



Sindromi

Testo: Annamaria Fantauzzi

Foto: Andrea Sabbadini

Anche l'immigrato si ammala e ha bisogno di cure e visite mediche, controlli diagnostici e prescrizioni, sebbene spesso sia privato dello statuto di persona e rappresentato come una figura indesiderata o addirittura pericolosa. Il bagaglio culturale, la storia di migrazione, le difficoltà e le problematiche relative all'adattamento nel nuovo Paese denotano, tuttavia, elementi che caratterizzano una nuova «tipologia» di paziente, di fronte al quale non sempre medici e operatori sanitari sono preparati né pronti a ripensare il proprio ruolo, mettendo in gioco quelle capacità relazionali che dovrebbero essere alla base del rapporto medico-paziente.

Anche se il fenomeno migratorio è ormai strutturato nel nostro Paese e le caratteristiche degli stranieri sono mutate (dagli ambulanti stagionali dei primi anni Settanta ai pic-

La dinamica migratoria e il contesto d'accoglienza influiscono sul benessere del migrante e determinano l'insorgenza di tre tipologie di malattie

pregiudiziali

Paziente straniero e medico italiano: gradualmente si sviluppa, tra pregiudizi, differenze di linguaggi e percezioni culturali, una relazione fondamentale nei nostri rapporti sociali

coli imprenditori, i mediatori culturali e le «badanti» di oggi), non è ancora scomparso lo stereotipo, elaborato a volte anche dal personale medico, che li dipinge come «untori», forieri delle più impensabili malattie.

TRA ESOTISMO E IPERTECNOLOGIA

Agli inizi del fenomeno migratorio, il ruolo del medico e quello del paziente immigrato sono stati condizionati da aspettative «pregiudiziali» reciproche, che la letteratura definisce rispettivamente come «sindrome di Salgari» e da «General Hospital». La prima, che colpì prevalentemente gli operatori sanitari, soprattutto

di fronte alle nuove presenze di africani subsahariani, si traduceva nella visione dell'altro come portatore di malattie tropicali, alle cui patologie il medico attribuiva i nomi più fantasiosi, sebbene il quadro epidemiologico dimostrasse che generalmente gli immigrati, una volta giunti in Italia si ammalavano, delle stesse malattie degli autoctoni. Questo atteggiamento prese ironicamente nome dallo scrittore Emilio Salgari che, pur non avendo mai visitato Paesi tropicali, alimentava i suoi romanzi del meraviglioso, grazie alle letture di biblioteca. Analogamente, al suo arrivo l'immigrato soffriva di quella «sindrome da General Hospital» per cui era condizionato dallo stereotipo di un'ipertecnologia del sistema sanitario occidentale, descritto come

miracoloso ed estremamente efficiente dalle immagini televisive e dal racconto dei precedenti migranti, in cui riporre fiducia e aspettative, soprattutto in contrasto all'offerta del Paese di provenienza.

Man mano che il fenomeno migratorio divenne stabile (fu istituita anche la Società italiana di medicina delle migrazioni, Simm),

Non basta saper fare la traduzione della parola «malattia» in arabo, in cinese o in rumeno per comprendere il significato che l'immigrato attribuisce a essa

si ridimensionarono tanto le visioni esotiche del medico quanto le speranze dell'immigrato. Il rapporto tra i due ruoli andò mutando, poiché gli operatori si resero conto che, già prima dell'emigrazione,

avveniva una selezione «naturale» dei soggetti destinati a partire e a tollerare il peso dell'intero processo migratorio e che ad arrivare erano persone che godevano di uno stato di salute migliore non solo dei propri connazionali ma anche dei cittadini autoctoni, il cosiddetto «effetto migrante sano».

IL PAESE FA IL MALATO

L'attuale cambiamento del profilo del migrante e delle reti migratorie, che favoriscono partenze dovute ai ricongiungimenti familiari, ha però messo in crisi il concetto di «effetto migrante sano»: a partire sono tutti, anche coloro che non godono di un ottimo stato di salute. La dinamica migratoria, nonché il contesto sociale, economico e politico d'accoglienza, influiscono sul benessere del migrante anche in base al periodo di emigrazione, e determinano l'insorgenza di tre differenti tipologie di malattie: 1) malattie di importazione (fattori ereditari del Paese d'origine, come talassemia e anemia falciforme), che incontrano un miglioramento con un duraturo e prolungato stanziamento nella società d'immigrazione; 2) di adattamento, connesse essenzialmente al trauma causato dalla partenza e alla fragilità sociale alimentata dallo stress psico-fisico relativo

alla ricerca di una condizione di legalità e regolarità (conoscenza linguistica, permesso di soggiorno, ricerca di un'occupazione); 3) di acquisizione, legate prevalentemente a precarie condizioni igienico-sanitarie, in cui l'immigrato si trova a vivere, anche dopo diversi anni di presenza sul territorio ospitante, determinate dalle condizioni abitative oppure dalla conduzione di un lavoro poco sicuro, ad alto rischio e mal remunerato. «Dicono che siamo noi quelli malati, che portiamo epatite, Aids, il sangue sporco ma... qui ce lo fanno diventare, perché dormiamo tutti insieme - solo qualcuno ha una casa propria -, molti lavorano in posti malsani e fanno lavori pesanti», racconta un giovane marocchino.

MEDIARE E INTERPRETARE

Di fronte a questa realtà, il medico italiano è pronto ad accogliere, visitare e cu-

rare il paziente straniero? È forse ancora affetto dalla sindrome di Salgari oppure ritiene che il suo sapere medico sia l'unico universalmente valido? Considera che possano esserci altre forme di cura o una differente percezione del corpo, della malattia e della salute condizionata dalla cultura di appartenenza? «Non capisco perché la donna italiana incinta venga una volta al mese per i controlli, direi anche eccessivamente, mentre la donna marocchina, che è quella che oggi qui partorisce di più, non torna se non è necessario, se non le viene imposto come prevenzione e non segue neppure l'iter dei controlli», lamenta un ginecologo dell'ospedale Sant'Anna di Torino. Il quale però ignora quanto afferma Kadija, marocchina, madre di tre bambini nati in Italia: «Lo so che da noi non c'è la prevenzione e tu vai dal medico solo quando hai un segno chiaro che



LA PAURA DEI MEDICI «SPIA»

«**L**o straniero si cura meno, perché si è diffusa la **paura di presentarsi** negli ospedali e negli ambulatori, in particolare quelli pubblici. Purtroppo **anche le patologie gravi** ora vengono **trascurate**». Lo affermano i medici del Naga (www.naga.it), associazione di volontariato milanese. Se per i dati statistici occorre aspettare qualche mese, la percezione, tuttavia, è chiara: la minaccia di una possibile denuncia da parte del personale sanitario scoraggia molti immigrati dall'andare dal medico, con gravi conseguenze per sé e per le persone vicine.

La **Costituzione** (art. 32) afferma che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo» - non del cittadino. Per questo la legge del 1998 prevede che **cure mediche urgenti** ed essenziali siano date **anche agli stranieri non iscritti** al Sistema sanitario nazionale. Nei mesi scorsi, la maggioranza di governo ha **cercato di scardinare questo principio** chiedendo di togliere il divieto per il personale sanitario di segnalare il paziente straniero non in regola con le norme di soggiorno. La **proposta**, approvata al Senato, si è **fermata alla Camera**. Tuttavia, il successivo «pacchetto sicurezza» (legge n. 94 del 15 luglio 2009), introducendo il reato di clandestinità, mantiene un **clima di diffidenza** e incertezza.

qualcosa non va. La malattia è quando si vede e non quando senti giusto qualcosa. Ecco perché, quando aspetti un bambino, non vai all'ospedale, perché significa che stai bene per averlo dentro di te, te l'ha mandato Dio e quindi non hai nessuna malattia».

Certamente il nostro medico non può conoscere tutte le culture del mondo per distinguere le diverse concezioni e i comportamenti dei pazienti immigrati di fronte alla malattia o al dolore, né è pensabile che sappia parlare tutte le lingue, per comprendere a fondo le espressioni e il linguaggio della narrazione della malattia di ogni paziente. Ma il linguaggio non è solo verbale: non basta saper fare la traduzione della parola «malattia» in arabo, in cinese o in rumeno per comprendere il significato che l'immigrato attribuisce a essa; né si rivelano sempre efficaci quei mediatori linguistici, oggi onnipresenti nelle strutture ospedaliere e sanitarie (anche appositamente destinati agli immigrati), che si limitano a tradurre le richieste del paziente o le prescrizioni del medico, senza considerare la differenza nei codici culturali che può intercorrere tra l'uno e l'altro. Dunque, ben altra è la funzione del mediatore culturale che, spesso con nazionale del paziente, opera una doppia traduzione di simboli e significati in un «linguaggio» condiviso dal medico e dal sistema sanitario in cui entrambi si trovano: «Quella donna araba non voleva mai farsi controllare dal dottor A. perché uomo. Lui è venuto da me per chiedermi come mai accadesse ciò e come si potesse fare, dato che in certi orari non c'è disponibilità di dottori donna. Io gli ho risposto che, essendo musulmana, aveva vergogna di essere vista nuda da un altro uomo che non fosse suo marito. Questo chiaramente non l'ha detto a nessuno, perché appunto si vergognava, ma l'ha detto a me perché vengo dal Libano, mi ha visto come un'amica, una sorella, ma anche come una mediatrice - appunto - tra lei e il medico» (Cassida, mediatrice culturale libanese).

Questa presenza, tuttavia, può essere anche critica: in quanto appartenente

alla stessa cultura del paziente, il mediatore può condizionarne la spontaneità e la libertà di espressione e, quindi, compromettere la relazione tra le parti: «Non potevo dire al medico che avevo avuto una relazione con un'altra donna; sono musulmano, e quel mediatore mi avrebbe giudicato male perché sa che cosa significa» (Adil, commerciante marocchino).

IL LINGUAGGIO DELLA MALATTIA

La difficoltà comunicativa tra il medico e il paziente immigrato, dunque, non si limita al livello linguistico, primo problema che viene generalmente evidenziato. A esso si aggiunge il piano metalinguistico, che si riferisce all'apparato simbolico e semantico cui un termine corrisponde, in base al soggetto parlante e alla cultura di appartenenza: «avoir mal au coeur», in francese significa sia «avere male al cuore», sia «avere nausea» o «mal di stomaco». Infine, bisogna considerare il piano culturale e metaculturale della relazione: il primo indica come ogni espressione, anche non verbale, dipenda da un sistema di pensiero e di rappresentazione semantica che varia in base ai soggetti e alle condizioni in cui avviene la comunicazione. «Dopo l'operazione quel signore cinese non emetteva neppure un gemito, non si lamentava come sarebbe stato normale. Poi ho scoperto dai parenti che era un modo per mantenere riserbo e dignità. In Cina chi mostra dolore è considerato un debole, non un vero uomo... e io pensavo che l'operazione non fosse riuscita!» (chirurgo, ospedale Molinette, Torino). Il piano metaculturale, inoltre, rappresenta lo scarto che avviene tra dichiarazione cosciente del paziente e dimensione inconscia che essa sottintende: esso è ben illustrato dall'esempio di una paziente musulmana che, per seguire le regole del ramadan nel contesto migratorio, non rispetta le prescrizioni farmaceutiche o ne deferisce l'impiego, non tanto (o non solo) per seguire il precetto religioso, quanto perché in esso ritrova una forma di appartenenza identitaria con gli altri migranti, della cui conferma non ha

bisogno nel contesto d'origine.

Come il medico dovrebbe essere pronto ad accogliere la diversità nel suo sistema di pensiero e nella pratica, consolidando di più la capacità relazionale oltre alla perizia tecnica, così il paziente immigrato dovrebbe essere messo nelle condizioni di conoscere il sistema sanitario del Paese d'accoglienza, riuscendo a metterlo in relazione con il proprio orizzonte di conoscenze e consuetudini nel campo della salute.

La relazione tra il medico e il paziente immigrato diventa, dunque, momento di incontro e negoziazione di significati tra due culture, sistemi di pensiero e modi vivendi differenti, per cui il primo non viene più considerato «uno stregone occidentale» (Samira, egiziana, in Italia dal 2003), dagli occultati saperi tecnici che, con il camice bianco o il fonendoscopio, richiama rispetto e riverenza (sentimenti che - osservano gli operatori sanitari - non vengono più manifestati dai pazienti italiani), né il secondo un forzato fruitore di prescrizioni terapeutiche o preventive, atte a educarlo alla salute e a distoglierlo da qualsiasi forma di «cura-fai-da-te» o da atavici sistemi tradizionali, cui si guarda con sospetto talora xenofobo. ■

PER SAPERNE DI PIÙ



Geraci S. (a cura di), **Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni**, Edizioni Anterem, Roma 2000, pp. 356.



Geraci S. - Maisano B. - Mazzetti M., **Migrazione e Salute. Un lessico per capire**, in Studi Emigrazione, n. 157, Centro Studi Emigrazione, Roma 2005.



Pasini N. - Picozzi M., **Salute e immigrazione. Un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie**, Franco Angeli, Milano 2005, pp. 272, euro 22.

Manghi S., **Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche**, Franco Angeli, Milano 2005, pp. 144, euro 14.