

Rappresentazioni sociali e costruzione di identità professionali "riflessive" nei contesti psichiatrici: considerazioni formative¹

Valerio Ferro Allodola

La teoria delle Rappresentazioni Sociali nella costruzione dell'identità professionale degli operatori in ambito psichiatrico

Il tema della malattia mentale, del malato mentale e delle figure professionali che se ne occupano, è una di quelle questioni che suscitano in noi sentimenti contrastanti, angosce, dubbi e interrogativi, forse perché riguardano i nostri vissuti interiori più profondi e le relazioni significative che intratteniamo con il mondo e con gli altri.

In particolare, è interessante analizzare questa tematica attraverso le rappresentazioni che ne ha fornito il cinema, fin dai primi anni del secolo scorso, tanto che possiamo considerarlo un importante indicatore di come, nei diversi contesti storici e socio-culturali, viene vissuta e interpretata la patologia psichiatrica e la sua 'gestione'.

Potremmo dire che la rappresentazione cinematografica ha condizionato la percezione sociale della malattia mentale molto di più che non il contatto concreto con la persona che ne soffre o con gli operatori dei servizi di salute mentale.

Questo rapporto sembra talmente intenso da poter addirittura individuare una relazione significativa tra «le immagini della malattia mentale e le variazioni teoriche e cliniche della psichiatria attraverso l'analisi cronologica dei film che trattano l'argomento»².

Il cinema, la stampa, l'iconografia, internet e in questi ultimi anni i social network, influenzano in modo assai importante la percezione del problema

¹ Questo saggio e quello di Carlo Orefice, pubblicato in questo stesso numero della rivista, sono il risultato di un lavoro di ricerca e formazione fatto all'interno del *Laboratorio di Medical Education* (diretto dalla prof.ssa P. de Mennato) presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica dell'Università di Firenze. .

² L. Tarsitani, P. Pancheri, *Cinema e psichiatri: dagli oracoli al cannibalismo*, "Journal of Psychopatology", Vol. 10, March 2004, Issue 1.

nella vita reale. Lo stigma³ che da sempre accompagna il disturbo psichiatrico e i relativi servizi di prevenzione, cura e riabilitazione, viene spesso alimentato proprio attraverso questi canali, i quali veicolano frequentemente concezioni distorte, alterate e non sempre ‘scientificamente’ attendibili⁴.

Il punto cruciale che interessa la nostra riflessione concerne, tuttavia, il fatto che il cinema possa configurarsi contemporaneamente come *prodotto* e *produttore* di rappresentazioni sociali sulla malattia mentale e sugli operatori che se ne occupano.

E’ sembrato perciò opportuno focalizzare l’attenzione scientifica sull’analisi della Teoria delle Rappresentazioni Sociali, che si concentra proprio sull’approfondimento delle articolazioni tra fattori individuali e fattori sociali.

Pare utile, dunque, fare riferimento a questa prospettiva teorica, poiché può favorire una maggiore comprensione dei nostri sistemi di riferimento socio-cognitivi, attraverso i quali costruiamo le nostre idee personali sulla salute e sulla malattia/malato che *traduciamo*, successivamente, in comportamenti e azioni nella pratica professionale quotidiana.

All’epoca in cui Moscovici pubblicò nel 1961 il suo noto studio⁵ sulla diffusione della psicanalisi in Francia, in psicologia sociale predominava l’interesse per la ‘Social Cognition’, che veniva generalmente studiata tramite alcuni concetti chiave, come quelli di opinione, immagine, atteggiamento, pregiudizio, stereotipo e comportamento.

Tali nozioni caratterizzavano questo approccio di provenienza statunitense, che differenziandosi da quello europeo delle rappresentazioni sociali (d’ora in poi R.S.) – pur essendo ad esso complementare – concepisce la società come ‘sistema organizzato’, assunto nella sua complessità e non più come semplice aggregato di atomi sociali.

L’approccio delle R.S. intende l’individuo come ‘attore’ della vita quotidiana e ‘agente’ di cambiamenti, contrastando in tal modo ogni visione deterministica e meccanicistica, in cui è fondamentale l’articolazione tra individuale e sociale, che si evince dalla *strutturazione, trasmissione e trasformazione* di rappresentazioni inerenti contenuti implicati con dimensioni normative, ideologiche e valoriali: le rappresentazioni sociali sono la realtà, non un filtro tra questa e il soggetto, e il sociale è un prodotto collettivo e individuale, non uno “scenario inerte”⁶.

³ Si veda, a tal proposito, il saggio di Carlo Orefice in questo numero della rivista.

⁴ Non dimentichiamo tutto l’acceso dibattito sulle strutture manicomiali, che ha portato alla riforma di Franco Basaglia del 1978, grazie alla quale si aprì una nuova ed innovativa stagione della salute mentale, della psichiatria e delle figure professionali che se ne occupano.

⁵ S. Moscovici, *La Psychanalyse, son image e son public*, Paris, PUF, 1961. Sul tema delle rappresentazioni sociali di salute e malattia, si vedano anche i seguenti volumi, considerati dei classici: C. Herzlich, *Santé et maladie. Analyse d’une représentations sociale*, Paris, Mouton, 1969; D. Jodelet, *Folies et représentations sociales*, Paris, PUF, 1989.

⁶ A.S. de Rosa, *La società e il malato mentale: opinioni, atteggiamenti, stigmatizzazioni e pregiudizi*, in G. Bellelli (a cura di), *L’altra malattia. Come la società pensa la malattia*

La maggiore novità introdotta dall'approccio delle R.S. è il tentativo di cogliere insieme la struttura e i contenuti delle cognizioni sociali, mettendo in rapporto i sistemi sociali complessi con gli individui, i rapporti simbolici con gli attori sociali⁷.

Tale paradigma focalizza l'attenzione sui processi sia sociogenetici, sia psicogenetici di attivazione, rielaborazione e ricostruzione delle rappresentazioni, e non solo sulla loro trasmissione sociale.

Le R.S. si configurano dunque come un principio organizzatore della conoscenza, costantemente in movimento e che varia in rapporto al contesto⁸.

Le R.S. integrano e superano le nozioni di atteggiamento, opinione, stereotipo, pregiudizio, in quanto esse costituiscono un concetto multidimensionale e complesso, irriducibile alle singole componenti. La peculiarità delle R.S. è data, infatti, proprio dall'interconnessione di questi elementi in un tutto organico che è diverso dalla somma delle parti. Come ci ricorda Petrillo, Farr e Moscovici parlano infatti di «universi simbolici socialmente condivisi di carattere eminentemente pragmatico»⁹.

Le R.S. 'convenzionalizzano' oggetti, persone ed eventi, fornendo loro una forma, assegnando loro una certa categoria, definendoli gradualmente quale modello di un certo tipo, distinto e condiviso da un determinato gruppo di persone.

Le convenzioni, ci permettono di sapere cosa sta per che cosa. Nessuna mente è libera dagli effetti del condizionamento precedente che viene imposto attraverso le rappresentazioni, il linguaggio e la cultura che le sono proprie. Noi pensiamo, infatti, per mezzo di una lingua ed organizziamo i nostri pensieri in base ad un sistema che è condizionato sia dalle nostre rappresentazioni che dalla nostra cultura di appartenenza; vediamo, cioè, solo in base a delle convenzioni, senza una reale consapevolezza delle stesse.

Sforzandoci, potremo divenire consapevoli dell'aspetto convenzionale della realtà, sottraendoci quindi ad alcuni *vincoli* che tutto ciò impone alla nostra percezione e al nostro pensiero, ma non dobbiamo pensare che elimineremo tutti i nostri pregiudizi. La strategia migliore, piuttosto che evitare ogni convenzione è, invece, cercare di *rendere esplicita* una certa rappresentazione.

Questo ci permetterebbe di riconoscere che, per noi, le R.S. costituiscono un certo tipo di realtà; «dobbiamo portare al centro della scena quello che volevamo tenere dietro le quinte»¹⁰.

mentale, Napoli, Liguori, 1994.

⁷ W. Doise, *Les représentations sociales: un label de qualité*, "Connexions", 1988, 51, pp. 99-113.

⁸ P. Amerio, *Fondamenti teorici di psicologia sociale*, Bologna, Il Mulino, 1995.

⁹ G. Petrillo (a cura di), *Psicologia sociale della salute. Salute e malattia come costruzioni sociali*, Napoli, Liguori, 1996, p. 19.

¹⁰ R. Farr, S. Moscovici (a cura di), *Rappresentazioni sociali*, Bologna, Il Mulino, 1989, p. 29.

Il processo di “traduzione” delle Rappresentazioni Sociali nella pratica professionale medica e sanitaria

Nel contesto medico e sanitario scegliere tale atteggiamento permetterebbe la comprensione e la riformulazione della propria *epistemologia professionale* che è sempre costruita a partire dal proprio sapere implicito¹¹, il quale è a sua volta inscritto nella nostra storia personale. Far emergere le nostre rappresentazioni sulla salute e sulla malattia/malato, consentirebbe quindi di intraprendere un sentiero di crescita personale che conduce – se viene valorizzata e promossa la pratica riflessiva¹² – alla riconfigurazione dell’identità professionale dell’operatore.

Le R.S. sono, nondimeno, ‘prescrittive’ cioè si impongono irresistibilmente a noi, con una forza che è la combinazione di una struttura presente prima che noi cominciamo a pensare, di una tradizione che stabilisce *cosa* dobbiamo pensare. Quando, perciò, entrano in ciascuno di noi, tali R.S. non sono pensate da noi, ma piuttosto *ripensate, ri-citate e ri-presentate*¹³. Esse ci sono trasmesse, imposte e sono il prodotto di un’intera sequenza di elaborazioni e cambiamenti nel tempo.

Tutte le classificazioni – anche quelle scientifiche – che circolano in una data società, implicano un legame con sistemi e immagini precedenti, una stratificazione della “memoria collettiva” ed una riproduzione del linguaggio (si pensi, ad esempio, al *Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali*)¹⁴.

C’è un continuo bisogno di ricostruire il ‘senso comune’, o la forma di comprensione che crea il substrato di immagini e di significati senza i quali

¹¹ Si rimanda ai seguenti lavori: M. Polanyi, *La conoscenza personale*, Milano, Rusconi, 1990; P. de Mennato P., *Il sapere personale. Un’epistemologia della professione docente*, Milano, Guerini e Associati, 2003; P. de Mennato, A. Cunti (a cura di), *Formare al lavoro sociale*, Milano, Guerini e Associati, 2005; C. Melacarne, *La formazione nei contesti della cura. Un’esperienza di ricerca sulle epistemologie professionali degli infermieri*, Lecce, PensaMultimedia, 2006; D.A. Schön, *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Bari, Dedalo, 1993; D.A. Schön, *Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell’apprendimento nelle professioni*, Milano, Franco Angeli, 2006; V. Ferro Allodola, E. Canocchi, *Prevenzione e cura. Lavorare con le rappresentazioni*, Lecce, Pensa Multimedia, 2011.

¹² Sul tema della pratica riflessiva si vedano, in particolare, i seguenti volumi: P. de Mennato, A.R. Formiconi, C. Orefice, V. Ferro Allodola, *Esperienze estensive. La formazione riflessiva nella Facoltà di Medicina di Firenze*, Lecce, Pensa MultiMedia, 2013; P. de Mennato, C. Orefice, S. Branchi, *Educarsi alla “cura”. Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*, Pensa MultiMedia, Lecce, 2013.

¹³ R. Farr, S.Moscovici (a cura di), *Rappresentazioni sociali*, op. cit., p. 30.

¹⁴ Il Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, noto anche con la sigla DSM, derivante dall’originario titolo dell’edizione statunitense *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, è uno dei sistemi nosografici per i disturbi mentali più utilizzato da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo, sia nella clinica che nella ricerca. Proprio in quest’anno 2013 dovrebbe essere pubblicato il DSM 5. Per maggiori approfondimenti, si veda il sito del DSM 5 dell’American Psychiatric Association (APA): www.dsm5.org.

nessuna collettività può operare. La caratteristica fondamentale è che esse tramutano «le idee in esperienze collettive e le interazioni in comportamento»¹⁵.

E' necessario, alla luce di quanto delineato finora, che noi «esaminiamo l'aspetto simbolico delle nostre reazioni e degli universi consensuali che abitiamo»¹⁶. Poiché tutte le 'cognizioni', 'motivazioni' e 'comportamenti' esistono ed hanno ripercussioni solo nella misura in cui *significano* qualcosa, e significare implica perlomeno due persone che *condividono* lo stesso linguaggio, gli stessi valori e la stessa memoria.

Lo stesso studio delle R.S. esige un ritorno ai metodi dell'osservazione e questo implica anche un ritorno alle scienze umane.

A tal proposito, una seria riflessione scientifica sull'utilizzo del cinema nella formazione medica e sanitaria non può, infatti, non considerare le modalità con le quali si costruiscono e si veicolano le rappresentazioni della salute e della malattia/malato – nel nostro caso in ambito psichiatrico – attraverso i film¹⁷.

La rappresentazione, dunque, assume importanza perché definisce contemporaneamente *cosa* costituisce una realtà per il soggetto (il soggetto reagisce alla realtà non in quanto tale, ma in base a come se la rappresenta) e perché essa produce anticipazioni e aspettative che predeterminano quale sarà la relazione che il soggetto avrà con l'ambiente¹⁸.

A tale riguardo, può risultare utile proporre il seguente schema esemplificativo (Fig. 1) sul processo di 'traduzione' della R.S. in comportamento che caratterizza le pratiche professionali:

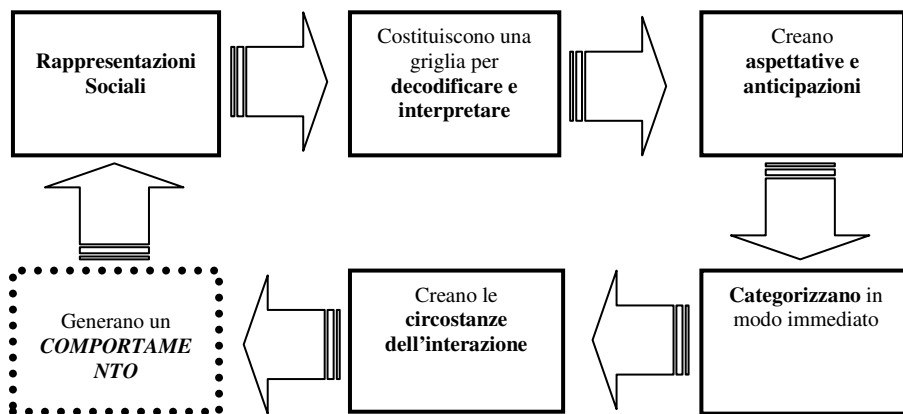


Figura 1: Schema elaborato in riferimento a Farr, R., Moscovici, S., 1989, (a cura di), *Rappresentazioni sociali*, trad. it., Il Mulino, Bologna, pp. 202-203.

¹⁵ R. Farr, S. Moscovici, (a cura di), *Rappresentazioni sociali*, op. cit., p. 30.

¹⁶ *Ibidem*, p. 91.

¹⁷ Per approfondimenti, si veda il volume di P. de Mennato, A.R. Formiconi, C. Orefice, V. Ferro Allodola, *Esperienze estensive. La formazione riflessiva nella Facoltà di Medicina di Firenze*, Lecce, Pensa MultiMedia, 2013.

¹⁸ *Ibidem*, p. 202.

Il sistema rappresentazionale di cui dispongono i professionisti della salute e della cura, implica, dunque, l'esigenza di interiorizzare delle strutture cognitive che agiscono potentemente nell'interpretazione e nella trasformazione delle informazioni, delle conoscenze e dei valori relativi alla salute e alla malattia/malato. Tali strutture 'direzionano', infatti, il comportamento degli operatori nelle esperienze e nella relazione di cura.

I processi generatori delle Rappresentazioni Sociali: l'immagine mentale come costruzione sociale

Lavorare con le R.S. nella formazione medica e sanitaria¹⁹ significa, dunque, tentare di comprendere le modalità personali con le quali ogni professionista ed ogni utente costruiscono i propri sistemi di credenze, le proprie modalità di costruzione della realtà, i propri schemi di riferimento socio-cognitivi.

Significa anche «chiedersi il perché della negazione o dell'avversione nel percepire particolari rischi; dell'indifferenza o dell'eccesso di attenzione nei confronti del proprio stato di salute tradotto in forme di distacco o in espressioni eccessive di ansia per il risultato; della impermeabilità ai consigli degli esperti e, di contro, dell'eccessiva dipendenza dagli 'esperti' ai quali attribuire il valore, più che di medici, di santoni»²⁰.

A tale riguardo, riteniamo importante riferirci a quelli che Moscovici chiama i "processi generatori"²¹ delle R.S.:

l'ancoraggio;

l'oggettivazione.

Il primo è un processo che porta qualcosa di estraneo e disturbante che ci riguarda nel nostro particolare sistema di categorie e lo confronta col paradigma di una categoria che riteniamo adatta. Esso acquisisce le caratteristiche di quella categoria ed è 'riaccomodato' per riadattarsi ad essa. Se la classificazione così ottenuta è accettata, allora ogni opinione che si riferisce a quella categoria si riferirà anche a quell'oggetto o a quell'idea. Ancorare è perciò classificare, dare cioè un nome a qualcosa.

Assegnando un nome a ciò che è innominabile, noi siamo in grado di rappresentarcelo. La R.S. è infatti un sistema di denotazione, di assegnazione di nomi e categorie.

Classificare significa limitare qualcosa a un 'set' di comportamenti, di regole, di vincoli che stabiliscono ciò che è permesso da ciò che non lo è, in relazione a tutti gli individui inclusi in questa classe.

La caratteristica principale di una classe è quella di fornire un modello adatto a rappresentare una sorta di 'fotokit' di tutti gli individui, che si suppo-

¹⁹ Ho trattato questo tema con E. Canocchi in *Prevenzione e cura. Lavorare con le rappresentazioni*, Lecce, Pensa Multimedia, 2011.

²⁰ P. de Mennato, *Introduzione*, in V. Ferro Allodola, E. Canocchi, *Prevenzione e cura. Lavorare con le rappresentazioni*, cit.

²¹ R. Farr, S. Moscovici, (a cura di), *Rappresentazioni sociali*, op. cit.

ne appartengano ad essa e riassume le caratteristiche comuni a un certo tipo di casi correlati.

Categorizzare equivale a scegliere uno dei paradigmi immagazzinati nella nostra memoria e stabilire con esso una relazione positiva o negativa.

Le classificazioni vengono prodotte facendo 'combaciare' un individuo o un oggetto ad un prototipo generalmente considerato rappresentativo di una classe²². Il prototipo porta a opinioni preconfezionate e descrizioni frettolose, che possono avvenire in due modi: o generalizzando, o viceversa, particularizzando.

In ogni classificazione di cose non familiari, ad essere in gioco è il bisogno di definirle conformi o meno alla norma²³.

Dando un nome a qualcosa, noi lo liberiamo dall'anonimato e lo includiamo nella "matrice d'identità" della nostra cultura. Infatti, «ciò che è anonimo e innominabile non può divenire un'immagine comunicabile o essere collegato ad altre immagini»²⁴.

Dare un nome a una persona o ad una cosa implica, allora, tre aspetti. Il primo riguarda il fatto che una volta assegnatole un nome, la persona o la cosa possono essere descritte e acquistano certe caratteristiche, tendenze, ecc.

Secondariamente, la persona/cosa si differenziano da altre persone\cose in virtù di queste caratteristiche e tendenze.

Infine, la persona/cosa diventano l'oggetto di una *convenzione* tra coloro che l'adottano e condividono la stessa convenzione²⁵.

Classificare e assegnare un nome costituiscono un importante aspetto di questo ancoraggio delle rappresentazioni.

La 'routinizzazione', d'altra parte, è un processo che ci rende capaci di pronunciare, leggere o scrivere una parola o una nozione familiare 'al posto di', a preferenza di una parola o di una nozione meno familiare. Questo processo ha come conseguenza la riduzione della paura o dell'inquietudine per ciò che non si riesce a spiegare: la familiarità, infatti, è una necessità intrinseca al vivere quotidiano, poiché svolge una funzione di rassicurazione del soggetto.

Inoltre, come ci ricorda Palmonari, studiare l'ancoraggio delle R.S. vuol dire cercare il *sensu* delle specifiche combinazioni che le informazioni particolari e i contenuti assumono per gruppi definiti di soggetti. Le R.S., quindi, sono anche forme di conoscenza funzionale a rendere oggettiva e familiare la realtà quotidiana²⁶.

La teoria delle R.S. comporta due conseguenze:

- Esclude l'idea di un pensiero\percezione che sia senza ancora. Ciò esclude anche l'idea del cosiddetto *bias* (distorsione) nel pensiero e

²² Si veda, a tal proposito, la parte di Carlo Orefice in questo contributo (Parte Prima).

²³ R. Farr, S. Moscovici (a cura di), *Rappresentazioni sociali*, op. cit., p. 55.

²⁴ *Ibidem*, p. 56.

²⁵ F. Emiliani, B. Zani, *Elementi di psicologia sociale*, Bologna, Il Mulino, 1998, p. 180.

²⁶ A. Palmonari, *Processi simbolici e dinamiche sociali*, Bologna, Il Mulino, 1995.

nella percezione. I biases esprimono una normale differenza nella prospettiva tra individui e gruppi eterogenei entro una società.

- I sistemi di classificazione e assegnazione di nomi facilitano l'interpretazione delle caratteristiche, la comprensione delle interazioni e delle motivazioni dietro le azioni delle persone e formano opinioni.

Interpretare un'idea o un oggetto rende necessarie categorie, nomi, riferimenti. Noi li fabbrichiamo per questo scopo e man mano che i significati affiorano, li rendono tangibili, visibili e simili a idee che abbiamo già integrato.

Così, le rappresentazioni preesistenti sono modificate e quello che deve essere rappresentato, viene a sua volta maggiormente cambiato, in modo che acquisisca nuova esistenza.

L'oggettivazione è invece un processo molto più attivo rispetto all'ancoraggio. Oggettivarsi comporta il rendersi manifesto e concreto, dotarsi quindi di un'esistenza autonoma. Ciò riguarda anche la conoscenza, per cui avviene un passaggio dall'"astrazione dell'idea nell'essenza della realtà"²⁷.

Lewin afferma che ogni R.S. realizza un diverso livello di realtà.

Tali livelli, sono creati e mantenuti da una collettività e svaniscono con essa, non avendo alcuna realtà propria. La realtà è – quindi – una costruzione sociale.

Importanza centrale in questo processo, viene ad assumerla il cosiddetto "nucleo figurativo", cioè un «complesso di immagini che riproduce visibilmente un complesso di idee»²⁸ (es. il modello psicanalista della psiche: Io – Es – Superio). Una volta che una società ha adottato tale nucleo figurativo, essa trova più semplice parlare di qualsiasi cosa il paradigma implichi.

Un'immagine è accettata come una realtà, infatti, quando si disgiunge da una parola o da un'idea ed inizia a transitare autonomamente, diffondendosi nella società.

Tutte le immagini possono, potenzialmente essere dotate di realtà, addirittura essere idoltrate (per esempio, lo stetoscopio del medico).

L'immagine del concetto cessa di essere un *segno* e diventa una *replica* della realtà, un simulacro. La nozione da cui deriva quella determinata immagine perde quindi il suo carattere astratto, acquisendo quasi una propria realtà autonoma. Questo può configurarsi come un esempio della parola che crea i mezzi.

Il risultato di questo primo processo, conduce ad una fase successiva, in cui l'immagine è totalmente assimilata e ciò che è *percepito* prende il posto di ciò che è *concepito*.

Così, le immagini diventano elementi di realtà, piuttosto che elementi di pensiero, poiché devono necessariamente avere una realtà e, conseguentemente, noi ne scegliamo una (*naturalizzazione*).

I sostantivi che creiamo per dare forma astratta a sostanze o a fenomeni complessi, diventano la sostanza o il fenomeno e questo è quello che facciamo costantemente. Ogni tassonomia, verità assodata o riferimento nel mon-

²⁷ R. Farr, S. Moscovici (a cura di), *Rappresentazioni sociali*, op. cit.

²⁸ *Ibidem*, p. 61.

do, «rappresenta un insieme cristallizzato di significati e nomi tacitamente riconosciuti. Il loro essere taciti, è ciò che assicura la loro principale funzione rappresentativa: esprime prima l'immagine e poi il concetto come realtà»²⁹.

Natura e cultura, psiche e società

Si potrebbe correttamente affermare che ancoraggio ed oggettivazione sono modi di 'manipolare' la memoria. Il primo, la mantiene in moto, immettendo o togliendo oggetti, persone, eventi, classificando secondo un tipo ed etichettando con un nome. Il secondo trae dalla memoria concetti, immagini per mescolarli e riprodurli nel mondo esterno, per decifrare, attraverso ciò che è noto, le cose che bisogna conoscere.

Sono le nostre R.S., piuttosto che le motivazioni e le aspirazioni personali, che determinano le nostre reazioni ed il nostro comportamento verso il mondo esterno. Sono i processi sociali che sono stati interiorizzati per primi, a divenire, successivamente, processi psichici.

Nel contesto sanitario, allora, le reazioni ed il comportamento che avrà l'operatore nei confronti dell'utente e viceversa, quest'ultimo verso l'operatore sono, prima di tutto, il prodotto delle *immagini mentali* costruite socialmente e nel contesto organizzativo, ovvero delle R.S. e solamente dopo, il frutto delle motivazioni personali.

Tale questione, evidentemente, rimanda al dibattito tra natura e cultura, ovvero, tra *carattere ed interazione*; tra ciò che, quindi, nel soggetto è dettato dalla propria natura e ciò che è socialmente costruito.

A tal proposito Mantovani distingue tre diverse funzioni che la cultura agisce sui suoi membri e che nel nostro discorso ci interessano particolarmente: di *mediazione*; di *produzione di significati* e di *creazione di una cornice morale*³⁰.

Pensare oggi la cultura significa abbandonare le generalizzazioni ed accettare l'irriducibile specificità dei contesti, ovvero accettare che ogni cultura ha non solo un proprio linguaggio, ma anche concezioni, metodologie e strumenti singolari per relazionarsi con l'ambiente circostante e soddisfare i propri bisogni. Questi fattori, in costante interazione tra loro, ci permettono di mediare le relazioni tra di noi; tra noi e gli altri e tra noi e il nostro ambiente.

Ogni volta che l'operatore medico e sanitario accetta e rispetta l'utente nella sua alterità, attraversa una frontiera: quella della cultura. La cultura è, dunque, il luogo dell'incontro.

Tuttavia, la cultura è anche luogo di produzione di significati e di senso. Come ci ricorda Bruner, il senso si produce a partire dalla realtà quotidiana, nelle credenze e nelle tradizioni diffuse in una società³¹.

²⁹ R. Farr, S. Moscovici (a cura di), *Rappresentazioni sociali*, op. cit.

³⁰ G. Mantovani, *Comunicazione e identità*, Bologna, Il Mulino, 1995.

³¹ J. Bruner, *La ricerca del significato. Per una psicologia culturale*, Torino, Bollati Boringhieri, 1992.

Grazie ad una “rete di analogie”, la cultura connette domini differenti della realtà, fornendo ai suoi membri un *repertorio* di credenze condivise e, con esse, una ragione di esistere al mondo. Senza tale rete di senso, non sarebbe possibile la comunicazione e la mutua comprensione.

Le reti che le varie culture costruiscono circoscrivono la realtà nel momento stesso in cui le danno un senso; è così che quando si incontrano interpreti di culture differenti dalla nostra è facile non comprendersi nemmeno quando ci si accorda di parlare la stessa lingua.

Per quanto concerne l’ultima funzione della cultura, possiamo dire che le domande cui una data cultura non può esimersi dal dare una risposta sono quelle di ordine squisitamente morale, ovvero cercare di definire quali siano le cose importanti e dove cercare e poter trovare il proprio benessere. Senza contare il fatto che le risposte a tali quesiti, oltre a variare molto tra culture, variano all’interno di uno stesso sistema simbolico.

La prospettiva costruttivista riconosce, peraltro, che questa influenza non avviene attraverso una via diretta tra soggetto ed oggetto, ma l’intera esperienza è bio-culturalmente mediata. La nostra percezione e la nostra conoscenza delle cose e dei fenomeni è dunque solo ciò che *siamo stati abituati* a percepire e a conoscere.

Questa considerazione ci porta a riflettere su quanto il paradigma biomedico influenzi il modo di vedere gli ‘oggetti’ percepiti dalla competenza culturale dell’operatore sanitario; comprendere i segni e i diversi significati di salute e malattia di un altro da sé non è una cosa automatica, né spontanea. Per coglierli in modo sufficientemente adeguato occorre, infatti, porvi attenzione e avere il coraggio di attivare un percorso critico-riflessivo che possa favorire l’emersione ed una coerente riconfigurazione della nostra epistemologia professionale nella relazione di cura con l’utente.

I modelli di cultura della cura e le R.S. in essi contenuti, fungono dunque da veri e propri sistemi interpretativi, i quali vengono continuamente rigenerati e riconfigurati entro un processo di condivisione e scambio reciproco – costituito da pratiche umane e professionali – attorno alla salute.

Questo porta, in definitiva, alla ‘traduzione’ dei modelli impliciti e delle rappresentazioni in pratiche visibili e concrete, espressione di un’adesione ad una specifica cultura della cura, condivisa nella comunità di pratiche medico-sanitaria.

Tra rappresentazioni, senso comune e riconfigurazione dell’identità professionale

Abbiamo visto come la Teoria delle R.S. evidenzia la natura eminentemente sociale e collettiva delle comprensioni che gli individui hanno di se stessi e del loro mondo, concentrandosi sulle concezioni condivise del senso comune, che si distinguono dal sapere “esperto”.

La funzione del sapere comune è quindi quella di organizzare la percezione del mondo e di servire da ‘codice condiviso’ per comunicare ed agire. «E’

comune in quanto c'è concordanza sul 'modo' in cui si afferma che 'qualcosa è reale' e non su ciò che 'è reale'»³².

Il senso comune, producendo delle credenze, tenta dunque di 'dare un significato' alle varie esperienze quotidiane che il soggetto vive, caratterizzate spesso da un certo grado di incertezza e confusione.

Risultando «organizzatore di stereotipi e pregiudizi [il senso comune] è trasversale a ruoli e contesti; la realtà che va generando risulta essere cioè concordata a livello implicito da tutti coloro (persone fisiche, scuole di pensiero, istituzioni pubbliche e private, eccetera) che ne fanno 'esperienza'»³³.

In un'epoca in cui si è affermata la dominanza della competenza professionale bio-medica, assistiamo in maniera sempre più marcata alla concorrenza tra conoscenza scientifica e sapere comune delle R.S. (pensiamo ad esempio al successo, sempre più evidente, delle medicine alternative, ma anche alla diffusissima sitografia sulla salute, non sempre scientificamente attendibile).

Questa crescente 'appropriazione' della salute cela l'idea che bisogna combattere attraverso di essa il male che proviene dall'aggressione sociale e dall'intervento medico. Tale atteggiamento, evidentemente, non favorisce quell'incontro relazionale tanto auspicato tra operatore ed utente e rischia di allontanarlo sempre più.

La difficoltà, sia per il professionista della salute e della cura, sia per l'utente, risiede nel rendere consapevole a se stessi le pratiche, le abitudini, le norme, i valori e i principi cui il soggetto si richiama inconsapevolmente per interpretare ciò che di nuovo e di inatteso si presenta all'esperienza quotidiana. E' quello cui fa riferimento, eminentemente, Jedlowski quando afferma che riferire le nuove esperienze al fondo abituale di conoscenze già acquisite, equivale a dire che il senso comune agisce come una "memoria sociale"³⁴.

Al fine di analizzare il rapporto esistente tra R.S. (e più in generale il senso comune) e cambiamento – obiettivo di qualsiasi processo educativo – si rivela molto utile studiare una possibile integrazione tra le R.S. e la categoria delle minoranza attiva³⁵, costituita nel nostro caso, dai professionisti della salute e della cura.

Ogni R.S., infatti, si struttura ed evolve intimamente con l'insieme delle rappresentazioni situate nella medesima realtà di senso comune, in relazione anche al contesto socio-culturale e storico in cui si colloca il gruppo ai quali la rappresentazione si rivolge. In questo senso, il sapere comune non è più considerato subordinato al 'sapere esperto', ma un potenziale luogo di cambiamenti, in cui le minoranze attive (ovvero coloro che entro il loro specifico gruppo di appartenenza si dimostrano in grado di opporsi ai valori dominanti) provocano una frattura del senso comune, diffondendo idee e pensieri originali.

³² G.P. Turchi, C. Della Torre, *Psicologia sociale della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico*, Roma, Armando, 2007, p. 31.

³³ *Ibidem*.

³⁴ P. Jedlowski, *Il sapere dell'esperienza*, Milano, Il Saggiatore, 1994.

³⁵ S. Moscovici, *Psicologia delle minoranze attive*, Torino, Bollati Boringhieri, 1979.

Quello su cui vogliamo invitare a riflettere, in definitiva, è il fatto che l'individuo non solo tenta di comprendere i luoghi della cura attingendo a linguaggi e rappresentazioni proprie che modellano il suo profilo identitario, ma che i soggetti della cura interpretano il loro vissuto di salute o malattia facendo propria una 'competenza medica'. Questa, tuttavia, può configurarsi come esito di un'incorporazione di un'idea di salute o malattia 'medicalizzate', oppure come risultato di un processo critico-riflessivo sviluppato attraverso scambi e negoziazioni tra operatori ed utenti.

Le R.S., dunque, sono il 'linguaggio' della minoranza rappresentata – dicevamo – dai professionisti sanitari e dagli utenti che, fornendo un ordine al contenuto ed alla forma delle conversazioni quotidiane, diventa opinione, credenza, convinzione diffusa.

I processi comunicativi che quotidianamente hanno luogo tra i professionisti della salute e gli utenti permettono, allora, di recuperare il valore formativo e trasformativo della relazione dialogica, incoraggiando il superamento dell'opposizione tra un modello interpretativo biomedico professionale ed un modello interpretativo del senso comune che esprime la cultura dell'utente.

Questa visione di comunità di pratica sanitaria come luogo di *costruzione* e *ricostruzione* dei processi identitari, valorizza e promuove la capacità critico-riflessiva del professionista e dell'utente sull'idea che ogni identità si costruisce in seguito all'*incorporazione* di rappresentazioni, di valori e norme che esprimono un determinato modello di cultura della cura, la cui "epistemologia della pratica" si traduce in comportamenti e stili di vita degli utenti e in stili di assistenza dei professionisti.

Agire in modo critico-riflessivo sui propri stili di vita e sui propri stili di assistenza significa, quindi, agire sulle R.S.. Promuovere la salute come fondamentale processo formativo, significa mirare ad un *apprendimento trasformativo*³⁶ rispetto ai propri stili di vita, convinzioni e schemi mentali, attraverso percorsi autoriflessivi che si configurino come nuovi 'motori del cambiamento', verso una piena realizzazione di sé e quindi del proprio progetto di vita.

Questo può aver luogo solamente attraverso una partecipazione attiva e responsabile di tutti i soggetti che abitano i contesti medici e sanitari.

La riconfigurazione dell'identità professionale nei luoghi della salute e della cura nasce, dunque, dalla condivisione, dalla negoziazione di esperienze, dei saperi e delle pratiche che comprende il livello macro-istituzionale medico-sanitario, il livello dei settori professionali con cui si è in contatto e quello del proprio gruppo di appartenenza. Una tale visione presuppone – oltre che una solida capacità comunicativo-relazionale – una capacità dei diversi soggetti di sapersi collocare in contesti complessi e compositi (utenti, famiglie, reti territoriali-istituzionali, ecc). La prospettiva educativa che stiamo qui discutendo si propone di superare, infatti, la dicotomia tra sistema rappresen-

³⁶ J. Mezirow, *Apprendimento e trasformazione. Il significato dell'esperienza e il valore della riflessione nell'apprendimento degli adulti*, Milano, Raffaello Cortina, 2003.

tazionale dell'operatore e dell'utente, promuovendo una visione *costruens* nei contesti sanitari, tesa ad attivare una possibile alleanza tra i due modelli. Tale cambiamento dovrà necessariamente prendere forma entro un processo di scambio e di condivisione tra tali "reti semantiche"³⁷, dei professionisti della salute come degli utenti.

La formazione dei professionisti della salute e della cura non deve, pertanto, essere pensata come prodotta dall'esterno, ma costruita mediante una condivisione di significati e di pratiche professionali e 'profane', che abbia a proprio fondamento modelli riflessivi e trasformativi.

Professionista sanitario ed utente sono, allora, co-produttori di nuovi significati che orientano il senso e le pratiche professionali e quotidiane.

Attraverso processi di incorporazione delle R.S. prodotte nell'ambito sanitario si disegnano, infatti, le identità professionali degli operatori della salute e della cura, identità che sono l'esito di valori e linguaggi condivisi nella medesima comunità di pratica medico-sanitaria.

La necessità di iniziare a costruire una cultura riflessiva nella formazione medica e sanitaria³⁸ implica, infatti, rendere consapevole l'operatore della salute e della cura delle R.S., attraverso un percorso critico-riflessivo che ne riconfiguri il sapere implicito, gli schemi mentali, le credenze, le convinzioni che determinano il comportamento professionale nella relazione con l'utente.

A riconoscere, cioè, gli «snodi» critici del proprio pensiero e i momenti di cambiamento epistemologico, secondo "una teoria della formazione concentrata soprattutto nelle dimensioni implicite del sapere; sul "conoscere tacito" che sostiene l'azione competente quando incontra situazioni problematiche e complesse"³⁹.

³⁷ B. Good, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Milano, Edizioni di Comunità, 1999.

³⁸ P. de Mennato, C. Orefice, S. Branchi, *Educarsi alla cura. Un itinerario riflessivo tra frammenti e sequenze*, Lecce, Pensa Multimedia, 2011.

³⁹ P. de Mennato, *Riflessività e buon insegnamento*, in P. de Mennato, A.R. Formiconi, C. Orefice, V. Ferro Allodola, *Esperienze estensive. La formazione riflessiva nella Facoltà di Medicina di Firenze*, Lecce, Pensa Multimedia, 2013, p. 22.