

PROGETTO *START 2.0*

Fondo FAMI

Webinar Modulo 6

26 giugno 2020

Culture della salute e della cura.

Migrazioni e mutamento

Lia Lombardi – Fondazione ISMU – Settore Salute e Welfare

Culture della salute e della cura. Migrazioni e mutamento

STUDI SOCIO-ANTROPOLOGICI

- Antropologia medica
- Sociologia della salute e della medicina

Interpretazioni sociali e culturali di salute e malattia

- Dati certi sintomi soggettivi - *Illness*,
- l'individuo deve decodificarli riferendosi al sistema di valori della propria cultura,
- Un sistema di valori riferibile ai *fenomeni del corpo* e ai suoi cambiamenti; alla *malattia* e ai suoi sintomi.
- **Il sintomo non è un dato oggettivo:** ma connesso al contesto sociale in cui si produce
- **Linguaggio:** personale, medico, familiare, di contesto
- **Lingua/e**
- **Influenze culturali:** di provenienza, di approdo, del servizio sanitaria (ospedale, ambulatorio, studio, ass. Volontari)
- **Linguaggio e cultura medica e sanitaria** - decodificare

SCRUBS

<https://www.youtube.com/watch?v=82CqCCXmcHA>

*Lia Lombardi – Fondazione ISMU –
Settore Salute e Welfare*

Interpretazioni sociali e culturali di salute e malattia

- Rispetto alle differenze di genere nell'esperienza del dolore, lo studio qualitativo di Bendelow (1993) che si sofferma sulle strategie di *coping* messe in atto dalle persone di fronte alla malattia.
- Dalla ricerca emerge che secondo gli/le intervistati/e:
 - le donne siano maggiormente in grado di tollerare e/o di far fronte al dolore rispetto agli uomini (*dolore del parto*)
 - I maschi fanno più fatica a sopportare il dolore ma sono scoraggiati a mostrare debolezza e dolore
 - In particolare la ricerca mette in evidenza le differenze sostanziali tra
 - la **natura individualistica delle risposte maschili**, focalizzate sull'azione come elemento chiave dell'identità,
 - e **l'espressività e il radicamento delle relazioni femminili** (Popay, Groves, 2001).

Interpretazioni sociali e culturali di salute e malattia

- I *sintomi* sono interpretati dalle *persone* che li raccontano al medico, nel loro linguaggio, il *medico* a sua volta li *interpreta* e li traduce nel sapere clinico. *Disease*
- Il sapere medico deve perciò sempre *confrontarsi* col senso comune.
- Le differenti reazioni ai sintomi non riguardano solo l'espressione del *lamento*,
- ma anche la diversa attribuzione di senso/importanza/interesse a organi, parti del corpo, sintomi in base alla struttura sociale (strato/classe) e alle rappresentazioni culturali di riferimento
- (es. importanza data al cuore in USA, all'addome in Giappone, ecc.).
- Diversa è anche la **definizione di malattia** in diverse società, ciò che in una non è malattia può esserlo in un'altra.

Rappresentazioni culturali

- Gli antropologi parlano di “**sindromi legate alla cultura**”:
- una delle più studiate è il *susto* che riguarda tutta l’America latina (sintomi di agitazione durante il sonno, di mancanza di forza quando svegli)
- *Sintomo* che mostra la complessità sociale di una malattia a seconda dell’interpretazione
- (*diversa se interpretata da medici occidentali o da guaritori ma è altrettanto diversa se interpretata da un medico italiano o peruviano*). *Sickness*
- Malattie border-line: es. *L’aria*

Interpretazioni sociali e culturali di salute e malattia

- Se i rapporti sociali sono apprezzati, la malattia diventa un ostacolo a stare con gli altri (**malattia distruttrice**).
- All'opposto, può essere un buon motivo per sottrarsi alle richieste sociali indesiderate (**malattia liberatrice**).
- Infine per altre persone che hanno l'esperienza di una malattia grave, questa diventa “**mestiere**”.
- *Casi di persone migranti riferibili a comportamenti di Md, ML, MM*

Interpretazioni sociali e culturali di salute e malattia

- I **saperi**, le **rappresentazioni** e i **discorsi** sulla salute assumono senso se legati alle caratteristiche della vita quotidiana
- (*culture, strutture, bisogni, conoscenze, socializzazioni, risorse di cura, sistemi di welfare, ecc.*).
- *Ammalarsi a Milano – Ammalarsi a Cosenza: realtà e rappresentazione*
- In conclusione, perché le scienze sociali affermano che non vi è una spiegazione, un approccio univoco alla salute e alla malattia?

Interpretazioni sociali e culturali di salute e malattia

- Questa affermazione si basa su alcune caratteristiche fondamentali, come abbiamo visto:
 - a) Ammalarsi non è dappertutto la stessa cosa
 - b) Ciò che si ritiene malattia o salute non è costante nel tempo
 - c) Non tutte le malattie sono simili per ciò che riguarda la loro rappresentazione sociale
 - d) Interpretazioni e atti di malattia e salute si differenziano anche per genere
 - e) Riconoscersi sani o malati è raramente un atto solitario

Approccio al paziente

<http://www.raiscuola.rai.it/articoli/un-ambulatorio-multietnico-immigrazione-e-integrazione/6650/default.aspx>

La malattia, la sofferenza e il corpo dell'immigrato

Abdelmalek Sayad

- Fra l'uomo e il cittadino vi è una cicatrice: lo straniero
- Il cittadino è uomo. Il non cittadino? È straniero, immigrato
- E i diritti? Sono di cittadinanza
- Ecco il pensiero di Stato: *cittadinanza, residenza, diritti*

- E' in occasione della **malattia** (o incidente) e delle sue conseguenze che diventano più evidenti le contraddizioni costitutive della condizione stessa dell'immigrato
- La malattia è un **momento rivelatore**
- L'immigrato ha motivo di esistere se lavora.
- Egli stesso non si contempla come ammalato, non immagina l'incidente
- Se sopraggiunge la morte la sua famiglia non ha più ragione di rimanere e nel paese d'immigrazione
- Ciò che viene a galla con la malattia è che la stessa qualità di uomo è subordinata a quella d'immigrato

Il male dell'immigrazione

- Il provvisorio che dura:
- Fa comodo al paese *d'emigrazione* e a quello *d'immigrazione*, fa comodo allo stesso *immigrato* pensarsi *provvisorio*, lo aiuta a resistere
- Il trauma, l'incidente, la malattia pongono fine alla **menzogna collettiva**
- L'immigrato malato e le istituzioni socio-sanitarie, 2 mondi diversi:
 - _ la razionalità medica che spezzetta e diagnostica e cerca di ricomporre il guasto organico
 - _ l'immigrato chiede la restituzione dell'equilibrio persistente alla malattia

- **MA**
- *Cosa c'entra la medicina con le controversie e I problemi che non appartengono al suo ordine ma a quello sociale e a quello economico?*
- **Risponde Sayad**
- C'entra poiché, a dispetto della divisione di funzioni, I due sistemi, medico e economico, sono manifestazioni di uno stesso insieme sociale
- Il medico giunge a compromessi: *congedo terapeutico*
- *La malattia, per essere compresa, chiede di ricomporre la vita dell'immigrato*

Gli esiti di una ricerca sul campo

Informazione sul corpo e sulla sua salute e cura

- L'adozione di uno **stile di vita** corretto sul piano sanitario è correlato a variabili ascritte: età anagrafica, genere, provenienza territoriale, urbana o rurale, dal paese di origine e il livello d'istruzione
- La sensibilità verso i temi della **prevenzione** primaria sembra rafforzarsi ulteriormente con l'arrivo in Italia (educazione sessuale, salute riproduttiva, gravidanza).
- **Permangono** alcuni fattori di **rischio**: barriere linguistiche, barriere logistiche, barriere culturali.
- **Alimentazione**: per alcune popolazioni i mutamenti dovuti alla migrazione hanno portato all'adozione di regimi alimentari poco bilanciati.
- Emerge per alcune popolazioni la **percezione della malattia** quale sinonimo di debolezza, da qui il rifiuto di sottoporsi a trattamenti preventivi o terapeutici fino all'insorgenza in fase più o meno acuta della patologia.
- Risulta **trasversalmente** poco diffusa una conoscenza puntuale circa il funzionamento del Servizio Sanitario Regionale (SSR) nel suo complesso.

Gli esiti di una ricerca sul campo

Canali informativi maggiormente usati dai migranti sul territorio milanese

- **Passaparola** all'interno del network di riferimento, e dunque forte grado di fiducia riversato sui propri connazionali
- PRO: laddove il gruppo è effettivamente ben integrato vi è la possibilità di poter contare su nodi del network impegnati essi stessi all'interno del SSR o in associazioni a esso satelliti.
- CONTRO: nei gruppi più autoreferenziali il rischio è quello di veicolare informazioni fuorvianti, incomplete, se non addirittura scorrette.
- **Media tradizionali** (cartelloni pubblicitari, giornali, radio, televisione, etc.) e web
- PRO: facilmente accessibili da tutti.
- CONTRO: sapersi destreggiare tra l'enorme quantità di messaggi, saper riconoscere i canali e fonti, riuscire effettivamente a rinvenire informazioni chiare e particolareggiate, possibilmente nella propria lingua di origine o altra lingua conosciuta.

Gli esiti di una ricerca sul campo

Accesso: primo contatto con la struttura per prenotare la prestazione

- Percorsi connotati da una certa **informalità**: meccanismi di vera e propria “consultazione” di personalità appartenenti al network di riferimento.
- In diversi ospedali milanesi sono in atto esperienze di **mediazione** linguistica e culturale. Si tratta però di servizi offerti in maniera **discontinua**.
- Poca chiarezza circa il **funzionamento del SSR**: ricorso al farmacista o al Pronto Soccorso; poca fiducia nelle capacità risolutive dell'intervento del medico di base.
- **Fattore temporale**: tempi di attesa.
- **Barriera linguistica**: difficoltà di raccogliere informazioni chiare su come accedere ai servizi; difficoltà di prenotazione in assenza di servizi telefonici e/o di sportelli plurilingue.

Gli esiti di una ricerca sul campo

Fruizione: il momento in cui lo “straniero” si sottopone al servizio di cura

- **Medico di base:** figura descritta con connotati di criticità e insoddisfazione.
- **Operatori sanitari:** le competenze tecniche tendono ad essere riconosciute, ma viene denunciata in modo abbastanza trasversale l'assenza di *soft skills* o competenze relazionali. In certi casi la poca attenzione ricevuta viene interpretata come un atteggiamento discriminatorio.
- **Differenze interculturali** nell'approccio alla cura:
 - difficoltà nel comprendere il motivo di doversi sottoporre a tanti esami;
 - tendenza per alcuni a richiedere secondi pareri;
 - tendenza a ricercare riferimento presso i connazionali o rete parentale e amicale
- **Settorializzazione del percorso terapeutico:** se, da un lato, la specializzazione viene riconosciuta come un punto di forza del SSN italiano; dall'altro, è vissuta con fatica la tendenza a una presa in carico scomposta in molti segmenti ritenuti non coordinati tra loro. **Emerge il bisogno di una visione «complessa» (olistica) del percorso terapeutico.**

Qual è la differenza tra comunicazione multiculturale, interculturale e transculturale?

- Potremmo essere tutti sotto lo stesso tetto, ma descriviamo stanze completamente diverse. Le differenze nei significati hanno a che fare con le prospettive che usiamo quando interagiamo con persone di altre culture.
- **MULTICULTURALE:** si riferisce a una società che contiene diversi gruppi culturali o etnici. Le persone vivono fianco a fianco, ma ogni gruppo culturale non ha necessariamente interazioni coinvolgenti tra loro. **Ad esempio, in un quartiere multiculturale le persone possono frequentare negozi di alimentari e ristoranti etnici senza interagire realmente con i loro vicini di altri paesi.**
- **INTERCULTURA/INTERCULTURALE:** confronto tra culture diverse. Nella comunicazione interculturale, le differenze sono comprese e riconosciute e **possono determinare cambiamenti individuali, ma non trasformazioni collettive.**
- **Nelle società interculturali, una cultura è spesso considerata "la norma"** e tutte le altre culture vengono confrontate o contrastate con la cultura dominante.
- **TRANSCULTURALE (o cross-culture)** descrive le comunità in cui vi è una profonda comprensione e rispetto per tutte le culture.
- La comunicazione transculturale si concentra sullo scambio reciproco di idee e norme culturali e sullo sviluppo di relazioni profonde. **In una società transculturale, nessuno rimane invariato perché tutti imparano gli uni dagli altri e crescono insieme.**