

Stereotipi culturali e medicina moderna. Nuovi orizzonti di significato?

di Stefano Aiolfi

*“Non tentare di capirli.
E non pensare che tentino di capire te...
Loro sono una razza diversa!”*
J. Fenimore Cooper, *L'ultimo dei Mohicani*

20

La globalizzazione sta portando al ribaltamento di consolidati stereotipi culturali. Se nel passato, l'emigrante portava con sé cultura e tradizioni d'origine, ben consapevole di doverle quanto prima cedere per ottenere la massima integrazione nel nuovo gruppo sociale, dall'ultimo decennio del XX secolo le cose sono molto cambiate. Prima di tutto perché le regioni del mondo che hanno subito in modo più pressante l'immigrazione non sono riuscite, loro malgrado, per la grande massa di popoli in movimento, ad impedire una “rapida” commistione di culture e abitudini. Poi perché l'integrazione non può più essere considerata governabile in senso unidirezionale, ma si è trasformata in un processo continuo di interscambio dinamico tra gli autoctoni ed i nuovi arrivati. Se il background culturale generale dell'italiano medio non è assimilabile a quello del tedesco medio, del rumeno, albanese, cinese, indiano, nigeriano, magrebino medio..., ancora più spiccata è la diversità in un ambito così privato come quello della salute.

In questo contesto, qual è il ruolo della medicina moderna e del medico delle società multietniche tra le quali si annovera ormai anche l'Italia? Pensiamo, per esempio, a come la lunga tradizione della medicina popolare cinese, che fonda le sue pratiche su una diversa concezione dell'anatomia umana, dell'eziologia delle malattie o della sintomatologia con cui si manifestano, abbia plasmato in quel popolo, un diverso approccio dietetico, prodotto una diversa politica di intervento sui vettori e

veicoli di malattia, determinato una diversità dei quadri di morbosità e mortalità. Si pensi anche al diverso orientamento di chi è venuto a stare da noi, nei confronti della morte, del dolore, della sofferenza, ai ruoli sociali diversi in base al sesso, maschile o femminile, sulla base del genere, alle diversità riscontrabili nelle pratiche sessuali e riproduttive. Oppure, a come i singoli popoli, per loro cultura, si avvicinano al medico, all'infermiere, ai servizi di pronto soccorso, ecc.

È sulla base della conoscenza delle loro modalità culturali che dobbiamo verificare la nostra sfacciata convinzione che sicuramente i membri di queste culture seguiranno i nostri consigli diagnostici e terapeutici solo perché siamo stati noi, con il nostro apparato liturgico, a fornirglieli. L'aderenza o la non aderenza ad un trattamento può, infatti, dipendere anche da quanto un determinato regime terapeutico sia integrato nelle abitudini culturali e negli usi sociali del popolo al quale appartiene il paziente e che spesso non sono compresi appieno da chi è estraneo a questa cultura.

Interculturalità del medico...

Da tempo immemorabile il medico porta con sé la propria, anzi le proprie culture e l'incontro medico-paziente ha sempre rappresentato un esercizio interculturale, anche quando medico e paziente sono nati e cresciuti nella stessa via, hanno condiviso la stessa scuola elementare, gli stessi campi da gioco, ecc. Per questo, noi medici

dovremmo essere allenati a rispondere alle richieste “extraculturali” formulate dai nostri pazienti, qualunque sia la loro origine e senza pregiudizi e non dovremmo mai dare per scontato il comportamento, i valori o le preferenze di ogni singolo membro di un’etnia, che pensiamo di conoscere nel suo complesso, perché sarebbe come se gli altri pretendessero da ciascuno di noi, come professionisti, un comportamento uniforme, per il semplice fatto che apparteniamo al “popolo dei medici”.

Per dimostrare la nostra apertura, dobbiamo per forza esercitare una competenza culturale, che nella sua espressione più genuina richiede umiltà e curiosità associate alla volontà e alla flessibilità necessarie per comprendere e per rispondere a ciò che il paziente considera come suoi elementi fondanti per agire un efficace comportamento sanitario.

Se condividiamo il principio che ciascuno di noi è il risultato della cultura che ha respirato sin dall’infanzia e che solo in parte ha modificato durante la sua maturazione personale, il problema è non ritenere, in modo arbitrario, che il pensiero dominante di una cultura sia quello a cui riferirsi sempre, anche quando si affrontano, per esempio, le problematiche del nascere, della sofferenza, del morire.

Pensiamo al problema della comunicazione di una diagnosi o prognosi infausta a breve termine e al modo di affrontarlo nei diversi popoli: nordici, mediterranei, asiatici... Diventa allora fondamentale sapere soprattutto ascoltare con attenzione anche ciò che non è “gridato”, per evitare deleterie dissonanze culturali.

La cultura sanitaria italiana, nella prima parte del 1900, era dominata dal concetto dell’inevitabilità della malattia e della morte (...segni forse di un Dio giusto?), dalla grande riverenza per il medico, vero sacerdote della medicina, accessibile solo quando tutti i rimedi ereditati dai nonni o suggeriti dai guaritori popolari erano stati esperiti senza beneficio. Ora il medico è considerato un esperto pressoché onnipotente e proprio per questo infallibile, in grado di fornire un benessere totale, dal risultato garantito, pena il contenzioso giudiziario.

Eppure, anche nel mondo globalizzato, accanto a questa medicina, dove non si può assolutamente più sbagliare, esistono le medicine alternative, che i pazienti decidono di frequentare senza rinunciare alla medicina scientifica ufficiale. Tener conto del mancato allineamento del paziente alla cultura del medico, come nel caso dei consulti con maghi o guaritori, significa permettere ai pazienti e alle loro famiglie di sentirsi a proprio agio qualora ritenessero di “confessare” tali consulenze, praticate per sedare dubbi e paure ancestrali, per “...non abbandonare del tutto la speranza” e non perché non credono più nel loro medico!

È su questa nuova simmetria di relazione che si basa la centralità del paziente, senza confusione o fraintendimenti. Il consiglio del medico culturalmente esperto è quello che si fonda su elementi psicologici, sociali, comportamentali, familiari o ambientali riferiti al paziente che ci sta di fronte e non solo agli aspetti della sua sfera biologica. Molti clinici ritengono però, che preoccuparsi delle differenze etniche tra pazienti sia solo una perdita di tempo. In fondo, pazienti diversi con stessa patologia meritano la prescrizione della stessa terapia: anzi – dicono – sono proprio i pazienti a pretendere un identico trattamento. In realtà, è dimostrato che ciascuno di noi pretende di ricevere un trattamento “uguale” in senso qualitativo ed intende con ciò esprimere il desiderio di una cura altrettanto efficace, ma in grado di rispettare le proprie convinzioni sulla vita, sulla sofferenza e sulla morte. In quest’ottica, l’uguaglianza gestionale diventa veramente *empowerment* del paziente, a qualunque gruppo etnico esso appartenga. Solo impegnandosi a rispondere a questa richiesta sarà facile per tutti riconoscere le opzioni alternative sulla base delle diversità culturali. La pratica dell’agopuntura,

invece che dell'erboristeria, della medicina cinese e così via, potranno essere allora spontaneamente riferite dal paziente al medico senza sentirsi da questi snobbato. Anzi, sarà un modo per il clinico di penetrare meglio la cultura del contesto sociale del paziente, cultura che comunque questi già condivide, ricevendone rinforzi, con parenti, amici, colleghi di lavoro.

La grande trasformazione demografica che sta avvenendo in Italia e che porta con sé arricchimento e confusione, impone anche alla nostra Medicina una revisione delle sue modalità di approccio culturale, perché solo in questo modo si può governare l'impatto che le diverse nuove culture in arrivo possono esercitare sulla soddisfazione del paziente e sui risultati clinici attesi.

Garantire un sistema di cure che sia culturalmente competente offre molti vantaggi a tutta la società: migliore uso del tempo dedicato ai pazienti; apertura a maggiori e più dettagliate informazioni sanitarie del paziente e del suo gruppo di appartenenza; riduzione dello stress del paziente, ma anche del medico; aumento della fiducia alla base della relazione medico-paziente-famiglia e della soddisfazione dei singoli attori.

Cos'è allora la competenza culturale?

“È l'insieme di comportamenti, attitudini e politiche tra loro congruenti che si esprime in un sistema o tra professionisti, permettendo a costoro di lavorare in modo efficace nelle situazioni interculturali” (Cross 1989; Isaacs & Benjamin 1991) o, per dirla con Baumgarten: “la competenza culturale consiste nel rispetto effettivo delle differenze culturali”.

Nel 1950 nel mondo vivevano 3 miliardi e 500 milioni di persone; oggi siamo 6 miliardi: forse anche questo ha contribuito all'emersione del problema delle differenze culturali. Ora, infatti, esse sono aumentate in modo esponenziale perché infinite sono diventate le possibilità di spostamento e di confronto attraverso contatti diretti o mediatici. Molti di noi ricordano il tempo

in cui i pazienti si recavano dal medico con una sola aspettativa: quella di vedersi risolto il problema della malattia. Quel tempo è definitivamente svanito, perché i pazienti moderni si aspettano da noi di essere trattati come “persona”, reclamano il rispetto delle sfumature proprie delle loro eredità culturali. Questa sensibilità culturale è una delle dimensioni, che al pari delle specialità mediche basate sull'età e sul genere, non può più essere ignorata se la Medicina moderna si vuole liberare definitivamente degli stereotipi culturali per dedicarsi alla “persona” malata, ponendola al centro.

BIBLIOGRAFIA

- Cultural Competence – Marginal or Mainstream Movement? *N Engl J Med*; 2004; 351; 10.
- Cultural Diversity at the End of Life: Issues and Guidelines for Family Physicians. *Am Fam Physician* 2005; 71: 515-22.
- Moving Beyond Cultural Stereotypes in End-of-Life Decision Making. *Am Fam Physician* 2005; 71: 10.
- Differences in breast cancer stage, treatment, and survival by race and ethnicity. *Arch Intern Med* 2003; 163 (1): 49-56.
- Cultural aspects of women's health care. *Patient Care* 1996; 30 (16): 60-76.
- Culture and clinical care: Folk illness beliefs and behaviors and their implications for health care delivery. *JAMA* 1994; 271 (9): 690-694.
- Cross-cultural communication. *JAMA* 1985; 254 (23): 3344-3348.
- Culturally competent health care: meeting the challenges can improve outcomes and enrich patient care. *Postgrad Med* 1998; 103 (2): 13-6.
- Cross-cultural primary care: a patient-based approach. *Ann Intern Med* 1999; 130: 829-34.
- Primary Care Physicians Who Treat Blacks and Whites. *N Engl J Med* 2004; 351: 2126-2127.
- When Doctors Go to War. *N Engl J Med* 2005; 352: 1497-1499.
- Racial Differences in the Treatment of Early-Stage Lung Cancer. *N Engl J Med* 342: 517-519.
- Ethnic Disparities in the Treatment of Stage I Non-Small Cell Lung Cancer. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171: 1158-1163