problème qui se pose avec majeure fréquence dans la relation avec le patient étranger et qui représente, par conséquent, le domaine d'intervention prioritaire de l'Administration. La politique d'entreprise de l'A.O.P., après une première période d'utilisation exclusive de modalités informelles d'interprétariat, a en effet, prévu l'introduction de la possibilité de se prévaloir d'un service de médiation linguistique. Ce type d'intervention est particulièrement nécessaire et va à l'encontre d'une exigence qui est perçue comme une priorité à la fois par les opérateurs que par les usagers ; sa présence, par conséquent, devrait être accentuée, en le faisant assumer une forme organisatrice articulée (en ajoutant à la possibilité d'effectuer des interventions «sur appel»/avec réservation, l'utilisation d'emplacements fixes en ce qui concerne les principales langues intéressées, ainsi que la possibilité de se servir d'interlocutions téléphoniques immédiates avec des professionnels, à la demande même des usagers, au lieu seulement des opérateurs, et en fournissant aussi la possibilité de faire des traductions écrites du matériel fourni), capable de répondre de manière systémique et préventif aux problématiques. Une réflexion attentive sur les implications liées à sa présence/absence révèle, cependant, une série d'aspects dont le caractère problématique est généralement ignoré surtout aux niveaux hiérarchiques qui ne favorisent la mise en place, lesquels, pendant qu'ils instituent la possibilité d'utiliser ce type de service, envoient, en même temps, avec facilité, des messages contradictoires par rapport à son manque de pertinence qui ne manquent pas d'invalider son activité, soit parce que l'importance et complexité de son utilisation n'est vraiment pas comprise, soit parce que l'onérosité de son organisation est en conflit avec d'autres exigences administratives. Un des aspects qui ne sont pas pris en considération, dans ce sens, concerne la formation à son utilisation correcte, en l'absence de laquelle a tendance à se produire des situations de grande inattention par rapport aux possibilités et modalités de son utilisation (sans, toutefois, que soit placée aucune attention au *setting* de l'interaction) à côté d'attitudes contre-productives de délégitimation. La demande/attente qui est donnée à l'intervention des médiateurs tend, cependant, avec facilité, à se caractériser en sens unilinéaire, au lieu d'assumer la forme d'une véritable intermédiation. Même sur le versant des usagers, en plus, bien que la figure du médiateur soit généralement bien accueillie, il se présentent des problématiques: d'une part il s'agit d'une figure perçue et recherchée comme réelle aide, de l'autre son intervention est à craindre en tant que potentielle source de diffusion des informations au sein de la communauté d'appartenance (il se pose cependant, à ce niveau, le problème de déterminer quel soit le profil adéquat de cette figure, non seulement en ce qui concerne ses compétences, mais aussi à l'égard de son origine et au degré d'appartenance aux communautés respectives, ainsi que les stratégies alternatives et/ou supplémentaires à mettre en place en relation à chaque cas).

La macro évidence du problème linguistique tend, d'autre part, à occulter l'implication culturelle des échanges communicatifs, de sorte que l'utilisation de ces services finit

parfois per se connoter dans un sens éminemment linguistique, au lieu d'assumer la caractérisation linguistico-culturelle qui fait partie intégrante de leur dénomination. Une des questions les plus épineuses qui se pose en amont des problématiques qui se présentent dans la relation (de la structure de l'entreprise avec les usagers immigrés, ainsi comme de chaque opérateur avec l'utilisateur spécifique, et quelquefois, paradoxalement, dans le contexte même de la relation « médiée ») regarde, en fait, le degré de pertinence et l'omniprésence qui peut être légitimement reconnu à la composante culturelle dans le domaine sanitaire. Parallèlement aux perspectives « culturalisantes », qui tendent à différencier fortement les usagers en fonction de leur origine, se trouvent des positions « universalisantes », qui sont fondées sur l'idée d'une analogie de fond des êtres humains. Ces deux polarités interprétatives semblent être alternativement présents, mais aucun d'entre eux donne raison de la complexité du problème et à chacun d'entre eux correspondent des risques spécifiques de simplification trompeuse : dans un cas, avec la possibilité de réifier les cultures et de renfermer les personnes dans des dimensions stéréotypées de fonctionnement, en radicalisant la présence de stéréotypes, sinon en créant *ex novo* (l'origine ethnique, le milieu culturel, l'appartenance religieuse sont, en fait, seulement quelques-uns des nombreuses dimension qui caractérisent la complexité des êtres humains, lesquelles identité – ainsi comme les cultures - peuvent légitimement être considérés en devenir plutôt que comme hypo-statiquement présentes et fixes), dans l'autre, produisant le risque correspondant d'homologation des situations dans une perspective dépourvue de différenciation interne qui ne manque pas, cependant, à son tour, de se caractériser en tant que ethnocentrique. Ce problème met en jeu les mêmes médiateurs, à l'égard desquels il serait nécessaire une activité de formation permanente qui leur permet d'élaborer le rapport avec la culture d'immigration, ainsi qu'avec sa propre culture d'origine et avec les transformations et/ou radicalisations dont elle va à l'encontre dans le parcours migratoire. Ce niveau d'élaboration est toutefois conservé inexprimé, en s'appuyant génériquement à l'idée d'une compétence qui serait implicitement présente dans leur action, parce que inhérent à la provenance d'origine et à l'expérience migratoire en tant que telle.

S'il est sûrement possible d'affirmer que chaque usager immigré franchit le seuil de la structure à laquelle il se réfère s'aidant d'un plus petit dénominateur commun partagé, sans lequel il ne serait même pas possible sa présence là, cela arrive, en même temps, à partir de la subsistance d'un système de références qui donne forme à ses attentes et à ses besoins d'une façon qui ne correspond pas nécessairement ni aux clés de lecture de l'opérateur, ni à ces de l'utilisateur autochtone. Dans cette situation, même certains des coordonnées de base qui rendent possible l'orientation commune des opérateurs et des usagers peuvent ne plus être les mêmes. Il arrive donc que ce qui, dans la relation avec l'utilisateur autochtone, fonctionnait de façon relativement automatique puisse résulter complètement dysfonctionnel avec l'immigré. Sur le plan organisationnel, ainsi qu'au niveau relationnel, là où on a à faire avec les usagers iso-culturels, le fait de se fier à ce qui en général est possible de prendre pour acquis représente un avantage en termes d'économie de moyens et instruments et constitue une garantie d'équité justement parce qu'il peut être effectuée de manière routinière ; quand, d'autre part, l'interaction se configure en clé hétéro-culturelle, précisément le fait de s'appuyer à des routines de fonctionnement fait qu'il se produisent des dysfonctionnements qui deviennent source de véritables inégalités, susceptibles à leur tour de se transformer en discriminations (en impliquant des « simples » actes administratifs, comme l'enregistrement du nom et prénom dans le registre sanitaire, domaine dans lequel se produisent des dysfonctionnements qui rendent difficile/impossible la reconstruction de l'histoire

clinique, ou qui mettent directement en jeu les formes d'intervention, comme ce qui advient en cas d'hospitalisation dans la zone obstétricien-gynécologique, avec la plus majeure probabilité d'encourir à un accouchement par césarienne non voulu de la part de certaines tranches de la population immigrée et avec la mineure capacité d'accéder à l'utilisation de la péridurale pour une bonne partie de celui-ci). Afin de parvenir à l'égalité des chances on doit, en fait, être en mesure de reconnaître et de bien considérer les différences de condition, tandis que le fait de se focaliser exclusivement sur les similitudes, sans identifier les différences, ne permet pas de poursuivre aucune forme réelle d'équité. Il s'agit d'un concept peu disponible en ces termes entre les opérateurs et pas immédiatement acceptables. S'il est vrai, cependant, comme on l'affirme communément, que «vouloir avoir à côté une personne familière, en cas de maladie et d'hospitalisation» est une situation substantiellement commune, qui a «très peu à voir avec des questions d'altérité culturelle» et qui, par conséquent, pose dans une condition d'analogie substantielle les usagers immigrés et ceux autochtones, il est également vrai, en même temps, qu'avoir derrière soi une habitude familiale acquise dans le cadre d'un nucléo restreint ou élargie (qui peut aller à inclure également une perspective communautaire) est un fait qui met fortement en jeu des questions d'«altérité» ; invoquer le règlement sans tenir compte de cette « nuance » au moment où se présente la multitude de familiers qui, en général, caractérise les communautés « africaines » (ou, d'une manière différente, les groupes Rom) introduit des inégalités de fait qui produisent des résultats difficiles à gérer dans le rapport avec les usagers, en conduisant à charger les situations de nombreux malentendus. Va de même pour les situations dans lesquelles on s'attend/on demande d'«être visité, si on est une femme, par un médecin femme»: si, d'une part, cela aussi peut être considéré comme une condition commune à beaucoup, est substantiellement divers le fait que ce type de situation se produit dans le rapport avec les personnes qui ont développé leur sens de la pudeur dans un contexte où la dimension de genre a tendance à être uniformisée par rapport au fait que se vérifie avec ceux qui ont grandi dans un milieu culturel où elle est, au contraire, fortement accentuée (pas par hasard, les opérateurs ont montré une certaine désorientation en ce qui concerne le fait que ce problème peut se poser aussi dans les situations où n'est pas en jeu la dimension gynécologique/sexuelle et dans celles qui impliquent l'usager homme et l'opérateur femme, plutôt que vice versa). Même le fait d'«être écouté en ce qui concerne les préférences alimentaires » répond à un désir commun, mais il a certainement une caractérisation différente en fonction du fait qu'il met en jeu des exigences/attentes qui ont à voir avec des préférences, ou bien avec des véritables interdits chargés des valeurs plus ou moins rigides. Les situations dans lesquelles les similitudes masquent les différences sont nombreuses et ne manquent pas d'impliquer aussi le plan strictement clinique, comme il est emblématiquement témoigné par le problème de la douleur: un domaine qui soulève de nombreux problèmes au niveau diagnostique, par la difficulté/impossibilité de différencier entre sa perception et son expression et par la conséquente possibilité d'attribuer des significations différentes aux déclarations liés, ainsi comme aux formes de sa manifestation.

Cette dynamique inconsciemment simplificatrice imprègne une des problématiques qui se sont présentées avec majeure évidence et de manière plus récurrente dans les relations entre les opérateurs et les usagers immigrés: la mise en place de cercles vicieux interprétatifs capables de faire assumer aux situations la forme de véritables prophéties qui s'auto-vérifient. Sur le versant des usagers, la dimension préjudiciable prévalent prend l'apparence de la crainte de subir des discriminations à caractère raciste, qui se configurent à leur tour comme des formes de sous-estimation de leur état (comme il advient dans le cas des attentes qui se vérifient après le *triage* au niveau du Service

d'Urgence) ou, au contraire, d'attentes préjudiciables relativement à la possibilité d'être en présence de pathologie spécifiques (comme il arrive pour les hospitalisations en zone infectieuse), ou bien de la décision immotivé de donner cours à des particulières formes d'intervention (comme cela se vérifie dans le cas des usagers « africains » en ce qui concerne l'effectuation de césariennes). Du côté des opérateurs, d'autre part, se présente avec facilité l'attente de croiser avec des comportements grossiers et tendanciellement agressifs (par exemple en relation à l'utilisation d'un ton de voix inhabituel ou au caractère péremptoire avec lequel les questions sont formulées) et de refus des règles (comme dans des difficultés qui se vérifient au moment de la demande de paiement du *ticket* ou de la manque de ponctualité par rapport aux rendez-vous préfixés). Les incompréhensions qui inévitablement se créent, dans la mesure où ils sont guidés par ces formes de précompréhension, finissent en fait par produire ce qui été préfiguré dans les craintes respectives, donc la mécompréhension, plus que le malentendu, finit par être une dimension fréquente, validée par les résultats des situations elles mêmes. Tout ceci montre que le plan de la relation interpersonnelle doit être placée au centre de l'attention des politiques d'entreprise, car il l'est de fait dans la réalité des choses et va avoir un impact significatif sur la perception du bien-être et du malaise, en résultent déterminant pour les issues des situations.

La dynamique communicative et relationnelle résulte centrale même sur le plan purement clinique, car, à ce niveau, sont situés un certain nombre de difficultés capables d'interférer avec la formulation diagnostique et avec tout le parcours de soins (comme est signalé par l'itinéraire du code-couleur successivement à son attribution en phase de triage). Les difficultés qui se vérifient au niveau diagnostique résident, même dans ce cas, dans une bonne mesure, dans le fait de sous-estimer les difficultés présentes au niveau de la communication et ne pas tenir adéquatement en compte les spécificités culturelles: le caractère ostensif du langage des opérateurs ne reflète pas toujours la même carte conceptuelle des usagers, la possibilité de définir ce qui soit possible de dire et dans quelles conditions (par exemple dans la phase de reconstruction anamnétique) est un domaine soumis à des variations spécifiques et il est affecté par une série d'interdictions et de la possibilité que se vérifient des processus imprévus de stigmatisation (à l'égard duquel le mécanisme de la *privacy* ne se configure pas immédiatement comme garantie), l'idée même d'un patient qui puisse être considéré comme verbalement muet en tant que doté d'un « corps parlant » ne peut pas être appliqué dans une forme généralisée, puisqu'elle se heurte avec les effets provoqués par des systèmes éducatifs qui façonnent diversement les habitudes expressives même au niveau corporel, ainsi que sur le plan de la verbalisation. Une attention particulière, donc, doit être portée à la gestion des processus formatifs des opérateurs, ceci y compris non seulement le personnel de guichet et celui d'infirmier, mais tout le secteur médical (qui, cependant, désert dans une large mesure les offres de formation qui sont mises en place dans ce domaine). La variabilité des situations (pas seulement les cultures de référence présentent des caractéristiques significativement différentes, mais aussi le degré d'adhésion à celles-ci est différent d'un cas à l'autre, ainsi comme sont diverses les effets qui se produisent en vertu du processus migratoire en cours) et leur être constamment *in fieri* rend, toutefois, nécessaire que les parcours d'ajournement/formation offerts aient une organisation telle à ne pas tant compter sur l'acquisition de techniques instrumentales et sur la routinisation des activités en clés d'efficacité, avec la relative attente d'acquérir un manuel d'informations à mettre en œuvre dans les rencontres avec les représentants de chaque catégorie d'usagers, en les différenciant selon leur origine géographique-culturelle, mais sur l'acquisition d'habileté à caractère transversal de manière à permettre une considération plus attentif de la

circularité herméneutique présente dans les échanges communicatif. C'est sur cette base que peuvent être créées les conditions nécessaires pour intervenir aussi au niveau de la *compliance*: une dimension qui fait relever un niveau élevé de problématique pendant tout le parcours de soins.

Le degré de *compliance* qui s'établit avec l'usager se fonde, en fait, ainsi que sur le crédit qui est donné à priori à l'arsenal de la médecine occidentale (en général très élevé), même sur l'estime maturée par les usagers dans le rapport direct avec la structure en général (laquelle est généralement appréciée dans les modalités de fonctionnement, bien que son organisation ne soit pas perçue sans problèmes, comme dans le cas de l'excessif/indéterminé temps d'attente par rapport au Service d'Urgence et de l'excessif temps d'attente pour l'exécution de certaines enquêtes diagnostiques et prestations ambulatoires) et avec les opérateurs d'une manière spécifique (celui de la relation interpersonnelle est le domaine qui enregistre le plus grand nombre d'expressions d'insatisfaction, bien au-delà de la présence du problème linguistique). La perception d'inadéquation relationnelle, avec la charge de malaise qui apporte avec elle et avec tout ce qui comporte en terme d'attribution d'attitudes préjudiciables, fait facilement déclencher des mécanismes de refus des interventions proposées et/ou prescrits (de l'effectuation d'enquêtes instrumentales, en divers degrés souhaitées et craintes même au point de les charger de fortes inquiétudes – comme il advient dans le cas du prélèvement hématique –, jusqu'à la véritable hospitalisation), d'autant plus que difficilement le patient n'a pas des possibilités alternatives de soin (qu'ils soient valides ou non du point de vue biomédical), c'est à dire la possibilité de recourir à des formes traditionnelles de consultation et d'intervention (en faisant usage de «guérisseurs» dont la compétence n'est pas reconnue sur le territoire d'immigration, mais qui sont présents au sein des communautés d'immigrées, ou qui sont consultables à travers une forme d'intermédiation, et en faisant recours, comme une alternative ou en complément, à une pharmacopée différente de celle utilisée dans le contexte biomédical). Collude avec tout cela la difficulté de distinguer entre la dimension de la *illness* et celui de la *disease*, qui se révèle de manière particulièrement accentué dans les cas des maladies asymptomatiques: une difficulté qui n'est pas spécifique du rapport avec les usagers immigrés et qui, au contraire, est partagée avec les usagers en général, mais que dans la rapport avec les immigrés est particulièrement épineux précisément en considération du fait que, dans leur cas, ils se croisent avec une relative facilité plusieurs formes d'intervention de façon simultanée, en présence d'un ensemble d'attentes et de craintes contradictoires.

Au-delà de la nécessité de tenir dûment compte de la composante culturelle spécifique, il est aussi possible d'affirmer, sans tomber dans des perspectives «universalisantes», qu'aucune relation qui met en jeu un opérateur et un usager dans le domaine de la santé est iso-culturel au sens propre, puisqu'elle met en rapport la culture de l'organisation avec celle du citoyen privée, ainsi comme la culture médicale du professionnel (*disease*) avec celle profane de l'usager (*illness, sickness*). En ce sens, il résulte plutôt inapproprié de parler de rapports hétéro-culturelles ayant pour objet la seule origine géographique des interlocuteurs. Les situations dans lesquelles est en jeu la différence culturelle en sens strict peuvent être considérées comme emblématique du fonctionnement des systèmes complexes et la mise en évidence des dynamiques qui se vérifient à l'intérieur comporte, en même temps, l'identification des variables qui sont spécifiquement en jeu et la mise au point d'une structure de fonctionnement tout à fait transversale. La relevance de ce qui se crée dans le contexte sanitaire en considération de la présence massive des usagers immigrés est dans une bonne mesure dans cette double valence des

situations: à travers les problématiques sollicitées remonte à la surface quelque chose qui regarde tout le monde et qui persistait dans un état de latence, substantiellement inécouté, mais cette revenir à l'œil se doit justement au fait que ce qui émerge est différente dans une manière significative, même dans sa typicité. Justement la subsistance de diverses similitudes structurelles, alors, fait que la présence des usagers immigrés ne se configure pas seulement comme un problème, mais aussi comme une véritable opportunité de nouvelle réflexion pour les organisations sanitaires (et hospitalière de manière spécifiques), annonciatrice de possibilités d'amélioration profitables à tous. La situation particulière de faiblesse/fragilité dans laquelle se trouvent les immigrés au moment où ils sont dans les conditions d'avoir à faire face à leurs problématiques de santé devient un instrument précieux car elle représente un « papier de tournesol » capable de mettre en évidence ce qui, bien qu'étant présent dans chaque rapport sanitaire, est susceptible d'être négligé, sinon exclu. Il devient évident que de nombreux problèmes ne sont pas le résultat de l'apparition de nouvelles exigences, comme de dynamiques qui sont produites par le même fonctionnement institutionnel, qui est naturalisée au point de ne pas permettre de se rendre compte de combien il soit porteur des difficultés mêmes qu'il veut combattre et regagnent évidence ces nécessités qui restent sous silence là où les contextes sont relativement uniformes, en permettant de revenir à nous occuper, avec un regard renouvelé, de problématiques d'une grande importance pour le bien-être de chacun. En ce sens, il émerge au premier plan la dimension organisationnelle, mais aussi celle relationnelle, avec la nécessité de parcours de formation qui permettent la maturation de ces habilités (écoute active, auto-conscience émotionnelle, communication, gestion des conflits) qui, comme affirme Marianella Sclavi, sont à la base d'un savoir-faire de la complexité qui se caractérise, à son tour, par la capacité de mettre en place « pas de danse » plutôt que pour l'application de prescriptions procédurales.

Les difficultés relevées dans le développement du parcours de soin ne sont pas rares, mais les transformations à promouvoir sont porteuses d'implications qu'intéressent tous. Les changements qui sont opportuns d'introduire, en fait, visent à améliorer la qualité globale des services en introduisant une orientation articulée au patient, en dehors de toute perspective « culturalisantes » qui tendrait, plutôt, à mettre en jeu de constructions culturelles générique et stéréotypées, en les fixant en actions protocolaires prédéfinies (ce qui comporterait la retombée en cette perspective de réification culturelle qui s'alimente des stéréotypes et les reproduit en les radicalisant). Il s'agit de la même perspective qui a aussi émergé de l'expérimentation européenne des *Migrant Friendly Hospitals*, au sein de laquelle on a opté pour une politique de valorisation culturelle qui n'implique pas de création de services *ad hoc*, mais l'introduction d'interventions visant à améliorer la capacité de chaque service à répondre de manière compétente à la singularité des histoires de vie, en relevant ce qui a été prévue par la Charte d'Ottawa de 1986, dans l'optique de mettre les personnes et les communautés en état d'être protagonistes de leur propre santé. L'objectif des hôpitaux pilotes qui ont travaillé dans ce domaine dans les douze nations européennes impliquées a été, en fait, celui de promouvoir une amélioration des capacités de gestion de la diversité en général dans le milieu hospitalier, tout en veillant à ce que les cultures organisationnelles des structures impliqués se développeraient de manière à les faire devenir accueillantes et adéquates pour les immigrés ainsi que pour tout autre groupe minoritaire, donc capables de développer des services personnalisés et orientés à la personne, de sorte que chaque patient pouvait en bénéficier.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV., *La tutela della salute in una società multietnica*, CIDIS, Perugia, 1996.
- AA.VV., *All'ombra dei diritti. Attività del volontariato e delle istituzioni per la salute dell'immigrato privo di assistenza: ieri, oggi, domani* (Atti dell'omonimo convegno promosso dall'Associazione Naga il 23 maggio 1998), pubblicato in proprio dal Centro Naga, Milano, 1998.
- AA.VV., *Concevoir et naître. Accoucher en Afrique. Accoucher en France*, « Les cahiers de l'URACA » n. 9, Edition Uraca, Settembre 1998.
- AA.VV., *Gli stranieri e l'accesso ai servizi sanitari: tra discriminazione sistemica e incomunicabilità*, in "Healt for all. All in health", Alisei, Perugia, 2001.
- AA.VV., *Il rispetto della sofferenza e della morte nelle principali confessioni. Pensiero, indicazioni e linee guida di accoglienza nelle strutture sanitarie*, Cortina, Verona, 2002.
- AA.VV., *La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia*, Dipartimento di Sanità Pubblica, Collana Progetto Salute, n. 10, Reggio Emilia, 2006.
- AA.VV., *Per una salute senza esclusioni*, Atti della IX Consensus Conference sull'immigrazione, VII congresso nazionale SIMM, 26-29 aprile 2006, Palermo.
- AA.VV., *Guadi e ponti per una sanità transculturale*, Atti della X Consensus Conference sull'immigrazione, VIII congresso nazionale SIMM, 5-6-7 febbraio 2009, Trapani.
- AA.VV., *Dalle Ande agli Appennini. La mediazione culturale tra necessità del presente e possibilità del futuro*, Atti del Corso di Alta Formazione sulla Mediazione Culturale in ambito socio-sanitario, INMP, Roma, 2-4 Luglio 2009.
- AA.VV., *Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie*, Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM, Palermo, 19-21 Maggio 2011, Lombar Key, Bologna, 2011.
- Aime M., *Eccessi di culture*, Einaudi, Torino, 2004.
- Anolli L., *Psicologia della cultura*, Il Mulino, Bologna, 2004.
- Baraldi C., Barbieri V., Giarelli G., *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- Baraldi C., Gavioli L., *La mediazione interlinguistica come dialogo tra culture?*, in: Baraldi C., Ferrari G. (a cura di), *Il dialogo tra le culture*, Donzelli, Roma, 2008, pp. 319-377.
- Bateson G. (1972), *Steps to an Ecology of Mind*, Chandler Publishing Company; New York, 1972 (tr. It. *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976).
- Beneduce R., Lahcen A., Yenque P., *Nascita e malattia nelle diverse culture. Un approccio antropologico*, in: Atti del corso di formazione per operatori pubblici e privati effettuato nell'ambito del progetto LIA, Torino, 1998.

- Ben Jelloun Tahar (1977), *La plus haute des solitudes*, Editions du Seuil (tr. It: *L'estrema solitudine*, Bompiani, Milano, 1999).
- Bonciani Manila, "Mediazione culturale ed organizzazione dei servizi", in *Salute e territorio*, Regione Toscana, n. 152, 2005.
- Bruni A., Fasol R., Gherardi S., *L'accesso ai servizi sanitari. Traiettorie, differenze, disuguaglianze*, Carocci, Roma, 2007.
- Calvino I., *Una pietra sopra*, Torino, Einaudi, 1980.
- Caritas Roma, *Immigrazione. Dossier statistico*, Anterem, Roma, anni 2004, 2005, 2006, 2007.
- Chiarenza A., Simonelli F., "Alleanze per la salute: il contributo della Rete HPH alle politiche sanitarie nelle regioni Emilia-Romagna e Toscana". In Saccheri T. (a cura di), *Prima che ... promozione della salute e responsabilità istituzionali*, Società e salute, a. II, n. 3, F. Angeli, Milano, 2003, pp. 65-78.
- Chiarenza A., "Il progetto Migrant-friendly Hospital: un'iniziativa di promozione della salute degli immigrati e delle minoranze etniche", in "Manuale di sociologia della salute: spendibilità" Vol. 3, F. Angeli, Milano, 2005, pp. 214-230.
- Cravero A., *Il rapporto tra medico italiano e paziente straniero*, L'Harmattan Italia, Torino, 2000.
- Cozzi D., Nigris D., *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica di analisi socio antropologica per il nursig*, Milano, Colibri, 2003.
- Confaloni Elisabetta, *La mediazione culturale in sanità, Globalizzazione e controversie etiche*, in *Salute e territorio*, Regione Toscana, n. 152, 2005.
- Cravero A., *il rapporto tra medico italiano e paziente straniero*, l'Harmattan Italia, Torino, 2000.
- Converso D., Dell'Olio R., *Modelli culturali e parto ospedaliero: una ricerca-intervento*, in "Psicologia della salute", Franco Angeli, Milano, n.1/1999, pp. 85-99.
- Coppo P., *Guaritori di follia. Storie dell'altopiano Dogon*, Bollati Boringhieri, Torino, 1994.
- Coppo P., *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- Coppo P., *Negoziare con il male. Stregoneria e controstregoneria Dogon*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007.
- De Micco V. (a cura di), *Le culture della salute. Immigrazione e sanità: un approccio transculturale*, Liguori, Napoli, 2002.
- Eco Umberto, *Dire quasi la stessa cosa. Esperienze di traduzione*, Bompiani, Milano, 2003
- Freud S. (1905), *Der witz und seine Beziehung zun Unbewussten* (tr. It.: *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio*, Bollati Boringhieri, Torino).
- Gadamer H.G. (1960), *Wahreheit und Methode*, J.C.B. Mohr, Tübingen (tr. it. di Vattimo G., *Verità e metodo*, Bompiani, Milano, 1983).
- Galimberti Umberto, *Dizionario di Psicologia*, UTET, Torino, 1994.
- Gemelli A., Musatti C., *I cittadini stranieri e i servizi socio-sanitari italiani: modalità di comunicazione e cambiamenti dell'identità*, in "Ikon" n.37, p.37-72, Franco Angeli, Milano, 1994.
- Geraci S., *Approcci transculturali per la promozione della salute*, Caritas Diocesana, Roma, 2000.
- Geraci S., Marceca M., Mazzetti M., *Migrazioni e salute in Italia. Dossier di ricerca in Migrazioni. Scenari per il XXI secolo*. Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo, Roma, 2000.

- Geraci S. (a cura di), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*, Anterem snc, Roma, 2000.
- Geraci S., Maisano B., Mazzetti M. (a cura di), *Migrazione, salute, cultura, diritti. Un lessico per capire*, numero monografico di "Studi Emigrazione", Rivista trimestrale del Centro Studi Emigrazione di Roma, n. 157, marzo 2005.
- Geraci S., Maisano B. (a cura di), *Un porta aperta. La salute come occasione d'incontro con la comunità cinese*, Lombar Key, Bologna, 2010.
- Geraci S., Gnolfo F. (a cura di), *In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*, Pendragon, Bologna, 2012.
- Hampâté Bâ A. (1976), *Jésus vu par un musulman*, Nouvelles Editions Africaines, Abidin-Dakar (Tr. it. *Gesù visto da un musulmano*, Bollati Boringhieri, Torino, 2000).
- Health Promoting Hospitals, atti della *Sesta conferenza nazionale degli Ospedali per la Promozione della Salute*, Castelfranco Veneto (TV), 25-26 novembre 2002, sezione Interculturalità, pp. 153-55.
- Jankélévitch V. (1998), *Du mensonge*, Flammarion (tr. it. di Motto M. *La menzogna e il malinteso*, Cortina, Milano, 2000).
- Khan M. S., *Islamic Medicine*, 1986, (tr. it. di Sborgi C., *La medicina islamica*, RED Edizioni, 1992).
- Kossi Komla-Ebri, *Imbarazzismi. Quotidiani imbarazzi in bianco e nero*, Edizioni Dell'Arco-Marna, Milano, 2002.
- Kossi Komla-Ebri, *Nuovi imbarazzismi. Quotidiani imbarazzi in bianco e nero... e a colori*, Edizioni Dell'Arco-Marna, Milano, 2004.
- Imbasciati A., Margotta M., *Compendio di psicologia per gli operatori sociosanitari*, Piccin, Padova, 2005.
- La Cecla F., *Il malinteso*, Laterza, Bari, 1997.
- La Cecla F., *Perdersi. L'uomo senza ambiente*, Laterza, Bari, 2000.
- Luatti L., *Atlante della mediazione linguistico culturale*, Franco Angeli, Milano, 2006.
- Mazzetti M., *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni di aiuto*, CarocciFaber, Roma, 2003.
- Merton R.K. (1957), *La profezia che si autoavvera*, in Teoria e struttura sociale, vol II, Il Mulino, Bologna, 1971.
- Morin Edgar (1999), *La tête bien faite*, Seuil, Paris, (T. it. *La testa ben fatta*, Cortina, Milano, 2000).
- Moro M.R. (1998), *Psychotérapie transculturelle des enfants de migrants*, Dunod, Paris (tr. it. di D. Demetrio, *Bambini immigrati in cerca di aiuto*, Torino, Utet, 2001).
- Nathan T. (1993), *Fier de n'avoir ni pays ni amis, quelle sottise c'était... Principes d'ethnopsychanalyse*, La Pensée Sauvage (tr. it. *Principi di etnopsicanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 1996).
- Osservatorio delle immigrazioni, *Immigrati, salute e sanità*, "Dossier Sanità", numero 2, 2002; www.provincia.bologna.it/immigrazione/documenti.
- Osservatorio delle immigrazioni, *Consultorio Familiare e donne migranti*, "Dossier Consultorio Familiare", numero 2, 2005; www.provincia.bologna.it/immigrazione/documenti.
- Osservatorio delle immigrazioni, *La mediazione interculturale nei servizi. Il caso della provincia di Bologna*, "Dossier mediazione", numero 1, 2006; www.provincia.bologna.it/immigrazione/documenti

- Osservatorio delle immigrazioni, *La salute e i servizi per la popolazione straniera in provincia di Bologna*, “Dossier sanità”, numero 2, 2006; www.provincia.bologna.it/immigrazione/documenti.
- Osservatorio Regionale sull’Immigrazione, *Immigrazione straniera in Veneto. Rapporto 2008*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- Ovadia M., *Perché no? L’ebreo corrosivo*, Bompiani, Milano, 1996.
- Pasualotto GianGiorgio, *East & West. Identità e dialogo interculturale*, Marsilio, Venezia, 2003.
- Pizza G., *Antropologia medica*, Carocci, Roma, 2005.
- Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006.
- Quaranta I., Ricca M., *Malati fuori luogo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2012.
- Remotti Francesco, *Contro l’identità*, Laterza, Roma-Bari, 1996.
- Remotti Francesco, *Prima lezione di antropologia*, Roma-Bari, Laterza, 2004.
- Rotondo A, Mazzetti M., *Il carro dalle molte ruote*, Etnopsichiatria e psicoterapie transculturali, Edizioni di Terrenuove, Milano, 2001.
- Sclavi M., *Arte di ascoltare e mondi possibili*, Le Vespe, Pescara-Milano, 2000.
- Seppilli, Tullio, “*La pluralità dei sistemi medici e la eterogeneità dei modelli culturali comportamentali relativi a salute e malattia*”, in “*La tutela della salute in una società multietnica*”, Cidis, Perugia, 1996.
- Shuyan S., Sparano M., Panna L., Bevolo P., Manghi M., *Il drago e la fenice. La nascita dei bambini cinesi a Reggio Emilia*, AUSL Reggio Emilia, 2007.
- Tobin J.J., Wu D.Y.H, Davidson D.. (1985), *Infanzia in tre culture. Giappone, Cina, Stati Uniti*, Cortina, Milano, 2000).
- Todisco A., Gini G., Volpini M.P. (a cura di), *Immigrazione, salute e partecipazione. Aspetti critici e nuove prospettive operative* (atti dei workshop), Istituto Italiano di Medicina Sociale, 2003.
- Tognetti Bordogna M., *Disuguaglianze di salute e immigrati. La realtà italiana*, Angeli, Milano, 2008.
- Torrisi A., Drago D., Fais G., Ciullo R., Digiannantonio E., D’Aquino M.G., Minucci D., *Percorsi diagnostico-terapeutici integrati territorio-ospedale per le donne immigrate in Padova : nostra esperienza dal 1999 al 2004*, in “*La colposcopia in Italia*”, Anno XX, n. 2, pp. 26-29.
- Vattimo G., *Schleiermacher filosofo dell’interpretazione*, Mursia, Milano, 1968.
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D. (), (Tr. it.: *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio Ubaldini. Roma, 1971).

Tesi di Laurea/Master

Baldinazzo S., *Io operatore sanitario: dalla Repubblica Democratica del Congo all'Azienda Ospedaliera di Vicenza. Esperienze a confronto*, Tesi di Master, Università di Padova, Master in Studi Interculturali, a.a. 2005-06.

Bergamo O., *Malattia e cura nelle società a tradizione orale*, Tesi di Laurea, Corso di Laurea in Psicologia, Università di Padova, a.a. 2006-07.

Cavka B., *Dalla Serbia all'Italia in camice bianco: la migrazione degli infermieri serbi in Italia*, Tesi di Master, Università di Padova, Master in Studi Interculturali, a.a. 2006-07.

Casaro M., *Di qui e d'altrove. Intercultura ed esigenze socio-sanitarie. Una ricerca nella bassa padovana*, Tesi di Master, Master in Studi Interculturali, Università di Padova, a.a. 2006-07.

Dall'Asta I., *Il progetto di mediazione linguistico-culturale nei servizi sanitari di Reggio Emilia e provincia*, Tesi di Laurea, Facoltà di Lettere e Filosofia, Università di Modena e Reggio Emilia, a.a. 2003-04.

De Paoli L., *L'identità dell'assistente sociale nell'analisi di due esperienze di lavoro sociale nel medesimo contesto lavorativo: l'Azienda Ospedaliera di Padova*, Tesi di laurea, Facoltà di Scienze della formazione, Università di Trieste, a.a. 2004-05.

Ferrari A., *Il rapporto tra pazienti stranieri e servizi sanitari della provincia di Reggio Emilia dal punto di vista di osservatori privilegiati: operatori sanitari e mediatrici linguistico-culturali*, Tesi di Master, Master in Studi Interculturali, Università di Padova, a.a. 2008-09.

Quinto A., *Sanità italiana e stranieri. Alcune riflessioni sulla realtà di Padova*, Tesi di Master, Master in studi interculturali, Università di Padova, a.a. 2007-08.

Mibelli C., *Incontro tra culture: la gravidanza e il parto delle donne straniere a Padova*, Tesi di Master, Master in studi interculturali, Università di Padova, a.a. 2005-06.

Mojisola Abigail, *Immigrazione e maternità. Indagine differenziale nel territorio di Treviso*, Tesi di Laurea, Corso di Laurea Specialistica in Psicologia Clinico-Dinamica, Università di Padova, a.a. 2010-11.

Ragni C., *Alcune considerazioni sulla percezione della salute e della malattia in un gruppo di Senegalesi in Italia*, Tesi di Master, Master in Studi Interculturali, Università di Padova, a.a. 2003-2004.

Trentin M.L., *Infermiere-paziente: verso un dialogo interculturale e una prospettiva antropologica*, Tesi di Master, Master in Studi Interculturali, Università di Padova, a.a. 2005-06.

Tricarico M., *Immigrati in ospedale: analisi dell'area padovana*, Tesi di laurea, Facoltà di Psicologia, Università di Padova, a.a. 2008-09.

Torresin S., *Rifugiati politici, trauma e disturbi psichici*, Tesi di laurea, Facoltà di Psicologia, Università di Padova, a.a. 2003-04.

Convegni/Seminari e relative comunicazioni

Luoghi e pratiche dell'intercultura, Padova, Aula Magna di Palazzo Bo', 9-10 giugno 2005; convegno organizzato dal CIRSSI, Centro Interdipartimentale di Ricerca e Servizi per gli Studi Interculturali dell'Università di Padova.

La cura dell'altro, Padova, Palazzo Moroni, 22-23 Giugno 2006.

Salute delle donne migranti e/è salute globale, Convegno organizzato da L'albero della salute, Firenze, Istituto degli innocenti, 22 giugno 2007.

Esperienze e riflessioni di clinica transculturale in Italia, Azienda USL di Prato, Hote Datini - Prato, 5 ottobre 2007.

Qualità dei servizi sanitari in un contesto pluriculturale, AUSL Reggio Emilia, Centro Malaguzzi – Reggio Emilia, 9-10 ottobre 2008.

Cattorini P., *Separarsi dalla vita, donarsi ad altri. Riflessioni etiche* e Layachi K., *Il concetto di salute nella cultura arabo islamica: concetti di nascita, malattia, dolore, cura, morte*, comunicazioni presentate nell'ambito del convegno "Riti del commiato e pratica del trapianto. Religioni e culture a confronto, Padova, 12 ottobre 2007.

La comunicazione interculturale nel sistema sanitario, Azienda USL di Reggio Emilia, 24 giugno 2008.

Qualità dei servizi sanitari in un contesto pluriculturale, organizzato dall'Azienda USL di Reggio Emilia e dalla Regione Emilia Romagna, tenuto a Reggio Emilia il 9 e 10 ottobre 2008.

Informazione, educazione ed empowerment del paziente e delle comunità immigrate, Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna – AUSL di Reggio Emilia, 7 Aprile 2009.

Le culture della salute, Padova, Convegno organizzato nell'ambito del progetto ImmaginAfrica in collaborazione con il Dottorato di Sociologia dell'Università di Padova, 18-19 settembre 2009.

La sofferenza e il sollievo nelle diverse culture: Oriente – Occidente – Africa, Museo civico di Bassano, 21-26 Maggio 2012.

Documenti

La Dichiarazione di Amsterdam. Verso ospedali "migrant-friendly" in una Europa diversa sul piano etno-culturale.

Azienda USL di Reggio Emilia, Migrant Friendly Hospitals, "Report Annuale del Servizio di Mediazione Linguistico-Culturale", Novembre 2005–Novembre 2006

S.I.M.M., Raccomandazioni finali dell'XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Palermo, 19-21 maggio 2011.

Carta di Ottawa per la Promozione della salute, 1° conferenza internazionale sulla promozione della salute, 17-21 novembre 1986, Ottawa, Ontario, Canada.

Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero