

Etica, bioetica e deontologia a confronto con il multiculturalismo

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.

In questo scenario occorre interrogarsi sul metodo da adottare per affrontare questioni assai delicate che coinvolgono la medicina nel suo canone (le conoscenze) e nel suo statuto (i fini) e la sanità (i contesti operativi) in cui la medicina si organizza. Tra le due si percepisce spesso un divario di qualità e da qui nasce talora anche la delegittimazione e la perdita di credibilità dei medici.

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

Bioetica e multiculturalismo: considerazioni generali

La bioetica è una forma di filosofia pratica e di riflessione sulle norme di condotta dove c'è disaccordo morale e occorre esercitare il giudizio. Nel confronto tra diverse culture, emerge la necessità di individuare soluzioni comuni, concrete e convergenti e la bioetica assume un significato sempre più profondo. Essa infatti deve farsi carico non solo dei problemi morali e giuridici connessi all'esercizio delle scienze mediche e biologiche, ma anche dei problemi di rilevanza sociale legati all'ingresso di immigrati in un contesto politico-sanitario-assistenziale che ha l'obbligo di occuparsi, anche in termini preventivi, dei criteri di distribuzione delle risorse disponibili.

Spetta ancora alla bioetica stabilire 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 persone che hanno radici culturali eterogenee.

Per capire gli altri occorre prima capire se stessi.

Il pensiero occidentale: cultura civica, etica e scienza a confronto con il Multiculturalismo

Nell'applicare il criterio della tolleranza che è l'ossatura della nostra cultura civica lontana eredità della rivoluzione francese, ci si dimentica spesso che nei giudizi attribuiti al comportamento si opera a partire da una cultura e da uno specifico bagaglio di valori che entrano in totale collisione con lo stesso principio di tolleranza.

D'altra parte non è possibile nemmeno un relativismo etico fino all'espressione di una neutralità etica verso la diversità culturale, soprattutto in presenza di pratiche mediche come l'infibulazione che lede i principi della persona, la poligamia che lede il principio della parità uomo- donna. Per queste pratiche non ci può essere alcuna giustificazione come non è più giustificabile il codice

d'onore o l'omicidio per causa d'onore o il duello che nel nostro passato ordinamento giuridico avevano una propria specificità.

La cultura prodotta dalla tecno-scienza pur presentandosi come una cultura globalizzata perchè sostenuta da uno scambio di informazioni tra civiltà che non ha precedenti nella storia umana, non produce quello che era stato il presagio di Martin Heidegger ovvero il distacco dell'uomo dai propri valori con la perdita di riferimenti normativi e valutativi (HEIMATLÖSIGKEIT).

Ne' la scienza ne' la tecnologia possono essere immuni dall'etica. Il sogno del positivismo per cui scienza ed etica percorrono strade diverse, contrariamente al pensiero greco e cristiano condensato dal tardo latino *ens e bonum conventuntur*, si è infranto, per cui oggi la scienza rinuncia alla sua autoreferenzialità e assistiamo ad un avvicinamento tra le due culture.

La globalizzazione non fornisce valori di riferimento comuni anche se crea omogeneità nei costumi. Non vi è una prospettiva etica universalistica con l'adesione a precetti di ordine morale comune. È un concetto che oggi è privo di senso in una società desacralizzata e presente nella nostra cultura da quando si è affermato il pensiero laico, propugnatore dell'individualità dell'adesione morale in opposizione al pensiero religioso, sostenitore invece di una morale collettiva. Un processo che ora si completa con l'incontro di altre culture fatte di appartenenze e particolarismi che confermano il superamento del concetto di morale comune. E se la morale viene confinata nell'individualità e l'etica non coincide, come invece sosteneva Hegel, con il diritto, dobbiamo riconoscere che esistono diverse risposte per le stesse domande.

Aspetti pratici nella pratica medica.

La via d'uscita è un confronto sulla base di una condivisione delle regole comuni sulla concezione del bene in cui le differenze non si annullano mentre la soggettività, nella sua diversità, viene riconosciuta. La medicina occidentale non è esente da questi processi, da quando l'antropologia medica ha dimostrato l'inutilizzabilità dei suoi modelli. Non dobbiamo dimenticare che la medicina descrive la malattia secondo tratti specifici della cultura dell'epoca, di fatto si presenta come una costruzione storico sociale, e pertanto l'atteggiamento del medico occidentale non può essere quello di chi ha raggiunto la verità oggettiva della conoscenza verso chi è depositario di credenze che sembrano irrazionali.

Il pensiero occidentale: identità diversità e pluralismo

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.

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 rispetto 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, inteso come rispetto della specificità di ogni cultura.

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

Tuttavia proprio tale 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:

- 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.

Aspetti pratici nella pratica medica

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.*

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

Diritto alla tutela della salute e multiculturalità

Il principio che si invoca nel sua fruizione è il principio generale bioetico individuabile nella tutela della salute, dove la salute va riconosciuta come valore primario e diritto universale e bene inalienabile affermato da dichiarazioni, convenzioni, patti e documenti internazionali e dalla stessa Costituzione italiana (art. 32).

L'accesso all'assistenza pubblica di base deve essere quindi garantito a tutti i cittadini, siano essi italiani o stranieri, quale diritto individuale e al tempo stesso collettivo: tutelare la salute di ogni individuo, indipendentemente dalla provenienza, significa infatti garantire la salute della comunità nel suo complesso.

Ecco quindi che il diritto di ogni cittadino alla salute, diviene un dovere di tutela a carico delle istituzioni preposte, nella misura in cui ogni individuo vive in un contesto di relazioni con altri individui.

È nell'applicazione di tale principio che possono essere promosse indagini diagnostiche in relazione alla possibile diffusione di determinate patologie, avviate vaccinazioni per prevenirne l'insorgenza e predisporre adeguate strutture assistenziali. Rimane fermo per noi medici il principio che ogni trattamento sanitario, preventivo, diagnostico e terapeutico, se non previsto per legge, presuppone comunque l'acquisizione del consenso informato. *Il diritto alla tutela della salute sancito dalla nostra Costituzione protegge giuridicamente gli immigrati in condizioni di urgenza.*

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

Aspetti pratici nella pratica medica

Pertanto il concetto di tutela della salute, sia essa fisica che mentale, va integrato con il principio di solidarietà e di sussidiarietà che prescrive di assistere anche il più debole e bisognoso indipendentemente dall'appartenenza culturale.

Altro aspetto importante da sottolineare e non derogabile è quello relativo alla cultura giuridica della civiltà occidentale la quale sostiene che le garanzie di tutela dell'individuo prevalgono su quelle del gruppo.

Il pensiero medico bioetico e la multiculturalità

Esaminiamo ora i principi del nostro agire medico alla luce del multiculturalismo.

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 di cure, della disponibilità a determinate terapie.

Dinanzi a tali esigenze i medici si trovano non di rado in difficoltà nell'applicare i principi che guidano la prassi sanitaria nel mondo occidentale, il principio di beneficenza, l'autonomia, la giustizia, la privacy, frutto di conoscenze che derivano dall'appartenenza ad una determinata cultura e dal sapere pratico tipico della società in cui vive. Appare difficile per il medico prescindere dalla propria visione del mondo, dalla propria scala di valori, una visione che orienta anche il suo operare nella scelta e nella informazione al paziente di fronte ad alternative terapeutiche possibili.

Il valore fondamentale attorno a cui si è costruita l'etica medica è stato, fino in epoca recente, quello di fare il bene del paziente (**beneficenza**).

Negli ultimi decenni, la domanda che caratterizza questo principio e che il medico è sempre costretto a porsi è: quale trattamento rispetta il malato nei suoi valori e nella libertà delle sue scelte? Se in una società monoetnica questo è già difficile, ancora più difficile appare l'opera del medico quando la sua consulenza si interfaccia con modi di porsi, credenze, abitudini sociali che differenziano la condizione dell'immigrato da quella del cittadino integrato nella nostra comunità.

Non mettiamo più in discussione da tempo il principio di autonomia: sia del medico che del paziente.

All'autonomia del medico si contrappone quella del paziente, quale persona che si rivolge ad un professionista, non solo per chiedere un aiuto o un parere tecnicamente ineccepibile, ma per avvalersi del suo sapere, delle sue competenze per giungere ad una scelta che non sia più di dipendenza.

In diverse culture viene negata una autonomia decisionale del paziente.

Nel mondo 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.

Penso al buddismo per il quale non si configura un obbligo morale a preservare la vita ad ogni costo; al contrario un prolungamento artificiale è considerato contrario alla natura e quindi condannato. Mentre l'assenso deve risultare come decisione della comunità che è in relazione con il paziente, superando il diritto alla propria autodeterminazione.

Molti pazienti rifiutano di esprimere personalmente il proprio consenso o dissenso all'atto medico in quanto i concetti di autonomia e di autodeterminazione previsti dalla nostra deontologia medica non appartengono al proprio modello culturale.

Non è così raro che, soprattutto le pazienti di sesso femminile, deleghino al marito o ad altro parente di sesso maschile le decisioni sulla propria salute. In alcuni contesti culturali, soprattutto africani, è l'intero gruppo familiare o la tribù di appartenenza che prende decisioni sul singolo.

Il principio della giustizia, che afferma il dovere di offrire a ciascuno ciò che gli spetta secondo equità, nel confronto con la multiculturalità entra in crisi, proprio per il rispetto della diversità che difficilmente può coesistere con l'uguaglianza delle cure (basti pensare al problema delle risorse). Quindi paradossalmente la garanzia di accesso alle cure non assicura una certezza del risultato di uguaglianza della salute, perché non tutti i nuovi cittadini necessitano delle medesime cure e perché una uguaglianza di cure presupporrebbe una definizione di salute univoca e certa.

Aspetti pratici

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 e 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 professionale - conoscitivo – relazionale e multiculturalismo

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 il lavoratore di religione musulmana osserva 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 scegliere di non mostrare il volto per non trasgredire a ciò che le impone la religione.

I problemi aumentano quando si tratta di affrontare questioni bioetiche: basti 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 dobbiamo confrontarci con terapie non convenzionali*.

Esistono poi situazioni pratiche abbastanza frequenti nell'ospedale italiano. I familiari dei defunti di sesso maschile e di religione mussulmana 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 quindi prettamente culturali e ciò ha un inevitabile riflesso sui canoni sullo statuto della nostra professione e sulla stessa organizzazione sanitaria.

Piano formativo, qualità dell'assistenza e multiculturalismo

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.

Altrettanto è importante per coloro, medici in primo luogo, 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, propri degli immigrati rispetto alla popolazione ospitante.

Si tratta, di fatto, 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".

Occorre allora attivare una formazione il cui obiettivo sia comprendere che l'essere stranieri o immigrati non indica estraneità da emarginare, ma piuttosto partecipazione, dove le ragioni degli altri 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, 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.

Per quanto riguarda il problema della cura, penso che nell'organizzazione sanitaria si debba tener conto principalmente di una cosa, che quello che noi consideriamo ovvio non rappresenta un valore assoluto, perché esigenze di efficienza con i conseguenti automatismi burocratici (D.R.G., E.B.N.), allontanano spesso il servizio erogato da quelli che sono i reali bisogni delle persone, già presente in una società monoetnica.

Possiamo immaginare le conseguenze verso coloro che sono portatori di affezioni diverse o particolari.

Beneficità, imparzialità, giustizia, come abbiamo visto, sono valori non più sufficienti da un punto di vista comportamentale.

Le reazioni che spesso notiamo tra i colleghi di fronte alle tematiche poste dal fenomeno della multiculturalità non sono diverse da quelle presenti nella società nel suo complesso.

Si va da una ostilità dichiarata ad una accoglienza incondizionata.

Entrambi i comportamenti vanno evitati perché di fatto sono di ostacolo ad un buon risultato dell'assistenza. Dobbiamo evitare le forme della contrapposizione fra relativismo e antirelativismo sul piano etico ed epistemologico. Dobbiamo in sintesi evitare l'indifferentismo morale.

In questo contesto la medicina acquisisce l'arte di un sapere narrativo. E questo dovrebbe costituire la chiave per una strategia curativa nel senso più ampio del termine. Dove la medicina si presenta come sintesi felice di scienza, pensiero esistenziale ed etica.

Una relazione medica orientata verso la modalità del "to care", cioè di un trattamento centrato non sulla malattia ma sulla complessità olistica dell'individuo; un trattamento che non deve essere finalizzato al solo processo di guarigione, ma deve prevedere protezione, sollecitudine e l'attivazione di dinamiche interpersonali: una responsabilità rivolta alla persona e non al singolo evento malattia.

Si tratta di impegni aggiuntivi per il medico, che si trova a dover implementare i principi etici classici di beneficenza e di giustizia con la ragionevolezza e la solidarietà intesa quale dovere di considerare il nuovo paziente nella sua complessità fatta di relazioni, credenze, costumi, usi e rituali religiosi propri.

Solidarietà significa anzitutto preoccupazione per il bene dell'altro, solidarietà significa comunicazione tra individui e riconoscimento a tutti di pari diritti.

Non si tratta di promuovere una rinuncia ai propri principi ma rendere concreta una possibile mediazione tra l'applicazione dei nostri principi e il rispetto delle differenze specifiche di natura, di cultura e di status.

Sempre 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 pertanto 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 permettano una corretta valutazione del paziente.

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

Maurizio Benato