

RAZZISMO, SANITÀ, SALUTE E CURA

**Toolkit di
contrasto a
bias impliciti,
pregiudizi clinici e
discriminazione in
ambito sanitario**



IL RAZZISMO È UNA BRUTTA STORIA.

CHAMPS

Contributors

Lucia Portis, educatrice professionale e antropologa ASL Torino

Kossi A. Komla-Ebri, medico e scrittore italiano afrodiscendente

Revisione e integrazioni

Gruppo A.F.A.R. - Afrodescendants Against Racism

Coordinamento scientifico

Mackda Ghebremariam Tesfau, dottoressa di ricerca in Scienze Sociali

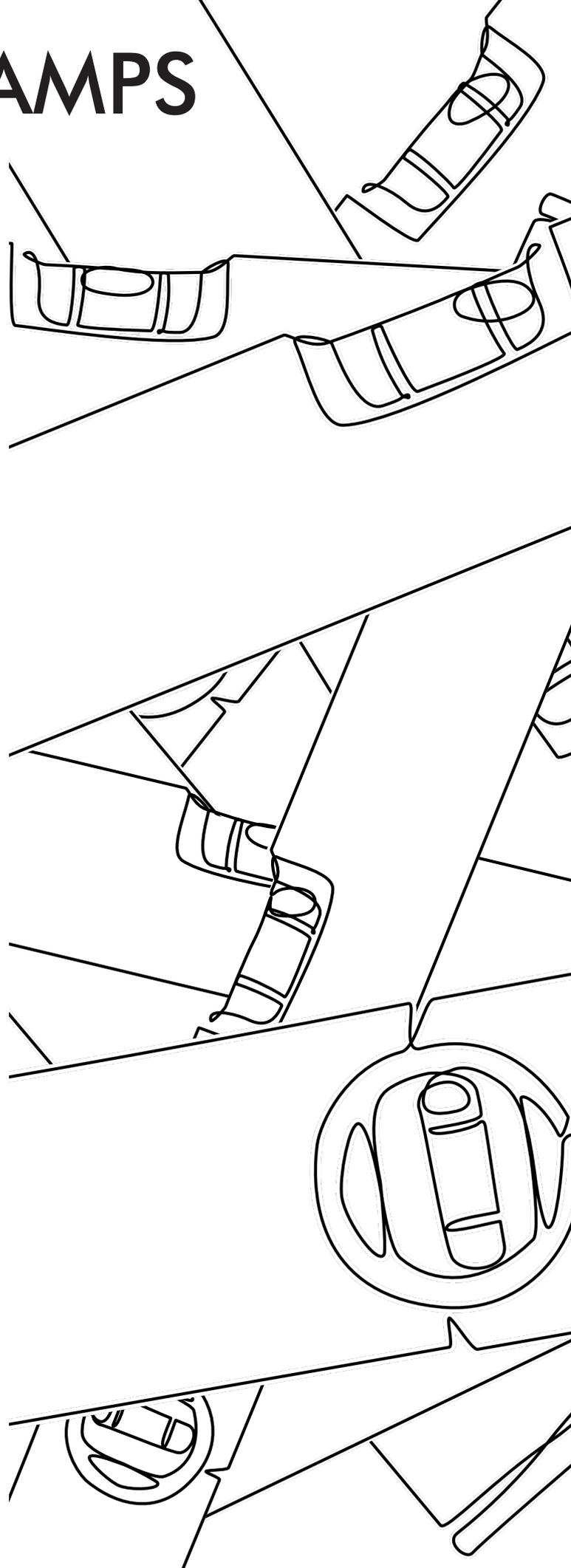
Giulia Frova, responsabile progetti e comunicazione Razzismo Brutta Storia

Coordinamento editoriale

Claudio Tocchi

Progetto grafico e illustrazioni

Ismael Lo



This project was funded by the European Union's Rights, Equality and Citizenship Programme (REC 2014-2020). Number 963789

il partenariato:



In collaborazione con:



Razzismo, sanità, salute e cura

è rivolto a chi lavora nella sanità, alle* pazienti e alle loro famigliari e mira a contrastare **bias impliciti, pregiudizi clinici e discriminazione** in ambito sanitario.

Il toolkit è realizzato nell'ambito del progetto a co-finanziamento europeo [CHAMPS](#) (v. [pagina 20](#)) contro il razzismo anti-nero strutturale a partire dall'**analisi di alcuni Focus Group** condotti dall'[Osservatorio di Pavia](#) e dai contributi dell'**educatrice professionale e antropologa** presso ASL Città di Torino **Lucia Portis** e del **medico e scrittore italiano** afrodiscendente **Kossi A. Komla-Ebri**. L'Associazione [Il Razzismo è una brutta storia](#) ha curato il coordinamento editoriale e l'identità grafica del materiale, arricchito dalla revisione e dalle integrazioni **del Gruppo di giovani 25 attiviste afrodiscendenti A.F.A.R.**

Razzismo, sanità, salute e cura inquadra il **razzismo** quale “**questione sanitaria**” e offre una disamina dei principali **bias cognitivi**, dei **pregiudizi clinici** e delle dinamiche di **molestia e violenza** che infestano le **relazioni in ambito medico e ospedaliero**, insieme ad alcuni strumenti e riflessioni utili ad affrontare il tema a livello **individuale e strutturale**.

Il progetto CHAMPS è coordinato da **Amref Health Africa** in partenariato con **CSVnet, Divercity, Le Reseau, Osservatorio di Pavia, Razzismo Brutta Storia** e in collaborazione con **Arising Africans, Carta di Roma e CSVMarche**. Il progetto è finanziato dal programma **Equality and Citizenship Program 2014 - 2020** dell'Unione Europea.

Buona lettura e buon lavoro!

Per condividere feedback sui toolkit o per collaborare:

info@razzismobruttastoria.net

Info@stop-afrofobia.org

* In questo kit si è scelto di utilizzare anche la schwa. La schwa non è solo una strategia per evitare l'occultamento del femminile della lingua, ma dà anche la possibilità a soggettività non binarie di riconoscersi. In alcuni casi viene adottato il simbolo ə per il singolare e ɜ per il plurale, in altri casi, come nel presente kit, il simbolo e viene utilizzato anche per il plurale.

Questo strumento è uno di cinque toolkit e insieme ci offrono spunti per intervenire negli ambiti **scuola**, **sanità**, **media**, con **strumenti legali** e con riflessioni per la decolonizzazione **dell'arte e della cultura**.

**Il (lungo) viaggio verso una scuola
(finalmente) antirazzista**

Toolkit di contrasto a discriminazioni, bias impliciti ed etnocentrismo educativo in ambito scolastico

Razzismo, sanità, salute e cura

Toolkit di contrasto a bias impliciti, pregiudizi clinici e discriminazione in ambito sanitario

Storie Plurali

Toolkit per la decolonizzazione dell'immaginario e la creazione di nuove narrazioni

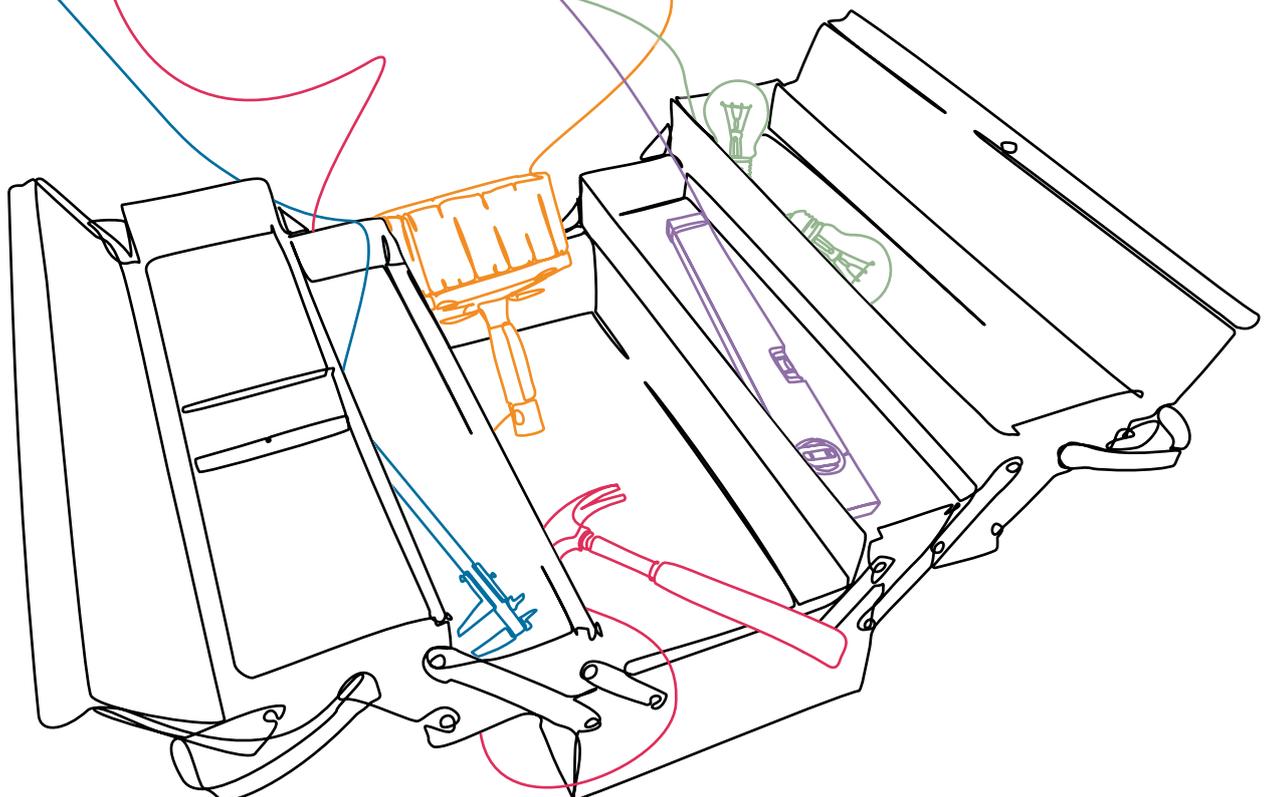
L'arte della razzializzazione

Esercizi per pratiche artistiche decoloniali

Know Your Rights

Toolkit di Autodifesa legale per persone razzializzate

Glossario Resistente



Indice

1__ Il razzismo è una questione sanitaria_____	6
2__ La cura come spazio di incontro fra medico e paziente__	9
I fattori di rischio nella relazione fra medico e paziente con background culturale straniero_____	10
3__ Il razzismo contro i camici bianchi_____	12
4__ Cosa puoi fare_____	14
Il livello individuale_____	14
Il livello strutturale_____	16
Bibliografia_____	19
Il progetto CHAMPS_____	20

1 Il razzismo è una questione sanitaria

“Per definizione, una questione sanitaria è qualcosa per cui le persone soffrono, muoiono o vengono ostacolate nell’aver una vita sana e felice. Il razzismo rientra appieno nella definizione”, [Georges Benjamin](#), *Presidente dell’Associazione Americana della Salute Pubblica*

In quanto fenomeno pervasivo e trasversale a ogni aspetto della società, non c’è da stupirsi se il razzismo intacca anche la dimensione della sanità - e, più in generale, quella della salute.

Come spesso accade per altri ambiti di discriminazione, non ci sono molti dati che riguardano il razzismo in ambito sanitario in Europa e praticamente nessuno riferibile al contesto italiano. Nel Stati Uniti, al contrario, decenni di studi hanno ampiamente dimostrato la correlazione fra l’appartenenza a una minoranza etnica o culturale e una inferiore aspettativa di vita: secondo il Centro Controllo delle Malattie (CDC), [“l’aspettativa di vita delle persone bianche è quattro anni maggiore di quella delle persone non bianche”](#). Non vi sono motivi per pensare che la situazione sia radicalmente differente in Italia, tantopiù che molte delle dinamiche riferibili al contesto statunitense sono riscontrabili anche al di qua dell’Atlantico.

Fra le cause di discriminazione in ambito sanitario, alcune sono **sistemiche**: le comunità non bianche sono mediamente più vulnerabili da un punto di vista sociale ed economico e vivono in quartieri o aree geografiche meno servite (si parla di “desertificazione sanitaria”) e con minore accesso a cure o test diagnostici, i cui costi risultano spesso un ostacolo formidabile all’accesso. Anche il colonialismo e le sue eredità sono fattori sistemici di discriminazione in ambito sanitario, ad esempio nella costruzione di fattori di rischio nei Paesi di origine di molte persone migranti (come le miniere di fosfati nella zona marocchina di Khouribga). La segmentazione razziale del mercato del lavoro [\[vedi Toolkit II \(lungo\) viaggio verso una scuola \(finalmente\) antirazzista\]](#), inoltre, tende a relegare le persone non bianche in ambiti lavorativi più esposti a rischi per la salute. Durante le prime fasi del Covid-19, ad esempio, il passaggio all’home working è stato relativamente semplice per i colletti bianchi, mentre lavoratori e lavoratrici nei settori dell’edilizia, nell’industria e nei servizi alla persona (tre settori in cui le persone razzializzate sono sproporzionalmente più presenti) hanno continuato a svolgere il loro lavoro in presenza, ammalandosi mediamente molto di più. Infine, anche lo stress a cui sono sottoposte le persone non bianche - e, in particolare, le Nere - a causa delle discriminazioni e della costante minaccia di subire violenza fisica, psicologica, istituzionale concorre a ridurre l’aspettativa di vita.

Accanto alle cause strutturali, però, altri fattori concorrono a rendere l'accesso a cure sanitarie appropriate una corsa a ostacoli per le persone razzializzate: le questioni **legali** connesse allo status giuridico (basti ricordare le difficoltà delle straniere - legalmente o meno presenti sul territorio - a vaccinarsi contro il Covid-19) e quelle psicologiche del personale sanitario, come i bias impliciti e i pregiudizi clinici.

Per quanto riguarda i **bias impliciti**, i Focus Group con il personale sanitario bianco e nero realizzati nell'ambito del [progetto CHAMPS](#), hanno evidenziato come le pazienti vengono prontamente inquadrata secondo stereotipi etnici e culturali consolidati nella nostra cultura e difficilmente messi in discussione nel quotidiano lavoro di un ospedale:

“Viene distinta la persona nordafricana dalla persona subsahariana e poi, di conseguenza, c'è la reazione del comportamento da parte nostra. [Si presuppone una] aggressività maggiore da parte della persona nordafricana, nel senso che dicono che spesso ci sono i partner, i mariti, la figura maschile che è molto aggressiva si pone in modo aggressivo; quindi credo che alla fine poi ci si pone con un atteggiamento di «Ecco questa è la persona aggressiva» e magari tiriamo fuori la [nostra] parte peggiore”, *dal Focus Group dedicato alla Salute svolto nell'ambito del progetto CHAMPS*

“C'è una differenza dell'atteggiamento nei confronti dell'Africa subsahariana o del nord africano e c'è la tendenza a generalizzare; è sempre quella tendenza che i senegalesi sono gentili mentre i marocchini sono più antipatici e pretendono di più. C'è la tendenza a dire, a fare delle grosse categorie riguardo ai pazienti”, *dal Focus Group dedicato alla Salute svolto nell'ambito del progetto CHAMPS*

Aspetti etnici, nazionali e culturali si intrecciano con **stereotipi di genere**: ad esempio, mentre le donne nordafricane sono trattate con sufficienza in quanto passive

“Una signora egiziana ha dovuto aspettare ben tre ore prima di essere visitata da un medico perché purtroppo era indicato un posto sbagliato per una visita ambulatoriale ma non c'è stato uno che ha guardato la documentazione”, *dal Focus Group*

gli uomini della stessa regione sono immediatamente inquadrati come prepotenti e sessisti:

“Abbiamo avuto un paziente di fede islamica; questo paziente è stato con noi tanto [] lui inizialmente lui non voleva essere accudito curato da personale di sesso femminile e quindi anche lì molto molto faticoso [...] Questo è un elemento in più che poi porta qualcuno a giustificare il fatto «vedi, guarda come sono»”, *dal Focus Group dedicato alla Salute svolto nell'ambito del progetto CHAMPS*

Esattamente come in altri campi [\[vedi Toolkit II \(lungo\) viaggio verso una scuola \(finalmente\) antirazzista\]](#), inoltre, le Nere vengono immediatamente assimilate al **disagio**, all'ignoranza, all'incapacità di seguire determinati protocolli medici:

“Eh ma non saprà fare la terapia?”, *dal Focus Group dedicato alla Salute svolto nell'ambito del progetto CHAMPS*

Se i bias impliciti hanno effetto sulle aspettative del personale sanitario riguardo al carattere e alla cultura di provenienza dell pazienti, i **pregiudizi clinici** influenzano invece le aspettative riguardo alle loro malattie e porta le medice a incasellare le pazienti africanæ o afrodiscendenti in specifici range diagnostici:

“C'è anche un altro rischio che riguarda molto i medici: se ti arriva un paziente africano con vari sintomi tu pensi già in maniera diversa [...] un pregiudizio clinico diciamo, uno stereotipo clinico per cui gli africani devono avere determinate malattie infettive o cose strane”, *dal Focus Group dedicato alla Salute svolto nell'ambito del progetto CHAMPS*

Il pregiudizio clinico può portare a sottovalutare alcune malattie in modo drammatico: nonostante gli studi di settore evidenzino un maggior rischio di infarto nella popolazione afrodiscendente in Europa, le africanæ tendono a ricevere meno attenzione per questo tipo di patologia. Stereotipizzazioni culturali nelle modalità di trattamento e bias impliciti del personale sanitario fanno parte di un più ampio **etnocentrismo** medico, che tocca trasversalmente tutti i campi:

“quando si prescrive una dieta, quando si parla di genitorialità e di svezzamento, di parto, etc [...] Potrei fare innumerevoli esempi dove l'idea evolucionista della cultura [...] porta a pensare che tutti debbano diventare come “noi”, avere i nostri gusti, i nostri modi di vedere la realtà, di intendere la salute e la malattia. [...] Nei servizi sanitari sarebbe importante la presenza di un pensiero critico e di una volontà di trasformare le politiche che travalichi la logica morale legata alla ragione umanitaria (quella che ci fa trattare le persone appartenenti a contesti culturali diversi con condiscendenza e commiserazione) che nasconde sempre un pensiero etnocentrico”, *Lucia Portis*

Glossario: Razzismo Ostetrico

“Ah, le nigeriane fanno così”, *dal Focus Group dedicato alla Salute svolto nell'ambito del progetto CHAMPS, specializzanda bianca*

Durante il focus group dedicato alla salute nell'ambito del progetto CHAMPS, si sono raccolte testimonianze sullo stereotipo legato alle donne nigeriane e alla loro cultura del parto. In particolare, è stato descritto come le manifestazioni di dolore delle partorienti nigeriane vengano dal personale sanitario giudicate esagerate e un pretesto per richiedere maggior accudimento. Anche dopo il parto si evidenziano differenze culturali: se in Nigeria il maternage è fortemente basato sul contatto tra madre e neonato e tra madre e altri componenti della famiglia, in molte strutture sanitarie italiane, al contrario, i neonati passano molto tempo nella nursery, portati alle mamme per poche ore al giorno.

La cura come spazio di incontro fra medico e paziente

L'abbondanza di bias e pregiudizi clinici sottolineano la necessità di espandere l'utilizzo, da parte delle operatore sanitarie, di un approccio legato alla **medicina transculturale**:

“tale concetto permette di superare il modello riduttivo dello “stare male e dello stare bene” legato ad un unico contesto sociale di riferimento - quello occidentale - con implicazioni sulle istituzioni, sui modelli organizzativi, sugli operatori ed orientamenti sanitari”, *Kossi Komla-Ebri*

La descrizione della malattia, infatti, si basa sia su **segni oggettivi** della manifestazione nel corpo della persona, sia su **sintomi**, che sono invece percezioni **soggettive** della malattia.

Il sintomo racchiude un'esperienza raccontata facendo ricorso a riferimenti linguistici, simbolici e socioculturali che sono evidentemente determinati dalla propria cultura: nel rapporto medico-paziente, quindi, le concezioni del corpo dell'una e dell'altra parte influiscono inevitabilmente.

“L'approccio scientifico in Occidente tratta il corpo come oggetto, creando separazioni profonde tra corpo e psiche, fra gli organi, fra malattia e società. Questa concezione eminentemente biologica del corpo influenzerà inevitabilmente il concetto di malattia, la sua descrizione e il rapporto medico-paziente: quasi tutte le paziente occidentali hanno una conoscenza organica del loro corpo e sanno descrivere organicamente la loro patologia a medico abituate a curare quindi gli organi, ma non le paziente”, *Kossi Komla-Ebri*

Diventa quindi difficile, in mancanza di un approccio in grado di tradurre le descrizioni dei sintomi fra un sistema culturale e l'altro, comprendersi reciprocamente. Visioni più olistiche del corpo e della salute rendono impossibile scindere l'accaduto dal sentito - mentre, in altri casi, la sovrapposizione (anch'essa culturale) fra sintomo e malattia rendono difficile la cura di **malattie croniche** (come il diabete) o la **prevenzione**. Nel box di approfondimento, Kossi Komla-Ebri, medico e scrittore italiano di origine togolese, analizza così la relazione fra medico e paziente con background culturale straniero in mancanza di strumenti di orientamento e traduzione culturale.

I fattori di rischio nella relazione fra medico e paziente con background culturale straniero

L'incontro fra medico e paziente avviene in uno spazio delicato (la malattia) e con una forte asimmetria di potere. Nel caso di pazienti con background culturale straniero, inoltre, diversi altri fattori contribuiscono a rendere la relazione ancora più delicata e ancora più sbilanciata.

Accanto a pregiudizi legati al fascino - e al timore - dell'esotico, altri fattori di rischio sono:

- › **fattori propri della povertà:** precarietà abitativa, scarsa tutela sul lavoro, alimentazione sbilanciata;
- › **disagio psicologico:** mancanza di supporto psicoaffettivo, sradicamento culturale, fallimento del progetto migratorio;
- › **difficoltà di accesso ai servizi:** barriere giuridiche, burocratiche, organizzative, relazionali.

Ulteriori difficoltà comunicative sono legate a

- › **barriere linguistiche**, in particolare nell'ambito della terminologia specifica legata alla salute;
- › **distanza culturale** tra migranti e operatori, legata nella rappresentazione della salute e della malattia, ma anche a pregiudizi riguardo il rispetto delle norme o degli orari;
- › **scarsa conoscenza del sistema** e delle modalità di accesso e di utilizzo del sistema sanitario.

Messi assieme, questi fattori concorrono a formare una relazione fra medico e paziente con background culturale straniero che generalmente si articola su tre fasi.



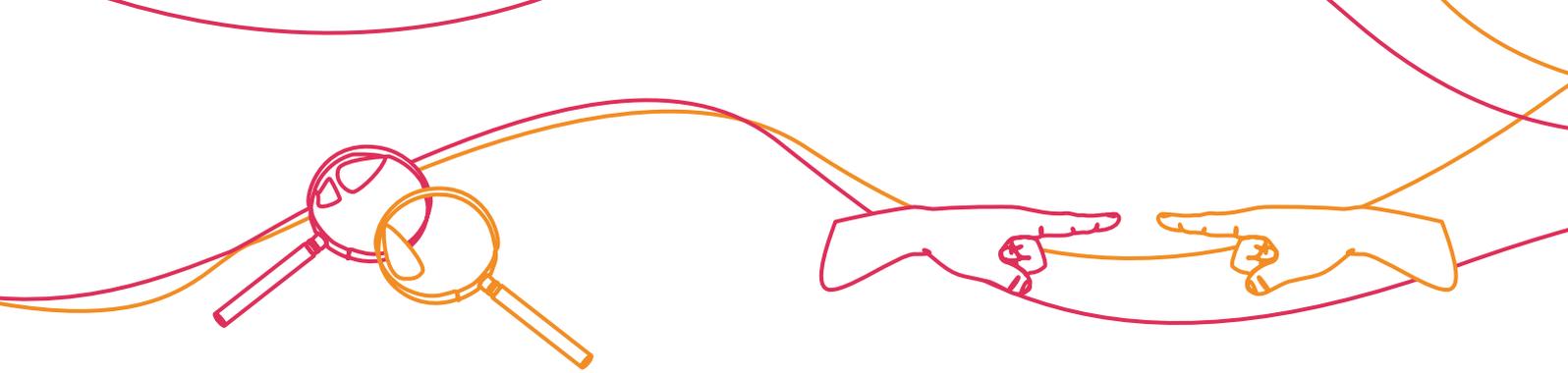
Fase 1: l'esotismo reciproco

La Sindrome di Salgari

Il desiderio dell'operatore sanitario alle prese con lo straniero e quello di scoprire patologie esotiche, incontrare strane malattie e fare brillanti diagnosi nella popolazione immigrata. A causa di questi pregiudizi clinici, quindi, si richiedono quindi spesso indagini più sofisticate alla ricerca di una sicura malattia tropicale e comunque infettiva ben occultata.

La Sindrome da General Hospital

La persona migrante ha spesso grandi aspettative nei confronti della magica tecno-medicina occidentale: per ogni problema una soluzione semplice e definitiva: "Qui in Europa hanno le macchine che vedono subito la malattia nel tuo corpo e trovano subito la soluzione". A fronte di tali aspettative, però, lo straniero riceve ed utilizza percorsi assistenziali inappropriati (uso e abuso del Pronto Soccorso), rifiuto a svolgere alcuni esami strumentali, risposte lente, apparentemente inconsistenti, a volte sgarbate, rinvii, etc, interpretando come escludenti alcune scelte sanitarie: "non mi ha chiesto gli esami con gli strumenti, non mi vuole curare perché sono straniero, perché sono africano, perché sono nero".



Fase 2: scetticismo

Da parte dell'operatore sanitario, spesso la domanda insistente di cura viene interpretata come ipocondria per l'assenza di un modello interpretativo della malattia culturalmente condiviso: la paziente viene vista come «lavativa», «malata immaginaria», «perditempo». Talvolta, non scoprire malattie esotiche, non poter fare brillanti diagnosi mette in crisi le categorie cliniche dell'operatore sanitario e sospende il rapporto medico-paziente in una specie di vuoto di senso, in cui il medico inizia a mettere in dubbio l'utilità del proprio servizio.

Dal punto di vista della paziente, invece, la delusione lascia il posto al sospetto di discriminazione, di trascuratezza e di ricevere di sgarbi premeditati e ingiustizie volute.

Fase 3: criticismo

Un esito positivo che segue alla fase 2 deriva dall'aver messo in crisi i consueti schemi di valutazione e giudizio clinico e i propri pregiudizi, ponendo quindi maggiore attenzione alla relazione e all'ascolto della paziente. Una volta migliorata la comunicazione, la paziente stessa ha una maggiore reale consapevolezza di ciò che è possibile chiedere e dei limiti della biomedicina.

Consigli

- › NON sopravvalutare la differenza culturale
- › NON sottovalutare le differenze
- › PROPOSTA: rovesciare il normale rapporto «Operatore/soggetto - Paziente/oggetto» e costruirne uno più paritario e orizzontale

Conclusioni

Il merito dell'approccio teorico dell'antropologia medica è quello di avere messo in luce le complesse dinamiche che intervengono a livello sociale e culturale nell'attribuzione di senso alla malattia.

La medicina transculturale obbliga l'operatore sanitario a uscire dal proprio etnocentrismo e a vedere la paziente nella sua interezza, abbandonando la visione meccanicistica e riduttiva del corpo come macchina e riscoprendo il valore aggiunto della paziente come "corpo-mente-anima", cioè "persona", e non solo come un assemblaggio di organi.

3 Il razzismo contro i camici bianchi

Nell'immaginario razzista, le Nere possono avere solo due ruoli, quello di criminali, e quello di poveracce [\[vedi Toolkit Storie Plurali\]](#): a nessuno dei due ci si affiderebbe per delle cure professionali. È questa, in sostanza, la summa di molte esperienze riportate dal personale sanitario nero intervistato nell'ambito dei Focus Group: una **diffidenza**

“che le persone hanno inizialmente al primo al primo impatto [...] o magari quando si ritrovano in un letto di ospedale, in rianimazione e si ritrovano una [infermiera] nera: un po' si vede lo shock.”, *dal Focus Group dedicato alla Salute svolto nell'ambito del progetto CHAMPS*

In particolare nei contesti sanitari, lo **sguardo** rivolto a operatori Nere è un elemento centrale nell'esprimere paura e sfiducia ed è motivo di disagio per chi ne è oggetto. Nelle parole delle partecipanti Nere ai Focus Group di CHAMPS emerge tutta la sofferenza di un vissuto quotidiano svilente, violento, degradante:

“Io in farmacia mi rendo conto proprio dallo sguardo: cioè, sono quasi sorpresi di vedere una persona di colore [...] con un camice bianco”, *dal Focus Group dedicato alla Salute svolto nell'ambito del progetto CHAMPS*

“Questa qui mi guardava con diffidenza, parlava con la collega ma mi guardava, io vedevo come mi guardava come per dire “Sono loro che vengono qui”, *dal Focus Group dedicato alla Salute svolto nell'ambito del progetto CHAMPS*

Spesso le responsabili non sono le pazienti, ma anche altre operatrici sanitarie:

“Io se guardo nel profondo di me anch'io quando vedo un collega di colore ho un primo istintivo pensiero di «questo come mai è collega? Ma sarà bravo?» pensieri che non faccio istintivamente nei confronti di un bianco. [...] Nel profondo dell'anima se uno si sa guardare un primo momento di smarrimento ce l'ha”, *dal Focus Group dedicato alla Salute svolto nell'ambito del progetto CHAMPS*

Talvolta, poi, la diffidenza tracima in **violenza**. Anche se è difficile avere un quadro chiaro della situazione a causa la scarsità di dati e statistiche a disposizione, secondo [AMSI](#) dal 2015 al 2017 vi sono stati 600 i casi di discriminazione a danno di operatrici sanitarie non bianche. Anche in mancanza di statistiche più aggiornate, l'evidenza aneddotica e giornalistica (come il caso del medico nero [aggredito a Chioggia](#)) racconta di un fenomeno ormai strutturale:

“non siamo di fronte a un'emergenza [...] siamo, invece, di fronte a un persistente problema culturale del rifiuto del diverso che non possiamo più liquidare con delle semplici frasi ad effetto. Io non ho notato peggioramenti. Gli atti di razzismo, piccoli e più eclatanti fanno parte della vita dei cittadini neri in Italia”, *Andi Nganso, medico afrodiscendente.*

Come nel caso di altre forme di molestie e violenze determinate dall'appartenenza a categorie vulnerabili (per genere, orientamento, disabilità, età, eccetera), nei casi di razzismo perpetrato contro mediche e infermiere Nere all'interno di un contesto lavorativo la reazione di colleghe e testimone è fondamentale perché la vittima possa recuperare un senso di **benessere** e **sicurezza** sul proprio posto di lavoro. Se, all'interno del Focus Group realizzato nell'ambito del progetto CHAMPS, alcune partecipanti hanno raccontato del sostegno ricevuto da colleghe che non si sono uniformate all'atteggiamento afrofobico di pazienti o altre operatore, in altri casi è stata registrata una reazione di indifferenza e di sostanziale accettazione della discriminazione:

"A me è successo più volte che la collega è lì [e ascolta] delle frasi gravi, delle cose e loro fanno finta di non sentire e incoraggiano questi pazienti nella loro ignoranza." "Alcuni [pazienti] sono proprio cattivi, sono proprio ignoranti e ci parlano male. Io la cosa che mi dà più fastidio è quando magari c'è un collega o piuttosto il titolare accanto che sente queste cose e non reagisce. Questo non aiuta queste persone a cambiare", *dal Focus Group dedicato alla Salute svolto nell'ambito del progetto CHAMPS*

Le conseguenze negative, anche sul piano della salute, di chi vive la discriminazione in prima persona sono evidenti e brutali:

"Io ho pianto tutte le lacrime che avevo nel mio corpo ma non è bastato, perché poi alla fine comunque si è intestardito", *ostetrica nera, riferendosi a un medico che aveva messo in discussione le sue capacità professionali per via del colore della sua pelle*

"Ho pianto, sono arrivata a casa che tremavo come una foglia"

"[dopo] il primo giorno a lavorare lì sono tornato a casa a piangere"

"Questo [gli episodi afrofobici] ha fatto sì che io ho perso un po' la voglia di fare l'ostetrica"

dal Focus Group dedicato alla Salute svolto nell'ambito del progetto CHAMPS



Cosa puoi fare

Per le pazienti, il razzismo in ambito sanitario tocca uno degli aspetti più intimi della sfera di un essere umano, il proprio corpo, e uno degli ambiti in cui è più facile sentirsi vulnerabili e fragili, la **malattia**. Per le operatore, invece, è un fenomeno che contribuisce ad aumentare lo stress in un ambito lavorativo già di per sé complesso, a minare la propria fiducia in se stesse e nelle altre e, di conseguenza, la propria capacità di svolgere al meglio un incarico così delicato come quello della cura.

Un primo passo per affrontare il problema del razzismo nel mondo sanitario è quello di mettere in discussione la visione culturalista che identifica come “la” cultura, l’unica “giusta”, quella di appartenenza. Decostruire questo atteggiamento è essenziale per rendere i servizi più accoglienti e ricettivi nei confronti della diversità. La decostruzione di stereotipi, pregiudizi e pratiche sistemiche passa da un’azione che si snoda su piani diversi: quello **personale** nei confronti dei propri stereotipi e bias impliciti; e quello **strutturale**, sia in termini relazionali con le pazienti sia professionale all’interno del contesto lavorativo. In questo capitolo verranno affrontate queste dimensioni attraverso riflessioni, pratiche e attività utili ad approcciare il tema in termini individuali e sistemici.

Il livello individuale

Vi sono diversi indicatori dei propri bias impliciti, il primo dei quali non è tanto la differenza di trattamento fra pazienti, quanto quella di relazione con esse. Questa differenza può esplicitarsi anche nelle piccole cose, come le sfumature di linguaggio:

“una cosa che mi colpisce sempre e che non riguarda soltanto le Nere e le afrodiscendenti (ma loro in modo particolare), è il modo in cui si rivolgono loro le operatore sanitarie: a una persona che si ritiene appartenente a un contesto culturale meno “sviluppato” ci si rivolge con il tu e non con il Lei. Potrebbe sembrare un problema linguistico, è invece il segno di un radicato etnocentrismo per cui chi arriva da un contesto e appartiene a repertorio culturale lontano ha meno “diritto” a essere trattato con rispetto, insomma è “meno” persona delle autoctone”, *Lucia Portis*

Decostruire i propri stereotipi e pregiudizi non è semplice: un’adeguata formazione in materia dovrebbe divenire obbligatoria nei corsi professionali per operatore della salute ed espansa dove lo è già. Per operatore già laureate o in contesti in cui manchino opportunità interne al proprio percorso professionale, vi sono comunque molti materiali educativi specificatamente pensati per l’ambito medico.

Le autrici del [Workshop per promuovere l'uguaglianza razziale nelle assunzioni e nella pratica clinica](#) parlano **quattro pratiche fondamentali** per decostruire i propri bias impliciti:

- › affrontare discussioni ponendosi dal punto di vista dell'interlocutore;
- › adottare un approccio appropriato, ad esempio riconoscendo - e non negando - la diversità e ricordando che operatore sanitario e pazienti lavorano in team;
- › prevenire i pregiudizi clinici incrementando i tempi per l'ascolto delle pazienze e dando ascolto alle loro storie;
- › riconoscere i propri stereotipi e gli elementi comunicativi [\[vedi Toolkit Storie Plurali\]](#) che li veicolano o rinforzano.

Nella sezione dedicata a studi, video e attività sul contrasto al razzismo della Facoltà di medicina dell'Università della California - San Francisco si trova diverso [materiale sui bias impliciti](#) e alcuni esempi di attività per decostruirli. L'avvertenza rivolta alle operatore sanitarie che si imbarcano in questa avventura è che sarà perfettamente normale provare del **disagio**. Non solo nelle nostre società non siamo abituate a parlare di razzismo, ma il tema è emotivamente molto gravoso per tutte: per le persone bianche o non razzializzate, sentire un giudizio sui propri comportamenti può spingere a porsi sulla difensiva, concentrandosi sulla giustificazione delle proprie intenzioni piuttosto che sull'impatto delle proprie parole o azioni. Se una conversazione "facile" sul razzismo è probabilmente troppo superficiale per essere utile, l'incapacità di gestirne una disagevole preclude la possibilità di affrontare davvero l'iniquità del sistema: occorre quindi approcciare il tema tenendo a mente la sua delicatezza e mettendo in conto di poter avere (e di poter esprimere), nel corso di un confronto onesto, delle sensazioni di disagio.

Può capitare spesso di assistere a fenomeni di razzismo da parte di altre pazienti o le loro familiari, mediche e operatore sanitarie. Reagire in modo appropriato in questi casi può essere molto difficile, per il carico emotivo che essi comportano e per le asimmetrie di potere intrinseche in alcune situazioni. Vi sono molte [campagne](#), [infografiche](#) e [materiali](#) con consigli rivolti alle cosiddette **bystanders**, cioè alle persone che si trovano testimoni di molestie, abuso o violenza. Per quanto ogni caso faccia storia a sé, è possibile individuare alcuni consigli utili in ogni situazione:

- › la **solidarietà** e la **vicinanza** alle vittime sono fondamentali, così come mostrarsi calma e in grado di controllare la situazione, in modo da restituire tranquillità alle persone che stanno subendo violenza o abusi;
- › le **vittime sono le vere protagoniste** (involontarie) della situazione: non la persona abusante, che al contrario è bene ignorare per evitare escalation, e non noi, che non dobbiamo occupare la posizione "dell'eroe" a tutti i costi;
- › il **sostegno** e il **supporto** vanno mostrati fino a quando la situazione non è nuovamente percepita sicura dalla vittima.

Seppur pensati per chi assiste a episodi di discriminazione in un contesto pubblico, alcuni principi - in particolare, quello di solidarietà alla vittima - sono utili anche all'interno di un team professionale:

"ho visto nel passato un titolare che ha veramente mandato via un cliente abituale che era entrato dentro la farmacia e si era rifiutato di farsi servire da un dottore di colore",

dal Focus Group

"«No, devi farlo perché tu sei capace quindi lo devi fare»", *l'atteggiamento positivo e incoraggiante di una collega di M., ostetrica nera, quando è stata accusata ingiustamente da un superiore di essere impreparata e inadeguata al suo ruolo, dal Focus Group*

Il livello strutturale

Per quanto gli atti di discriminazione individuale siano i più facilmente percepibili, il razzismo è un **fenomeno sistemico** e come tale va affrontato. Accanto a una corretta preparazione ed educazione ai propri bias e al supporto individuale alle vittime di razzismo, infatti, mediche, infermiere e operatore sanitarie possono affrontare il tema del benessere lavorativo e professionale delle proprie colleghe Nere e razzializzate in termini strutturali.

Uno dei fattori cruciali nel riformare le pratiche organizzate è quello di includere le persone razzializzate nella valutazione di processi, politiche e risultati. Questo deve avvenire innanzitutto **all'interno del contesto lavorativo stesso**. L'organizzazione americana [Pro Inspire](#) ha pubblicato un breve vademecum che affronta i diversi piani d'azione nel contrasto al razzismo (individuale, relazionale, strutturale e sistemico); nel capitolo dedicato all'ambito strutturale, cioè di quei cambiamenti che riguardano le modalità di lavoro e di relazione all'interno di aziende e organizzazioni lavorative, assumono particolare rilevanza quelle pratiche che definiscono una strategia con obiettivi chiari e verificabili, degli indicatori quantitativi di successo e una valutazione qualitativa partecipata da parte dello staff.

In secondo luogo, è importante che i territori, le comunità e gli individui razzializzate vengano ascoltate e coinvolte nella creazione, implementazione e valutazione delle politiche sanitarie, prioritariamente in ottica preventiva. In

questo senso, uno degli strumenti più efficaci in mano alle istituzioni e aziende sanitarie in ottica di prevenzione e la promozione della salute è il cosiddetto **marketing sociale**, cioè la progettazione, la realizzazione e il controllo delle iniziative che si propongono di diffondere una causa o un'idea sociale e di favorire la sua accettazione presso il pubblico obiettivo. L'utilizzo del marketing sociale nell'ottica di promozione della salute, prevenzione e riduzione di comportamenti a rischio e promozione di comportamenti sociali positivi (tutela dell'ambiente, raccolta differenziata, consumi e mobilità sostenibili, cittadinanza attiva) si colloca nell'ambito di un processo condiviso e partecipato di **costruzione sociale della salute** che coinvolge i diversi settori della società rendendoli interlocutori attivi. Le iniziative che promuovono un cambiamento di comportamento sono più efficaci quando sono realizzate a livello di comunità e comprendono un contatto diretto con le persone.

Infine, in risposta a molte delle criticità presentate nei capitoli precedenti, il mondo della ricerca, dell'accademia e della pratica della salute ha elaborato negli scorsi decenni il concetto di [salute globale](#), un nuovo paradigma per la salute e l'assistenza sanitaria. Tale paradigma è radicato nell'approccio teorico dei determinanti sociali di salute, si basa sui principi enunciati nella Dichiarazione di Alma Ata e nella carta di Ottawa e può essere applicato al campo della prevenzione, della diagnosi e del trattamento delle malattie, così come a quello della promozione della salute a livello individuale e/o di comunità. Adottando un'ottica transnazionale, la "Salute Globale" mette in evidenza le disuguaglianze di salute sia fra i diversi Stati che all'interno degli stessi, analizzandoli anche attraverso la lente della **giustizia sociale**.

Data la complessità del campo di interesse, essa richiede un approccio transdisciplinare e multi-metodologico che combina il contributo delle scienze sociali ed umane con quelle biomediche e si sviluppa in due direzioni: il **superamento dell'etnocentrismo** dei servizi e nella **comprensione delle disuguaglianze sociali ed economiche** e di come queste possano influenzare fortemente lo stato di salute della popolazione.

Per affrontare le disuguaglianze di salute occorrono strategie politiche e intersettoriali e multifattoriali improntate all'equità. Uno degli approcci è quello del cosiddetto "*Ciclo HEA - Health Equity Audit*": un processo attraverso il quale si quantificano e si definiscono le iniquità di salute ai fini di una pianificazione locale in termini di equità e attraverso il quale tutti gli attori di un determinato territorio (politici, amministratori, professionisti, utenti e cittadine)

- › valutano sistematicamente le iniquità sociali ed economiche nelle cause di malattia, nell'accesso ai servizi e nell'esito degli interventi per una determinata popolazione;
- › garantiscono che l'azione di contrasto sia condivisa e incorporata nella programmazione locale, nei servizi e nella pratica;
- › valutano l'impatto delle azioni intraprese nel ridurre le iniquità.

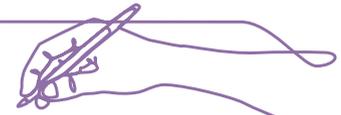
Il processo ciclico ha una durata media di due/0 tre anni e prevede sei fasi principali:

- 1.** la creazione di un gruppo di lavoro e la co-decisione su aree e temi prioritari;
- 2.** la predisposizione di un profilo territoriale di equità;
- 3.** l'identificazione di iniquità ed eventuali azioni di contrasto (attraverso le metodologie quantitative e qualitative, per es. la ricerca-azione);
- 4.** l'identificazione degli obiettivi per contrastare le iniquità con gli stakeholder/ attori sociali;
- 5.** il supporto al cambiamento;
- 6.** la co-valutazione dei progressi e dell'impatto delle azioni rispetto agli obiettivi.

Lo scopo finale dell'HEA è ridistribuire le risorse disponibili in base ai bisogni della popolazione e il ciclo dell'HEA non è completo finché non si realizza qualche cambiamento capace di ridurre le iniquità in maniera dimostrabile.

PER APPROFONDIRE

Un esempio di costruzione partecipata di pratiche sanitarie e di cura è il [Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia](#).



Il documento, pubblicato online e gratuitamente, intende promuovere la riforma delle Cure Primarie mediante l'applicazione del modello della Primary Health Care ed è

- › orientato verso un nuovo modello di Cure Primarie capace di stare nella complessità dei processi di salute e malattia,
- › portato avanti da equipe multiprofessionali che mettano al centro la salute, intesa in tutte le sue dimensioni,
- › incentrato e attento ai territori, orientato alla partecipazione della comunità e con un'attenzione particolare alla formazione dei professionisti
- › risultato di un lavoro di scrittura collettiva e partecipata

Torino Plurale: il coinvolgimento delle comunità nella gestione della pandemia

Una buona pratica di coinvolgimento delle comunità razzializzate e straniere presenti sul territorio viene dalla collaborazione fra Città di Torino e ASL di Torino durante le prime fasi della crisi pandemica da Covid-19.

Da almeno un decennio, la Città di Torino ha costruito le sue politiche interculturali intorno al rapporto con le cosiddette “associazioni di comunità”, cioè quelle associazioni la cui membership è basata essenzialmente sull'identità etnica, culturale o religiosa, all'interno di un percorso denominato **Torino Plurale**. Non appena le misure di lockdown sono state messe in campo, quindi, la Città ha attivato i suoi canali formali e informali: in una prima fase per raccogliere informazioni circa i bisogni delle comunità e, in seguito, per veicolare informazioni riguardo alle procedure e all'andamento della situazione pandemica. Le comunità straniere e razzializzate sono state ritenute una risorsa inestimabile perché utilizzano gli stessi linguaggi e sistemi simbolici.

Secondo Lucia Portis, il progetto realizzato a Torino ha avuto diversi punti forti:

- › da un punto di vista **culturale**, ha cercato di superare e decostruire categorie e stereotipi e ha tentato di superare una visione universalistica “generalista” che non bada alle differenze individuali e culturali rispetto all'approccio alla pandemia;
- › da un punto di vista della **salute** globale, ha consentito di occuparsi in modo attivo delle disuguaglianze di salute prodotte dal confinamento e di instaurare modalità partecipative;
- › da un punto di vista **politico e strutturale**, si è organizzata intorno alla connessione e alla collaborazione fra istituzioni diverse (Asl e Città di Torino) e con le associazioni delle diverse comunità, negoziando le strategie di prevenzione del rischio da mettere in atto dopo aver compreso le necessità e gli universi culturali di riferimento relativi alle diverse appartenenze culturali.

La difficoltà maggiore riscontrata nell'evoluzione del progetto è stata quella di rendere queste pratiche una costante e non emergenziale. Un grosso passo in avanti sarebbe pensare a queste pratiche come opportunità di produrre salute attraverso forme di sapere e di competenze capaci di valorizzare le dimensioni sociali dei problemi e la logica partecipativa.

Bibliografia

Agyemang, Charles, et al. "Cardiovascular disease, diabetes and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review." *Globalization and health* 5.1 (2009): 1-17.

Dal Lago, Alessandro. *Non-persone: l'esclusione dei migranti in una società globale*. Feltrinelli Editore, 2006.

Fassin, Didier, and Lorenzo Alunni. *Ragione umanitaria: una storia morale del presente*. DeriveApprodi, 2018.

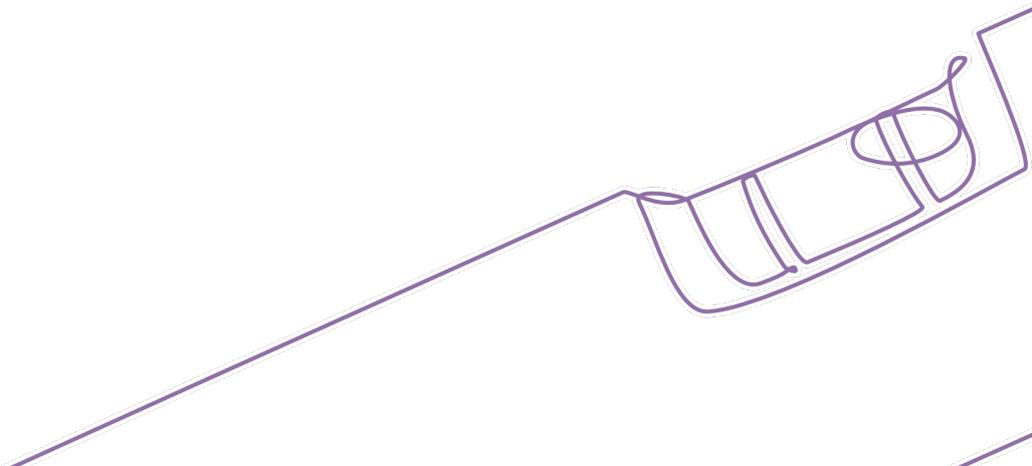
Tsai, Jennifer. "Diversity and inclusion in medical schools: the reality." *Scientific American*. July 12 (2018).

Tylor, Edward B. "La cultura primitiva (1871)." Madrid: Ayuso 1981.2 (1977).

Per approfondire

[Il libro azzuro per la riforma delle cure primarie in Italia](#)

[Perception Institute](#)



Il progetto CHAMPS

Nel 2001, la **Dichiarazione di Durban** ha riconosciuto come le persone africane o afrodiscendenti siano state e siano tuttora vittime di razzismo, di tratta, di colonialismo e delle loro conseguenze. A vent'anni dalla sua approvazione, però, molti degli obiettivi della [Dichiarazione dell'annesso Piano d'Azione](#) non sono stati raggiunti e il razzismo continua a essere una realtà violenta e strutturale in tutti gli ambiti della vita di centinaia di milioni di persone, dalla salute al lavoro alla partecipazione civica e politica.

L'Italia è particolarmente esposta al fenomeno: fra i Paesi Ue è una di quelle con i livelli più elevati di **ostilità** nei confronti dell'immigrazione e con il più **ampio divario** fra la percezione e la reale presenza di persone straniere o rifugiate; ha adottato solo parzialmente (e implementato in modo molto limitato) il quadro generale Ue per il contrasto ad afrofobia e linguaggio afrofobico; e raccoglie dati in modo **poco sistematico e trasversale**.

Il dibattito pubblico è inquinato da **stereotipi**, stigmatizzazione e messaggi anti-migranti (in particolar modo nei confronti di persone afrodiscendenti), spesso connessi a una scarsa conoscenza dell'Africa e al diffondersi di informazioni distorte e vere e proprie **fake news** tramite media, social e dalla politica.

Il **progetto CHAMPS** intende prevenire e contrastare l'afrofobia e i discorsi d'odio anti-migranti rafforzando le competenze e la capacità di azione di un gruppo di **associazioni, operatori/trici, community leaders e moltiplicatori/trici** (CHAMPS) in settori chiave della società: media, scuola, sanità, volontariato, arte e cultura.

Nell'ambito delle attività del progetto, le persone afrodiscendenti e le loro organizzazioni sono state formate e sostenute per svolgere un ruolo attivo nell'**analizzare** e **decostruire** gli atteggiamenti e i linguaggi razzisti e nel **promuovere** una nuova attenzione e capacità di reazione di fronte ad atteggiamenti discriminatori in alcuni spazi chiave della nostra società.

Il progetto è coordinato da **Amref Health Africa** in partenariato con **CSVnet, Divercity, Le Reseau, Osservatorio di Pavia, Razzismo Brutta Storia**; in collaborazione con **Arising Africans, Carta di Roma, CSVMarche**; e con un finanziamento dell'Unione europea (**Programma Equality and Citizenship Program 2014 - 2020**).



