



ISSN: 2038-3282

Pubblicato il: Ottobre 2019

©Tutti i diritti riservati. Tutti gli articoli possono essere riprodotti con l'unica condizione di mettere in evidenza che il testo riprodotto è tratto da www.qtimes.it

Registrazione Tribunale di Frosinone N. 564/09 VG

Bioethics, Multiculturalism and olistic care
Bioetica, Multiculturalismo e cura olistica

di Marco Tuono

Università "Ca' Foscari" di Venezia

tuono@unive.it

Abstract

In the present article we outline the role played by cultural beliefs concerning healthcare in multicultural settings: in doing this, we stress the need of an "olistic care", namely the doctor has the duty to establish a dialogue with the patient, being able to understand his specific culturally oriented point of view.

Key words: bioethics, cultural beliefs, doctor-patient relationship, olistic care.

Abstract

Nel presente lavoro si vuole sottolineare la centralità delle credenze culturali per quanto attiene al fenomeno della cura all'interno di contesti a forte orientamento multiculturale. La cura dev'essere,

allora, di carattere olistico: il medico deve porsi quindi in dialogo con il paziente, per comprenderne il punto di vista.

Parole chiave: bioetica, credenze culturali, rapporto medico-paziente, cura olistica.

Il multiculturalismo: un'occasione per la bioetica

Che il variegato fenomeno dell'immigrazione fatichi a svincolarsi dal cono d'ombra della malattia, o che, nella percezione corrente, nell'immaginario di quello che possiamo chiamare l'"uomo della strada", i due termini – immigrazione e malattia - risultino talmente vicini da risultare indistinguibili, non deve destare stupore¹. Questo modo di intendere l'immigrazione – vecchia e nuova – rinvia, neanche tanto velatamente, a tutta una gamma di stereotipi che considerano l'immigrato come intrinsecamente colpevole del ventaglio degli atti che possono essere compiuti contro gli appartenenti alla popolazione autoctona – meno importante è poi il fatto che tali atti possano essere indirizzati contro altri immigrati: questo fatto desta, in genere, un'attenzione e, di conseguenza, una preoccupazione decisamente minore rispetto a quelli indirizzati contro i residenti. A sostanziare queste concezioni è la presenza di un liberalismo di stampo classico, che non ha fatto cioè i conti con la cifra della complessità – cifra che, invece, per noi è il tratto che maggiormente permea le società contemporanee, che possiamo anche definire, a pieno diritto, come società tecnologiche. In altri termini, una lettura che colga solamente quelli che sono gli aspetti che presentano una curvatura di carattere – in ultima istanza – economicistico, non riesce a fare i conti fino in fondo con il tempo presente. Sotto il segno di "tempo presente", intendiamo, per prima cosa, che l'immigrazione è – e lo sarà sempre più – una costante dalla quale non si può prescindere: è bene mettere in luce questo aspetto che, anche se può sembrare banale, va ribadito con forza proprio perché, lo ripetiamo, affidarsi a concezioni superate – dai fatti stessi prime che dalle teorie – significa non essere in grado di affrontare il presente. E, con esso, il futuro. Ma vi è dell'altro. Certamente l'immigrazione è una sfida alla quale occorre saper far fronte sul piano politico, ma essa è altresì una sfida – riteniamo - proprio per il settore della bioetica che andiamo considerando. E, come noto, la bioetica vive di sfide – da esse non può che trarre alimento: ecco che la circostanza dell'immigrazione – e, forse, di una immigrazione sempre crescente -, non può che significare, per questa disciplina, che – ci si passi la metafora - l'abbeverarsi alla fonte dell'eterna giovinezza. Del resto, è noto come la bioetica sia una disciplina giovane, ma questa sua caratteristica non è però, pensiamo, un qualcosa che, semplicemente, le spetti di diritto, vista la sua carta di identità, considerato cioè che essa, come disciplina autonoma – svincolata dall'etica medica e dalla filosofia morale, come dalla teologia – ha da poco compiuto i quarant'anni. Essa, tuttavia, deve fronteggiare delle sfide inedite: il quadro, che essa deve analizzare, risulta complicarsi, in quanto, se ai suoi esordi la bioetica aveva di fronte, sostanzialmente, le grandi concezioni religiose, oggi vi è, infatti, tutta una proliferazione di cui occorre tener conto. Non si tratta, quindi, soltanto della presenza dell'Islam - anche se va esplicitato un fatto. Una presenza che di per sé, anche se non avesse al suo fianco altri attori, risulterebbe, comunque, certamente significativa. Ma, appunto, vi sono altri elementi: e non si tratta solo delle maggiori religioni: via via che la circonferenza si estende, il

1 H. Ismail, J. Wright, P. Rhodes, N. Small, A. Jacoby, *South Asians and epilepsy: exploring health experiences, needs and beliefs of communities in the North of England*, "Seizure: the Journal of British Epilepsy Association", 2005 Oct;14(7):497-503.

quadro dell'indagine si parcellizza, sino a coprire, inevitabilmente, le credenze minori, giungendo ai culti delle singole tribù, ecc.².

Salute, malattia ed immigrazione

Dopo aver messo in luce il bacino di possibilità che il multiculturalismo rappresenta per la bioetica, torniamo sul rapporto tra immigrazione e malattia, per osservarlo più da vicino, e perché esso ha ancora da dirci molto (al di là di queste prime battute introduttive che ci hanno permesso di trarre delle indicazioni sul presente della bioetica e, cosa ancor più importante, sul suo futuro).

Abbiamo detto che la stretta correlazione tra immigrato e malattia fa parte di quell'atteggiamento che rubrica – fermanosi in superficie – gli immigrati sotto la categoria del pericolo. Malattia, dunque, come una tra le forme che quel particolare pericolo rappresentato dalla presenza degli immigrati all'interno di un dato territorio può assumere. Eppure, questa equazione, questa identità tra immigrazione e pericolo presta subito il fianco alla critica. Essa non è, dunque, così solida come crede, o pretende, di essere e questo per via della composizione stessa degli immigrati: la migrazione da uno stato ad un altro non è un'azione istintiva, non è il frutto di una decisione estemporanea ed impulsiva. Si tratta, piuttosto, di una decisione ben ponderata, articolata al suo interno in quanto tenente conto di una lunga serie di variabili. Decisione difficile da prendere, certamente sì. Ma anche decisione difficile da accogliere una volta che si sia stati selezionati con la finalità, appunto, di migrare in un altro paese; rimaniamo ora su questo aspetto, in quanto, ci pare, se agilmente si comprende la difficoltà della decisione verso l'immigrazione – lasciare il paese d'origine, privarsi di affetti consolidati in un significativo arco di tempo, ecc. -, non altrettanto accade con la difficoltà di segno inverso³. E per capire questo punto occorre ancora rifarsi all'insieme di variabili che interessano il processo migratorio: proprio perché esso è un qualcosa di tutt'altro che semplice, proprio per i costi – sia in termini economici che, non lo si dimentichi mai, umani (da intendersi nel senso che in giogo vi è la vita stessa delle persone che intraprendono questo processo, ma anche nel senso del carico di speranze ed aspettative - di chi parte e di chi resta) che esso comporta, non è garantito il suo successo. Ecco che il portare a termine quel preciso obiettivo che corrisponde all'immigrazione si radica in una condizione preliminare: che a costituire cioè la fetta maggiore (perché le eccezioni certamente non mancano a tale regola) del corpo migrante siano quegli individui in possesso della salute. Per spiegarci meglio: abbiamo già fatto riferimento alla selezione che, all'interno del volume dei potenziali migranti, finisce con lo scegliere quegli individui che, effettivamente, tenteranno l'impresa. Essi sono compresi, all'incirca, nella fascia che va dai venti ai quarant'anni, ed essi, appunto, non devono manifestare, nel paese di provenienza, delle patologie. È degno di nota che allestire una operazione di questo tipo significa, in altri termini, pesare bene costi e benefici, significa tenere sempre a mente che l'operazione può non realizzarsi – diciamo questo anche per evidenziare la componente di autentica sofferenza che accompagna il fenomeno migratorio: sofferenza di chi parte, ovviamente, ma, allo stesso tempo, sofferenza di chi resta ed aspetta delle notizie che potrebbero non arrivare mai. Un altro rilievo ci sembra d'obbligo, e va a completare quanto appena affermato: molto spesso non si tratta di semplici notizie, l'immigrato mantiene con la famiglia di provenienza un legame che sarà inscindibile – una

2 F. Tuoldo, *L'etica della responsabilità alla prova del multiculturalismo*, in Id. *Bioetica ed etica della responsabilità. Dai fondamenti teorici alle applicazioni pratiche*, Cittadella, Assisi 2009, pp. 93-109.

3 P. Basso, *P. Basso Imigração na Europa, Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*, II., Boitempo, Sao Paulo 2013, pp. 28-41

delle ragioni che spingono, che premono per l'immigrazione, è proprio il poter aiutare i propri cari. Ecco perché abbiamo sostenuto che è difficile rifiutare, una volta scelti, di andare in un altro paese – pur consapevoli dei rischi che tale operazione comporta.

Una volta caduta la pregiudiziale dell'immigrato come potenziale veicolo di malattie, non resta che da considerare se non sia, invece, proprio quel paese raggiunto con tanto sacrificio a far ammalare il nuovo arrivato. E la risposta va proprio in questa direzione: il senso comune, in questo caso, dice una verità – a patto però che lo si rovesci nel suo opposto, che gli si faccia dire altro rispetto al suo significato letterale. Costruito per affermare la pericolosità intrinseca dello straniero, il parallelismo tracciato tra immigrazione e malattia si rovescia nel suo opposto – sconfessando le premesse dalle quali esso parte – finendo ora con il sottolineare il pericolo al quale proprio lo straniero è esposto. È il paese d'ingresso a far ammalare gli immigrati: e questo ci dice molto in merito alla popolazione autoctona e ci parla al tempo stesso della capacità che essa dimostra di accogliere l'altro. Vi sono, infatti, delle patologie che sono caratterizzate da una loro specificità – e per specificità è qui da intendersi proprio la circostanza che esse possono attecchire con una incidenza decisamente maggiore nel nuovo territorio. E questo in quanto esse sono la precipua *risposta* che nell'immigrato si genera di fronte alla situazione inedita.

Fingendosi, ma soltanto per un attimo, di credere al dualismo mente-corpo, possiamo vedere come questo le problematiche che l'immigrato incontra nel momento dell'inserimento all'interno del paese ospitante corrono in una duplice direzione: da un lato, è certamente la componente fisica ad essere interessata: il corpo dell'immigrato è sottoposto ad un logoramento molto grande a causa dei lavori che si trova a dover svolgere – e che sono, in svariati casi, dissimili rispetto a quelli del paese di provenienza. Inoltre, quanto gli deriva dal lavoro (o dai lavori, poiché, per provvedere al suo sostentamento, la persona immigrata è spesso costretta a svolgere più lavori contemporaneamente) è in genere insufficiente per il soddisfacimento delle elementari esigenze di vita – su tutte, ovviamente, spicca la carenza di cibo o, comunque, una nutrizione non adeguata. Quanto all'alloggio, al reperimento di una casa, o anche soltanto di una stanza, le cose non vanno diversamente.

Non meno coinvolta è però la componente mentale che si trova a farsi carico dell'elaborazione di risposte – nel breve periodo - alla situazione inedita. Finiscono così con il manifestarsi delle patologie che, al di fuori della duplice dinamica immigrazione-inserimento non avrebbero motivo di manifestarsi: l'incidenza di alcune patologie in chi parte risulta essere decisamente minore rispetto a chi, invece, resta nel paese d'origine.

Il rapporto medico-paziente: la pluralità degli approcci medici

Dopo aver messo in luce le criticità che accompagnano la vita degli immigrati, a partire dal profondo cambiamento del quale sono gli attori e – al tempo stesso - le vittime, andiamo ora ad indagare quel fattore che dovrebbe, almeno teoricamente, riequilibrare il lato oggettivo proprio della migrazione verso una maggiore libertà. Vi sono, infatti, delle figure professionali alle quali spetta il compito di rimuovere gli ostacoli connessi con l'inserimento nel paese ospitante – prendiamo in esame, in queste pagine, la figura del medico. Metteremo in evidenza, in particolare, la dimensione linguistica sottesa al rapporto medico-paziente immigrato: e dicendo “dimensione linguistica”, chiamando in causa il linguaggio, non ci si vuole riferire tanto ai problemi che ineriscono la comunicazione tra persone che parlano lingue differenti. Questa problematica è tutt'al più il livello liminare che interessa la comunicazione tra paziente immigrato e medico curante; vedremo, infatti,

che il riferimento al linguaggio verrà a guadagnare ben altra profondità, che esso troverà una trattazione filosofica. Ma procediamo con ordine.

Il rapporto tra medico e paziente immigrato si caratterizza come il confronto tra due realtà che possono essere molto diverse, decisamente distanti: molto grande può essere, infatti, la distanza che, almeno inizialmente, separa le due persone.⁴ Affermare che, in fondo, si tratta addirittura di due mondi diversi ci pare eccessivo; eppure, delle differenze – e significative – vi sono. Sempre per rimanere sugli argomenti principali della nostra indagine, notiamo come il medico ed il paziente immigrato raramente condividono la medesima concezione della salute – e, quindi, della malattia⁵. Gli equivoci non sono però terminati: lo stesso corpo, infatti, può essere oggetto di opposte interpretazioni⁶. Ecco che il linguaggio non è qui semplicemente inteso come veicolo neutro di esperienze che il paziente deve comunicare al medico: si pensi all'individuazione delle cause di una data malattia⁷. Ebbene, qui i fattori chiamati in causa possono decisamente essere i più svariati, andando da colpe ataviche sovraindividuali ad offese recate, inconsapevolmente, all'indirizzo di una divinità. Ecco, occorre, quindi, che tra medico e paziente si instauri un rapporto di collaborazione tale da permettere che le parole impiegate perdano la loro intrinseca opacità per giungere ad esprimere effettivamente quanto il paziente avverte. A complicare, inoltre, la dinamica medico-paziente, vi sono dei fattori tra i quali dobbiamo ricordare il fatto che è il paziente stesso a non prestare la dovuta attenzione verso la malattia che lo investe. E ancora, la condizione di indigenza – anche grave⁸ – nella quale versano moltissimi immigrati, porta loro a poter destinare una fetta decisamente molto esigua del proprio reddito (quando vi è un reddito) verso la cura. Va precisata poi la mobilità che caratterizza i comportamenti dei migranti all'interno del nuovo paese: l'immigrato, infatti, si muove frequentemente all'interno del territorio ospitante – e questo fenomeno è motivato sia dalla ricerca di lavoro che dal raggiungere dei connazionali, o, più in generale, degli amici, al fine di dare aiuto o riceverne. Ma questa mobilità, se da un lato può agevolare l'immigrato, dall'altro gli si può ritorcere contro: il rapporto medico-paziente trova, infatti, un ostacolo negli spostamenti che l'immigrato compie. Essi non permettono una conoscenza autentica tra medico e paziente – cosa, del resto, già difficile per i residenti stabili: continui spostamenti implicano che l'immigrato abbia a che fare sempre con dei nuovi operatori sanitari – con il rischio magari di perdere quel medico con il quale egli si trovava bene, con il quale si era instaurata una certa sintonia, per relazionarsi con uno con cui proprio non riesce ad abbozzare un dialogo. Il rischio maggiore è, dunque, quello della conoscenza superficiale tra i due attori; rischio che può far diventare il rapporto medico-paziente immigrato nient'altro che un semplice atto

4 Percorso, questo, non certamente lineare: si veda, infatti, a riguardo A. Burgess, "Health challenges for refugees and immigrants", *Refugee Reports*, 2004, 25(2), pp.1-3, lavoro nel quale è preso in esame un doppio ordine di difficoltà: da un lato, quelle del personale medico nel fare una diagnosi corretta del paziente immigrato; dall'altro, la non facile relazione (anche in termini di fiducia) che detto paziente manifesta verso i servizi sanitari del paese ospitante.

5 Cfr. G. Tangwa, *Art and African sociocultural practices: worldview, belief and the value systems with particular reference to francophone Africa*, in P.J. Rowe; P.D. Griffin et. al. *WHO report on current practices and controversies in assisted reproduction*.

6 J.J. McGrath, *Variations in the Incidence of Schizophrenia: Data versus Dogma*, "Schizophrenia Bulletin", 2006, vol. 32, no. 1, pp. 195-197.

7 A. Fadiman, *The spirit catches you and you fall down. A Hmong child, her American doctors, and the collision of two cultures* (1997), Farrad, Straus and Giroux 1998.

8 In merito alla difficoltà di accesso ai servizi sanitari dovuta a povertà, si veda: L.R. Chavez, "Undocumented immigrants and their use of medical services in Orange Country, California", *Social Science & Medicine*, 2012, 74, pp. 887-893.

formale (sul modello del presentarsi ad uno sportello di un ente pubblico). La burocratizzazione della cura passa anche da qui, dall'impossibilità – per una pluralità di fattori - di tenere viva la possibilità di uno scambio realmente fecondo tra medico e paziente. Ricordiamo – ma lo vedremo nel dettaglio tra breve – che dove non vi è scambio, non vi è reciprocità, attecchisce il paternalismo medico.

Per “scambio” intendiamo anche che il medico non deve porsi come colui che, nel pieno possesso della verità, non ha ulteriori compiti al di fuori del dover comunicare al malato il proprio pensiero. A cui, specularmente, corrisponde il compito-dovere del paziente di recepire le direttive del medico. Ecco che, affinché uno scambio reale vi sia, occorre che il medico sia in grado di muoversi all'interno di un “pluralismo medico”. Egli deve disporre di diversi modelli, sia di carattere medico che terapeutico, come anche dev'essere in possesso di un ventaglio di concezioni della coppia salute-malattia, per poter relazionarsi con il paziente⁹. Si badi: il medico non deve fare ciò soltanto – come abbiamo già richiamato nel presente lavoro - per “gentile concessione”, egli non deve agire come se fosse un monarca illuminato, pronto ad elargire – bontà sua – delle concessioni ai sudditi, che, in questo caso, altri non sono che i pazienti. No, l'atteggiamento che spinge il medico verso l'integrazione delle sue competenze non è determinato dal semplice buonismo: la questione riguarda qui la sostanza, non è un atto formare, un qualcosa che si ferma alla superficie. Per scavare in profondità, per riuscire a cogliere le dinamiche che riguardano la salute del paziente immigrato il medico *deve* poter padroneggiare questo registro della pluralità e delle concezioni mediche, ma anche concernente le stesse definizioni in gioco – ci riferiamo, anzitutto, alla diade salute-malattia. Non vi è, quindi, un approccio che possa definirsi egemone; le aperture verso altre concezioni della medicina non sono, altresì, degli atti estemporanei, non sono delle deviazioni – dalle quali occorre svincolarsi presto - lungo il percorso che il medico ha in mente per il paziente. Esse sono, piuttosto, la sostanza stessa dell'approccio che il medico deve avere nei confronti del paziente. Proviamo a dire così: l'apporto precipuo del multiculturalismo nel campo della medicina è da riscontrarsi proprio in questa proliferazione delle concezioni della medicina. Una medicina plurale,¹⁰ quindi, che rimane unitaria perché guidata dall'intento (comune alle culture più distanti) di curare il paziente, ma che affronta a viso aperto la sfida del confronto con l'altro e con quanto egli pensa in merito alla condizione che lo attraversa¹¹.

L'altro ha qui il volto della sofferenza, di una sofferenza vissuta sulle proprie carni e che viene espressa in modalità che – sempre se non si intende ricadere in una forma di paternalismo – il medico dev'essere in grado di accogliere. In questa direzione, si muove, a nostro avviso, una *concezione olistica della cura* – concezione che oggi è la richiesta che il multiculturalismo presenta alla bioetica¹². Questa concezione olistica che andiamo proponendo ha così la fisionomia del sapersi adattare alle situazioni inedite che l'immigrazione determina, ma in questo sapersi adattare il medico non ha un ruolo meramente passivo. Al contrario, egli deve attivamente proporre

⁹ W. Patel, R. Araya, S. Chatterjee, *Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries*, *Lancet* 2007; 370: 991–1005.

¹⁰ Cfr. . Nathan, *La nouvelle interprétation des rêves* (2011), tr. it. *Una nuova interpretazione dei sogni*, Cortina, Milano 2011.

¹¹ G. Nicolas, A.M. De Silva, *Using a Multicultural Lens to Understand Illness Among Haitians Living in America*, “Professional Psychology: Research and Practice”, 2006, Vol. 37, No. 6, 702-707.

¹² M. De Vibe; E. Bell *et al.*, *Ethics and holistic healthcare practice*, “Pediatrics Faculty Publications”, in rete: http://uknowledge.uky.edu/pediatrics_facpub/138.; W.W. KUNG, *The Illness, Stigma, Culture, or Immigration? Burdens on Chinese American Caregivers of Patients with Schizophrenia*, “Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services”, 84(4), 547-557.

uno spettro di modelli medici – tra il quali il paziente dev’essere messo nella condizione di scegliere – che hanno nell’ibridazione il tratto distintivo. Vediamo meglio: il medico può adoperarsi per articolare una soluzione che tenga conto tanto di elementi appartenenti alla medicina occidentale (alla biomedicina) che a quelli della cultura dalla quale il paziente proviene¹³. L’altra strada, quella cioè della “simultaneità” – che in fondo è un corollario di quella ora descritta -, tiene conto del diritto del paziente di mantenere le proprie convinzioni di partenza, la propria visione di che cosa significhino salute e malattia, come anche di che cosa sia la cura. Non permettere al paziente di seguire i propri convincimenti, e adoperarsi con la finalità di contrastarli, in quanto li si ritiene un retaggio atavico dal quale egli deve affrancarsi, significa una cosa soltanto: allontanare il paziente. Significa che quanto credevamo di esserci lasciati alle spalle (il paternalismo medico) si è ripresentato in una forma inedita, la quale, oltretutto, assume una coloritura decisamente razzista. Ecco che dietro al rifiuto delle visioni altre della medicina – altre rispetto a quella occidentale – si cela, neanche tanto velatamente, il fantasma della superiorità di una cultura sulle altre. Dopo che le teorizzazioni della superiorità di una razza sulle altre hanno perso definitivamente ogni possibilità di riferirsi alla biologia,¹⁴ di trovare cioè in questa un alleato, una prospettiva razzista si presenta ora attraverso il veicolo del sapere – e di quello medico in particolare. In quest’ottica, i pazienti stranieri vengono sostanzialmente trattati come dei bambini, non essendo ritenuti capaci di prendersi cura di se stessi – e, quindi, al medico non rimane che guidarli verso quello che è quel bene che ignorano. Il paternalismo medico è così la cifra di questo approccio alla cura.

Il primo gesto della riflessione che proponiamo, la concezione olistica della quale siamo interpreti, non propone – come suo primo gesto – la rinuncia alle convinzioni di partenza. La nostra proposta non va nella direzione della sottrazione, dell’impoverimento, quanto piuttosto in quella opposta dell’arricchimento, dell’ibridazione. Non si tratta di modificare le credenze, i convincimenti, che gli immigrati esprimono, ma si tratta di domandarsi che cosa esse hanno da dire a chi voglia intraprendere un percorso terapeutico degno del nome. La dimensione è qui quella orizzontale; data una pluralità di modi di intendere le grandezze oggetto di indagine (salute, malattia, ecc.) e di soluzioni mediche, non ci sentiamo di “preferire” a tavolino una concezione a scapito della altre. Con altre parole, all’immigrato che entra in contatto con una prestazione di carattere sanitario non viene - implicitamente o dichiaratamente - chiesta la rinuncia al proprio modo di pensare. Egli non si trova nella condizione di dover abbandonare quei modelli interpretativi che porta con sé dalla terra d’origine, ma deve trovare di fronte a sé una pluralità, un ventaglio, di modelli – che occorre considerare come perfettamente paritari, collocandoli, quindi, tutti sullo stesso piano. La scelta non è, daccapo, la scelta di un modello: il percorso terapeutico può snodarsi tra di essi, non proseguendo in linea retta ma combinando approcci differenti. Si tratta di far giungere ad una fusione il modello biomedico e le medicine non convenzionali,¹⁵ il tutto tenendo sempre ben presenti le convinzioni culturali dei pazienti – occorre tenere a mente che il paternalismo medico può, infatti, essere sempre dietro l’angolo.

¹³ È questa la conclusione di F. Tuoldo, *L’etica della responsabilità alla prova del multiculturalismo*, cit.

¹⁴ Su tutti si veda: L.L. Cavalli-Sforza; P. Menozzi, *et. al.*, *Storia e geografia dei geni umani* (1994), Adelphi, Milano 2000.

¹⁵ P.J. Rhodes, N. Small, H. Ismail, J.P. Wright, *The use of biomedicine, complementary and alternative medicine, and ethnomedicine for the treatment of epilepsy among people of South Asian origin in the UK*, “BMC Complement Altern Med.”, 2008, Mar 20; 8:7.

Portare al linguaggio

È frequente che gli immigrati manchino di precisione nel descrivere la propria condizione clinica. Spesso, anzi, la loro comunicazione con il medico è all'insegna della vaghezza – cosa questa che certamente disturba un medico che non sia entrato nell'ottica globale di cura. Il compito che il medico ha davanti è, secondo noi, quello di non fermarsi di fronte alla sua iniziale incomprendimento delle indicazioni del paziente, e neppure egli deve rubricarla come il segno di una inevitabile condizione di inferiorità dell'immigrato rispetto ai pazienti residenti stabilmente nel territorio. E, ancora, non vi si devono neppure leggere delle giustificazioni per gli ultimi colpi di coda del paternalismo medico.

È un compito ermeneutico quello che ci sentiamo di affidare al medico; di fronte all'indicazione di un dolore non ben precisato, ma privo, al tempo stesso, di un riscontro somatico, individuabile, si apre, appunto, dinnanzi al medico lo scenario dell'interpretazione.

Quelle parole con le quali l'immigrato non è nella condizione di delimitare con precisione il proprio disturbo, non sono, a ben vedere, altro che il canale attraverso il quale egli può esprimere il rapporto particolare che ha instaurato con il nuovo ambiente e, in senso lato, la sua relazione con il mondo. Relazione che, dunque, si realizza sotto il segno di una oppressione fisica. Ecco che il piano fisico viene a parlare di un qualcosa di ben più ampio: non ci si lasci trarre in inganno dall'imprecisione delle parole utilizzate: un certo grado di approssimazione è, infatti, inevitabile in quanto il disturbo di cui l'immigrato soffre non ha (o non ha soltanto) un'origine organica e, di conseguenza, mal si presta ad essere circoscritto. Inoltre, le metafore somatiche portano alla luce quanto non trova una diretta espressione in termini strettamente linguistici. E poi non dimentichiamo che interpretazione e sintomi fanno tutt'uno, senso che i sintomi non ci presentano sotto il segno dell'oggettività – la quale si sarebbe perfettamente misurabile -, ma nascondono anche quel particolare rapporto che la persona instaura con gli altri e con l'ambiente che la circonda. Occorre comprendere che già i sintomi sono coinvolti nel processo interpretativo: come è stato affermato che non vi sono dei fatti, ma solamente delle interpretazioni (Nietzsche), così oggi dobbiamo dire che non vi sono sintomi, ma vi sono interpretazioni. Il sintomo non ha nella misurazione la propria cifra, e questo perché esso dice sempre qualcosa d'altro, qualcosa che supera di continuo l'aspetto organico per andare a delineare la relazione che la persona instaura, in definitiva, con il mondo. Ed in questo la parola “sintomo” ne richiama un'altra: il “simbolo”. Così Jung:

Ciò che noi chiamiamo simbolo è un termine, un nome, o anche una rappresentazione che può essere familiare nella vita di tutti i giorni e che tuttavia possiede connotati specifici oltre al suo significato ovvio e convenzionale. Esso implica qualcosa di vago, di sconosciuto o di inaccessibile per noi. Per esempio, molti monumenti cretesi sono contraddistinti dal disegno della doppia ascia. Si tratta di un oggetto che ci è familiare ma di cui non conosciamo le implicazioni simboliche¹⁶.

E ancora:

Perciò una parola o un'immagine è simbolica quando implica qualcosa che sta al di là del suo significato ovvio e immediato. Essa possiede un aspetto più ampio, « inconscio », che non è mai definito con precisione o compiutamente spiegato. Né si può sperare di definirlo o spiegarlo. Quando la mente esplora il simbolo, essa viene portata a contatto con idee che stanno al di là delle capacità razionali¹⁷.

¹⁶ C.G. Jung, *Introduzione all'inconscio*, in Carl Gustav Jung (a cura di), *Man and his Symbols*, Aldus Books Limited, London 1967, tr. it. di Roberto Tettucci, *L'uomo e i suoi simboli*, TEA, Milano 2000, pp. 3-87, p. 5.

¹⁷ *Ivi*.

Si dirà, per muovere un'obiezione al nostro ragionamento, che né il paziente né il medico hanno le carte in regola per affrontare un'operazione di tale tipo, si dirà, ancora, che nessuno dei due può fare la sua parte all'interno della relazione medico-paziente. Non la può fare il medico, in quanto troppo legato a quello sguardo che gli permette di tradurre ogni sintomo nella griglia del meramente calcolabile: il medico, infatti, è alla ricerca costante di elementi che gli consentano di organizzare una diagnosi coerente – e nel far questo egli non può che appoggiarsi sui dati obiettivi. Ma neppure il paziente è in grado di fornire il proprio apporto nella relazione medico paziente - e forse questo è l'aspetto più sorprendente: che per un medico sia facile il trincerarsi dietro le lenti dell'obiettività, non desta stupore. Meno agevole è però comprendere in che cosa vadano riscontrate le carenze del paziente, di che cosa egli risulti mancante nella comunicazione con il medico. La risposta è semplice: è la stessa comunicazione con il medico ad essere vissuta dal paziente immigrato come un che di superfluo. Anzi, è proprio la richiesta che il medico avanza al paziente in merito ai suoi disturbi a gettare, dal punto di vista del paziente-immigrato, una luce negativa sull'operato del medico. Al medico non resta che adoperarsi per infrangere queste barriere e deve farlo tentando dei percorsi sperimentali che si basino sul coinvolgimento pieno dei pazienti: essi devono sentirsi protagonisti del percorso di cura, non devono avere l'impressione di essere dei meri destinatari di direttive prese al di sopra della concretezza delle loro vite – e delle loro sofferenze.

Conclusioni

Quali possibilità rimangono, quali tentativi sono ancora da compiere se vogliamo superare gli ostacoli che intervengono nella relazione medico-paziente? Da parte nostra, vi è un solo modo per instaurare un rapporto autentico: occorre considerare che la relazione tra medico e paziente, se correttamente intesa, conduce all'arricchimento reciproco delle parti. Soffermiamoci su questo snodo fondamentale che, se può sembrare nient'altro che una affermazione di maniera, ma che, a ben vedere, nasconde al suo interno una ricchezza che va evidenziata.

Ora, quanto il paziente riceve dal medico risulta immediatamente comprensibile, il paziente, infatti, entra in relazione con il medico in vista della salute. Non altrettanto chiaro è, invece, in che cosa consista l'arricchimento che il paziente porta al medico, in che cosa il medico risulti modificato dal paziente. Il paziente è per il medico – tra le altre cose - l'occasione di guardare dentro se stesso, di analizzare i propri pensieri, le proprie teorizzazioni sulla salute, sulla malattia, come anche esso rappresenta l'occasione per riflettere sulla propria visione del mondo: ha inizio qui quel percorso che conduce alla concezione olistica che proponiamo. La presenza di stranieri – con le loro concezioni della salute e della malattia - è la condizione per avere, oggi, una cura globale. Questa poi deve articolarsi in un modello plurale, capace di organizzare ed armonizzare al suo interno le convinzioni diverse, e che sia aperta a comprendere la carica di verità contenuta nelle posizioni marcatamente distanti. Ma tutto parte dall'arricchimento che l'immigrazione offre: arricchimento che è (anche) di carattere epistemologico; sono, infatti, discipline quali la bioetica e la filosofia della medicina ad essere stimulate dall'entrare in contatto da parte di universi culturali.

Riferimenti bibliografici:

- Ismail H., Wright J., *et al.*, *South Asians and epilepsy: exploring health experiences, needs and beliefs of communities in the North of England*, "Seizure: the Journal of British Epilepsy Association", 2005 Oct;14(7):497-503.
- Turolfo F., *L'etica della responsabilità alla prova del multiculturalismo*, in Id. *Bioetica ed etica della responsabilità. Dai fondamenti teorici alle applicazioni pratiche*, Cittadella, Assisi 2009, pp. 93-109.
- Basso P., *Imigração na Europa, Riqueza e miséria do trabalho no Brasil, II*, Boitempo, Sao Paulo 2013, pp. 28-41.
- Burgess A., "Health challenges for refugees and immigrants", *Refugee Reports*, 2004, 25(2), pp.1-3.
- Tangwa G., *Art and African sociocultural practices: worldview, belief and the value systems with particular reference to francophone Africa*, in P.J. Rowe; P.D. Griffin *et al.* *WHO report on current practices and controversies in assisted reproduction*.
- McGrath J.J., *Variations in the Incidence of Schizophrenia: Data versus Dogma*, "Schizophrenia Bulletin", 2006, vol. 32, no. 1, pp. 195-197.
- Fadiman A., *The spirit catches you and you fall down. A Hmong child, her American doctors, and the collision of two cultures* (1997), Farrad, Straus and Giroux 1998.
- Chavez L.R., "Undocumented immigrants and their use of medical services in Orange County, California", *Social Science & Medicine*, 2012, 74, pp. 887-893.
- Patel W., Aaya R., Chatterjee S., *Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries*, *Lancet* 2007; 370: 991–1005.
- Nathan T., *La nouvelle interprétation des rêves* (2011), tr. it. *Una nuova interpretazione dei sogni*, Cortina, Milano 2011.
- Nicolas G., De Silva A.M., *Using a Multicultural Lens to Understand Illness Among Haitians Living in America*, "Professional Psychology: Research and Practice", 2006, Vol. 37, No. 6, 702-707.
- De Vibe M.; Bell E. *et al.*, *Ethics and holistic healthcare practice*, "Pediatrics Faculty Publications", in rete: http://uknowledge.uky.edu/pediatrics_facpub/138.; W.W. KUNG, *The Illness, Stigma, Culture, or Immigration? Burdens on Chinese American Caregivers of Patients with Schizophrenia*, "Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services", 84(4), 547-557.
- Cavalli-Sforza L.L.; Menozzi P., *et al.*, *Storia e geografia dei geni umani* (1994), Adelphi, Milano 2000.
- Rhodes P.J., Small N., *et al.*, *The use of biomedicine, complementary and alternative medicine, and ethnomedicine for the treatment of epilepsy among people of South Asian origin in the UK*, "BMC Complement Altern Med.", 2008, Mar 20; 8:7.
- Jung C.J., *Introduzione all'inconscio*, in Carl Gustav Jung (a cura di), *Man and his Symbols*, Aldus Books Limited, London 1967, tr. it. di Roberto Tettucci, *L'uomo e i suoi simboli*, TEA, Milano 2000.