

- Vento S., Cainelli F., Vallone A. (2018), Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic, *World J Clin Cases*, 6(11): 406-409.
- Weinberger S.E. (2016), Curbing firearm violence: identifying a specific target for physician action curbing firearm violence: identifying a target for physician action, *Ann Intern Med.*, 165(3): 221-222.
- WHO – World Health Organization (1998), *Health Promotion Glossary*, www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1.
- WHO-CSDH – Commission on Social Determinants of Health (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, Geneva, www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1.
- Williams D.R., Purdie-Vaughns V. (2015), *Social and behavioral interventions to improve health and reduce disparities in health*, in David D.H., Spittel M.L., Kaplan R.M. (eds.), *Population Health: Behavioral and Social Science Insights*, Agency for Healthcare Research and Quality, National Institutes of Health, Rockville, pp. 51-66.
- Wynia M.K., Latham S.R., Kao A.C., Berg J.W., Emanuel L.L. (1999), Medical professionalism in society, *N Engl J Med.*, 341(21): 1612-1616.
- Wynia M.K., Papadakis M.A., Sullivan W.M., Hafferty F.W. (2014), More than a list of values and desired behaviors: a foundational understanding of *medical professionalism*, *Acad Med.*, 89(5): 712-714.

9. L'attenzione per la diversità e l'inclusione: quando e come entrano nel bagaglio professionale di un medico?

di Alessio Surian

1. Diversità culturale e razzismo nel contesto italiano

Luglio 2018: all'Asl di Giulianova (Teramo) un paziente con cittadinanza senegalese, residente in Italia dal 2000, viene respinto e insultato da un impiegato al quale aveva chiesto informazioni.

Settembre 2018: la dottoressa Maria Cristina Deidda, tramite Facebook, esprime tutta la sua preoccupazione per un episodio che riguarda i pazienti del suo ambulatorio, specializzato in terapia del dolore: spazientiti, avrebbero addossato la responsabilità per una lunga attesa "al solito negro". Scrive: "Mi ero illusa che nel nostro ambulatorio, proprio a causa della delicatezza delle patologie trattate, l'animo umano fosse più compassionevole verso l'altrui persona. Mi vergogno".

Di fronte ad episodi simili, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO) ha preso ripetutamente posizione e l'ha resa pubblica:

"Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera" recita l'attuale codice di deontologia professionale. "In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati, e mi asterrò da ogni offesa e danno volontario, e fra l'altro da ogni azione corruttrice sul corpo delle donne e degli uomini, liberi e schiavi" prescrive il nostro Giuramento. Abbiamo contribuito al progresso civile e sociale di questo Paese, proprio in virtù dei valori fondanti la nostra professione, dai quali deriva l'obbligo morale di curare tutti i cittadini senza alcuna distinzione di sesso, censo, razza, credo religioso. Per questo condanniamo ogni forma di razzismo e ci adoperiamo per il rispetto della dignità di ogni uomo.

In Italia sono anche attive l'Associazione Medici di origine Straniera in Italia (AMSI) e la Confederazione Internazionale-Unione Medica Euro-Mediterranea (UMEM) che negli ultimi anni hanno costantemente registrato un aumento signifi-

ficativo degli episodi di discriminazione nei confronti di cittadini con cittadinanza straniera all'interno delle strutture sanitarie: pronto soccorso, Asl, Cup e nei centri di fisioterapia e analisi.

Come vengono definiti e percepiti e quale ruolo hanno i concetti di diversità e inclusione nelle professioni di cura? La cornice di riferimento più diffusa in merito alle competenze mediche è il Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS), la cui ultima revisione è del 2016. Cosa dice CanMEDS a proposito dell'inclusione? CanMEDS non menziona il termine "inclusione". Equità nella salute è citata solo una volta a proposito del "ruolo" che rimanda alle attività di *advocacy* della salute, ma non rimanda all'equità sociale e alle determinanti sociali della salute, fattori chiave di molte disuguaglianze che riguardano la salute. I ruoli CanMEDS di comunicatore, collaboratore e professionista fanno riferimento al "rispetto per la diversità", ma non così fa il testo relativo al ruolo di esperto medico. Questa lacuna è significativa perché non comprende la dimensione della diversità proprio in riferimento al ruolo che funge da "integratore" rispetto alla rosa di ruoli esplicitata dal CanMEDS. In generale, non compare nel CanMEDS né la competenza culturale, né la prospettiva intersezionale. Quando si affronta l'ambito della leadership si fa riferimento al tema della "giustizia", ma senza legarla esplicitamente alle dimensioni dell'equità, della diversità e dell'inclusione, aspetti fondamentali per promuovere atteggiamenti e iniziative di giustizia. È evidente che una più adeguata definizione di ruoli e competenze del personale medico permetterebbe anche una migliore progettazione e proposta dell'offerta formativa, delle ricerche e dei dati da mettere a disposizione per incorporare i temi dell'equità, della diversità e dell'inclusione nei profili professionali e nelle discussioni cliniche sulla cura del paziente.

In merito ai dati, in un rapporto curato per l'OCSE, Balestra e Fleischer (2018) rilevano come le disposizioni sull'uguaglianza e la non discriminazione siano parte integrante delle convenzioni internazionali sui diritti umani e delle costituzioni e legislazioni della maggior parte dei Paesi. Ma nonostante vi siano leggi internazionali e nazionali contro la discriminazione, molte persone continuano a subire pregiudizi, molestie e crimini d'odio a causa delle loro identità.

Uno dei casi più eclatanti è avvenuto di recente a Trieste: dopo un'indagine cominciata nel 2019, all'alba di un giorno di febbraio del 2021, la Digos è entrata in casa di Gian Andrea Franchi, 84 anni. In questo modo ha potuto prelevare "prove" che intendevano documentare il sospetto di "favoreggiamento dell'immigrazione clandestina" nei confronti di Franchi e della compagna Lorena Fornasir. Di cosa sono stati accusati Lorena e Andrea? Di recarsi quotidianamente presso la stazione di Trieste muniti di bende, medicine e disinfettanti, per portare conforto e soccorrere i migranti che sono riusciti a "passare" il "game", ad affrontare la rotta balcanica dove diverse forze di polizia applicano nei loro confronti sistematiche violenze. Di cosa sono accusati questi migranti? Di passaporto sbagliato. L'inchiesta di Trieste è stata poi trasferita a Bologna dove il giu-

dice per le indagini preliminari, al termine dell'esame del fascicolo, a novembre 2021 ha deciso di non chiedere il rinvio a giudizio. "Il succo di questa vicenda sta nel rendere ancora una volta evidente il carattere politico delle denunce nei confronti degli attivisti solidali con i migranti", hanno commentato i protagonisti. Quel che dovrebbe essere altrettanto visibile è che queste cure indispensabile vengono prestate da volontari e non da personale medico: in Italia è ancora possibile per la sanità voltare la faccia.

L'accesso alle cure mediche, così come quello all'istruzione, dovrebbero essere garantite a tutti, senza distinzione di status. Sono fra i diritti umani fondamentali. Quello alla salute è sancito dall'articolo 25 della Dichiarazione universale e dall'articolo 32 della Costituzione italiana che "garantisce cure gratuite agli indigenti". Nel 1986, per legge è stato riconosciuto all'immigrato, regolarmente soggiornante in Italia, lo status di soggetto di diritto, cui deve essere assicurato, insieme agli altri diritti, anche quello alla tutela della salute. La Legge n. 40 del 6 marzo 1998 toglie ogni dubbio riguardo al fatto che tali cure possano essere limitate a quelle di base. Infatti, definisce il diritto alle cure e la tutela della salute per chi sia presente sul territorio nazionale con cittadinanza estera, anche non in regola, prevedendo l'accesso anche ai programmi di medicina preventiva, quindi non le sole cure essenziali.

Luzi e colleghi (2013) definiscono come "spartiacque nella politica dello Stato sull'immigrazione" il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1998-2000, che comprende tra gli obiettivi di salute quello di rafforzare la tutela dei soggetti deboli, compresi "gli stranieri immigrati":

La novità di questo orientamento è considerare il tema della salute come una questione complessa, che richiede un approccio di tipo "olistico", in cui gli aspetti medico-sanitari si integrino efficacemente con quelli etici, psicologici e culturali.

Si tratta di un tema che rimane d'attualità in Italia e non solo. Per l'OCSE, le persone appartenenti a "minoranze etniche e a comunità indigene" mostrano livelli più bassi di benessere in una serie di aree chiave, come l'istruzione, l'occupazione, il tenore di vita, la salute e l'alloggio: "Queste differenze violano la nozione di uguaglianza e di pari opportunità" (Balestra, Fleischer, 2018).

Come in altri Paesi, l'impatto del Covid-19 ha contribuito ad acuire le disuguaglianze nel contesto italiano. Il Dossier Statistico Immigrazione presentato a fine 2020 dal Centro Studi e Ricerche IDOS in partenariato con il Centro Studi Confronti ha fornito l'ennesimo esempio di come la salute dei migranti sia più a rischio rispetto alla condizione generale della popolazione del Paese in cui risiedono. In particolare, le analisi di Salvatore Geraci e Maurizio Marceca (Società Italiana di Medicina della Migrazione) e di Silvia Declich (Centro Nazionale per la Salute Globale dell'ISS) hanno messo in rilievo come l'impatto sanitario sia aggravato da determinanti socioeconomiche che suggeriscono di guardare alla diffusione del Covid-19 in quanto sindemia (Courtin, Vineis, 2021). I dati della

sorveglianza dell'ISS permettono di analizzare l'impatto sanitario della diffusione del Covid-19 sugli immigrati. Questi dati evidenziano che già a marzo-aprile 2020, la curva di Covid-19 tra i residenti con cittadinanza straniera, presentava un ritardo di 8-10 giorni rispetto a quella sulla popolazione italiana e che questa popolazione presentava un maggiore rischio di ospedalizzazione e di livello di gravità clinica. Il Dossier Statistico Immigrazione considera plausibile che i residenti con cittadinanza straniera siano di fatto penalizzati nei tempi di diagnosi perché accedono con ritardo ai servizi sanitari. Diverse "comunità di stranieri" presentano dati diversi, probabilmente legati al tipo di occupazione prevalente.

Il Dossier Statistico Immigrazione mette il rilievo come l'impatto sanitario sia solo l'ultimo anello di determinanti socioeconomiche e il legame importante della salute con le dimensioni del lavoro, dell'ambiente e dell'economia, la sua dimensione "globale" che rimanda ad una indispensabile attenzione per i contesti regionali e planetari, così come per gli elementi di diversità culturale che attraversano e caratterizzano i contesti di cura locali e le loro esigenze organizzative.

2. Standard e monitoraggio del *diversity management*

"Diversity management" (la gestione della diversità nelle organizzazioni) è un approccio alle "risorse umane" che sottolinea l'importanza di valorizzare le differenze delle persone (sia la forza lavoro che i "clienti") nelle organizzazioni. Il termine "gestione della diversità" è emerso in Nord America all'inizio degli anni '90 del secolo scorso come una specifica risposta riguardo ai processi di riconoscimento, mediazione e co-gestione delle differenze nei luoghi di lavoro. Roosevelt Thomas (2006) ha suggerito che questo sia innanzitutto un ambito di lotta contro le discriminazioni. Inteso soprattutto come "gestione delle risorse umane", si distinguono in questo ambito sia approcci "hard" che "soft". Un approccio "hard" ha in genere carattere strumentale e considera la forza lavoro come una risorsa da usare più efficacemente a beneficio dell'organizzazione; un approccio "soft" vede le persone come "risorse" preziose di cui avere cura (Storey, 2001). Il concetto è emerso negli Stati Uniti, anche in ambito accademico, negli anni '90, in parte come risposta alla crescente consapevolezza riguardo ai cambiamenti demografici documentati nel rapporto "Workforce 2000", sollecitato dalle crescenti preoccupazioni per le continue discriminazioni nei confronti delle minoranze (Kelly, Dobbin, 1998). La maggior parte della letteratura sul *diversity management* si mostra strumentale e prescrittiva. Kersten (2000, p. 236) scrive che ha prodotto una "serie di libri, manuali di formazione, materiali e consulenti sulla diversità che si offrono di aiutare le organizzazioni ad affrontare il 'dilemma della diversità'".

Negli ultimi decenni, parte delle ricerche guardano al management in modo critico, esaminando quali siano le caratteristiche del discorso che riguarda la gestione della diversità, mettendone in discussione la retorica e la possibilità che

il management possa realizzare cambiamenti a favore dei gruppi svantaggiati. Cambiamenti organizzativi che si dimostrino duraturi sono difficili da realizzare in merito alla diversità, sia per quel che riguarda i percorsi clinici, sia in chiave di sicurezza del paziente. Mentre testi che dichiarano un'attenzione della leadership sanitaria e ospedaliera per la diversità sono rintracciabili nei documenti e nelle politiche di vari Paesi, rimane importante esaminare le attività e le pratiche per capire i vissuti dei pazienti e del personale.

In alcuni Paesi, come l'Australia, politiche di sussidiarietà hanno delegato responsabilità relative alla fornitura di servizi a partire da principi di decentralizzazione, devolvendo così a livello locale e maggiore potere per l'attuazione delle politiche e l'avvio di attività.

Le ricerche in questo ambito hanno identificato alcune scale per condurre ricerche ed attività di monitoraggio riguardo alle pratiche di salute e alle condizioni degli ospedali. In particolare, Weech-Maldonado e colleghi (2002; 2003) hanno identificato sei scale per indicare politiche e pratiche di valorizzazione della diversità:

- pianificazione (7 item);
- soddisfazione degli stakeholder (5 item);
- formazione sulla diversità (14 item);
- risorse umane (9 item);
- fornitura di assistenza sanitaria (6 item);
- cambiamento organizzativo (5 item).

In chiave formativa e di analisi delle organizzazioni, Bennett (1993) suggerisce che lo sviluppo di competenze interculturali possa essere riassunto in un modello, il *Development Model of Intercultural Sensitivity* (DMIS) di maggiore o minore sensibilità interculturale (intesa come abilità socio-cognitiva) corrispondente a sei fasi: rifiuto, difesa, minimizzazione (i tre stadi etnocentrici) e accettazione, adattamento, integrazione (i tre stadi etnorelativi).

La fase del rifiuto si caratterizza per l'incapacità di interpretare e rapportarsi con la diversità culturale. Tratti caratteristici di questo comportamento sono stereotipi anche non malevoli e affermazioni superficiali di tolleranza. La tendenza generale è, però, a disumanizzare l'altro. Due sono gli atteggiamenti principali in questa fase, isolamento e separazione. Mancando un riconoscimento della diversità, chi si trova in questa fase può aprirsi ad essa apprendendo come raccogliere informazioni adeguate rispetto alle dimensioni della diversità culturale e, quindi, ad esplorare aspetti della propria cultura soggettiva, elementi chiave per poter generare atteggiamenti di disponibilità e cooperazione.

L'atteggiamento di difesa struttura una modalità polarizzata di pensiero (noi/loro), spesso accompagnata da un'aperta espressione di stereotipi negativi e da idee evolucioniste dello sviluppo culturale che vedono la propria cultura in posizione privilegiata. Denigrare e assumere atteggiamenti di superiorità (o di infe-

riorità) caratterizzano la postura difensiva. Denigrare presuppone che la diversità venga riconosciuta, ma anche che questo riconoscimento si accompagni ad una valutazione negativa, spesso legata a pregiudizi prevalenti in merito a categorie come l'appartenenza etnica o religiosa, o a caratteristiche legate al sesso, all'età etc. Un atteggiamento di superiorità relega in genere la diversità, percepita come potenziale minaccia, in posizione di inferiorità. Sottolinea Teun van Dijk (1995) in base agli studi condotti sulla riproduzione del razzismo: "Le élite si immaginano tolleranti e contrarie al razzismo, mentre al tempo stesso tollerano e legittimano l'odio per lo straniero".

Nella fase di minimizzazione si pratica, invece, il riconoscimento e il rispetto per le differenze, ma si tende a minimizzarle, prendendo in considerazione tratti culturali superficiali (per esempio riguardo alle abitudini alimentari), ma nella convinzione che fra gli esseri umani non vi siano comunità interpretative diversamente orientate. In questo caso, le principali sfide cognitive riguardano il riconoscimento di categorie ed elementi di riferimento per poter capire tratti della propria cultura, compresi valori e credenze; e confrontarsi con i privilegi dei gruppi dominanti.

La prospettiva etnorelativa prende piede con l'accettazione della diversità culturale ed atteggiamenti di rispetto per le differenze in merito ai comportamenti, per esempio le variazioni dei comportamenti verbali e non verbali, guardando ai comportamenti nel loro contesto culturale. Acquisendo consapevolezza dei propri riferimenti valoriali e della costruzione culturale di questi valori, si rende possibile percepire i valori stessi come processi e come strumenti per organizzare il mondo, piuttosto che come una sorta di dotazione di partenza degli individui. In questa fase la principale sfida cognitiva riguarda l'uso appropriato di categorie culturali generali (etiche) e specifiche (emiche), distinguendo il relativismo di tipo culturale dal relativismo morale.

Coltivando l'accettazione delle differenze culturali si rende possibile lo sviluppo di atteggiamenti di adattamento e, in particolare, di abilità di comunicazione interculturale. Sono i requisiti per poter entrare ed uscire dalle varie cornici di senso adottando posture che privilegiano la capacità di esplorare e adottare altri punti di vista. Perfezionare tali competenze permette di comportarsi all'insegna del pluralismo, muovendosi con relativo agio fra diversi contesti di riferimento. La principale sfida cognitiva riguarda la comprensione e lo sviluppo di cornici di riferimento riguardo la sensibilità interculturale.

Mentre il precedente stadio di adattamento comporta l'abilità di saper far convivere nel proprio repertorio diversi contesti di riferimento, la progressiva interiorizzazione di queste cornici di senso permette di integrarle non allo scopo di far prevalere il proprio punto di vista culturale o di una semplice coesistenza, ma nella consapevolezza che il proprio sé è un processo dinamico e la propria identità può essere definita come "marginale" rispetto alle varie culture "date". Si tratta quindi di affinare le competenze in merito alla valutazione dei contesti e allo stesso tempo di fare i conti con una "marginalità costruttiva", punto di partenza per

un'efficace mediazione culturale basata sulla capacità di attraversare e mettere in comunicazione diverse visioni del mondo. Le principali sfide cognitive riguardano l'acquisizione di modelli di negoziazione culturale e il favorire un punto di vista sulla propria identità in quanto processo e soggetto di scelte, riflettendo sulle strategie che caratterizzano la costruzione dell'identità culturale.

In questo ambito, gli Stati Uniti hanno definito standard nazionali per servizi culturalmente e linguisticamente appropriati nell'assistenza sanitaria. Gli standard nazionali, denominati CLAS, mirano a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e a promuovere l'equità nella salute stabilendo un quadro per le organizzazioni sanitarie in relazione alla diversità culturale. I nove standard sono divisi in quattro aree.

1. *Standard principali:*

- fornire cure e servizi di qualità, efficaci, equi, comprensibili e rispettosi delle diverse credenze e pratiche culturali sulla salute, con attenzione per le lingue, la formazione e le esigenze di comunicazione.

2. *Governance, leadership e forza lavoro:*

- promuovere e sostenere governance e leadership organizzative che promuovano l'equità nella salute attraverso politiche, pratiche e risorse concrete;
- promuovere e sostenere la diversità nella governance, nella leadership e con una forza lavoro culturalmente e linguisticamente diversificata, in grado di rispondere alla popolazione nell'area di servizio;
- educare e formare in modo continuativo la governance, la leadership e la forza lavoro a politiche e pratiche culturalmente e linguisticamente appropriate dal punto di vista culturale e linguistico.

3. *Comunicazione e supporto linguistico:*

- offrire assistenza linguistica alle persone che hanno una conoscenza limitata della lingua ufficiale e/o altre esigenze di comunicazione, senza alcun costo aggiuntivo, per facilitare il tempestivo accesso a tutte le cure e i servizi sanitari;
- informare tutte le persone della disponibilità di servizi di assistenza linguistica in modo chiaro e nella loro lingua preferita, verbalmente e con testi scritti;
- garantire la competenza delle persone che forniscono assistenza linguistica, tenendo presente che l'uso di persone non addestrate e/o minori come interpreti dovrebbe essere evitato;
- mettere a disposizione materiale stampato e multimediale e segnaletica di facile comprensione nelle lingue comunemente usate dalle popolazioni nell'area di servizio.

4. *Impegno, miglioramento continuo e responsabilità:*

- stabilire obiettivi, politiche e gestione culturalmente e linguisticamente responsabili, e renderli organici nella pianificazione e nelle operazioni dell'organizzazione.

3. Dieci aree di sviluppo

In questo ambito assumono un ruolo importante gli aspetti di continuità e di coerenza nei comportamenti nei confronti dei pazienti fra la professione medica e quella infermieristica. Il *Journal of Transcultural Nursing* ha dedicato attenzione alle competenze e alle azioni volte a migliori interazioni nei contesti di diversità culturale. Sono riassumibili in dieci aree.

1. Conoscenza delle culture: il personale deve acquisire una comprensione di prospettive, tradizioni, valori, pratiche e sistemi familiari di individui culturalmente diversi, famiglie, comunità e popolazioni di cui si occupano, così come conoscenza delle complesse variabili che influenzano le condizioni di salute e il benessere.
2. Educazione e formazione alla cura culturalmente competente: il personale deve essere preparato dal punto di vista educativo a fornire assistenza sanitaria culturalmente congruente, e quindi ricevere formazione clinica in modo continuo.
3. Riflessione critica: il personale deve impegnarsi in una riflessione critica riguardo ai propri valori, credenze e patrimonio culturale al fine di essere consapevole di come questi valori e credenze vengano messi in pratica, e di come possano avere un impatto sull'assistenza sanitaria in modo culturalmente congruente.
4. Comunicazione interculturale: il personale deve usare abilità di comunicazione verbale e non verbale culturalmente competenti, sapendo identificare i valori dei pazienti, le loro credenze, pratiche, percezioni e bisogni specifici di assistenza sanitaria.
5. Pratica culturalmente competente: il personale deve utilizzare le conoscenze interculturali e le abilità maturate in ambito culturale in modo da rendere l'assistenza ai pazienti culturalmente congruente.
6. Competenza culturale nei sistemi e nelle organizzazioni sanitarie: le organizzazioni sanitarie devono fornire la struttura e le risorse necessarie per valutare e soddisfare i bisogni culturali e linguistici dei diversi pazienti.
7. *Empowerment*: il personale deve riconoscere l'effetto delle politiche sanitarie sulle persone ed i gruppi di persone ed interagire e facilitare per quanto possibile l'inclusione delle pratiche culturali dei pazienti nelle varie dimensioni dell'assistenza sanitaria.
8. Staff multiculturale: nelle strutture sanitarie va ricercato proattivamente di rendere il personale nel complesso multiculturale. Una misura per raggiungere una composizione multiculturale del personale riguarda le politiche e pratiche di assunzione negli ospedali, nelle cliniche e negli ambienti accademici.
9. *Leadership* interculturale: il personale deve avere la capacità di influenzare individui, gruppi e sistemi per poter raggiungere risultati di assistenza cultu-

ralmente competente per popolazioni diverse. Il personale deve avere conoscenze e abilità per poter lavorare con organizzazioni pubbliche e private, associazioni professionali e comunità per stabilire politiche e linee guida per una l'implementazione e valutazione dell'assistenza sanitaria culturalmente competente.

10. Pratiche basate sulle evidenze e la ricerca: il personale deve basare la propria pratica su interventi sistematicamente testati e dimostrati come i più efficaci per le popolazioni culturalmente diverse che accedono ai servizi. Nelle aree in cui c'è una mancanza di prove di efficacia, i ricercatori sono chiamati a studiare e testare gli interventi ritenuti più efficaci per ridurre le disparità riguardo alle condizioni di salute.

In sintesi, offrire continuità e sostegno allo sviluppo di un ambiente di lavoro fondato sulle pari opportunità e sul riconoscimento delle diversità tende ad incoraggiare e far rispettare:

- comunicazione rispettosa e cooperazione tra tutto il personale;
- lavoro di squadra e partecipazione di tutto il personale, permettendo la rappresentazione di tutti i gruppi ed incoraggiando la condivisione e l'ascolto delle diverse prospettive dei dipendenti;
- equilibrio tra lavoro, salute e vita privata cercando di soddisfare le diverse esigenze dei dipendenti;
- l'interazione e la collaborazione con le comunità locali per promuovere dialogo e rispetto per le diversità.

4. Casi, incidenti critici e dimensione narrativa-riflessiva

Prendere in considerazione la dimensione della diversità culturale in ambito clinico sollecita una riflessione sulla relazione medico-paziente e quindi sull'integrazione tra medicina basata sulle evidenze (EBM) e medicina basata sulle narrazioni (NBM), un rapporto "complesso e non riducibile nell'ambito della generica complementarità" (Corvelli, 2017, p. 32). Accanto ad un modello di cura "prestazionale", emerge, quindi, un approccio "relazionale", centrato sulla persona e sulle sue relazioni sociali, su "una considerazione equilibrata dei diritti e dei bisogni ma anche della responsabilità e delle capacità di tutti i componenti e di tutti gli stakeholder che fanno parte del sistema socio sanitario" (Corvelli, 2017, p. 71). Gli studi a carattere narrativo e antropologico in lingua inglese hanno introdotto una distinzione fra tre termini: *sickness*, *illness* e *disease*. Con "*sickness*" si intende quel che viene percepito all'interno di una società rispetto alla malattia o a una situazione di crisi e squilibrio; "*illness*" si riferisce al modo in cui si convive con la condizione di malattia, di crisi, di alterazione dell'equilibrio (Taussig, 1980); "*disease*" si riferisce al punto di vista

di chi cura rispetto alla malattia (considerando la malattia solo dal punto di vista biologo). Quanto più sensibile e consistente è la competenza culturale all'interno del processo di cura e terapia, tanto maggiore sarà la capacità di prendere in considerazione la narrazione del vissuto di malattia come parte integrante del processo di guarigione (Laplantine, 1988). A questa prospettiva hanno dato valore documenti internazionali come la Dichiarazione di Sundsvall del 1991 sugli "Ambienti favorevoli alla salute" richiamando l'attenzione sull'importanza della dimensione sociale, politica ed economica dell'ambiente e segnalando strategie d'azione per l'attribuzione di maggior potere e partecipazione delle comunità. Per "ambiente" non si intendono solo i fattori biologici e genetici, ma anche quelli naturale e socioculturale, cercando di promuovere un "armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale" (Seppilli, 2004). Acutamente, Piero Coppo (2003, p. 141) pone all'attenzione generale "i dispositivi di regolazione, recupero, negoziazione e soluzione dei disordini, delle lacerazioni e dei conflitti che ogni cultura ha approntato nel corso della propria storia: luoghi e occasioni destinati a recuperare il disordine". In questo ambito acquisisce importanza considerare le modalità con cui le comunità di pratiche di cura sviluppano e modificano cornici interpretative e d'interazione comuni, in particolare con l'osservazione, la condivisione e la riflessione su specifici casi clinici e incidenti critici dal punto di vista dei diversi attori coinvolti e di come contribuire a migliorare la qualità della comunicazione fra il personale, e fra personale, pazienti e le rispettive famiglie e reti sociali.

Carmen Valero-Garcés (2014) individua quattro fattori che condizionano e possono impedire una comunicazione di qualità.

1. Mancanza di consapevolezza da parte del personale sanitario e dei responsabili delle professioni di traduttore, interprete e mediatore nelle strutture sanitarie.
2. Mancanza di professionalità (formazione adeguata, applicazione del codice etico) da parte di molti di coloro che accompagnano i pazienti in qualità di traduttori, interpreti o mediatori.
3. Mancanza di conoscenze o procedure all'interno delle istituzioni sanitarie che permettano al personale di riconoscere quando c'è bisogno di uno specialista della comunicazione.
4. Mancanza di cooperazione e lavoro di squadra tra diversi dipartimenti o entità quando si tratta di prendere misure generali per facilitare la comunicazione.

Questi fattori sono tanto più importanti rispetto ad alcuni temi che nel tempo si sono rivelati particolarmente sensibili: la gestione plurilingue della comunicazione (Angelelli, 2004), il consenso informato (Clark *et al.*, 2011), pratiche controverse quali le mutilazioni genitali (Evans *et al.*, 2019).

Una significativa evidenza delle ricerche analizzate in questo ambito da Lee

e colleghi (2021) riguarda il fatto che lo staff medico che si qualifica come manager tende ad avere una migliore percezione delle condizioni di diversità e d'inclusione della propria organizzazione rispetto al resto del personale che non ricopre ruoli manageriali – indipendentemente dall'identità del manager. Queste differenze suggeriscono che il *senior management* – prevalentemente formato da uomini bianchi – potrebbe non avvertire lo stesso senso di urgenza riguardo alle questioni relative all'inclusione. Questo suggerisce che un passo cruciale, oltre ad aumentare la diversità nella composizione della leadership, riguarda il fatto che chi è in posizione di leadership sappia riconoscere di essere a rischio di avere i propri punti ciechi.

È evidente che questi temi non riguardano in modo insulare solo gli ambienti sanitari e di cura, ma sono spesso specchio e sono chiamati ad interagire con il più ampio contesto sociale, le sue pratiche comunicative, il contesto legislativo.

Può essere utile ricordare come Andi Nganso, medico di nazionalità camerunese, in Italia dal 2006 ha commentato un episodio di razzismo che l'ha riguardato nel 2019. In quell'occasione ha offerto il suo punto di vista su come affrontare questi temi in Italia:

Le soluzioni ci sono. La madre di tutte le battaglie in Italia è l'allargamento dello spazio dei diritti a tutti i figli d'Italia. In questo contesto la riforma della cittadinanza è uno dei punti fondamentali. Che razzismo vogliamo combattere se la legge certifica che ci sono cittadini di serie A e cittadini di serie B? Lo *ius soli* non è un capriccio. La legge deve garantire gli stessi diritti a tutti quelli che nascono in Italia e certificare così che siamo tutti figli della stessa nazione.

Per combattere il razzismo è necessario rimettere in discussione un sistema secolare che autoalimenta l'illusione della superiorità di alcuni con strumenti culturali, artistici, linguistici ed economici. È importante interrogarsi e ribellarsi davanti alle immagini, le pseudo opere d'arte e le parole che offendono non la dignità dei neri, ma l'intelligenza di tutti noi.

Parlare di razzismo vuol dire parlare e affrontare il tema dei privilegi, specialmente essere maschio, bianco, ricco, etero, borghese e non disabile è esattamente come aver vinto al lotto, senza averlo chiesto, e soprattutto senza capire cosa vuol dire appartenere ad una delle classi discriminate.

In ambito pedagogico, un testo fertile in quest'ambito è *Educare a trasgredire* di bell hooks (2020) che connota i processi di inclusione in chiave trasformativa, lontano da scorciatoie in direzione "normalità", "standard", "integrazione". Non si tratta di interagire con la diversità per "normalizzarla", ma di interagire e di interrogarsi sapendo anche mettere in discussione e trasformare la "normalità".

Riferimenti

- Angelelli C. (2004), *Medical Interpreting and Cross-cultural Communication*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Balestra C., Fleischer L. (2018), Diversity statistics in the OECD: How do OECD countries collect data on ethnic, racial and indigenous identity?, *OECD Statistics Working Papers*, 2018/09, OECD Publishing, Paris.
- bell hooks (2020), *Insegnare a trasgredire*, Meltemi, Milano.
- Bennett J.M. (1993), *Toward Ethnorelativism: A Developmental Model of Intercultural Sensitivity*, in R.M. Paige (ed.), *Education for the Intercultural Experience* (pp. 21-71), Intercultural Press, Yarmouth.
- Clark S., Mangram A., Ernest D., Lebron R., Peralta L. (2011), Informed Consent: A study of the efficacy of Informed Consent and the associated role of language barriers, *Journal of Surgical Education*, 68(2): 143-147.
- Coppo P. (2003), *Tra psiche e culture. Elementi di etnopsichiatria*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Courtin E., Vineis P. (2021), Covid-19 as a Syndemic, *Frontiers in Public Health*, 9, www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2021.763830, 10.3389/fpubh.2021.763830.
- Covelli V. (a cura di) (2017), *Medicina Narrativa e Ricerca. Riflessioni teorico-metodologiche multidisciplinari per la raccolta e l'analisi delle narrazioni dei pazienti*, Libellula Edizioni, Tricase.
- Davidson B. (2000), The interpreter as institutional gatekeeper: the Social-linguistic role of interpreters in Spanish-English medical discourse, *Journal of Sociolinguistics*, 4(3): 379-405.
- Dreachslin J.L. (1999), Diversity leadership and organizational transformation: performance indicators for health services organizations, *J Healthc Manag*, 1999 Nov-Dec, 44(6): 427-439.
- Evans C., Tweheyo R., McGarry J., Eldridge J., Albert J., Nkoyo V. et al. (2019), Crossing cultural divides: A qualitative systematic review of factors influencing the provision of healthcare related to female genital mutilation from the perspective of health professionals, *PLoS ONE*, 14(3): e0211829.
- Hale S. (2007), Interdisciplinarity: Community interpreting in the medical context, *Community Interpreting*, Palgrave Macmillan, Basingstoke, Hampshire, pp. 34-62.
- Kelly E., Dobbin F. (1998), How Affirmative Action Became Diversity Management: Employer Response to Antidiscrimination Law, 1961-1996, *American Behavioral Scientist*, 41(7): 960-984.
- Kersten A. (2000), Diversity management: Dialogue, dialectics and diversion, *Journal of organizational change management*, 2000, 13(3): 235-248.
- Laplantine F. (1988), *Antropologia della Malattia*, Sansoni, Firenze.
- Lee T.H., Volpp K.G., Cheung V.G., Dzau V.J. (2021), Diversity and Inclusiveness in Health, *NEJM*, 10.1056/CAT.21.0166.
- Luzi A.M., Pasqualino G.M., Pugliese L., Schwarz M., Suligoi B. (a cura di) (2013), *L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative*, Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute, Roma.
- Pöchhacker F., Kadric M. (1999), The hospital cleaner as healthcare interpreter: A case study, *The Translator*, 5(2): 161-178.

- Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (2016), *CanMEDS 2015 OTR special addendum – updated*. RCPSC, Ottawa, canmeds.royalcollege.ca/uploads/en/framework/CanMEDS%202015%20OTR_Special_Addendum_EN.PDF.
- Rosenkranz K., Arora T., Termuhlen P. et al. (2021), Diversity, equity and inclusion in medicine: Why it matters and how do we achieve it?, *J Surg Educ*, 2021, 78(4): 1058-1065.
- Seppilli T. (2004), La funzione critica dell'antropologia medica: temi, problemi, prospettive, *I quaderni del CREAM*, Centro di Ricerche Etno-Antropologiche Milano, Università degli Studi di Milano Bicocca, Il. Trauben, Torino, pp. 5-25.
- Storey J. (2001), *Human Resource Management: A Critical Text*, 2nd Edition, Thomson Learning, New York.
- Taussig M. (1980), *Reificazione e coscienza del paziente*, in Quaranta I. (a cura di), *Antropologia medica*, Raffaello Cortina, Milano, 2006.
- Thomas R.R. (2006), Diversity management: An essential craft for leaders, *Leader to Leader Journal*, 41: 45-49.
- Valero-Garcés C. (2014), *Health, Communication and Multicultural Communities: Topics on Intercultural Communication for Healthcare Professionals*, Cambridge Scholars Publishing, Newcastle upon Tyne.
- van Dijk T.A. (1995), *Il discorso razzista. La riproduzione del pregiudizio nei discorsi quotidiani*, Rubbettino, Messina.
- Weech-Maldonado R., Dreachslin J.L., Dansky K.H., De Souza G., Gatto M. (2002), Racial/ethnic diversity management and cultural competency: The case of Pennsylvania hospitals, *Journal of Healthcare Management*, 47(2): 111-126.
- Weech-Maldonado R., Morales L.S., Elliott M.N., Spritzer K., Marshall G.N., Hays R.D. (2003), Race/Ethnicity, Language and Patients' Assessments of Care in Medicaid Managed Care, *Health Service Research*, 38(3): 789-808.

MEDICAL CARE

a cura di
Licia Montagna, Fabrizio Consorti

Medical professionalism e costruzione dell'identità professionale negli studenti di medicina

Riflessioni e proposte didattiche
per la formazione in Italia

Prefazione
di Filippo Anelli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati
possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page
al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

FrancoAngeli