

Salute e malattia nel dialogo interculturale. Categorie mentali di base

L'attualità di un argomento che coinvolge il futuro stesso del Museo trova il suo fondamento in situazioni di convivenza che già sono in atto e che esigono di essere affrontate con tutta l'urgenza del caso. La presenza di pazienti terzomondiali nelle nostre strutture sanitarie costituisce per il personale medico e per le sue finalità terapeutiche un motivo di conoscenza interculturale indispensabile per avere la collaborazione del malato. I principi della medicina esotica: africana, asiatica e latino-americana possono offrire spunti medico-psicologici di grande rilievo diagnostico e curativo.

Premessa

L'immigrazione, da sempre esistita ma che oggi ha assunto dimensioni globali, rappresenta uno dei fenomeni più complessi del nostro mondo e in particolare richiede in Italia una regolamentazione sulla base di criteri di sicurezza e di ordine pubblico. Infatti, il disordine in questo settore è causa di costi umani spaventosi, genera illegalità e rende difficile l'integrazione, aspetti patologici che non possono tuttavia prescindere dal principio fondamentale del rispetto dovuto alla persona umana e alla sua integrazione culturale¹.

Anche a Crema di fronte ad un incremento costante della popolazione straniera non sono mancati progetti quali il *Laboratorio Didattico Multiculturale* dell'Amministrazione Comunale e la proposta della nostra rivista riguardante l'apertura del museo per una sempre maggiore conoscenza della realtà antropologica di chi arriva nella nostra città e per far conoscere agli immigrati la cultura che li accoglie². In particolare mentre a livello nazionale s'impone la domanda: chi sono e per quali ragioni vengono in Italia? In ambito territoriale non si può evitare la constatazione di come vivono la fatica quotidiana dell'incontro con una piccola comunità così diversa dalla loro e quali problemi si trovano ad affrontare dal punto di vista giuridico, spirituale e sociale.

Così ci sentiamo ogni giorno sollecitati ad approfondire la nostra conoscenza del fenomeno immigratorio mediante un approccio più organico rispetto al generico interesse iniziale come ad esempio riflettendo in questo articolo specificatamente sull'argomento dell'impatto sanitario, cercando di entrare nelle pieghe di una realtà troppo spesso sconosciuta o affrontata sulla base di stereotipi o pregiudizi. Per la realizzazione di un efficace rapporto medico-paziente extracomunitario e per un contributo etnologico allo svolgimento del processo terapeutico ci è sembrato importante descrivere l'impatto dell'uomo con la malattia nelle principali aree umane da cui provengono i nostri immigrati.

Si tratta innanzitutto di approfondire il problema, apparentemente incoerente, del malato extracomunitario che dopo aver chiesto aiuto al medico non ne segue le prescrizioni per rivolgersi ai rimedi tradizionali della sua terra di origine, non solo vanificando il lavoro diagnostico e terapeutico della nostra medicina ma in molti casi danneggiando se stesso in modo grave³.

Si arriva così ad evidenziare da un lato le divergenze tra le culture nella concezione della malattia e della prassi medica e dall'altro la necessità di un'arte della guarigione intesa come uno dei riti del villaggio globale, favorendo l'acquisto

1 G. SALVINI, *Editoriale. Gli immigrati, realtà complessa*, in "La Civiltà Cattolica", 6, VI, 2009, pp. 427-431.

2 M. ZANOTTI, *Da che paese vieni?*, in "Il Nuovo Torrazzo", 14 - III - 09, p. 63.

3 S. GERACI, R. COLASANTI, *Medicina e migrazioni*, in *Quaderni di azione sociale*, Roma, Idea Domani, 1993.

di una interpretazione unitaria del mondo il che costituisce il risultato più alto dell'incivilimento⁴.

Ciò significa che la competenza tecnico-professionale del terapeuta non consiste soltanto nel possedere le conoscenze teoriche o nell'applicarle nell'assistenza al paziente ma anche nel 'saper essere' e cioè nello sviluppo corretto della relazione psicologica reciproca. Bisogna comprendere la necessità di capire da parte del personale ospedaliero, i bisogni che il malato in qualche misura esprime (bisogni fisiologici, di sicurezza, di stima, di affetto...) così da introdurre nella professionalità di queste figure una prospettiva di formazione interculturale che consenta almeno di non vedere nel degente un semplice caso clinico ma un uomo che soffre e che ha bisogno di incontrare una relazione e non solo un servizio⁵.

Trattandosi poi di individui che appartengono a popoli 'altri' l'operatore sanitario può fare riferimento ad una affascinante documentazione sulle pratiche mediche tradizionali di varie parti del mondo dove vengono considerati medicamentosi riti religiosi e magici, vengono esaltati i poteri degli uomini-medicina e viene preso in considerazione il rapporto tra mondo sovrumano e le modalità terapeutiche. Da queste ricerche emergono basilari considerazioni per l'uomo moderno sia medico che interessato all'argomento sul rapporto curativo, sul ruolo dell'individuo protagonista della sua guarigione, sulla profonda interazione tra psiche e corpo, in tutte le forme di terapia tradizionale⁶.

La medicina tradizionale africana

Nei villaggi africani la malattia e i problemi a questa connessi sono concepiti e affrontati in una prospettiva religiosa per cui anche quando si spiega al malato che ha contratto la malaria, l'influsso deleterio del parassita responsabile, egli vorrà sapere perché la zanzara ha colpito proprio lui. Si tratta perciò di individuare le cause recondite di un disordine del quale si constatano gli effetti negativi con il conseguente impegno di eliminarli mediante un preciso intervento alla radice.

Tale eziologia africana si può definire 'multicasuale' in quanto è chiamata ad operare a tre livelli: quello naturale che comprende i fattori di ambiente, di clima e di eredità; quello straordinario che si colloca in relazione a catastrofi naturali eccezionali; quello religioso ritenuto appartenente al mondo sovrumano che in quanto tale richiede un approccio altamente rituale.

Nel primo caso, poiché le cause sono note, per curarsi sarà sufficiente conoscere le erbe comunemente utilizzate per il trattamento delle singole sindromi; nel secondo caso poiché si tratta in genere di conseguenze fatali esse vengono considerate come una sorta di castigo divino; nel terzo caso i fattori mistici della malattia

4 G. TASSELLO, *L'arte della guarigione*, Torino, Bollati Boringhieri, 1992.

5 C. LORETTI, *Quando il medico fa gli onori di casa*, Milano, Terra Nuova, 1987.

6 A. SCARPA, *Pratiche di etnomedicina*, Como, RED, 1998.

vengono ritenuti comprensibili solo attraverso il processo divinatorio da parte di appositi specialisti⁷.

Per molte popolazioni africane gli uomini-medicina rappresentano la fonte più grande di aiuto in quanto dopo essersi sottoposti ad un apprendistato impegnativo, acquisiscono il sapere su materiali di efficacia medicinale come erbe, minerali, polveri, succhi, radici. Essi devono scoprire la causa delle malattie, identificare gli agenti negativi che le hanno provocate, applicare le cure appropriate e fornire i mezzi per prevenire il ripetersi delle affezioni⁸. Oggi, mentre gli ospedali moderni possono occuparsi degli aspetti fisiologici del malato, esiste la possibilità di curare un'altra dimensione della sofferenza che consiste nell'eliminare gli effetti della magia nera, nello scoprire gli operatori di sortilegi, nel rimuovere le maledizioni nocive per l'individuo e per la società. Questi sono i compiti principali dello sciamano la cui caratteristica consiste nella capacità di entrare in contatto con il mondo degli spiriti dai quali riceve informazioni riguardanti la cura delle malattie⁹. Il concetto di salute e di malattia è perciò strettamente collegato all'esistenza di un forte rapporto tra una triplice categoria di ordini: il naturale, il sociale e il sovrumano per cui se per qualsiasi motivo uno dei tre ordini viene sconvolto se ne avvertono immediatamente le conseguenze anche negli altri¹⁰. E si spiega anche il ricorso ai riti religiosi che, ristabilendo un collegamento armonioso tra il mondo invisibile e quello visibile, assicurano il mantenimento stabile del benessere personale.

La medicina tradizionale asiatica

Ci occuperemo in questa sede particolarmente della medicina tradizionale cinese per la sua ampia diffusione tra gli immigrati del nostro territorio, per il suo straordinario sistema teorico e la ricca esperienza clinica che costituisce un patrimonio di fondamentale importanza per tutti i popoli dell'oriente. Tale sistema terapeutico presenta una caratteristica che la rende in qualche modo particolare in quanto i contenuti dei suoi assunti di base sono 'invisibili' nel senso che non possono essere identificati con componenti anatomiche o con elementi fisiologici dell'organismo umano.

In tempi remoti i cinesi ritenevano che le cause delle malattie fossero costituite da uno spirito maligno il quale si insinuava nell'organismo alterandone i ritmi vitali e che il medico doveva combattere perché il dolore che esso provocava era considerato motivo di infelicità e turbamento. In seguito si diffusero gli insegna-

7 P. VOLTAGGIO, *La catena migratoria*, Bologna, Il Mulino, 1992, pp. 103-107.

8 P. CARUSO, *Il pensiero selvaggio*, Milano, Il Saggiatore, 1974, p. 378.

9 A. CASTIGLIONI, *Incantesimo e magia*, Milano, Mondadori, 1946, pp. 144-147.

10 M. LUNGI, *Le espressioni spirituali dei popoli primitivi*, Brescia, Università Cattolica, 1992, pp. 20-26.

menti di Confucio (551 a.C.) accanto a religioni mistiche come il taoismo e il buddhismo che resero la medicina tradizionale cinese ricca di esperienze cliniche, strutturate su un originale sistema teorico, fondamento di un patrimonio terapeutico importante. Gli insegnamenti del confucianesimo in materia di salute rappresentano un codice di comportamento improntato più che alla religione ad un saggio sistema di vita che sta alla base del benessere morale e fisico. Cardine e fine di tale insegnamento sono l'autodisciplina individuale, l'armonia nelle relazioni sociali, la pace universale affermata dalla cortesia e dal rispetto. Su tutto il pensiero domina la conoscenza della norma celeste, considerata come frutto di una Entità Suprema che ha dato origine a tutte le cose e che fa dell'amore il motivo principale dell'agire. All'attivismo virtuoso di Confucio si oppone la scelta contemplativa del Tao che sostiene la metodologia del *wa wei* (non azione) per cui l'uomo in salute deve coltivare le qualità interiori e vivere in armonia con la natura. Purtroppo in forza della sua fragilità congenita egli pone continuamente assurde condizioni alla perfezione universale, tanto che l'arte medica sarebbe nata come una risposta alla progressiva degenerazione che lo ha reso vittima delle malattie. Si tratta di una tesi che affonda le sue radici nel credo dell'antico taoismo per cui la natura umana è nella sua essenza solare ma a livello personale e generazionale questo stato di perfezione si va affievolendo, provocando l'insorgere di una progressiva degenerazione¹¹. Per il medico taoista quindi la malattia deve essere combattuta poiché il dolore ad essa associato sottrae al malato lo stato di imperturbabilità. Perciò diagnosticato il male con l'esame del polso allora può essere avviata l'agopuntura riconosciuta come efficace analgesico¹².

La medicina tradizionale in America Latina

In America Latina esistono pratiche mediche che mostrano alcuni comuni denominatori sia in relazione alle cause della malattia, sia per la diversa competenza dei guaritori, sia nell'applicazione uniforme dei rimedi, tanto che le credenze e le pratiche terapeutiche differiscono da luogo a luogo solo per nome. Un po' ovunque si fa riferimento alla così detta 'teoria umorale' secondo la quale lo stato di buona salute dipende dal perfetto equilibrio di due categorie mentali: *il caldo e il freddo*, condizione che va continuamente restaurata di fronte al logorio della vita¹³. Naturalmente con questi termini non si fa riferimento a due qualità termodinamiche da valutare sotto forma di temperatura fisica ma come effetto di certe proprietà

inerenti a diverse sostanze interne o esterne al corpo come il consumo di cibi e vivande o come conseguenza di attività fisica o per l'influsso di elementi atmosferici. La terapia mira a ristabilire l'equilibrio per mezzo di rimedi dell'uno o dell'altro tipo in particolare di erbe assunte in privato o dietro indicazione dell'erborista indigeno. Inoltre le malattie possono essere causate anche da altre cause come la persecuzione di spiriti cattivi, varie forme di malocchio deliberato o inconsapevole, le punizioni provenienti da divinità vindici di trasgressioni o violazioni di tabù. Situazioni di questo tipo richiedono un'arte medica più specialistica rispetto al semplice uso di applicazioni esterne per cui si pratica ad esempio la divinazione per stabilire la gravità della condizione psico-somatica del paziente oltre a riti e a formule deprecatorie destinate a svolgere funzioni apotropiche. In realtà i metodi diagnostici variano secondo l'origine fisica o spirituale della malattia a partire dai sintomi segnalati dal controllo complesso del polso o dell'analisi dell'urina condotta dal 'curandero' che per le tecniche divinatorie fa ricorso a foglie di coca o a chicchi di mais. Anche i colori e la musica possono rappresentare ingredienti importanti nel processo terapeutico: il primo per il suo significato simbolico e la seconda come sostegno psicologico nel corso degli interventi indaginosi e complessi. Alla base di tutta questa esperienza c'è un sistema di credenze religiose che comprende una triade divina costituita da Tutujanawin, energia che mantiene in vita l'universo, Pachaquanam, luce suprema di amore per l'umanità e la Pachamana, madre terra degli indios portatrice di abbondanza e di benessere.

Conclusione

È evidente che tali premesse teoriche richiedono per un adeguato intervento terapeutico, la partecipazione attiva e diretta dell'ammalato e nel contempo la collaborazione tra sanitari del luogo e mediatori etnici in grado di integrare le loro conoscenze reciproche.

Tre possono essere le strategie principali che emergono dal rapporto diretto del medico occidentale all'interno dell'organizzazione sanitaria con i pazienti emigrati dalle aree etniche che abbiamo sopra descritte dal punto di vista delle loro particolari tradizioni.

a) Comprendere la malattia attraverso i sintomi espressi dal paziente extracomunitario allo scopo di capire come egli considera le cause, il significato e la prognosi della propria esperienza di degente. Ciò può essere fatto sia prestando attenzione al suo comportamento non verbale (gesti, sguardi, atteggiamenti) più che attraverso un semplice colloquio inteso a trasmettere un interesse reale nei suoi confronti. Se si vuole ottenere un risultato positivo alla fine dell'interazione è necessario che il paziente immigrato non percepisca la propria esperienza e concezione della malattia come sbagliata e irrilevante al cospetto della autorità che gli sta di fronte.

b) Nella seconda strategia il medico dovrebbe cercare il modo di migliorare la

11 G. GUARIGLIA, *Esplorazioni umane del sovrumano. Lo sciamanesimo*, in *Il mondo spirituale dei primitivi: l'Essere supremo e il suo culto*, (vol. 2), Milano, ARES, 1967, pp. 139-152.

12 P. CAGNONI, F. PANSIERI, C. BRAMBILLA, *Scienza e cultura in Cina*, Torino, Einaudi, 1993, pp. 124-125.

13 AA. VV., *Il ruolo delle medicine tradizionali nel sistema sanitario a cura O. M. S.*, Como, RED, 1984, pp. 67-68.

comunicazione esponendo al paziente straniero ciò che lui ritiene di aver capito, attraverso la comunicazione ricevuta e le indicazioni emerse dal codice tradizionale di origine. Infine il medico dovrebbe essere cosciente del fatto che anche le proprie componenti culturali e sociali possono costituire delle potenziali barriere nella comunicazione interculturale.

In particolare dovrebbe dare spiegazioni circa le motivazioni che rendono necessarie determinate procedure, attuandole quindi con la preoccupazione di essere capito nel corso di tutto il loro procedimento .

c) La terza strategia ha come scopo di curare la malattia cercando di integrare le visioni culturali dei soggetti partecipanti alla interazione clinica. È evidente che queste attenzioni si potrebbero scontrare con precisi vincoli di tempo, di risorse e di personale propri del nostro sistema sanitario. Tuttavia è auspicabile uno sforzo maggiore da parte dei responsabili dei servizi e degli amministratori delle direzioni ospedaliere perché si giunga ad usufruire del tempo necessario per applicare le nuove competenze interculturali che la società multietnica richiede alla loro professionalità. La tendenza a stereotipare il comportamento e lo stato di emergenza del paziente induce a pensare che in attesa di evoluzioni legislative ad hoc, esista un livello personale di responsabilità che induce i singoli operatori a migliorare con opportune informazioni le proprie capacità di comunicazione culturale.

Bibliografia

SALVINI G., *Editoriale. Gli immigrati, realtà complessa*, in "La Civiltà Cattolica", 6, VI, 2009, pp. 427-431.

ZANOTTI M., *Da che paese vieni?*, in "Il Nuovo Torrazzo", 14 - III - 09, p. 63.

GERACI S., COLASANTI R., *Medicina e migrazioni*, in *Quaderni di azione sociale*, Roma, Idea Domani, 1993.

TASSELLO G., *L'arte della guarigione*, Torino, Bollati Boringhieri, 1992.

LORETTI C., *Quando il medico fa gli onori di casa*, Milano, Terra Nuova, 1987.

SCARPA A., *Pratiche di etnomedicina*, Como, RED, 1998.

VOLTAGGIO P., *La catena migratoria*, Bologna, Il Mulino, 1992, pp. 103-107.

CARUSO P., *Il pensiero selvaggio*, Milano, Il Saggiatore, 1974, p. 378.

CASTIGLIONI A., *Incantesimo e magia*, Milano, Mondadori, 1946, pp. 144-147.

LUNGI M., *Le espressioni spirituali dei popoli primitivi*, Brescia, Università Cattolica, 1992, pp. 20-26.

GUARIGLIA G., *Esplorazioni umane del sovrumano. Lo sciamanesimo*, in *Il mondo spirituale dei primitivi: l'Essere supremo e il suo culto*, (vol. 2), Milano, ARES, 1967, pp. 139-152.

CAGNONI P., PANSIERI F., BRAMBILLA, *Scienza e cultura in Cina*, Torino, Einaudi, 1993, pp. 124-125.

AA. VV., *Il ruolo delle medicine tradizionali nel sistema sanitario a cura O. M. S.*, Como, RED, 1984, pp. 67-68.

TOGNETTI M., *I confini della salute*, Milano, Franco Angeli, 1989, pp. 178-191