

E. Angelino

## Lost in translation: la prospettiva transculturale nella promozione della salute, non solo un problema di linguaggio

Fondazione Salvatore Maugeri I.R.C.C.S., Istituto Scientifico di Veruno, Sede distaccata di Torino - Casa di Cura Major, Torino

**RIASSUNTO.** La percezione di malattia risulta significativamente determinata dalla specificità culturale che a sua volta influenza la messa in atto di comportamenti di salute, la relazione clinica e gli indici di esito (outcome). Tra soggetti appartenenti a diversi contesti culturali il processo comunicativo è un fenomeno molto complesso anche a causa dell'ambiguità di significato di molti termini. Creare un ambiente caratterizzato da una buona consapevolezza culturale e da sensibilità e rispetto per i valori e le credenze di ciascuno è un primo passo nel cercare una soluzione a tale problema. I programmi di educazione sanitaria devono tenere in considerazione quella che è l'esperienza soggettiva di malattia e su tale base promuovere la collaborazione con il paziente migliorando non solo l'esito ma anche la soddisfazione percepita.

Attualmente si tende a sottolineare la necessità, per gli operatori sanitari, di una formazione che stimoli lo sviluppo di capacità empatiche in grado di garantire, nella relazione con il paziente, il rispetto per l'autonomia del singolo. Sono necessari ulteriori studi che esplorino il legame tra competenze culturali specifiche e sistema di cura più efficace.

**Parole chiave:** promozione della salute, cultura, rappresentazione di malattia, credenze.

**ABSTRACT.** THE TRANSCULTURAL PERSPECTIVE IN HEALTH PROMOTION, NOT JUST A PROBLEM OF LANGUAGE.

TRANSCULTURATION AND HEALTH PROMOTION. *Health behaviours, physician-patient communication and health outcomes are all influenced by the individual's perception of illness, which in turn is significantly influenced by one's cultural background. The nature of communication between people from different cultural groups is a complex phenomenon: communication even in a shared language can be hindered by the ambiguity of words that carry multiple meanings. Creating an environment of cultural awareness and sensitivity which respects the different values and beliefs of individuals is a first step in resolving this problem. Health education programs must take into account the subjective experience of illness, and on this basis promote collaboration with the patient, so improving not only the clinical outcome but also the patient's perceived satisfaction.*

*Despite the current, general trend to promote the need for training of health professionals to give sensitive, empathetic patient care that guarantees full respect for the individual's autonomy, there are few empirical data available on the link between specific cultural skills and improved health care.*

**Key words:** health promotion, culture, explanatory models of illness, health beliefs.

### Introduzione

Questo lavoro che non vuole essere un "saggio critico" sul tema della multiculturalità nell'interazione terapeutica, nasce da riflessioni fatte confrontandosi con le difficoltà di una pratica clinica, soprattutto inerente ad interventi di promozione della salute, condotta in un ambiente urbano come è la città di Torino e con una molteplicità di culture di cui sono portatori sia i pazienti ma anche gli operatori sanitari. Lungi dal pretendere di fornire delle risposte vorrei quindi precisare, se così posso dire, delle incertezze, scusandomi fin d'ora per le inevitabili semplificazioni cui sono incorsa nell'approcciare tematiche così complesse e controverse.

I dati relativi alla presenza degli immigrati regolarmente soggiornanti sul territorio torinese sottolineano come l'immigrazione straniera in città e nella provincia sia un fenomeno articolato, territorialmente diffuso e in crescita costante. Ma la diversità culturale emerge anche in un'ottica più ampia: all'interno di un contesto sociale estremamente eterogeneo quale quello urbano, l'altro apparentemente più vicino talvolta si rivela il più distante per credenze e abitudini.

Quando si parla di salute, la denuncia del modo di vivere, non sfocia tanto su una messa in discussione delle strutture economiche e sociali quanto sulla necessità di sviluppare strategie individuali e se la salute diviene una norma (e forse già lo è) si rischia di dover aiutare le persone a condurre la propria vita come se fosse la vita stessa da dover guarire.

Parlando di salute non si tratta dunque solo di superare le difficoltà comunicative potenziali o effettive ma anche di interrogarsi sul proprio ruolo, sugli obiettivi perseguiti e sulle competenze richieste e sulla eventuale necessità di introdurre nell'interazione con il paziente un terzo polo (per esempio con il coinvolgimento effettivo del territorio) quale mediatore effettivo.

### Lo scenario transculturale dalla parte del paziente

Le definizioni di salute e malattia in un contesto dato, non possono prescindere da tutte quelle altre rappresentazioni sociali che costituiscono ciò che si potrebbe definire il sistema cognitivo di un gruppo sociale (e in esso, quello del singolo individuo).

La salute e la malattia finiscono per assumere il loro pieno significato solo in rapporto ad una data organizzazione sociale e simbolica: “una situazione anomala o patologica può essere vissuta e trattata come tale solo perché è parte integrante di un contesto”. (1)

Il concetto di malattia non è socialmente neutro, ma si lega a un giudizio morale ed estetico. Un uomo è malato quando le sue capacità di lavoro sono diminuite, quando soffre fisicamente e quando certe modificazioni avvenute nel suo organismo lo svalutano, cambiano il suo ritmo di vita fino a metterne in pericolo la stessa sopravvivenza.

L'antropologo francese Augé (2) rileva un fondamentale paradosso “costituito dal fatto che la malattia è allo stesso tempo il più individuale e il più sociale degli eventi. Ognuno di noi la sperimenta direttamente dentro di sé e può morirne. Eppure, tutto in essa è allo stesso tempo sociale, non solo perché un certo numero di istituzioni si fanno carico delle diverse fasi della sua evoluzione, ma anche perché gli schemi di pensiero che permettono di individuarla, di darle un nome e di curarla, sono eminentemente sociali: pensare alla propria malattia significa fare già riferimento agli altri”.

Kleimann (3) scompone così il termine “malattia”:

- **disease**, secondo la prospettiva biomedica dell'operatore sanitario che vede la malattia come un'entità oggettiva, misurabile sulla base di dati fisico-chimici e fisiopatologici e con la predominanza di una visione dualistica del rapporto tra corpo e mente
- **illness**, che indica invece la malattia qual è vissuta dal paziente, come un'espressione culturalmente fondata per cui, oltre alla spiegazione, è importante discernere il significato dello “stare male”

Esiste però anche una differenza fra essere malato (sentirsi tale) e essere un malato (e cioè essere riconosciuto come tale), da cui deriva la necessità di utilizzare un terzo termine, **sickness**, per indicare la percezione della malattia da parte del soggetto o dei membri della famiglia/comunità di appartenenza dell'ambiente non medico che lo circonda.

La distinzione tra linguaggio descrittivo e linguaggio prescrittivo-valoriale sottolinea le difficoltà che il concetto di malattia presenta e, se, operatore sanitario e paziente appartengono a contesti socio-culturali diversi, e quindi fanno propri differenti modelli di interpretazione del mondo, è frequente che la duplice prospettiva di *disease* e *illness* difficilmente arrivi a trovare un punto di convergenza.

“Nel momento in cui una teoria scientifica viene rappresentata e trova modo di divulgarsi, essa s'innesta nel tessuto culturale di una determinato gruppo o società, che agisce sia da filtro, favorendo o ostacolando il passaggio di certe nozioni, sia da elemento adattatore che svincola i concetti dal loro significato originario per applicarli a qualcosa di già conosciuto.” (4)

Gli attori dell'incontro operatore-paziente si trovano nella necessità di passare da un atteggiamento a-problematico, che si esprime nell'attenersi ai chiari paradigmi che delineano la dimensione bio-medica, nel cui ambito tutto si realizza e si esaurisce, ad un procedere individuale e autonomo, fino ad accettare di muoversi nella dimensione culturale del paziente, per così dire nella sua “diversità”. Forse un ulteriore e differente percorso potrebbe risultare

preferibile a questi, un percorso che si basi su una sorta di “negoiazione” culturale, in grado di affrontare il concetto stesso di malattia e delle sue cause, e di individuare un obiettivo accettabile e egualmente condiviso dai protagonisti di questo incontro/confronto.

Ma alla diffusa volontà di superare in qualche modo le difficoltà comunicative per giungere a capirsi, pur partendo da contesti culturali, nel senso più ampio del termine, diversi, si contrappone la tesi sostenuta da molti antropologi e etnolinguisti secondo cui proprio il malinteso e l'incomprensione tra le culture possono rappresentare l'occasione di “traduzione” o almeno di compromesso. Quella forma di malinteso che La Cecla chiama “malinteso-beninteso” diventa un'occasione per mettersi in gioco, uno strumento per evitare conflitti irreparabili, “lo spazio in cui le culture si spiegano e si confrontano scoprendosi diverse.” (5)

Nella lettura del rapporto dell'uomo con la salvaguardia della propria identità psicobiologica e dunque della propria salute alcuni autori (6,7) hanno indagato sulla natura socialmente stratificata della percezione e delle reazioni alla esposizione ad un rischio.

Chi dispone di minori risorse materiali, ma ancor di più, di minori risorse culturali, reagisce all'incertezza esistenziale riponendo la propria fiducia nelle opinioni di coloro che si conoscono e con i quali si condivide la cultura, dando grande importanza al proprio contesto di appartenenza in un progressivo processo di aggregazione analogo a quello dell'epoca pre-moderna.

Le interpretazioni del rischio da parte di soggetti socialmente deboli sarebbero quindi contestualizzate, rappresentando una sorta di “riflessività privata” per la quale le fonti di conoscenza e i processi di valutazione personali sarebbero quelli più importanti. Non aderire al parere esperto potrebbe allora essere il risultato della scelta, non totalmente consapevole, ma derivante comunque da una costruzione culturale, di considerare questo come marginale o fuorviante o comunque non utilizzabile, quando non addirittura ingannevole, rispetto ai problemi cruciali del soggetto. Ecco allora che le opinioni sul rischio verrebbero ad essere determinate dalla posizione degli individui all'interno dell'ambiente sociale, e contribuirebbero a sviluppare e rafforzare la coesione tra i gruppi e il senso di appartenenza.

In un intervento di promozione della salute, come gestire il colloquio quando la persona non dispone degli strumenti culturali di base, quella *basic health literacy* di cui molto si discute nei paesi anglosassoni, e poco o per nulla in Italia?

Può essere convincente, e quanto, la proposta di una via d'uscita individuale a rischi che possono essere la conseguenza di programmi sociali o economici ovvero di specifici contesti di appartenenza?

Al riguardo, tornando allo specifico del nostro contesto torinese, nel Rapporto “La salute a Torino” si afferma testualmente che “...è possibile dimostrare che la dimensione socio-economica rappresenta il principale determinante di salute all'interno della città. È stato infatti stimato che tra i maschi torinesi che vivono nel venti per cento degli isolati più ricchi e quelli che vivono nel venti per cento degli isolati più poveri, negli anni duemila, c'è una differenza di 4 anni di speranza di vita, che si riduce a 2 per le donne.

.....le traiettorie dello svantaggio sociale, nella vita dei torinesi, si associano ad un rischio aumentato di morte, essendo legate a stili di vita insalubri come fumo e alcol, a problemi di sicurezza, al disagio sociale, alle condizioni stressanti di vita e di lavoro.” (8)

### Lo scenario transculturale dalla parte dell'operatore

Non solo i pazienti testimoniano la multiculturalità: una crescente diversità culturale caratterizza anche gli stessi “professionisti della salute” con ripercussioni importanti, e spesso poco controllate, su contenuti e stile della comunicazione.

Il contesto culturale italiano, fortemente centrato sulla famiglia e sul senso di appartenenza ad una comunità, ha influito, non poco, almeno fino ad una decina di anni fa, nel rendere conflittuale per gli operatori la necessità di informare il paziente e solo lui, della diagnosi e della relativa prognosi, per conferirgli così una piena autonomia decisionale. Infatti il concetto di autonomia veniva assimilato al concetto di isolamento e di solitudine: questo avallava, specie in oncologia, la pratica comune, anche se in controtendenza rispetto per esempio al mondo anglosassone, di non dire “la verità” sulla malattia al paziente, ma piuttosto di informare i familiari e lasciare che fossero questi a decidere per lui. (9).

All'interno di un'equipe, non più solo interdisciplinare ma anche interculturale, gli atteggiamenti rispetto al significato di salute e di malattia sono realmente condivisi o quantomeno discussi ed il messaggio che si manda è unico e coerente?

La massiccia immissione di personale infermieristico proveniente da altri contesti culturali richiede la conoscenza di quelle che potrebbero essere similitudini ma anche differenze nel rispondere alla malattia e al sistema di cura all'interno di equipe inevitabilmente multiculturali. Al riguardo la letteratura disponibile è tuttora piuttosto scarsa, ma va citato uno studio interessante condotto su un campione di infermiere provenienti dalla Spagna e dalla Gran Bretagna che mostra come tra i due gruppi sia diverso il livello di importanza data ai vari aspetti del “prendersi cura” di un paziente. Per esempio “spiegare le procedure cliniche ad un paziente” viene considerato più importante dal gruppo di infermiere inglesi che non da quelle spagnole, forse, per una diversa formazione o forse, perché, culturalmente, le inglesi temono maggiormente eventuali ripercussioni legali causate da carenze informative (10).

### Conclusioni

L'attività sanitaria oggi poggia su una divaricazione tra specializzazione e complessità di approccio alla persona. Da una parte, la necessità di risolvere tecnicamente la malattia o la disabilità attraverso l'uso di un sapere dettagliato non sempre raggiunge la ampiezza necessaria per esse-

re d'aiuto nella decisione sul singolo paziente. Dall'altra, la necessità di dare un senso alla cura di quel singolo paziente significa risolvere problemi a tutto campo, problemi ai quali non c'è risposta tecnica, connessi come sono, non solo alla malattia, ma anche ai vissuti del paziente nel suo contesto di vita.

La capacità adattiva al proprio contesto culturale di appartenenza è una preziosa funzione che permette di vivere, in quanto consente di dare un senso a ciò che accade, di poterlo comprendere e interpretare e quindi di poter agire. Mantenersi in rapporto con il paziente e il suo mondo di significati, bisogni e costruzioni di senso è ineludibile in ogni attività di promozione della salute: per l'operatore si tratta di affinare le capacità di ascolto e di intuizione della persona malata, in aggiunta ad un impegno costante in termini di comprensione e traduzione culturale mostrando di possedere quella che Cosmacini definisce “sensibilità antropologica” (11).

La difficoltà non è però data soltanto dalla necessità di mediare ma anche e soprattutto dal dover affrontare continuamente la problematicità insita in uno scenario, sempre meno risolvibile, quale quello dell'incontro tra pazienti e operatori dove si intrecciano e talvolta confliggono culture diverse e diversi linguaggi e per giunta a diversi livelli. Se è necessario mediare, bisogna capire quale tipo di mediazione proporre e chi se ne deve fare carico, valutando le ricadute che le diverse scelte determinano.

In conclusione, parlando di salute e di malattia, si tratta di capire chi parla di cosa e come lo fa e chi è la persona a cui è destinato il messaggio.

### Bibliografia:

- 1) Sindzige N. La necessità del senso. In: Augè M, Herzlich C. Il senso del male. Antropologia, storia, sociologia della malattia. Milano: Il Saggiatore, 1986: 91-102.
- 2) Augè M. Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell'avvenimento. In: Augè M, Herzlich C. (a cura di), Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia. Milano: Il Saggiatore, 1986: 34.
- 3) Kleinman A. Anthropology and Psychiatry. *Br J Psychiatry* 1987;151: 447-54.
- 4) Giossi L, Sarà MV. Il test come strumento di selezione. Una ricerca sulle rappresentazioni sociali attraverso la stampa quotidiana. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria* 1995; 56: 511-29.
- 5) La Cecla F. Il malinteso. Antropologia dell'incontro. Roma-Bari: Laterza, 1997: 9.
- 6) Urry J. Visuality, mobility and the cosmopolitan: inhabiting the world from afar. *Br J Sociol* 2006; 57: 113-17.
- 7) Rei D. La cultura della cittadinanza come orizzonte della politica sociale. In: De Vita R, Donati P, Sgritta G. (a cura di), La politica sociale oltre la crisi del Welfare State. Milano: Franco Angeli, 1994: 198-210.
- 8) Servizio Epidemiologico ASL 5 Grugliasco-Torino (a cura di). La salute a Torino. <http://www.dors.it/alleg/0201/sintesi.pdf>
- 9) Surbone A. Cultural competence: Why? *Ann Oncol* 2004; 15:697-99.
- 10) Watson R, Hoogbruin AL, Rumeu C, et al. Differences and similarities in the perception of caring between Spanish and UK nurses. *J Clin Nurs* 2003; 12: 85-92.
- 11) Cosmacini G. Storia della medicina e della sanità in Italia. Bari-Roma: Laterza, 2005.