



diritto & religioni

Semestrale
Anno XII - n. 2-2017
luglio-dicembre

ISSN 1970-5301

24



LUIGI
PELLEGRINI
EDITORE

Religione e Sanità. Per una realizzazione laica del diritto alla salute

BEATRICE SERRA

1. *Considerazioni introduttive: laicità dello Stato e interazioni fra libertà religiosa e diritto alla salute*

Il tema del rapporto fra religione e sanità è un tema classico della letteratura giuridica e non giuridica. Perché? Perché questo tema pone in relazione due dimensioni essenziali della vita della persona, alle quali, non a caso, corrispondono due diritti fondamentali: il diritto di libertà religiosa e il diritto alla salute (cfr. artt. 19 e 32 Cost.).

Ma non solo. La definizione e i modi di realizzazione del diritto di libertà religiosa e del diritto alla salute, e le interazioni fra tali diritti sono, storicamente, due indicatori diretti ed immediati del livello di laicità dello Stato.

Da una parte, la libertà religiosa è il frutto della modernità, della separazione moderna tra religione e legittimazione politica. È, infatti, con l'affermarsi della libertà religiosa – prima in ordine di tempo tra le libertà civili rivendicate nei confronti del potere politico –, che lo Stato diviene laico (nel senso di non confessionale, di Stato che salvaguardia la libertà di religione) e l'obbedienza all'istituzione politica non è più un dovere di coscienza¹.

Dall'altra parte, e conseguentemente, con l'affrancarsi dei poteri pubblici dall'autorità religiosa, con l'affermarsi di una nuova concezione della sovranità e delle competenze dello Stato, la sanità, il tema del corpo, del suo controllo e della sua tutela, si palesa come oggetto di competizione tra potere temporale e potere spirituale, rivendicando lo Stato moderno una propria concezione del corpo e della salute – in principio distinta dalla concezione religiosa –, sulla base della quale costruire un sistema sanitario pubblico

¹ Per questa chiave di lettura delle origini della libertà religiosa cfr. per tutti MARIO RICCA, *art. 19*, in *Commentario alla Costituzione*, a cura di RAFFAELE BIFULCO, ALFONSO CELOTTO, MARCO OLIVETTI, Utet, Torino, 2006, p. 420 e bibliografia ivi citata.

rispondente alla natura laica dello Stato².

Ora, dato il rilievo dei beni della vita in gioco e dei principi giuridici coinvolti, i concreti profili d'intersezione fra diritto di libertà religiosa e diritto alla salute e le conseguenti prospettive di analisi sono molteplici.

Si pensi al tema dell'assistenza religiosa o spirituale nelle strutture sanitarie di ricovero, oggi garantita in Italia da normativa unilaterale e di derivazione pattizia³.

Si pensi al diritto del degente di osservare prescrizioni religiose in materia alimentare, riconosciuto esplicitamente da norme di derivazione pattizia⁴ e incluso nel diritto del malato – enucleato nel d.P.C.M. del 19 maggio 1995 –, di essere assistito e curato nel rispetto delle proprie convinzioni filosofiche e religiose⁵.

Si pensi, ancora, al tema degli enti ecclesiastici ospedalieri e della loro qualificazione nella evoluzione giuridica del sistema italiano; al tema della obiezione di coscienza del personale sanitario all'interno degli ospedali, anche religiosi; o al macro-tema del rapporto tra bioetica e fattore religioso, tra religione e biodiritto, che in Italia si declina, soprattutto, come tema dello spazio di partecipazione da riconoscere alle confessioni religiose nella defi-

² Per lucide riflessioni sul nesso tra laicità e corporeità si veda MARCO VENTURA, *Laicità e fattore religioso*, in *Bioetica e diritti dell'uomo*, a cura di LORENZO CHIEFFI, Paravia Scriptorium, Torino, 2000, pp. 37-49.

³ Cfr. art. 5, R.D. 28 febbraio 1930, n. 289; art. 35, D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128; art. 38, l. 23 dicembre 1978 n. 833; allegato 8, punto 44, D.P.C.M. 19 maggio 1999; art. 11, l. 25 marzo 1985, n.121; art. 6, l. 11 agosto 1984, n.449; art. 8, l. 22 novembre 1988, n. 516; art. 4, l. 22 novembre 1988, n.517; art. 9, l. 8 marzo 1989, n.101; art. 6, l. 12 aprile 1995, n.116; art. 6, l. 29 novembre 1995, n.520; art. 5, l. 30 luglio 2012, n.126; art. 9, l. 30 luglio 2012, n.127; art. 6, l. 30 luglio 2012, n.128; art. 5, l. 31 dicembre 2012, n. 245; art. 5, l. 31 dicembre 2012, n. 246.

^{1a} distinzione, cui ci si riferisce in questa sede, fra assistenza religiosa e assistenza spirituale, è data dal fatto che l'assistenza spirituale non si risolve nelle pratiche di culto e nelle altre manifestazioni della libertà religiosa, includendo forme più ampie di supporto psicologico e spirituale. Esemplificativi in questo senso l'art. 5, l. 31 dicembre 2012, n. 245 e l'art. 5 l. 31 dicembre 2012, n. 246, che sanciscono il diritto dei pazienti all'*assistenza spirituale* da parte di ministri di culto o da parte di assistenti spirituali.

⁴ Cfr. art. 7, l. 8 marzo 1989, n.101. Tale diritto è anche oggetto dell'Accordo dell'11 novembre 2009 tra la Regione Lombardia e la Comunità Ebraica di Milano per il servizio di assistenza religiosa nelle strutture sanitarie di ricovero e cura lombarde sul quale si veda ISABELLA BOLGIANI, *Assistenza spirituale nelle strutture sanitarie lombarde: l'Accordo tra Regione e Comunità Ebraica di Milano*, in *Quaderni di Diritto e Politica ecclesiastica*, n. 2, 2009, pp. 457-478.

¹ⁿ analogo diritto è riconosciuto per detenuti dall'art. 3, comma 4 dell'Intesa, firmata nel 2007, tra la Repubblica Italiana e la Congregazione dei testimoni di Geova (cfr. in www.governo.it).

⁵ Cfr. d.P.C.M. 19 maggio 1995, Schema Generale di riferimento della «Carta dei servizi pubblici sanitari», allegato 7- *Regolamento dei diritti e dei doveri dell'utente malato*, art. 1; allegato 8- *Elenco dei diritti contenuti nelle carte proclamate a livello locale*, artt. 43 e 44.

nizione delle politiche bioetiche pubbliche⁶.

Ebbene, questi ed altri profili del rapporto fra sanità e fattore religioso sono oggi più complessi e problematici in ragione di un altro elemento: la presenza, nel nostro sistema sanitario, di un'utenza multietnica, multiculturale e multireligiosa, che è conseguenza diretta e immediata del fenomeno migratorio.

Questa utenza ridefinisce, inevitabilmente, le intersezioni fra diritto alla salute e diritto di libertà religiosa, ponendo nuove questioni o riformulando vecchie questioni in una diversa prospettiva.

Questioni che in Italia sono divenute oggetto consapevole di studio a partire dalla fine degli anni 80, ma che noi troviamo compiutamente affrontate con almeno vent'anni d'anticipo negli Stati Uniti e in Canada⁷, ove l'immigrazione di massa è avvenuta prima che in Europa, determinando un forte pluralismo culturale e una più consolidata e feconda tradizione di studi sul tema. Esemplificativo di tale tradizione di studi un recentissimo volume, *Diversity and Inclusion in Quality Patient Care*, nel quale sono appunto analizzati, in prospettiva interdisciplinare, i riflessi della diversità religiosa e culturale nella cura della salute⁸.

⁶ Su questi aspetti del rapporto fra fattore religioso e diritto alla salute, eterogenei ma profondamente connessi, si veda per un primo orientamento sugli enti ecclesiastici ospedalieri, CARMELA ELEFANTE, *Enti ecclesiastici ospedalieri, sanità pubblica e spending review*, Giappichelli, Torino, 2014.

⁵La obiezione di coscienza del personale sanitario, qualificabile anche come libertà di prestazione della cura si veda CINZIA PICIOCCHI, *La libertà terapeutica come diritto culturale. Uno studio sul pluralismo nel diritto costituzionale comparato*, Cedam, Padova, 2006, pp. 165-200.

⁶Per una ricostruzione delle intersezioni tra bioetica e fattore religioso FORTUNATO FRENI, *La laicità nel biodiritto. Le questioni bioetiche nel nuovo incidere interculturale della giuridicità*, Giuffrè, Milano, 2012; SALVATORE BERLINGÒ, *È l'ecclesiasticista scientificamente legittimato ad occuparsi di bioetica?*, in *Quaderni di diritto e politica ecclesiastica*, n.1, 2005, pp. 11-24.

⁷ Sulla multiculturalità quale situazione di fatto che ha caratterizzato il Canada e gli Stati Uniti prima che l'Europa cfr. MARIALUISA ZUPPETTA, *Società multietnica e multiculturalismo. Il caso del Canada*, in *www.amministrazioneincamminoluis.it*, 23 novembre 2009, pp. 1-10; CLAUDIA SANTORO, *La tutela penale dei soggetti vulnerabili nell'Italia multiculturale tra simbolicità ed ineffettività*, in *Diritto e pluralismo culturale. I mille volti della convivenza*, a cura di FULVIA ABBONDANTE, SALVATORE PRISCO, Editoriale scientifica, Napoli, 2015, pp. 123-126.

⁸Per costatazioni sulla natura relativamente recente e del fenomeno migratorio e delle sue implicazioni anche sanitarie in Italia cfr. ALDO MORRONE, *Aspetti sanitari del fenomeno migratorio*, in *Immigrazione e salute. Questioni di biogiuridica*, a cura di GIUSEPPE DALLA TORRE, Edizioni Studium, Roma, 1999, pp. 35-40.

⁸ Cfr. *Diversity and Inclusion in Quality Patient Care*, MARCUS L. MARTIN, SHERYL L. HERON, LISA MORENO-WALTON, ANNA WALKER JONES, (edited by), Springer, New York, 2016.

2. *Il sistema sanitario italiano fra pluralità dei modelli corporei e terapeutici e approccio bio-tecnologico*

Guardando alla realtà italiana, tra i diversi profili del rapporto fra sistema sanitario e specificità religiosa e culturale degli utenti ve ne è uno che emerge con particolare evidenza e frequenza nella relazione terapeutica.

È il tema delle barriere comunicative tra personale sanitario e pazienti non autoctoni.

Queste barriere trovano la loro origine nell'appartenenza religiosa e culturale dei pazienti.

Perché? Perché l'identità religiosa e culturale del paziente investe le diverse forme di realizzazione del diritto alla salute, determinando il modo di concepire il corpo e la malattia, l'esperienza del dolore, i sistemi di cura⁹.

Se ciò è vero per tutti e in ogni relazione terapeutica, quando però chi si avvale dei servizi sanitari ha un'appartenenza culturale e religiosa diversa dagli erogatori di questi servizi o, comunque, "altra" rispetto agli autoctoni, tale appartenenza si traduce, sovente, in un *deficit* comunicativo tra pazienti e operatori sanitari che genera conflitti e fraintendimenti, vanificando l'efficacia dei percorsi di cura consueti.

Approcciandosi ai servizi sanitari del Paese di approdo con il proprio, specifico, sistema di valori e credenze il paziente straniero non si riconosce negli abiti culturali occidentali sottesi a tali servizi e alle modalità della loro erogazione e, pertanto, non riesce a instaurare un rapporto di reale collaborazione con il personale sanitario.

Le difficoltà non scaturiscono, semplicemente, dalla non conoscenza della lingua italiana, ma dal fatto che le categorie culturali e religiose dei pazienti non autoctoni implicano peculiari modelli corporei, cui corrispondono specifici modelli terapeutici.

Essendo questi modelli terapeutici diversi da quelli del personale medico – o, comunque, diversi da quelli previsti dai protocolli sanitari –, ne consegue un vuoto comunicativo che priva il medico d'informazioni indispensabili per capire il significato del disagio e le sue radici e, dunque, per elaborare

⁹ Per il riconoscimento dell'incidenza della identità religiosa nei percorsi di cura si veda nella vasta letteratura ISABELLE Lévy, *La religion à l'hôpital*, Presses de la Renaissance, Paris, 2004, spec. pp. 185-224; NEVILLE A. KIRKWOOD, *The hospital handbook on multiculturalism and religion*, Morehouse publishing, Harrisburg, 1993, spec. pp. 5-97; JOSEFIN ALUJAN, HOWARD B. CAMPBELL, *The Role of Religion on the Health Practices of Mexican Americans*, in *Journal of Religion and Health*, n. 45, 2006, 2, pp. 183-195; RÔMULO ROMEU DA NÓBREGA ALVES, HUMBERTO DA NÓBREGA ALVES, RAYNNER RIKE DUARTE BARBOZA, WEDSON DE MEDEIROS SILVA SOUTO, *The influence of religiosity on health*, in *Ciência&SaúdeColetiva* 15, 2010, pp. 2105-2111.

una corretta diagnosi.

Segnatamente, mentre il paziente si ancora alle proprie tradizioni sanitarie, l'operatore sanitario, abituato a un approccio bio-tecnologico, non comprende la posizione del paziente e non coglie messaggi e informazioni, espressi non solo a livello verbale, che invece emergerebbero spontaneamente nella relazione con malati isoculturali e isoterritoriali¹⁰.

Due casi concreti nei quali s'imbattono frequentemente gli operatori sanitari, possono esemplificare la distanza che si viene a creare tra personale sanitario e utenza multireligiosa.

Primo caso: una donna musulmana si presenta al pronto soccorso accompagnata dal marito denunciando forti dolori addominali. Alle domande del personale ospedaliero il marito risponde al posto della moglie e si oppone a che la stessa sia visitata dall'unico medico disponibile di sesso maschile¹¹.

Secondo caso: un malato terminale di religione *hindu* rifiuta le cure antidolorifiche proposte dai sanitari. Per un induista la dignitosa sopportazione della sofferenza fa parte del proprio *dharmā*. Rifiutarla o tentare di eluderla significherebbe sottrarsi al processo di espiazione della propria colpa, del proprio *karma* negativo. Quindi l'offerta della terapia contro il dolore da parte del medico innesca nel paziente *hindu* un conflitto interiore che si risolve con la prevalenza dell'imperativo religioso¹².

¹⁰ Sul deficit comunicativo tra pazienti non autoctoni e personale sanitario si veda tra i contributi recenti H. EDWARD RANSFORD, FRANK R. CARRILLO, YSSENIA RIVERA, *Healthcare-seeking among Latino immigrants: blocked access, use of traditional medicine and the role of religion*, in *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, n. 21, 2010, pp. 862-878; ALESSANDRO BAZZONI, ANGELO TANESE, *Laboratorio per l'accoglienza delle differenze e specificità culturali e religiose nella ASL Roma E*, in *Coscienza e Libertà*, n. 48, 2014, pp. 42-50; FRANCA ORLETTI, *L'emergere e la costruzione delle identità nell'interazione medico-paziente in contesti multiculturali*, in *Rivista Salute e Società. La sfida della multiculturalità nella interazione medico-paziente*, n.1, 2013, pp. 61-76; SERGIO PASQUANDREA, *Uso del linguaggio tecnico e rapporto medico-paziente: un'analisi in contesti interculturali*, in *Rivista Salute e Società. La sfida della multiculturalità nella interazione medico-paziente*, n.1, 2013, pp. 76-93; MAURIZIO MARCECA, FABRIZIA PETREI, MARIA LAURA RUSSO, "Cosa ha detto il dottore?". *Idee e riflessioni per una comunicazione efficace tra medico e paziente migrante*, in *Rivista Salute e Società. La sfida della multiculturalità nella interazione medico-paziente*, n.1, 2013, pp. 141-163.

¹¹ Questo caso pratico è narrato in PAOLA BORSELLINO, *Le mutilazioni genitali femminili*, in *Punto Omega. Dialoghi di bioetica e di Biodiritto*, n.18, 2006, pp. 50-51.

¹² Questo caso pratico è narrato in IVO QUARANTA, MARIO RICCA, *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2012, pp. 63-64.

3. *L'irrilevanza delle radici religiose della scelta terapeutica nei protocolli sanitari esistenti e negli schemi giuridici ad essi sottesi*

Ora queste ed altre situazioni come possono definirsi, situarsi, all'interno del sistema sanitario di uno Stato laico?

Le prospettive sono essenzialmente due.

La prima è quella di convogliare *tout-court* le domande di salute dell'utenza multiculturale e multireligiosa nei protocolli sanitari esistenti e consolidati e negli schemi giuridici ad essi sottesi.

Tornando ai due casi citati, sia il silenzio della donna musulmana, sia il rifiuto degli antidolorifici da parte del paziente *hindu* possono essere letti come manifestazioni del diritto all'autodeterminazione terapeutica sul quale poggia il nostro sistema di tutela della salute *ex artt.* 2, 13 e 32 Cost.

Specificatamente, nel nostro ordinamento vige il principio, fondamentale e generale, del consenso informato; principio per il quale ogni trattamento sanitario (ad esclusione di quelli obbligatori per legge), è legittimo solo se il paziente, dopo essere stato informato dal medico sul trattamento, ha acconsentito allo stesso liberamente e consapevolmente¹³.

Il diritto alla libera autodeterminazione in ambito sanitario, peraltro, è considerato (anche) come il risultato dell'affrancamento dell'uomo dalla concezione religiosa del corpo e della vita quale dono divino che non è nella disponibilità dell'uomo e, dunque, come un indicatore del livello di laicità del sistema sanitario¹⁴.

L'applicazione del principio del consenso informato ha, poi, due corollari.

Il primo è quello di esonerare il personale medico da ogni responsabilità rispetto alle conseguenze che derivano dalla scelta del paziente.

Il secondo corollario è quello di non dare autonomo rilievo alle radici religiose di tale scelta, secondo una tendenza interpretativa che trova, ad esempio, riscontro in un recente provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali. Con tale provvedimento infatti si è vietato alle strutture sanitarie la raccolta, sistematica e preventiva, di informazioni sulla religione dei pazienti, sostenendo, tra l'altro, che la struttura sanitaria deve

¹³ Sull'istituto del consenso informato si veda la recentissima opera monografica di SIMONA CACACE, *Autodeterminazione in salute*, Giappichelli, Torino, 2017; nonché per un efficace quadro di sintesi EMANUELE ROSSI, *Profili giuridici del consenso informato: i fondamenti costituzionali e gli ambiti di applicazione*, in *Il diritto alla fine della vita. Principi, decisioni e casi*, a cura di ANTONIO D'ALOIA, Edizioni Scientifiche italiane, Napoli, 2012, pp. 77-97.

¹⁴ Cfr. sul punto MARCO VENTURA, *Laicità e fattore religioso*, cit., pp. 30-41.

apprendere ed accogliere le scelte terapeutiche del paziente senza dover conoscere le motivazioni religiose ad esse sottese¹⁵.

4. *La necessità di dare rilievo al fattore religioso nella relazione terapeutica*

La seconda prospettiva è, invece, quella di ipotizzare che, a fronte delle peculiari domande di salute-che emergono da una società caratterizzata da una pluralità di culture, tradizioni e religioni-, il sistema sanitario statale si faccia carico di queste domande attraverso l'elaborazione di nuove strategie e modelli organizzativi- istituzionali.

Ma perché il sistema sanitario dovrebbe farsi carico della gestione degli immaginari culturali e religiosi degli utenti?

Per almeno due ragioni.

La prima: come inequivocabilmente chiarito dalla Corte costituzionale, il diritto alla salute, sancito dall'art. 32 Cost., è un patrimonio innato della persona¹⁶.

Tale diritto, pertanto, nel suo nucleo irriducibile, è proprio anche degli stranieri, regolari ed irregolari, ai quali lo Stato deve assicurare gli interventi necessari alla sua attuazione. Interventi che vanno concepiti ricordando che il bene salute non coincide solo con l'assenza di malattia ma, come sancito nel preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, con uno stato di *completo benessere*, fisico, mentale e sociale.

La seconda ragione: disinteressarsi della diversità dei bisogni sanitari legati all'appartenenza religiosa significa non solo negare il diritto alla salute dei portatori di tali bisogni ma, anche, dell'intera collettività, giacché malati non assistiti o mal assistiti determinano un sovraffollamento delle strutture di cura e aumentano il rischio della reviviscenza di patologie ritenute scomparse. Non a caso, recentissimi dati statistici-mentre rilevano e quantificano le crescenti disuguaglianze di salute e le difficoltà di accesso ai servizi sanitari sperimentate dagli stranieri in Italia-, mostrano che i migranti accedono a tali servizi nella fase acuta della malattia, cosicché l'assistenza effettuata

¹⁵ Per una analisi di questo provvedimento del Garante mi permetto di rinviare a BEATRICE SERRA, *Convinzioni religiose, riservatezza e prestazioni sanitarie*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale, Rivista telematica* (www.statoechiese.it), n. 34, 2015, pp. 1-27.

¹⁶ La definizione del diritto alla salute quale diritto fondamentale della persona è orientamento costante della Corte costituzionale. Fra le diverse pronunce si veda: Corte. cost., 18 febbraio 1975, n. 27; Corte cost., 12 luglio 1979, n. 88; Corte cost., 12 ottobre 1988, n. 992; Corte cost., 11 luglio 1991, n. 356; Corte cost., 16 aprile 2012, n. 107; Corte cost., 23 maggio 2017, n. 190, in www.cortecostuzionale.it.

nei loro confronti è, prevalentemente, emergenziale e, dunque, complessivamente più costosa¹⁷.

Detto altrimenti, l'utenza multiculturale e multireligiosa se mal gestita o non compresa, accresce il divario fra le richieste di salute e di cura e una offerta sanitaria già fortemente limitata dai vincoli di spesa.

Ma la necessità di dare rilievo al fattore religioso nella relazione terapeutica emerge anche se inquadrriamo questa relazione all'interno degli schemi giuridici consolidati i quali, applicati alla utenza non autoctona, pongono a ben guardare più problemi che soluzioni.

Torniamo ai due esempi fatti.

Abbiamo detto che sia il silenzio della donna musulmana, sia il rifiuto degli antidolorifici da parte del paziente *hindu* possono essere letti come manifestazioni del diritto all'autodeterminazione terapeutica, come atti di rifiuto del trattamento sanitario.

Ma l'atto di rifiuto del trattamento sanitario o di accettazione di tale trattamento è valido solo se preceduto da una adeguata informazione.

Se è vero che il paziente ha il diritto di accettare o rifiutare il trattamento, è anche vero che in funzione dell'esercizio di tale diritto il personale sanitario è obbligato a dare una adeguata e corretta informazione sulla natura della terapia proposta, sui rischi e i vantaggi della stessa e sulle possibili alternative, all'interno di un rapporto diretto ed effettivo con il paziente. Solo tale informazione pone il malato nella condizione di conoscere e comprendere, integralmente, le conseguenze dell'esercizio del suo diritto di scelta; diritto che è la sintesi del diritto all'autodeterminazione e del diritto alla salute¹⁸.

A conferma di ciò la giurisprudenza ha sancito che, in assenza di un valido consenso, il medico risponde della violazione del diritto all'autodeterminazione del paziente anche se l'intervento terapeutico ha avuto esito favorevole¹⁹.

Ma se così è, come e quando può dirsi assolto, sotto un profilo giuridico

¹⁷ Cfr. LUCA FACCHINELLI, NATALE LOSI, *L'accesso dei migranti ai servizi psicologici*, in *Dossier Statistico Immigrazione 2015*, a cura di IDOS, Roma, pp. 238-239.

¹⁸ Per questa definizione del diritto al consenso informato cfr. Corte cost., 15 dicembre 2008, n. 438 (in *www.cortecostituzionale.it*). Per riflessioni su tale pronuncia: RENATO BALDUZZI, DAVIDE PARIS, *Corte costituzionale e consenso informato tra diritti fondamentali e ripartizione delle competenze legislative*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 53, 2008, fasc. VI, pp. 4953-4970; DONATELLA MORANA, *A proposito del fondamento costituzionale per il "consenso informato" ai trattamenti sanitari: considerazioni a margine della sent. n. 438 del 2008 della Corte costituzionale*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 53, 2008, fasc. VI, pp. 4970-4981.

¹⁹ Cfr. Cass. pen., Sez. IV, 11 luglio 2001, n. 1572, in *Cassazione penale*, n.6, 2002, pp. 2041-2051, con nota di GIANFRANCO IADECOLA, *Sugli effetti penali della violazione colposa della regola del consenso nell'attività chirurgica*.

ed etico, l'obbligo d'informativa del medico nei confronti del malato di altra religione e cultura?

Posto, infatti, che le informazioni valide per il consenso sono solo quelle comprensibili ed effettivamente comprese, se medico e paziente sono "estranei morali", con coordinate, valori e credenze profondamente difformi – se, cioè, manca un orizzonte valutativo comune-, le informazioni *standard*, date nel modo usuale, possono non essere sufficienti per spiegare diagnosi e terapia, per porre il malato straniero in condizione di capire e di scegliere.

Il non soddisfacimento dei peculiari bisogni comunicativi del paziente consente invero di qualificare l'azione del medico come *non appropriata*. Uno dei profili del complesso e multidimensionale concetto di appropriatezza della prestazione medica è, infatti l'*appropriatezza etica*, data dalla capacità della prestazione di rispondere alle aspirazioni del paziente e dei suoi familiari, intrecciandosi con il principio di autodeterminazione in campo sanitario²⁰.

Ma non solo. La prestazione medica eticamente inappropriata, nel senso appena chiarito, conduce a due esiti apparentemente diversi ma di uguale matrice.

Il malato o subisce il trattamento che non comprende e, dunque, non condivide – con il rischio che l'invalidità del consenso e la conseguente responsabilità contrattuale del medico siano fatti valere in giudizio –; o rifiuta il trattamento che mette in discussione la sua identità progettuale.

Un rifiuto cui segue, sovente, la decisione di non avvalersi più dei servizi sanitari, vanificando, così, la finalità di prevenzione primaria e secondaria di tali servizi.

Per il vero, il dissenso ideologicamente o religiosamente motivato ai trattamenti sanitari volontari non nasce con il fenomeno migratorio, com'evvidenzia il caso, paradigmatico, del rifiuto della terapia trasfusionale da parte dei Testimoni di Geova²¹.

Tuttavia, la distanza culturale tra migranti e personale sanitario e, ancor oltre, tra migranti e società occidentale, per un verso ostacola quel reciproco riconoscimento valoriale che, proprio nel caso dei Testimoni di Geova, ha

²⁰ Sul punto si veda MARCO ADVERSI, RITA MARIA MELOTTI, *Il principio di appropriatezza clinica quale criterio di erogazione della prestazione medica*, in *L'erogazione delle prestazioni sanitarie tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, a cura di MICHELE SESTA, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2014, pp. 357-390.

²¹ Sul rifiuto dei trattamenti sanitari da parte dei Testimoni di Geova all'interno di riflessioni sui limiti costituzionali ai trattamenti sanitari si veda VEZIO CRISAFULLI, *In tema di emotrasfusioni obbligatorie*, in *Diritto e società*, 1982, III, pp. 557-568; FRANCO MODUGNO, *Trattamenti sanitari "non obbligatori" e Costituzione*, in *Diritto e società*, 1982, III, pp. 315-325.

agevolato la messa a punto di pratiche alternative alle trasfusioni²²; per l'altro verso rende difficile riconoscere, inequivocabilmente, l'atto di dissenso.

Pensiamo alla donna musulmana che si reca al pronto soccorso ma non interagisce direttamente con il personale medico.

In questa situazione il silenzio della donna può essere interpretato, pacificamente, come un atto espresso, libero e personale di rifiuto della prestazione sanitaria, che esonera il medico e la struttura ospedaliera da ogni responsabilità per la mancata visita?

In tale ipotesi, cioè, è la donna musulmana che non esercita il suo diritto all'autodeterminazione sanitaria – a causa dei condizionamenti religiosi e culturali –, o è il nostro concetto giuridico di autodeterminazione che è *culturalmente condizionato* e, dunque, non applicabile universalmente?

La questione ripropone, sotto un profilo specifico, le alternative che caratterizzano l'ampio dibattito internazionale sulla possibilità di individuare indiscutibili *standard* etici cui ancorare i protocolli sanitari. Dibattito oscillante fra la posizione di chi crede in un'etica universale, in principi morali non negoziabili e applicabili senza distinzioni, e la posizione di chi crede in un'etica comunitaria, e ritiene i diritti individuali una categoria aperta e culturalmente determinata, con la relativa messa in discussione dei protocolli che, difatti, impongono schemi di una data cultura a tradizioni diverse²³.

5. Religione, consenso informato, responsabilità medica

Ora, ferme queste prospettive teoriche se, più concretamente, si guarda alle linee guida predisposte dalle Aziende sanitarie italiane in tema d'informazione e consenso e ai relativi moduli tipo- la firma dei quali da parte del paziente prova l'avvenuta informazione e la conseguente scelta-, i riferimenti

²² Cfr. al riguardo ROSANNA FATTIBENE, *Gli interventi sul corpo umano a fini non terapeutici nella società multietnica e multiculturale*, in *Il multiculturalismo nel dibattito bioetico*, Giappicchelli, Torino, 2005, p. 101, la quale sottolinea che, in Italia, l'individuazione di pratiche alternative alla trasfusione è stata agevolata, anche, dal radicamento dei Testimoni di Geova nel Paese e, dunque, dalla reciproca riconoscibilità dei valori in gioco tra paziente (o i suoi congiunti) e medico.

²³ Per una visione complessiva del dibattito fra fattore etico e protocolli sanitari si veda RUTH MAC-KLIN, *Ethics in global health. Research, Policy and Practice*, Oxford University Press, Oxford, 2012. Riflessioni specifiche a sostegno della possibilità di giudizi morali transculturali in ambito sanitario si rinvencono in ROBERT BAKER, *A theory of international bioethics: the negotiable and the non-negotiable*, in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, n. 8, 1998, pp. 233-273.

²⁴ Per considerazioni contrarie alla esistenza di un'etica universale sulla quale costruire i protocolli sanitari si veda, invece, anche con specifico riferimento al consenso informato LISA H. NEWTON, *Ethical Imperialism and Informed Consent*, in *IRB: a review of human subjects research*, 1990, n. 12, pp. 10-11.

alla ricomposizione delle differenze religiose e culturali appaiono indiretti e insufficienti.

Si guardi, a titolo esemplificativo, al *vademecum* predisposto dall'Azienda regionale socio-sanitaria del Veneto²⁴.

In tale *vademecum*, il consenso è definito informato quando l'informazione del medico è – fra l'altro –, *esauriente, comprensibile e personalizzata*. Tuttavia, per informazione *personalizzata* si intende una informazione adeguata alla cultura del paziente intesa come grado di scolarità più che come identità culturale e religiosa.

Ancora rispetto al paziente straniero l'informazione è ritenuta *comprensibile* se il medico si è avvalso (solo) di un traduttore, mentre nella definizione *del concetto d'informazione esauriente* non sono presi esplicitamente in considerazione i diversi schemi psicologici del malato straniero.

Infine si specifica che l'informazione deve essere data *solo* al paziente, e che il *consenso espresso dai familiari* – coinvolti solo se il malato acconsente esplicitamente –, è *giuridicamente irrilevante*²⁵.

Ora, rapportando queste linee guida al caso della donna musulmana è evidente lo scarto tra moduli giuridici consolidati e la specifica identità dell'utente.

Nella concezione islamica la volontà della famiglia è considerata una naturale estensione della volontà del malato, cosicché non solo il medico deve informare i congiunti del paziente, ma la scelta di quest'ultimo è una scelta di tutta la comunità familiare, che condivide il consenso o il dissenso al trattamento. In adempimento dei precetti islamici, inoltre, è possibile che il paziente si rifiuti di essere visitato non solo da un medico di sesso diverso ma, anche, di religione diversa²⁶.

Ebbene, in questa e altre ipotesi cosa garantisce meglio il diritto all'auto-determinazione terapeutica e il diritto alla salute?

L'applicazione *indifferenziata* delle procedure previste o un ripensamento delle stesse rispetto, anzitutto, al concetto di autonomia individuale?

²⁴ Cfr. AZIENDA REGIONALE SOCIO-SANITARIA DEL VENETO, *Linee di indirizzo per l'informazione del paziente ed il consenso dell'atto sanitario*, Quaderno n. 13, 2009, in www.arsveneto.it.

²⁵ Cfr. AZIENDA REGIONALE SOCIO-SANITARIA DEL VENETO, *Linee di indirizzo per l'informazione del paziente ed il consenso dell'atto sanitario*, cit., pp. 10-13.

²⁶ Su questi profili della cultura islamica, che attribuisce alla famiglia il compito di proteggere il malato, soprattutto se malato grave o terminale, si veda DARIUSCH ATIGHETCHI, *Il paziente musulmano*, in *Bioetica, Metodo ed elementi di base per affrontare i problemi clinici*, a cura di PAOLO M. CATTORINI, Elsevier, Milano, 2011, 4^a ed., pp. 228-254; MASSIMILIANA EQUIZI, *La medicina transculturale e il multiculturalismo in ambito sanitario: l'esperienza islamica*, in *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, a cura di CARLO BOTTARI, LUCIA S. ROSSI, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013, p. 222.

A favore della seconda ipotesi possono essere considerati tre dati.

Il primo: nell'esperienza anglosassone, dalla quale trae origine la figura del consenso informato, tende oggi ad affermarsi l'idea che la formazione di un vero consenso debba avvenire attraverso un processo di *shared decision making*.

Ebbene, tale processo, finalizzato ad accrescere l'autonomia del paziente e una reale alleanza terapeutica fra questi e il medico, prevede tra i suoi punti chiave la conoscenza e il rispetto della cultura del malato e delle prospettive che ne derivano e il coinvolgimento della famiglia e degli amici²⁷.

Il secondo dato: in sede di raccolta del consenso informato alla sperimentazione clinica di malati appartenenti a Paesi in via di sviluppo, il coinvolgimento della comunità locale nella formazione del consenso si è dimostrato più adeguato del divieto, per via giuridica, di tale coinvolgimento, comunque radicato nella cultura dei malati²⁸.

Il terzo dato: nelle Linee Guida predisposte dal Ministero della salute per la tutela di persone straniere che hanno subito violenze o tortura, si enuncia il concetto di "mediazione di sistema" quale «processo di trasformazione organizzativa, dove la relazione e la corretta comunicazione con l'utente siano sempre garantite»²⁹.

Ebbene, ai fini della configurazione di tale processo di trasformazione è espressamente previsto che la comunità di appartenenza del migrante, identificata con i familiari, gli amici e, ancor oltre, con il *gruppo di riferimento fiduciario*, partecipi alla definizione e attuazione di adeguati interventi di promozione della salute³⁰.

²⁷ Cfr. al riguardo SUSI PELOTTI, *Per un nuovo consenso informato*, in *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, cit., pp. 147-156.

²⁸ Per riflessioni a favore del riconoscimento della comunità affettiva del paziente quale interlocutore al quale il paziente, soprattutto se terminale, deve poter fare riferimento si veda SALVATORE PRISCO, *La dignità del malato tra pluralismo delle morali ed etica dello Stato*, in *Il diritto alla fine della vita. Principi, decisioni e casi*, a cura di ANTONIO D'ALOIA, Edizioni scientifiche italiane, Napoli, 2012, pp. 71-76.

²⁹ Per questo dato cfr. FEDERICO FORNI, *Il consenso informato quale presupposto per l'immissione in commercio del medicinale nell'Unione europea*, in *Sanità e diritti fondamentali in ambito europeo e italiano*, cit., pp. 101-112.

³⁰ MINISTERO DELLA SALUTE, *Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*, predisposte in attuazione dell'articolo 1, comma 1, lettera s) del D. Lgs. 18/2014 che modifica l'articolo 27 comma 1-bis D. Lgs. 251/2007, Roma, 30 marzo 2017, in www.statoregioni.it, p. 56.

³¹ Cfr. MINISTERO DELLA SALUTE, *Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di*

In ogni caso, anche in assenza di una esplicita e specifica previsione normativa dell'obbligo del personale sanitario di gestire e superare le barriere religiose, non può escludersi che il paziente straniero riesca a dimostrare la violazione del dovere di corretta ed esaustiva informazione, con conseguente lesione del suo diritto all'autodeterminazione e, eventualmente, del diritto alla salute e richiesta di risarcimento danni.

Di questo possibile esito appare consapevole la classe medica che, a fronte dei rischi connessi alla interazione con il paziente non autoctono, chiede il supporto della struttura di appartenenza, chiamata a predisporre strumenti che permettano di farsi comprendere, agendo con diligenza³¹.

Resta il problema dell'esigibilità giuridica di tale richiesta.

Rispetto a questo specifico aspetto, e spostando l'attenzione dal medico al paziente, una prima soluzione potrebbe scaturire dall'attuale modo di intendere sia il rapporto tra utente e struttura sanitaria, sia la responsabilità di quest'ultima.

È ormai consolidata l'idea che l'assistenza sanitaria è oggetto di un rapporto contrattuale tra struttura e paziente che si conclude quando il malato è accettato nell'azienda per un ricovero o una prestazione ambulatoriale.

Tale contratto, definito di assistenza sanitaria o di spedalità, è un contratto atipico a prestazioni corrispettive, che implica una serie di obbligazioni funzionali alla attività diagnostica e terapeutica quali, ad esempio, le prestazioni di carattere alberghiero o la predisposizione di personale ed attrezzature qualitativamente e quantitativamente adeguate³².

In quest'ottica, pertanto, l'adempimento del contratto di spedalità comporta che l'azienda garantisca al paziente una adeguata ed efficiente organizzazione delle proprie risorse, sia umane che strumentali; organizzazione adeguata ed efficiente che diviene oggetto del contratto. Al contempo, pur essendo il servizio sanitario una prestazione complessa – all'interno della quale è difficile separare l'attività del medico dall'apparato organizzativo nel quale opera –, si è definita in giurisprudenza una responsabilità autonoma della struttura sanitaria per fatto proprio, distinta dalla responsabilità del

violenza psicologica, fisica o sessuale, cit., p. 56.

³¹ Questa consapevolezza emerge ad esempio dal rapporto redatto dall'Azienda ospedaliera di Modena nel V Convegno Nazionale *Star bene in Ospedale. "Accoglienza Qualcosa è cambiato ..."*, Bologna, 26-27 maggio 2006 in <http://www.policlinico.mo.it/>.

³² Per questa definizione giurisprudenziale del contratto di spedalità si veda Cass. civ., sez. III, 4 giugno 1979, n. 3158, in *Giurisprudenza italiana*, 1979, I, c. 953; Cass. civ., sez. un., 11 gennaio 2008, n. 577, in *Danno e Responsabilità*, 8-9, 2008, pp. 871-879, con nota di ANDREA NICOLUSI; Cass. civ. sez. un., 1 luglio 2002, n. 9556, in *Foro Italiano*, 2002, I, c. 3060.

personale sanitario³³.

Una distinzione di poi avallata dalla l. 8 marzo 2017, n. 24, che distingue chiaramente la responsabilità della struttura sanitaria dalla responsabilità dell'esercente la professione sanitaria³⁴.

Ebbene, alla luce di questi presupposti, i supporti per gestire ed accogliere la differenza culturale e religiosa potrebbero essere inclusi tra le obbligazioni accessorie del contratto di ospedalità che l'azienda è tenuta a garantire al paziente.

L'assenza di strumenti per consentire ai medici di relazionarsi con utenti non autoctoni potrebbe essere letta cioè, come un *deficit* organizzativo non imputabile al singolo sanitario, ma ad una carenza strutturale, cosicché sarebbe l'azienda a rispondere di una eventuale lesione della integrità e della libera determinazione del paziente conseguenti a tale *deficit*³⁵.

Detto altrimenti, il danno subito dal paziente non autoctono in termini di mancata possibilità di esercizio del diritto all'autodeterminazione, con conseguente lesione del diritto alla salute, si configurerebbe non come il risultato della condotta del singolo operatore sanitario, ma come il risultato di una debolezza dell'organizzazione complessiva. Col che l'azienda sanitaria, condannata a risarcire il danno subito dal paziente, avrebbe di poi titolo per agire in rivalsa nei confronti dei responsabili di tale debolezza e cioè dei dirigenti aziendali.

³³ Per un'ampia ricostruzione di questo orientamento giurisprudenziale, che definisce la dimensione oggettiva della responsabilità della struttura sanitaria per disfunzione organizzativa, si veda ROSALIA CUCCIA, *La responsabilità dell'azienda sanitaria da deficit organizzativo*, in *Le responsabilità in ambito sanitario*, a cura di SALVATORE ALEO, RAFFAELLA DE MATTEIS, GIUSEPPE VECCHIO, Tomo II, Cedam, Padova, 2014, pp. 1121-1150.

³⁴ Cfr. Legge 8 marzo 2017, n. 24, *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni legali*, art. 7, in *Gazzetta Ufficiale* del 17 marzo 2017, n. 64.

⁵⁰La distinzione tra la responsabilità della struttura sanitaria, che risponde degli obblighi *ex contractu* e dell'operato doloso o colposo dei suoi ausiliari ex art. 1228 c.c. e la responsabilità aquilana del personale sanitario quale risultato rilevante della l. 2017/n. 24 si veda fra i primi commenti, PATRIZIO GATTARI, *Prime riflessioni sulla riforma della responsabilità civile da attività sanitaria (Legge 8 marzo 2017 n. 24)*, in *www.questionigiustizia.it*, pp. 1-8; ANTONINO ASTONE, *Profili civilistici della responsabilità sanitaria (Riflessioni a margine della l. 8 marzo 2017, n. 24)*, in *La nuova giurisprudenza commentata*, 2017, pp. 1115-1126.

³⁵ Sulla possibilità di configurare l'assenza di specifici strumenti per relazionarsi ai pazienti non autoctoni quale deficit organizzativo dell'azienda sanitaria si veda anche IVO QUARANTA, MARIO RICCA, *Malati fuori luogo*, cit., pp. 105-107.

6. Strumenti e strategie per una realizzazione effettiva e laica del diritto alla salute

Un dato è, in ogni caso, certo: anche applicando il principio del consenso informato quale espressione del diritto all'autodeterminazione terapeutica, l'utenza multiculturale e multireligiosa evidenzia l'inadeguatezza dell'approccio impersonale e universale del sistema sanitario tradizionale.

Tale approccio, costruito sulla erogazione di prestazioni *standard* rispondenti alla uguaglianza dei cittadini, per un verso impedisce, di fatto, ai migranti di accedere alle cure al pari degli autoctoni e con lo stesso grado di soddisfazione delle proprie esigenze di salute; per l'altro verso accresce – immediatamente o potenzialmente –, i costi complessivi del sistema sanitario.

Detto altrimenti, la coesistenza di modelli corporei e terapeutici *diversi* pone in crisi il sistema e il diritto sanitario dello Stato laico e sociale.

Ciò posto, se lo Stato laico è uno Stato che ha una propria concezione del corpo e della salute distinta da quella religiosa, a fronte della pressione esercitata sul sistema sanitario da una molteplicità di modelli corporei e terapeutici di matrice religiosa, che generano una eterogeneità di domande di salute e di cura, quale soluzione è preferibile?

Lo Stato deve continuare a imporre il proprio modello sanitario – che si presume equidistante dalle diverse anime etico-religiose e culturali della società –, o è possibile rispondere all'eterogeneità dei bisogni sanitari, posti dalla eterogeneità delle identità individuali e collettive, con strumenti e strategie che, da una parte, consentano una effettiva realizzazione del diritto alla salute e dall'altra siano laiche, nel senso di aperte alla pluralità e inclusive delle diversità? Nel senso cioè della laicità positiva, che implica l'intervento a sostegno del fattore religioso in funzione della realizzazione del diritto alla salute?

Ritorniamo alla relazione terapeutica.

Guardando al rapporto medico-paziente, per assicurare modalità di assistenza efficaci è necessario che gli operatori sanitari siano posti nella condizione di conoscere le categorie culturali e religiose del malato.

Al riguardo, una soluzione emerge all'esito di molte delle numerosissime ricerche sull'impatto dei migranti nel sistema sanità.

Tali ricerche propongono raccomandazioni e linee guida che esplicitano e spiegano i diversi possibili approcci di matrice religiosa in ambito sanitario. L'obiettivo sembra quello di offrire agli operatori sanitari schemi – costruiti per aree geografiche o appartenenze religiose –, che illustrano le diverse culture sanitarie dei migranti, evidenziando le differenze tra queste culture e il modo di descrivere i sintomi e di vivere la malattia degli autoc-

toni. Schemi ai quali ricondurre, in modo univoco e astratto, ogni caso individuale, nell'ottica di un riconoscimento della identità culturale e religiosa come identità collettiva³⁶.

Eppure, anche ipotizzando di fornire ogni struttura sanitaria di siffatti *vademecum* o linee guida, la loro utilità appare residuale allorché si consideri che tra appartenenza culturale e/o religiosa e schema dei comportamenti e delle scelte determinati da tale appartenenza c'è un divario, dato dalla unicità e dinamicità della persona.

L'identità culturale e religiosa, infatti, non è statica e unitaria, totalmente coincidente con quella del gruppo originario di appartenenza. Piuttosto, tale identità si definisce e trasforma attraverso le relazioni, in modo aperto e dinamico.

Le categorie religiose e culturali dei pazienti stranieri, pertanto, non sono schematizzabili in modo assoluto, giacché suscettibili di un processo di ridefinizione, in relazione alla cultura del paese di accoglienza³⁷.

Ciò posto, il secondo strumento più frequentemente invocato e (relativamente) utilizzato al fine di rendere il personale sanitario consapevole del sapere culturale degli utenti è la mediazione culturale.

Il mediatore culturale è un operatore sociale, solitamente straniero e/o con conoscenza di lingue straniere, il cui compito è facilitare la relazione tra migranti e Paese di accoglienza, favorendo la rimozione delle barriere linguistiche e culturali e assistendo le strutture di servizio nel processo di adeguamento delle prestazioni offerte alla utenza immigrata.

Si tratta di una figura richiamata in numerosi testi legislativi nazionali e regionali, mentre, con specifico riferimento al campo sanitario, la necessità d'istituzionalizzare tale figura, precisandone il percorso formativo e le carat-

³⁶ Segnatamente, tali linee guida per ogni fase essenziale dell'assistenza sanitaria forniscono informazioni di natura religiosa e culturale al fine di anticipare i bisogni dei pazienti stranieri o, comunque, di religione diversa da quella cattolica e pianificare le attività a loro favore in base alla confessione di appartenenza. Si veda, ad esempio, il Report *Modelli e prospettive future per un servizio socio-sanitario interculturale*, a cura di ELENA MESSINA, GIULIA NARDINI, VALENTINA SAVELLI, in www.eurel.info/IMG/pdf/Label_report.Roma-Torino_2014 o il Report *L'accoglienza delle differenze e specificità culturali e religiose nelle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali della Regione Lazio- Raccomandazioni per gli operatori sanitari da parte delle comunità religiose*, a cura della ASL Roma E in: www.asl-rme.it.

³⁷ Per riflessioni sulla natura dinamica e aperta dell'identità culturale e, in modo specifico, sul fatto che il modo di intendere la propria fede religiosa sia influenzato dal contesto nel quale tale fede è vissuta si veda, seppur con diversità di sfumature, MARCO BOUCHARD, *Identità culturale, uguaglianza e diversità*, in *Questione Giustizia*, n.3, 2001, pp. 469-486; ELISA OLIVITO, *Immigrazioni e identità culturali*, in *Le nuove frontiere del diritto all'immigrazione. Integrazione, Diritti, Sicurezza*. Atti del Convegno di Roma, 2-3 febbraio 2011, a cura di FRANCESCA ANGELINI, MARCO BENVENUTI, ANGELO SCHILLACI, Jovene, Napoli, 2011, pp. 27-28; CESARE PINELLI, *Società multiculturale e Stato costituzionale*, in *il Multiculturalismo*, a cura di VINCENZO BALDINI, Cedam, Padova, 2012, pp. 91-112.

teristiche, è stata riconosciuta dalla Commissione “Salute e immigrazione” istituita presso il Ministero della salute³⁸.

Pur tuttavia, la possibilità di configurare la mediazione culturale quale servizio essenziale di assistenza, da garantire in tutto il territorio nazionale, è ostacolata sia dal fatto che i mediatori non sono riconosciuti come categoria professionale, sia dalle incertezze sulla esatta natura dell’attività di mediazione e sugli indicatori che fanno di tale attività una buona pratica³⁹.

Difatti se è vero che, a fronte dei casi più complessi, gli operatori sanitari possono chiedere l’ausilio dei mediatori culturali- al punto che alcune strutture ospedaliere stipulano contratti con agenzie di mediazione, è anche vero che, sovente, l’attività di mediazione si risolve in un supporto linguistico-culturale vicino all’interpretariato, al (solo) fine di garantire che i migranti abbiano compreso le indicazioni dei medici o l’iter burocratico di accesso ai servizi.

Parimenti, inserendosi nella complessa ed esclusiva relazione medico-paziente, l’azione di mediazione può non essere realmente accettata né dal medico-che potrebbe vedere il mediatore come una figura che gli si sovrappone-, né dal malato.

L’appartenenza del mediatore allo stesso gruppo religioso e culturale del paziente, infatti, può non essere sufficiente per indurre quest’ultimo a fidarsi del mediatore, mentre sovente studi condotti sul campo evidenziano che gli operatori sanitari o valutano negativamente l’azione dei mediatori, o affermano di non averne bisogno, chiedendo, piuttosto, interventi che consentano di operare con tempi e spazi che favoriscono l’instaurarsi di una relazione interculturale con il paziente⁴⁰.

Al contempo, la crescente varietà dei contesti di origine dei migranti, che caratterizza l’esperienza italiana, trova spesso impreparate le stesse agen-

³⁸ Cfr. COMMISSIONE “Salute e immigrazione”. *Programma della Commissione e proposte dei gruppi di lavoro-Relazione di sintesi* (luglio 2007), pp. 1-10, in www.ministerosalute.it.

Per esempi di rinvii normativi alla figura del mediatore culturale si veda l’art. 42 del dlgs. n. 286 del 1998 o la legge reg. Lazio n. 7 del 2007. Una ricostruzione dettagliata della normativa sul punto di rinviene in CHIARA BERGONZINI, *La mediazione culturale: uno strumento (sottovalutato?) per l’integrazione degli immigrati*, in *Diritto, immigrazione e cittadinanza*, n.1, 2009, pp. 68-74.

³⁹ Su questi profili cfr. GIACINTA GIORGI, *Il mediatore culturale*, in *Il multiculturalismo nel dibattito bioetico*, cit., pp. 139-158; TIZIANA CAPONIO, *Cultural competences in improving migrant’s access to health services*, in *Achieving social cohesion in a multicultural Europe. Concepts, situation and developments*, Council of Europe Publishing, Belgium, 2006, pp. 113-130.

⁴⁰ Per questi dati cfr. ELISA ISEPPI, LAURA PRESSI, *Competenze interculturali in ambito sanitario*, in *Competenze interculturali. Teoria e pratica nei settori scolastico-educativo, giuridico, aziendale, sanitario e della mediazione culturale*, a cura di AGOSTINO PORTERA, Franco Angeli, Milano, 2013, pp. 99-100; BIANCA MASIANO, *Esperienze di mediazione culturale in sanità*, in *L’arco di Giano. Rivista dei medical humanities*, n. 22, 1999, pp. 102- 113.

zie di mediazione, che faticano a garantire operatori al passo con l'estrema frammentazione e diversificazione del fenomeno migratorio.

Infine, il ricorso alla mediazione quale unico strumento di risoluzione delle difficoltà poste dal paziente eteroculturale rischia di risolversi in una prassi contingente ed emergenziale, che non modifica l'assetto strutturale e sistemico dei servizi.

Per il vero, nella ricerca di strumenti che incidono sulla relazione di cura, ponendo il personale sanitario in grado di comprendere e interpretare il paziente straniero, particolare attenzione merita il metodo narrativo.

Tale metodo, elaborato dalla antropologia medica, consiste nel mettere il paziente in condizione di potersi raccontare, di esplorare le proprie concezioni e far emergere il significato della esperienza di malattia nel dialogo con un medico attento e aperto all'ascolto. Si tratta di una pratica che, rifiutando la concezione della malattia come mero dato biologico, ridà spazio alla medicina come sapere storico, come ricostruzione narrativa più che come misurazione quantitativa, riconducendo i parametri quantitativi e clinici alla storia individuale⁴¹.

Questa pratica consente al personale sanitario di comprendere le aspettative del paziente e di conciliare tale aspettative con le esigenze di cura, consente, cioè, di elaborare soluzioni transattive interculturali.

Torniamo all'esempio del paziente *indbu*: attraverso l'approccio narrativo e interculturale si è riusciti a rappresentare la terapia del dolore come un dono caritatevole del medico, e poiché nella religione *indbu* rifiutare un dono caritatevole è una colpa, il paziente ha acconsentito alla terapia del dolore senza entrare in conflitto con il proprio credo⁴².

Questo approccio evita, pertanto, che la differenza religiosa sia oscurata dal modello bio-medico e, nello stesso tempo, evita che il fattore religioso sia inteso come uno schema rigido, che annulla la specificità della persona, cosicché è più probabile che tale specificità sia armonizzabile con quanto previsto dai protocolli sanitari.

Il metodo narrativo, cioè, non si sostituisce al metodo bio-medico, ma lo integra e ne rafforza l'efficacia.

Consentendo di cogliere sia il retroterra culturale del paziente, sia la sua individualità, l'approccio narrativo permette di cogliere, altresì, il processo di trasformazione del malato immigrato, sospeso tra cultura sanitaria ori-

⁴¹ Sul metodo narrativo si veda per tutti BYRON J. GOOD, *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Einaudi, Torino, 2006, spec. pp. 207-253.

⁴² Sulla applicazione di questa soluzione interculturale cfr. IVO QUARANTA, MARIO RICCA, *Malati fuori luogo*, cit., pp. 60-67.

ginaria e processo d'integrazione e di agevolare tale processo nei luoghi di cura.

Ancor oltre, tale approccio, facendo affiorare le varianti religiose della relazione sanitaria, è funzionale a un reale esercizio del diritto al consenso informato, poichè pone il paziente in condizione di comprendere gli elementi in relazione ai quali compiere la propria scelta terapeutica e il medico in condizione di capire ciò che è bene per il paziente.

Infine, il metodo narrativo, configurando la relazione terapeutica in modo dialogante e propositiva, e permettendo diagnosi e terapie adeguate a una differenza religiosa e culturale letta all'interno di una visione integrata della persona, fa emergere il fattore religioso per quello che è: una risorsa per la società civile e non una minaccia per la laicità dello Stato.

Resta, però, da stabilire quali scelte di politica sanitaria sono necessarie per far sì che l'approccio narrativo concorra alla definizione del rapporto fra salute, religione ed immigrazione.

Al riguardo emergono due aree immediate di intervento.

In primo luogo, il percorso formativo dei medici, che dovrebbe preparare a gestire anche la diversità culturale e religiosa, quanto meno in termini di consapevolezza e d'informazioni generali di natura antropologica e religiosa. Il che trova esplicito sostegno nel recente parere sul rapporto tra immigrazione e salute del Comitato Nazionale di Bioetica che include, tra le sue raccomandazioni, un progressivo aumento delle competenze interculturali degli operatori del SSN⁴³.

In secondo luogo, una revisione dei protocolli sanitari o, almeno, delle linee guida⁴⁴, che andrebbero modulate in modo da consentire al medico di porre al centro la relazione terapeutica, di utilizzare l'approccio narrativo in tale relazione e di optare per soluzioni di cura che siano il risultato della integrazione tra modelli della medicina occidentale e credenze e codici di altre culture.

Una soluzione, questa, la cui potenziale efficacia trova conferma nella l. 8 marzo 2017, n. 24 che, ai fini della valutazione della determinazione del

⁴³ Cfr. PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, Comitato Nazionale per la Bioetica, Parere del 23 giugno 2017 sul rapporto tra immigrazione e salute, in *www.bioetica.governo.it*.

⁴⁴ Secondo quanto stabilito dall'*Institute of Medicine*, i protocolli sanitari indicano uno schema di comportamento diagnostico-terapeutico predefinito, quali strumenti rigidi che formalizzano la successione di azioni. Le linee guida, invece, sono raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche: cfr. INSTITUTE OF MEDICINE, *Guidelines for clinical practice*, Washington, National Accademici Press, 1992.

danno risarcibile, attribuisce alle linee guida il ruolo di parametro valutativo della condotta del professionista sanitario⁴⁵.

⁴⁵ Cfr. Legge 8 marzo 2017, n. 24, *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni legali*, cit., artt. 5, 7.

ISSN 1970-5301