

LA GLOBALIZZAZIONE E LE NUOVE PATOLOGIE

IMMIGRATI: OLTRE IL PREGIUDIZIO ... PER UNA REALE TUTELA

Maurizio Benato

L'immigrazione costituisce un fenomeno sociale che va acquisendo una configurazione sempre più rilevante, permanente e strutturale, caratterizzando anche la realtà italiana di questi ultimi anni, nell'ambito del complesso fenomeno di spostamento migratorio dai Paesi in via di sviluppo all'Occidente, dal Sud al Nord e dall'Est all'Ovest. Al di là delle motivazioni che hanno spinto singoli e gruppi, più o meno numerosi e coesi, a emigrare dal loro Paese, si tratta indubbiamente di un vistoso fenomeno storico che merita una attenta considerazione.

La convivenza di una pluralità di etnie in uno stesso territorio solleva innumerevoli problemi che investono svariati campi, dalla sociologia alla psicologia, dall'antropologia culturale all'etnologia, dalla demografia all'economia, dalla morale alla religione, dal diritto alla politica.

La professione medica è chiamata in causa per diversi aspetti : quello bioetico, quello professionale –conoscitivo- relazionale, quello formativo e della qualità dell'assistenza .

Piano bioetico:

Nel confronto tra culture diverse, nella necessità di individuare soluzioni comuni, concrete e convergenti, di fronte alla molteplicità culturale che sta divenendo una realtà sempre più affermata, la bioetica assume un significato sempre crescente; essa infatti si occupa dei problemi morali e giuridici emergenti nell'ambito delle scienze biologiche e mediche, e' interessata ai problemi di rilevanza sociale suscitati dall'immigrazione in un contesto politico-sanitario che ha l'obbligo di occuparsi dei criteri di distribuzione delle risorse disponibili, anche in termini preventivi, in un contesto terapeutico ed assistenziale.

La bioetica si pone, tra gli altri, il problema se gli immigrati abbiano diritto alle cure e all'assistenza sanitaria pubblica (in che misura e a che titolo), se debbano essere

sottoposti a screening diagnostici o trattamenti sanitari obbligatori e quali debbano essere i principi e i valori che guidano l'attività degli operatori sanitari nei confronti di individui che hanno radici culturali eterogenee.

Fra questi particolare rilievo assume il

Diritto all'assistenza.

Il principio generale bioetico è individuabile nella tutela della salute. La salute va riconosciuta come valore primario e diritto universale: è il bene inalienabile affermato da dichiarazioni, convenzioni, patti e documenti internazionali, e dalla stessa Costituzione italiana.

L'accesso all'assistenza pubblica di base deve essere garantita a tutti, italiani e stranieri. Si tratta di un diritto individuale e al contempo collettivo: bisogna tutelare la salute di ogni individuo, indipendentemente dall'appartenenza culturale anche al fine stesso di garantire la salute della comunità nel suo complesso. Il diritto alla tutela della salute diviene anche un dovere di tutela, nella misura in cui ogni individuo vive in un contesto di relazioni con altri individui.

E' proprio nell'applicazione di questo principio che si possono prevedere le indagini diagnostiche in relazione alla possibile diffusione di determinate patologie, le vaccinazioni per prevenirne l'insorgenza, e sempre a tal fine si predispongono adeguate strutture assistenziali. Rimane fermo e chiaro il principio per noi medici che ogni trattamento sanitario, preventivo, diagnostico e terapeutico, se non previsto per legge, presuppone comunque l'acquisizione del consenso informato. Il principio della tutela della salute protegge giuridicamente anche gli immigrati in condizioni di urgenza.

A supporto ed integrazione di tale principio ed a fronte dell'esclusione dal diritto all'assistenza sanitaria pubblica degli immigrati clandestini e irregolari, si fa poi riferimento alla deontologia medica professionale nella misura in cui si impone giustificando il dovere di assistere anche chi non è regolarmente inserito nel registro sanitario nazionale, per le sue condizioni di fragilità, di vulnerabilità e di bisogno.

Pertanto il riferimento alla tutela della salute, fisica e mentale, va integrato con il principio terapeutico, che impone l'obbligo di curare colui che si trova in condizioni di malattia indipendentemente dall'appartenenza culturale, e con il principio di solidarietà e di sussidiarietà, che prescrive di assistere anche il più debole e bisognoso.

Nel **Manifesto di Padova** approvato nel 2007 dal Consiglio Nazionale si afferma per quanto riguarda il

“Diritto alle cure”

Ogni soggetto malato è portatore del diritto alla cura.

La salute dell'individuo costituisce una finalità globale per la quale operare.

Ogni soggetto malato dovrà ricevere risposta ai bisogni di salute all'interno di una pianificata strategia di intervento sanitario e sociale atta a contrastare le disuguaglianze e le diversità, attivando tutti gli ausili necessari a superare ogni barriera culturale e sociale.

(Codice di Deontologia Medica, FNOMCeO 2006: artt. 3, 4, 6, 13, 15, 42)

Piano professionale –conoscitivo- relazionale

Nel confronto con gli immigrati si evidenziano immediatamente alcune differenze sia sul piano etico-filosofico-culturale che sul piano dei comportamenti inerenti a usi, costumi e tradizioni che mettono alla prova la consistenza dei principi di uguaglianza e di diversità. Le culture d'origine rivestono una considerevole importanza nel guidare e condizionare le condotte individuali e collettive, al pari delle religioni, delle richieste cure, della disponibilità a determinate terapie.

Dinanzi a tali esigenze, i medici sono spesso in difficoltà nell'applicazione dei principi che guidano la prassi sanitaria nel mondo occidentale, ossia i principi di beneficenza, autonomia, giustizia, privacy. Il medico, nel rapporto con il paziente, non può prescindere dalla propria visione del mondo né dalla propria scala di valori, non solo nella scelta ma anche nella informazione circa le alternative terapeutiche possibili. Egli infatti si avvale di conoscenze che gli derivano dall'appartenere ad una determinata cultura e dal suo sapere pratico inserito in una determinata società. Anche in condizioni di comunanza di orizzonti culturali questo accostamento può dar luogo a conflitti perché le scelte sono condizionate da molteplici fattori, quando non addirittura dettate da opzioni culturali piuttosto che scientifiche.

Ogni individuo proveniente da paesi stranieri porta infatti con sé cultura, tradizioni, e a volte religioni che gli impongono uno stile di vita diverso dal nostro.

Basti pensare che un manovale di religione musulmana deve osservare 40 giorni ogni anno di digiuno fino al tramonto; che l'ebreo considera il sabato giorno di riposo ma lavora la domenica; che una donna islamica può aver scelto di non mostrare il volto per non trasgredire a ciò che le impone la religione.

I problemi si fanno ancora più difficili nelle questioni bioetiche: basta pensare allo statuto dell'embrione nelle religioni monoteiste.

Nella morale cattolica l'embrione è persona fin dal suo concepimento; nella dottrina ebraica l'essere vivente consegue capacità giuridica al momento della nascita. Pertanto c'è una diversa tolleranza nel giudizio di liceità delle diverse metodiche di approccio al problema. Nella medicina islamica l'embrione acquisisce una personalità dopo 120 giorni dal concepimento e si considera lecito l'aborto, così come le pratiche contraccettive, sempre che non alterino la futura fertilità.

La pratica delle mutilazioni genitali femminili è antichissima, ne parla anche Erodoto riferendosi a interventi genitali tra le popolazioni egizie, ittite e fenice.

Nel Corano non si fa menzione di tali pratiche, ma la dottrina islamica considera raccomandabile la forma più lieve, la "sunnah" il cui termine tradotto significa "seguendo la tradizione del profeta".

Mutilazioni sessuali vengono anche praticate su donne cristiane copte e sono diffuse anche tra donne falasha di religione ebraica.

Per noi medici occidentali risulta obbligatorio basarci sulla logica comparativa della medicina allopatrica occidentale (facciamo riferimento all'effetto placebo, alla rilevanza statistica dei risultati, ai presupposti scientifici ed epistemologici della medicina). Di fatto non prendiamo in considerazione fenomeni che si muovono su un altro piano e si presentano come non riconducibili alla nostra catalogazione, per esempio quando si parla di medicine non convenzionali.

Ci sono poi situazioni pratiche abbastanza frequenti nell'ospedale italiano.

I familiari dei defunti di sesso maschile e di religione musulmana si oppongono a che la salma venga lavata e vestita da personale femminile, considerato un atto lesivo della dignità del congiunto che compromette la salvezza eterna.

Numerose pazienti di fede musulmana si oppongono ad essere visitate e curate da personale sanitario maschile acconsentendo in alcuni casi solo se viene loro concessa la presenza di un familiare o di un'altra donna in funzione di testimone. Alcune donne per lo più musulmane e cinesi rifiutano di partorire mediante parto cesareo.

La percezione della salute, della malattia, della corporeità e della morte, ma anche della relazione con il personale sanitario, sono prettamente culturali.

Tutto ciò comporta un rischio reale sia per il canone che per lo statuto della nostra professione, e per la nostra organizzazione sanitaria.

Altro aspetto che ritengo importante è che la cultura giuridica della civiltà occidentale sostiene che le garanzie di tutela dell'individuo prevalgono su quelle del gruppo.

Noi occidentali siamo portatori di una istanza di uguaglianza in una visione universalistica, ci muoviamo su un piano riferibile ad un'etica universale. Abbiamo interiorizzato da tempo l'idea di cittadinanza universale, riconosciamo uguale valore morale ad ogni individuo al di là delle peculiarità e delle appartenenze di gruppo. Il nostro

ordinamento prevede l'applicazione delle leggi, in qualche modo cieche alle differenze individuali del gruppo.

Nel mondo, tuttavia, il 70% di tutte le culture sono collettivistiche, nel senso che i diritti del gruppo prevalgono sui diritti dell'individuo, per cui le decisioni sono per lo più assunte dal gruppo, sia esso famiglia, comunità o società.

L'UNESCO, nella sua dichiarazione su "**Identità, diversità e pluralismo**", definisce le diversità culturali patrimonio comune dell'umanità e ritiene il pluralismo culturale indissociabile dalla democrazia, considerando la difesa della diversità culturale un imperativo etico inseparabile dal rispetto per la dignità umana.

Come si può ben capire, le difficoltà che il medico incontra sono estremamente gravose. E la pretesa di neutralità, sostenuta dalla nostra cultura civile e giuridica, di fronte alla differenza, finisce con l'annullare le differenze medesime.

Cito: *"Di conseguenza la presunta società equa e cieca alle differenze non solo è disumana perché sopprime l'identità ma è a sua volta in modo sottile inconscio fortemente discriminatoria"* (Taylor, C. 1993).

Pertanto non si tratta solo di avere massimo dell'essere umano, indipendentemente dall'appartenenza culturale o etnica, principio assodato dell'uguaglianza di ogni uomo in quanto uomo, sancita dalla dichiarazione dei diritti umani ma dobbiamo noi medici riconoscere che il principio di uguaglianza va integrato con il principio di differenza, ossia del rispetto della specificità di ogni cultura.

L'identità della cultura di appartenenza è un valore che va conosciuto e compreso.

Nel **Manifesto di Padova** abbiamo affermato: *Dovere del medico è il riconoscimento della diversità delle specificità culturali di ciascun paziente adattando ogni singolo intervento sanitario agli specifici bisogni, culturalmente connotati privilegiando il dialogo per conciliare libertà comune e appartenenza specifica; tutto ciò con la finalità di garantire uguaglianza dei diritti a chi è differente*

Il rispetto dell'identità e della differenza culturale va compreso proprio sulla base del principio di uguaglianza, che lo fonda e lo sostiene.

Tuttavia proprio questa affermazione è alla radice di molti ragionamenti ambigui sul tema della società multietnica. Ci sono due tendenze politiche nella nostra società e noi medici ne siamo uno spaccato, tendenze che appaiono assai diverse diverse:

-la prima, che va sotto il nome di **assimilazione** secondo cui chi entra in un paese deve a poco a poco identificarsi con i suoi abitanti, accettarne le regole, perdere la propria identità attraverso la graduale acquisizione dei diritti di cittadinanza, civili, sociali, politici

- la seconda, quale **reazione alla politica dell'assimilazione**, che spinge con sempre maggior forza ad una concezione "separatista" della società multietnica, con una richiesta forte del rispetto delle differenze, e che dovrebbe consentire all'individuo di un gruppo etnico diverso da quello maggioritario la conservazione più ampia possibile di ciò che lo fa diverso con i propri costumi, la propria lingua, la propria concezione etica, e quindi con il diritto di avere proprie scuole, propri ospedali, ecc.

Oggi il contrasto fra queste due posizioni estreme è più vivo che mai: ma proprio per la loro netta differenziazione è legittimo chiedersi se non siano entrambe sbagliate.

Noi medici riteniamo che l'integrazione dei due principi (uguaglianza e differenza) vada operata abbandonando le due posizioni estremiste e abbracciando la via del riconoscimento di valori comuni, di cui il primo è la dignità di ogni individuo umano ed il secondo è l'appartenenza ad uno stato, e più in generale ad una comunità politica, democratica e laica.

Dal manifesto di Padova :il medico si deve adoperare nel facilitare un percorso assistenziale che abbia il necessario supporto sociale e nel promuovere, per il ruolo svolto nella società, azioni mirate volte all'adattamento e allo sviluppo della qualità dei servizi onde garantire che il livello di assistenza sanitaria sia adeguato alle esigenze specifiche dei migranti.

Piano formativo e della qualità dell'assistenza .

Per dare concretezza ai principi sopra indicati è importante la formazione del personale sanitario e dei servizi sociali, che includa la conoscenza linguistica e medica delle patologie principali dei paesi di origine, dell'impatto ambientale e delle pratiche attuabili nel contesto giuridico vigente, oltre che quelle delle stesse concezioni della vita e della morte, della salute e della malattia.

Riteniamo importante per coloro , medici in prima fila, che si dedicano alla promozione dell'integrazione e dell'accoglienza, sia pur temporanea, di un gruppo etnico immigrato in una società e quindi in una cultura ospite, la conoscenza dei valori, delle credenze e del rapporto con la fede, proprio degli immigrati rispetto alla popolazione ospitante.

Si tratta di promuovere una coscienza bioetica orientata alla comprensione di culture diverse, preparando il personale sanitario ad una cultura dell'accoglienza e della solidarietà nella prospettiva di una medicina transculturale e nella osservanza della deontologia e della legge. Anche in questo ambito può essere importante il ruolo dei c.d. "mediatori culturali".

Bisogna allora attivare una formazione il cui obiettivo sia comprendere che l'essere stranieri o immigrati non indica estraneità da emarginare, ma piuttosto alterità le cui ragioni vanno comprese, e non solo accettate come mero dato di fatto immodificabile.

La comprensione di tali ragioni consentirebbe di entrare in una relazione dinamica meta-culturale in cui il reciproco arricchimento e questo vale ancora di più per la professione medica , oltre che costituire un modello all'interno della stessa comunità ospitante, finirebbe con l'accelerare quel processo di graduale, convinta assimilazione che, lungi dall'essere una manifestazione colonialista, costituisce l'unica speranza per una reale e pacifica convivenza.

Dal manifesto di Padova: il medico deve prestare massima attenzione nell'affrontare le patologie di importazione e nell'attuare le iniziative atte a contrastare l'acquisizione di quelle presenti nel paese ospitante.

La formazione del medico deve essere improntata al superamento delle concezioni dogmatiche e riduttive in medicina.

Il medico in formazione deve acquisire nozioni di ordine psicologico, antropologico, etnologico e le conoscenze relative alle concezioni di vita e della morte, della salute e della malattia che gli permettono di inquadrare il paziente.

La formazione professionale permanente deve porre particolare attenzione allo sviluppo di conoscenze, competenze e comportamenti che adeguino le capacità del medico di interpretare ed affrontare situazioni cliniche diverse collocandole nel loro contesto esistenziale e sociale.

ALLEGATO :

Dalla tribuna Ordine dei Medici-Chirurghi di Padova - Aprile 2007

Sanità e immigrati

di *Maurizio Benato*

Si! Non è più tempo di “Ospedali per malattie tropicali”, non è più tempo di una “medicina apposita”, ma sicuramente c’è la necessità di un approccio calibrato che permetta di curare i nuovi italiani senza costruire ghetti di isolamento.

In effetti non v’è bisogno, se non rarissimamente, di specialità mediche introvabili in Italia: la domanda di salute di oggi non è diversa da quella di un tempo ma restano attuali e forti importanti problemi che ostacolano l’offerta di salute alla popolazione, soprattutto per gli immigrati.

Ci sono senz’altro problemi di accoglienza per i gruppi che arrivano privi di ogni cosa e senza prospettive organizzate di lavoro e di vita; un problema che la politica dovrebbe risolvere. Ci sono problemi di comunicazione tra lingue, culture, tradizioni molto diverse da quelle italiane e alla fine i noti problemi di risorse e meccanismi di cooperazione economica.

Gli ultimi venti anni hanno visto, con orientamenti diversi espressi da governi differenti, una crescita dell’offerta e dell’accesso ai servizi sanitari della popolazione immigrata; oggi un immigrato sia pure clandestino, può ricevere un set di servizi essenziali dal servizio pubblico che, integrato all’ampia rete dei servizi sanitari erogati dal volontariato, rispondono ad alcune delle esigenze primarie di salute di questa popolazione. Che cosa manca allora?

- 1) Manca un approccio culturale all’immigrato che lo consideri una risorsa, non un guaio per il Paese.
- 2) Manca spesso umanizzazione nel rapporto servizi-immigrati.
- 3) È insufficiente la mediazione culturale tra servizi sanitari pubblici e popolazioni immigrate.
- 4) È insufficiente la comunicazione: in moltissimi casi l’immigrato nemmeno conosce i suoi diritti alla salute.
- 5) Sul territorio italiano mancano meccanismi di omogenea contribuzione alla spesa sociale: gli immigrati regolarizzati pagano i contributi sanitari, ma non è raro che non ne usufruiscano; tanti poi dopo anni di lavoro nel nostro Paese pagando i contributi, perdono completamente i vantaggi quando rientrano permanentemente nel loro Paese di origine.
- 6) Manca la prevenzione: buona parte della consistente attività di prevenzione che il nostro Sistema Salute offre, non raggiunge le donne e gli uomini immigrati, vuoi per ostacoli di mediazione etnica con lingue e culture, vuoi per sfiducia dei nostri operatori verso il successo di azioni preventive verso gli immigrati.

Che cosa vogliamo allora noi medici?

Non vogliamo certo spostare l’alta prevalenza di malattie croniche dalla popolazione nata in Italia a quella da noi arrivata!

Non vogliamo di certo uno scenario ove la prevenzione che ha successo sulla colta borghesia poi fallisce tra i meno abbienti e gli immigrati, orientamenti che, di fatto, vanificherebbero ogni successo nel nostro Paese.

Sul mero piano economico sarebbe un fallimento astioso: dovremmo risparmiare sugli italiani per pagare per gli “stranieri”? Una prospettiva politicamente inaccettabile e che enfatizzerebbe la visione degli immigrati come un problema e niente più.

Allora sono necessari praticabili programmi di prevenzione che possano raggiungere i gruppi più difficili da raggiungere (gli “hard to reach groups”), perché sono proprio quelli che esprimono maggiori fattori di rischio e quindi maggiori esigenze di prevenzione.

Un nuovo impegno per noi medici che dovrebbe arruolare i nuovi italiani in iniziative Integrate di prevenzione, di vaccinazione senza dimenticare l’obiettivo strategico di influenzarne i comportamenti con l’obiettivo di “Guadagnare in Salute”.

Insomma una strategia di offerta attiva dei servizi e di messaggi preventivi calibrati. Alla base di tutto, non solo quale auspicio, deve esserci la nostra fattiva collaborazione nel favorire la convivenza civile termine che preferisco a quello di integrazione (le differenze sono un valore).

E a proposito di convivenza vorrei condividere con voi una acuta riflessione di Charles Taylor, studioso del multiculturalismo, sul valore del riconoscimento.

“Una persona, un gruppo, può subire un danno reale, una reale distorsione, se le persone o la comunità che lo circondano gli rimandano, come in uno specchio, un’immagine di sé che lo limita e lo sminuisce o immiserisce. Il non riconoscimento o misconoscimento può danneggiare, può essere una forma di oppressione che imprigiona una persona in un modo di vivere falso, distorto, impoverito. Un riconoscimento adeguato non è solo una cortesia che dobbiamo ai nostri simili ma un bisogno umano fondamentale”.