

La Medicina Transculturale¹

Mario Affronti

¹ In pedagogia e nelle scienze sociali, il termine “transculturalità” indica l’idea di transizione, l’idea di andare oltre le singole culture umane presenti in un dato contesto locale. E’ l’esito meno scontato dell’interculturalità; se infatti il multiculturale indica il mero fatto della compresenza di più culture in un medesimo contesto e interculturali sono le attività intese a stabilire un rapporto di dialogo e di scambio tra le culture compresenti, definiamo transculturale la ricerca di valori universali che trascendono le diversità. E la transculturalità è proprio il frutto di una intelligente negoziazione in cui l’incontro tra diversi implica, ed è questo il suo punto qualificante, una messa in questione ed una convergenza/concertazione che trasfigurano gli attori e le loro identità nella ricerca/definizione di regole universali. La suddetta transizione è da intendere come sfida (pena il degrado definitivo della specie umana), come apertura di spazi della storia alle possibilità umane ancora inesprese ed, infine, come impegno verso una concreta universalità, quei valori comuni dell’umanità verso i quali finalmente decidersi. (L. Amatucci)

Introduzione

L’Italia rimane un paese strutturalmente multiculturale, malgrado nel 2015 si sia fermata la migrazione economica - fattore di sviluppo e di crescita - e sia cresciuta l’emigrazione italiana giovanile (oltre 100.000), mentre continuano gli sbarchi e le migrazioni forzate seppure ad un ritmo del 9% in meno rispetto al 2014 (153.842 contro 170.100).

Al 1° gennaio 2016 gli stranieri residenti sono risultati 5 milioni 54 mila e rappresentano l’8,3% della popolazione totale, con 1 milione di minori e con una grande prevalenza di europei, per lo più da paesi comunitari; seguono distanti gli africani e poi gli asiatici e gli americani. Per sottolineare l’importanza numerica e storica del fenomeno bisogna ricordare che nel 1990 gli stranieri erano poco più di 500mila e nel 2000 quasi 1 milione e mezzo. Nel giro di pochi anni, queste presenze hanno cambiato il volto civile e politico-economico dell’Italia caratterizzandolo più di altri fenomeni anche se non sempre e non tutti abbiamo voluto rendercene conto.

Cosa è successo nel campo della Salute? Come ha risposto la medicina al bisogno di salute di questa popolazione proveniente da ogni parte del mondo in difficoltà? La risposta a queste domande costituisce l’oggetto del mio contributo.

Ci occupiamo della salute dei migranti dalla fine degli anni ’80: a Santa Chiara, come volontari, e, dal 1996, al Policlinico di Palermo, dopo l’emersione del diritto alla salute per tutti anche irregolari e privi di documenti, in un’ottica di assistenza pubblica e di riconoscimento dei diritti sanciti dalla legge.

Malgrado l’accessibilità sia garantita per legge, oggi, il profilo di salute si caratterizza per condizioni di sofferenza dovuta a fragilità sociale ed accoglienza inadeguata. Se apprezzabili miglioramenti nelle politiche sanitarie e nell’impegno contro le disuguaglianze nella salute sono evidenti negli ultimi anni, grazie ad una legislazione universalistica ed inclusiva, ancora c’è molto da fare. La fruibilità dei servizi rappresenta, in particolare, il tallone d’Achille della sanità dei migranti in Italia.

Per capire meglio bisogna recuperare il passato recente e considerare il modo in cui la medicina dei migranti, che d’ora in poi definiremo transculturale, si è via via consolidata nel nostro paese.

La fase dell’esotismo

“Come Salgari scrisse dell’esotico senza averlo mai visto, così 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 di Tremal-Naik importerebbero nei nostri paesi, trasmettendole forse ai semafori, insieme ai fazzoletti e al lavaggio del parabrezza”.

Così Riccardo Colasanti scriveva nella fase pionieristica della medicina delle migrazioni, alla fine degli anni ’80.

Lo scopo era quello di destrutturare luoghi comuni e stereotipi negativi che circolavano erroneamente sulle componenti straniere ed immigrate insediate nel nostro paese. All'epoca dell'avvio delle attività socio-sanitarie da parte del privato sociale (La Caritas a Roma, il Naga a Milano, Santa Chiara a Palermo), e in qualche misura anche adesso, era molto diffusa la convinzione che gli immigrati terzomondiali fossero diffusamente portatori di malattie che nel nostro paese erano già state debellate o comunque controllate dal punto di vista epidemiologico. Questa convinzione nel corso del decennio successivo è stata ampiamente ridimensionata ed addirittura – per alcune specifiche malattie - completamente smentita dalle diagnosi effettuate non solo dal Poliambulatorio S. Chiara ma anche da altre strutture pubbliche e del privato sociale operanti in altre parti del territorio nazionale. Per dirla con le parole di Colasanti e Salvatore Geraci, nel campo degli aspetti sanitari delle migrazioni, eravamo in piena “fase esotica” (“*sindrome di Salgàri*”), in una fase cioè in cui le aspettative erano quelle del reperimento di malattie esotiche ormai scomparse nelle nostre latitudini ed il migrante era visto come l'untore di manzoniana memoria.

La fase dei diritti negati per legge ai clandestini e nascosti ai regolari

Ma il problema non era solo questo: bisognava rispondere sul piano della solidarietà a ciò che per diritto era negato. Quel gruppo di medici nato attorno e col volontariato nel 1990 fonda, presso l'Associazione Ferdinando Rielo di Roma, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM). La SIMM si pone subito come contenitore scientifico e consapevole di quanti erano interessati alla tematica e come catalizzatore di risorse individuali e collettive per processi di conoscenza e di promozione di diritti. In quel periodo si parlava di diritto alla salute *negato* per legge ai clandestini e *nascosto* ai regolari (S. Geraci). Nella seconda metà degli anni '90, grazie alla forte spinta di questo mondo socio-sanitario, si ha finalmente l'emersione del diritto con un articolo - il 13 - di un decreto legge del Governo Dini poi confluito - 1998 - nel TestoUnico della legge Turco Napolitano: “anche coloro che sono presenti in Italia in condizioni di irregolarità giuridica e clandestinità hanno diritto non solo alle cure urgenti ma anche a quelle essenziali, continuative ed ai programmi di medicina preventiva”. E' un passo decisivo verso l'integrazione perseguita come un tentativo di mettere gli stranieri nelle condizioni di vivere "normalmente", cercando di risolvere quelle condizioni penalizzanti rispetto ai cittadini italiani in condizioni economiche e sociali comparabili, di cui l'accesso ai servizi sanitari è espressione primaria.²

2 Fu la logica conclusione di un percorso virtuoso iniziato a partire da una precisa concezione politica ed umana espressa da uno dei protagonisti di quella stagione di esclusione, don Luigi Di Liegro, allora direttore della Caritas romana: “il ruolo principale del privato sociale è quello politico. Un ruolo che significa: riproposizione dei bisogni, stimolo all'intervento, denuncia delle inerzie”. La nuova realtà dell'immigrazione richiedeva la capacità di inventare nuovi percorsi, capaci di trasformare una società impostata su una sola cultura ed un solo territorio in uno spazio interetnico, aperto al dialogo ed alla costruzione del bene comune, disponibile e accessibile per tutti. Nell'impatto con questo contesto le domande ed i sogni dei medici volontari a Palermo, così come in varie parti del nostro paese, iniziarono a diventare un progetto. Come assicurare un'attenzione sanitaria a chi si vedeva negato questo diritto? Don Luigi a Roma, Don Meli a Santa Chiara, il compianto Serafino Mansueto ed altri uomini di buona volontà, un po' in tutta Italia, incoraggiavano a sporcarsi le mani. A sua volta questo atteggiamento si basava, ora come allora, su solide radici filosofico-culturali che riguardano il concetto di accoglienza. Nel linguaggio filosofico il termine ha avuto piena rilevanza con il filosofo francese E. Levinas, per il quale è proprio l'eticità, come responsabilità verso l'altro, che attiva quelli che lui chiama i nuovi poteri di “accoglienza, di dono, di mani piene, di ospitalità”. Accoglienza non è la semplice ospitalità o all'opposto la sacralizzazione formale dell'ospite; non è il semplice mettere a disposizione qualcosa a qualcuno, fino a fare di un'emergenza un dato permanente; non è assimilazione, né, peggio ancora, concessione basata sulla separazione-discriminazione; ma “quel mettere a disposizione se stessi e quel mettersi in gioco che si attivano quando l'altro nella sua unicità irrompe, disfa, disordina il mondo, mi inquieta e mi risveglia”. Un mettersi in gioco che tuttavia, proprio perché non è il frutto di una liberalità estemporanea, chiama in causa sia la giustizia (diritti di cittadinanza, pari opportunità, legalità) che il cammino di ricerca verso valori comuni di integrazione-interazione. In altri termini l'accoglienza deve tradursi in un progetto politico che coinvolga le singole disponibilità, la scuola, gli enti pubblici interessati e le agenzie economiche. (Consiglio d'Europa 1986)

Verso una medicina transculturale

Garantito l'accesso, bisognava occuparsi della fruibilità dei servizi che, dipendendo dal grado di competenza culturale, risultava e risulta difficile ed oltremodo complicata. Anche qui forte e decisivo è stato l'apporto del privato sociale e della SIMM. Di fatto non si riusciva a capire quale fosse la specificità della domanda di salute da parte della popolazione immigrata, che si diceva fosse fondamentalmente sana (*effetto migrante sano*), e soprattutto non si riusciva a dare una efficace risposta sanitaria: perché venivano nei nostri ambulatori e come mai le malattie tropicali erano così poche? Da queste considerazioni, alla decisione di organizzare il primo congresso sui temi socio-sanitari delle migrazioni, il passo fu breve. Nel 1990 ci siamo incontrati, tutti volontari provenienti da ogni parte del nostro Paese, nel seminario di Baida, sulle colline di Palermo, e, da allora, ogni due anni ci incontriamo per le Consensus Conference sull'Immigrazione, oggi diventati congressi nazionali, in un clima di grande condivisione, amicizia e speranzosa costruttività. Il confronto aprì i nostri orizzonti e rispose alle nostre aspettative³.

³ “Se il problema della malattia fosse soltanto riferentesi a fatti oggettivi reificati al di fuori della relazione medico paziente, certamente non sarebbe necessario un tentativo di comprensione clinica transculturale ma dal momento che i modi e le maniere e le forme della salute passano attraverso gli uomini, sia a livello anamnestico, che diagnostico che burocratico è necessario che essi si comprendano, nei linguaggi, nei costumi, negli intendimenti. Non inserire questa progettualità in una politica sanitaria per i migranti, o nella pratica clinica d'ambulatorio col paziente straniero, vuol dire curare le emergenze, soccorrere i traumi, constatare i decessi, ma perdere un'altra occasione di fare salute, quella salute che nasce dalla trasparenza del tessuto esistenziale dell'ammalato. Se questa trasparenza è appannata se è criptica, aumenta lo spessore di tiché, dell'indefinibile e la soluzione non sarà nelle terapie antibiotiche o cortisoniche o vitaminiche da parata, come un ciclope cieco che getta la montagna contro Ulisse, e questi che sogghigna e lo sberleffa, leggero sulla barca, imprendibile”. (R. Colasanti, 1990).

Nasce così quello che per molti – me compreso - è un modo nuovo di fare medicina, con al centro il malato anche se diverso per provenienza, per costumi e per religione. Nasce la medicina transculturale con al centro la persona piuttosto che la sua cultura.

Medicina, cultura e relazione

Lo scopo è quello di realizzare nella pratica quotidiana una medicina più vicina all'uomo più che alle tesi precostituite, una medicina per così dire normale perché pone al centro della sua attenzione l'uomo visto non un mero prodotto culturale né tantomeno come una macchina da aggiustare di volta in volta nei suoi pezzi consumati – secondo l'ideologia medica purtroppo ancora dominante in ambito occidentale - ma come persona, relazione di soma e psiche, di anima e corpo che nella malattia esprime tutta questa complessità esistenziale (B. Maisano, 1990). L'impresa si rivela subito difficile per due ordini di motivi: la scarsa conoscenza da parte degli operatori sanitari del ruolo della cultura come determinante della salute e delle sue implicazioni nella relazione col paziente ed, in secondo luogo, la crisi della relazione medico-paziente che, svuotata del suo significato dal tecnicismo esasperato e dalla ontologizzazione della malattia, figlie della rivoluzione tecnico-scientifica iniziata ai primi del secolo scorso, cessava ormai di essere terapeutica.⁴

⁴ Gli antropologi medici ormai da tempo si sono accorti come la relazione sia diventata di tipo contrattualistico e biomeccanicistico con ruoli ben distinti tra soggetto (medico) ed oggetto (malato), con l'acquisizione di un modello tecnomorfo in cui il malato, sintesi di soma e psiche, viene ridotto a vero e proprio manichino (dipenderà da questo il successo dei manichini nelle nostre università?). L'ideologia fondata sull'idea della malattia come fenomeno concretamente misurabile e rappresentabile, osservabile “dall'alto della scienza medica”, fondata sulla centralità del visibile e del misurabile (si pensi a tutta la retorica dello «sguardo clinico» e ad un modello di relazione terapeutica che, se pur in larga misura ancora dominante nel nostro modo di pensare e di gestire i fenomeni di salute e malattia) mostra già dalla fine degli anni '70 i primi segni di inadeguatezza, le prime incrinature. (N. Diasio)

Bisognava da un lato farsi aiutare – dalle scienze ermeneutiche - a capire come la cultura influenzasse in maniera sostanziale la tipologia dell'espressione patologica e dall'altro recuperare la forza terapeutica della relazione che sembrava essere stata trascurata negli ultimi tempi e che sicuramente influenza in modo decisivo il risultato terapeutico finale, soprattutto in campo multietnico⁵.

5 “In campo multietnico i problemi di differenza culturale nell'ottica della coppia relazionale medico autoctono-paziente migrante sono resi complessi dal fatto che si tratta di due aree culturali che non hanno raggiunto un equilibrio di transculturazione. Con due grandi miti: quello del migrante paziente ignorante ed infetto e, da parte del migrante, quello dell'Occidente eden tecnologico. Evidentemente tendono a conglombarsi in un'unica società multiculturale ma nella prima fase c'è un attrito, una frizione che comporta incomprensione, razzismo e, sul piano medico, quel fenomeno di impermeabilità diagnostica tante volte osservato. Il paziente resta, cioè, distante, studiato, analizzato ma non interpretato”. (R. Colasanti, 1990)

Medicina transculturale e medicina globale

Il superamento di questa “afasia culturale”⁶ può avvenire solo grazie al modello relazionale transculturale: dall'idea dell'integrazione del paziente straniero al medico – che, pertanto, nell'accoglierlo, lo ingloba, annullandone parti originarie e originali – bisognava transitare al concetto di inter-azione, secondo la cui logica, i due attori, diventati soggetti, si influenzano reciprocamente creando tra loro, nel luogo dell'incontro e della relazione, fenomeni nuovi.

6 [...] al di là delle reali difficoltà linguistiche e culturali che gli operatori ed i pazienti incontrano (spesso superabili riconoscendo i reciproci pregiudizi che influenzano il proprio modo di mettersi in relazione), è importante imparare a tenere conto dell'altro in quanto tale, della sua personale esperienza migratoria, del suo vissuto sociale, trovando ambiti di decodificazione dei messaggi comunicativi e accettando una contrattazione culturale che non punta all'evidenza a tutti i costi, ma tiene aperto l'orizzonte mai completamente definibile dell'altro. E' questo il grande regalo della Medicina transculturale: aver mandato in crisi il medico, gli operatori sanitari inducendoli ad accogliere una modalità di vivere la medicina e la cura più umile, più debole, meno dominante, più collaborante. Si può dire che questo riscoprirsi in profondità della medicina sia oggi imprescindibile non solo per la presenza dei migranti ma anche per attivare il superamento della stessa medicina tecnocratica che, allontanandosi sempre più dalla centralità della relazione con il paziente, è costretta oggi, anche nel confronto con le medicine tradizionali ed alternative, ad ammettere il suo limite se non addirittura il fallimento[...]. [...] L'emigrazione, anche nel campo della medicina, funziona proprio come lente di ingrandimento che mi permette di vedere meglio, di mettere a fuoco i punti dove è necessaria una trasformazione del mio modo di mettermi in relazione con l'altro. Possiamo dire che la medicina, anzi gli operatori sanitari, entrano in crisi proprio grazie alla migrazione che ci permette di riscoprire come anche noi stessi vorremmo essere guardati, visitati, considerati nella nostra unicità. La relazione operatore sanitario-paziente, così come ogni relazione, ha in sé la chance della trasformazione che passa proprio attraverso la scelta strategica dell'accoglienza, del riconoscimento del valore della vita dell'altro. Ma questo è possibile se ciascuno si mette in gioco e lavora sulla propria trasformazione arrivando a capovolgere l'impostazione della relazione terapeutica che ci hanno sempre insegnato. Non più una relazione tra soggetto e oggetto che viene studiato, analizzato, classificato, ma lo sviluppo della capacità di entrare in un terreno nuovo, inesplorato, dove l'altro è la fonte più importante che ho per capire il suo contesto ed anche il suo malessere, la sua malattia, la sua storia. (B. Maisano, 2013)

L'incontro, così, vede entrambi gli attori in gioco (curante e paziente) muovere l'uno verso l'altro: la dinamica relazionale è caratterizzata dal fatto che ognuno nell'incontro perde qualcosa e guadagna qualcos'altro: l'incontro relazionale non risparmia nessuno dei partecipanti alla relazione; nello spazio dell'incontro si verificano nuove azioni (inter-azioni) certamente non nell'illusione che uno soltanto (spesso l'immigrato) debba agglomerarsi (integrarsi) al sistema dell'altro. In questa direzione “mettere tra parentesi” il proprio punto di vista teorico-tecnico, la propria epistemologia, i propri modelli di fabbricazione, è diventata urgenza e premessa del clinico transculturale per permettere a nuove interpretazioni sulla malattia di affacciarsi sul campo terapeutico. E ciò è operazione possibile solo se ogni clinico si lascia contaminare da altri ambiti disciplinari, testimoniati da operatori

con diverse formazioni, in una collaborazione continua, perché mai sappiamo con anticipo a quale ambito disciplinare (l'antropologia, la medicina, così come la giurisprudenza, la sociologia..la filosofia stessa) dobbiamo andare incontro per la risoluzione del problema in gioco⁷.

7 Per cogliere in modo approfondito ciò che accade in vivo nei contesti istituzionali, bisogna che si pensi al terapeuta come colui che assume una posizione che si professa deterritorializzata e che costruisce di volta in volta con il paziente uno spazio intersoggettivo e di condivisione di significati, in cui i linguaggi si disarticolano, si decostruiscono, nel tentativo di fondarne di nuovi; i discorsi inter-agiscono, stridono, confliggono per ritrovare nuovi assetti.

Derrida (filosofo decostruzionista) ci suggerisce che “la decostruzione, intesa come analisi dell'esperienza che ne esibisce le strutture necessarie, è a sua volta anche una costruzione, ovvero, l'esibizione delle condizioni a priori celate nel mondo e che lo rendono possibile”. Dice Derrida: “La decostruzione è una strategia di ascolto”.

Seguendo allora il ragionamento di Derrida, in clinica, il fenomeno morboso è analizzato, non più a partire dal modello culturale del terapeuta, e dunque da ciò che il terapeuta “riconosce” come patologico, ma da ciò che ancora è oscuro agli occhi del terapeuta, ciò che è non-visibile, dalle mancanze che devono essere svelate con l'aiuto di altri operatori: il sintomo secreta teorie, mondi non parlabili, indicibili, nascosti e lontani (processo di decostruzione), ma ne è al tempo stesso espressione (ri-costruzione). (M.C. Monti, 2015)

In altre parole, la nostra pratica segue l'idea che ciò che osserviamo come dato – per es. una malattia, un sintomo – è solo una parte di una realtà più ampia che non può essere colta da un solo punto osservativo. Inizialmente sul piano teorico sapevamo tutti che la cura, in generale - secondo noi - ma nello specifico, in ambito transculturale, non è efficace se non si accetta di essere rappresentanti di un sapere clinico relativo e che tale relativizzazione dunque è l'a priori per chiedere aiuto ad altri saperi, essi stessi relativi. Nell'approccio della biomedicina, corpo e psiche sono concepiti come entità discrete, separabili; nella visione dell'etnomedicina, invece, e nelle impostazioni tradizionali delle culture allogene, nelle etnoscienze dei popoli a cui appartengono i pazienti che vediamo quotidianamente, il mondo materiale e quello immateriale, il mondo del visibile e dell'invisibile sono interconnessi, inscindibili; la persona è un essere-corpo, in connessione con altri fatti: ogni individuo, nei suoi aspetti vitali, è in profonda relazione con le realtà che circondano la sua esistenza (come gli esseri ancestrali, gli antenati, gli oggetti, gli animali ...). “Il corpo non è inteso come una macchina complessa, ma piuttosto come un microcosmo dell'universo” (Lock, Scheper-Hughes, 2006).

Ora, per riappropriarsi di quel grado di umanità nei rapporti con i pazienti che la tecnologia esasperata gli ha sottratto, il medico deve saper rappresentare queste qualità che tra l'altro, come ha dimostrato la storia fino ad oggi, fanno parte del suo dna. Egli non è un tecnico e non lo sarà mai ed il suo paziente non è una macchina ma un uomo unico ed irripetibile. La medicina deve molto a Claude Bernard che nella sua famosa “Introduzione allo studio sperimentale della medicina” sancì il definitivo distacco della medicina dalla magia e per certi versi anche dalla filosofia, ma deve recuperare tutte quelle discipline cosiddette ermeneutiche, come la filosofia stessa, l'antropologia e la sociologia senza le quali non sarà mai in grado di dare risposte efficaci all'uomo-malato soprattutto se di cultura diversa.

Il fatto poi che il “background” sia “così multi-etnico” non costituisce affatto un problema⁸ ma anzi un'ulteriore opportunità: bisogna però intendersi sul termine cultura che va considerata per quello che è, semplice modalità di essere nel proprio rapporto con gli altri e con il mondo, dandole il giusto peso, non certamente sottovalutandola, ma neanche sopravvalutandola come se si trattasse di una vera e propria gabbia: non dimentichiamo che l'uomo viene sempre prima della cultura e non viceversa: “*in fondo siamo fatti tutti della stessa pasta umana*” (M. Mazzetti) e solo ciò che non è umano può definirsi straniero.

Se la medicina in Italia saprà riflettere sul senso della multi-etnicità al suo interno e capirà la grande opportunità che le viene offerta, sarà in grado di dare risposte efficaci non solo al paziente eteroculturale ma anche a quello isoculturale, perché avrà recuperato il senso di se stessa.

8 Bisogna subito dire che in prima istanza non bisogna mettere l'accento sulle difficoltà. Nella mia esperienza infatti la salute è sempre stata piuttosto un'occasione di incontro con persone che, con la loro diversità, mi hanno reso presente il mondo obbligandomi/aiutandomi a tener conto del peso delle loro culture, dell'esperienza migratoria che hanno alle spalle, allenandomi a non dare nulla per scontato e a mettermi in discussione anche a livello delle mie conoscenze. (B. Maisano, 2013)

Mario Affronti, medico internista, è responsabile dell'U.O.S. di Medicina delle Migrazioni dell'Az. Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Palermo, è presidente della SIMM e direttore regionale della Pastorale delle migrazioni della CESI.

