

Il fenomeno migratorio costituisce una realtà del nostro tempo, il futuro ci riserva sempre più una società multietnica. Nella provincia di Latina sono 24.200 gli immigrati regolarmente presenti (dati dossier Caritas 2007), a questi bisogna aggiungere una moltitudine, "invisibile" alle stime ufficiali, ma presenti di fatto: gli irregolari.

Il fenomeno migratorio ha determinato nuove dinamiche sociali a cui si è spesso impreparati inducendo reazioni di vario tipo nella popolazione residente. Ciò è dovuto soprattutto ad una difficoltà di comunicazione da ricercare oltre che nelle diversità linguistiche, nelle differenze culturali che nascono dai vissuti psicologici dei singoli individui.

Questi problemi si esplicano in misura determinante in campo sanitario dove la figura del paziente straniero con il suo bisogno di salute si contrappone alla figura dell'operatore sanitario con il suo linguaggio scientifico e burocratico.

La medicina occidentale, basata soprattutto sulle evidenze scientifiche, di fatto ha trascurato la forza curante della relazione. Al contrario le medicine non convenzionali pongono al primo posto la relazione fra il medico ed il paziente consapevoli che l'empatia che si stabilisce influenza la compliance del paziente.

La medicina occidentale è una medicina esplorativa, Il medico studia il paziente, il paziente è l'oggetto di studio del medico. Il medico applica le proprie conoscenze, il paziente deve seguirle. Il medico ha aspettative su come si deve comportare il paziente, il paziente ha altre aspettative che spesso non collimano con quelle del medico. Bisogna partire da questi presupposti per approcciarsi al dialogo fra medico e paziente straniero. Mi sembra utile a questo punto riportare una tabella sui livelli d'incomprensione nel dialogo fra medico e paziente straniero, elaborata da tre colleghi che dagli anni '80 si occupano di assistenza ai pazienti stranieri

## LIVELLI D'INCOMPRESIONE MEDICO - PAZIENTE

<b>LIVELLO PRELINGUISTICO :</b>	difficoltà a comunicare il proprio vissuto interiore: disease - illness
<b>LIVELLO LINGUISTICO:</b>	problemi lessicali e semantici
<b>LIVELLO METALINGUISTICO:</b>	differenti significato simbolico nelle diverse lingue
<b>LIVELLO CULTURALE :</b>	cultura = imprinting con cui una persona ha definito la propria identità
<b>LIVELLO METACULTURALE:</b>	conseguenza del precedente - esasperazione

**Livello prelinguistico:** in letteratura inglese per “ILLNESS” s’indente la percezione che il paziente ha della propria malattia, percezione personale dovuta essenzialmente alle proprie esperienze, al proprio vissuto; per “DISEASE” invece s’indente la visione che il medico ha della stessa malattia ma vista dal punto di vista professionale quindi correlata essenzialmente ai sintomi oggettivi. Si tratta quindi di modelli culturali diversi: quello della medicina ufficiale che analizza la zona del corpo “interessata” e quello della medicina non convenzionale che vede il paziente nella sua totalità, che ascolta i “suoi personali sintomi”.

**Livello linguistico:** La prima difficoltà che si incontra con un paziente straniero è la comprensione della lingua specie quando non si conosce una lingua comune. L’unico modo per risolvere questo problema è trovare un interprete! Ma facciamo attenzione: a volte oltre ai problemi lessicali ci sono anche quelli semantici, legati al diverso significato che una stessa parola può avere in lingue diverse. Per essere più chiari riporto un esempio descritto da Colasanti e Geraci (1995a, pp85,6):  
“.. in somalo Kili vuol dire reni, ma Kili in somalo identifica l’area cutanea addominale anterolaterale, mentre in italiano per reni, nel linguaggio comune s’indente l’area dorsale latero-rachidea. Un italiano quando dice che ha mal di reni vuol dire che ha una lombalgia, In somalo può voler significare un dolore della regione del colon ascendente o discendente....”

**Livello metalinguistico** Le parole possono assumere nelle diverse lingue e culture un significato astratto differente che può generare dei fraintendimenti. Pensiamo per esempio alla parola “Cancro” che nel mondo occidentale può assumere il significato di morte o alla parola “anemia” che per gli occidentali è una malattia come un’altra da curare ma che per certe popolazioni dell’Africa sub saariana può significare morte!

**Livello culturale** Geraci e Colasanti definiscono il livello culturale quello in cui si esprime l’imprinting con cui una persona ha definito la sua identità in un momento della sua vita.

**Livello metaculturale** è considerato l’exasperazione del precedente che può portare all’arroccamento: rifiuto della cultura del paese ospitante o all’iperadattamento: abbracciare la cultura del paese ospitante rinnegando la propria.

Nell’approcciarsi con uno straniero dobbiamo innanzitutto cercare di eliminare ogni pregiudizio, non considerarlo diverso non dimenticare mai di avere davanti una “ persona” e non una “ cultura”.

## **II DHAT**

Il medico ha un approccio ai pazienti di tipo universalistico : gli esseri umani sono tutti uguali c’è una sola medicina quella che si impara nelle università! In realtà il paziente ha una percezione personale della malattia Illness che può sfuggire all’ esame obiettivo e che è riconducibile a fattori culturali non contemplati dalla medicina occidentale. Per questo motivo può succedere che dei pazienti indiani si presentino ripetutamente in ambulatorio lamentando sintomi che non hanno riscontro obiettivo, e che non sono riconducibili ad una precisa malattia.

Il Dhat è una sindrome conosciuta nel continente indiano, è un disturbo correlato alla perdita vera o presunta di sperma considerato l’essenza più preziosa dell’essere umano. Testi classici della medicina Indù “ Ayurveda e Sushruta Samhita” asseriscono che l’organismo umano è composto da sette costituenti fondamentali: chilo,sangue,carne,grasso,ossa,midollo osseo,sperma definiti con il termine sanscrito Dhatu. Secondo i testi sacri lo sperma è l’essenza più raffinata: occorrono 40 pasti per produrre una goccia di sangue ,40 gocce di sangue per una di midollo osseo, 40 gocce di midollo osseo per una di seme. La perdita di sperma equivale quindi a una grande perdita di energia  $40 \times 40 \times 40 = 64.000$  pasti.

Questa consapevolezza rende l’individuo debole ansioso ecc...

A questo punto ritengo importante fare delle considerazioni:

Non si possono conoscere tutte le culture delle persone che vivono nel nostro paese

Non si possono conoscere tutte le nosografie presenti in altre medicine

Bisogna considerare che comunque esiste una dimensione culturale,che la persona che sta davanti a

noi conosce qualcosa della sua cultura di origine che noi sconosciamo

Basta porsi nella condizione dell'ascolto!

**Specularità Medico Paziente:** I primi medici impegnati con pazienti stranieri pensavano di doversi trovare di fronte a patologie esotiche, mi preme comunque sottolineare che ancora oggi diversi colleghi quando sanno che mi occupo di immigrazione mi chiedono di quali particolari malattie esotiche sono portatori gli immigrati ! Di contro gli immigrati che conoscono il nostro paese attraverso i media credono di trovarsi davanti ad una sanità da “ General Ospital”. Questa prima fase è conosciuta nella letteratura della Medicina delle Migrazioni come **“fase dell'esotismo”**

La delusione di non trovarsi di fronte a malattie esotiche in pazienti provenienti da paesi lontani portava i medici a non essere più attratti dalla novità, e a non occuparsi più di stranieri. Il riscontro di malattie uguali a quelle degli italiani rendeva i medici scettici: “non esistono differenze fra le patologie di un paziente italiano e di un paziente proveniente da paesi esotici! Quindi se questi pazienti vengono con sintomi strani è perché vogliono farci perdere tempo!” D'altra parte i pazienti stranieri riconoscendo i limiti della sanità occidentale perdono fiducia nel medico e nelle strutture. Questa fase è conosciuta come **“fase dello scetticismo.”** Ma la curiosità di alcuni colleghi particolarmente attenti a queste nuove dinamiche ha portato il medico, forte delle proprie conoscenze, a superare i propri pregiudizi iniziali, ad andare oltre in senso critico. Così come la presa di coscienza della nuova realtà in cui vive porta lo straniero a ridimensionare le proprie aspettative. Questa fase, che è quella che stiamo vivendo adesso, è la **“fase del criticismo”**

La tabella che segue mette a confronto la specularità fra operatore e paziente ( Mazzetti “ Il Dialogo Transculturale”)

## DIALOGO OPERATORE SANITARIO - PAZIENTE

### I° fase

### MEDICO

### PAZIENTE

ESOTISMO

“sindrome di Salgari”

“sindrome da General Hospital”

### II° fase

SCETTICISMO

“ questo non ha niente”

“questo medico non vale troppo”

“ mi fa solo perdere tempo”

“ mi curano male perché  
sono straniero”

### III° fase

CRITICISMO

superare i pregiudizi  
porre attenzione alla  
relazione medico paziente

accettare i limiti del medico e  
della medicina  
comprendere cosa è  
realisticamente possibile avere

## **Stress da transculturazione:**

Con questo termine s'intendono quella serie di fenomeni che interessano il migrante nel passaggio da una terra all'altra. Riconosce varie motivazioni:

**LA LINGUA** sia parlata che non parlata che determina difficoltà di comunicazione e grande impegno di energie psichiche per farsi capire.

Il **CORPO** alcune volte il diverso colore della pelle o i tratti somatici particolari di alcune etnie possono imbarazzare in quanto diventano messaggio di luoghi comuni (es un uomo bianco in africa può essere visto come uno ricco, uno sfruttatore, un' approfittatore, ecc).

### **LO STATUS SOCIALE:**

i migranti che giungono nel nostro paese sono in genere persone colte di buon livello sociale. In Italia diventano semplicemente " EXTRACOMUNITARI" con tutto quello che ciò comporta: poveri, miseri ignoranti.... Un ingegnere, un professore, colto e stimato nel proprio paese al momento del suo arrivo si ritrova a chiedere assistenza alle associazioni di volontariato, a mangiare nelle mense dove mangia la gente più povera del paese ospitante. Un uomo conosciuto al suo paese come intellettuale diventa ad un tratto un emarginato

**LA CRISI ETICA** Ognuno nel proprio paese segue uno stile di vita rispondente alla propria cultura e alla propria morale ma non è così per tutti. Se si arriva in un paese dove i nostri principi sembrano sovvertiti non si capisce più cos'è giusto e cos'è sbagliato! In alcuni queste sensazioni possono portare a fare cose che nel loro paese non avrebbero mai fatto. Tutto questo determina modificazioni della propria identità. Il migrante in terra straniera si trova a dover operare massicce trasformazioni nel suo modo di essere, sono troppi gli stimoli esterni che influiscono sui tempi e le modalità del processo di cambiamento ... di adattamento della propria identità E' un processo difficile anche se arricchente bisogna mettere in discussione certezze a cui si era ancorati, accettare nuove situazioni difficili da capire

Ed è in questa fase che possono essere messe in atto due tipi di difesa l'arroccamento e l'iperadattamento

**L'arroccamento** porta l'immigrato a chiudersi in se stesso, a rifiutare ogni compromesso con la nuova realtà. Ciò determina una crisi d'identità che porta a giustificare anche cose che non si sarebbero mai fatte prima.

**L'Iperadattamento** porta l'immigrato a negare le proprie origini, a "sentirsi più italiani degli italiani"

## **Parallelismo fra operatore e migrante sulla crisi d'identità**

Anche l'operatore impegnato nella relazione di aiuto transculturale deve mettere in discussione la propria identità professionale così come è abituato a conoscerla, si accorge che stili abituali non funzionano, che servono nuove competenze

Anch'egli può reagire con atteggiamenti di arroccamento o di iperadattamento

La tabella che segue riporta uno schema di percorsi paralleli anche a proposito di crisi d'identità (Mazzetti " Il Dialogo Transculturale")

# *Percorsi paralleli nella riformulazione dell'identità*



L'identità di ogni singolo individuo è in continuo mutamento. Ognuno di noi è costantemente impegnato a rielaborare il proprio modo di vedere le cose, è impegnato nello scrivere la storia della propria vita che è data dalle nostre varie disidentità

Il migrante in quanto tale è impegnato in questo processo di continuo adattamento e ampliamento della propria storia di vita esasperandone l'adattabilità.

Il suo benessere psicologico dipende soprattutto dalla capacità di rimodellarsi durante il processo di transculturazione senza spezzare il filo che lo unisce con la propria vita passata.

Se durante questo processo si verifica un'interruzione, se per qualche motivo il processo di rielaborazione e di adattamento subisce un arresto il migrante può cadere in sofferenza psichica è fondamentale in questi casi l'intervento dell'operatore che aiuti il migrante a ricostruire il proprio percorso.

Spesso infatti il migrante si rivolge al medico non per problemi puramente fisici, ma per la percezione che qualcosa non sta andando bene nella loro storia di vita, in questo caso l'operatore deve intervenire dedicando la giusta attenzione. Il mio intento con questo intervento era di dare alcuni spunti di riflessione sulle possibili modalità di relazionarsi con un paziente straniero. E per concludere ritengo utile precisare alcuni concetti:

Incontrare un immigrato non vuol dire incontrare una cultura ma una persona con una sua individualità;

Dedichiamo la nostra attenzione alla persona prima che farci influenzare da pregiudizio culturali;

Ricordiamoci che un immigrato viene da un altro mondo, con sistemi di riferimento differenti;

anche se non possiamo capire fine in fondo la sua cultura facciamoci aiutare da lui per capirlo ed aiutarlo.

Una persona immigrata è una storia di vita che sta gestendo cambiamenti del suo essere , necessari per il suo processo di stransculturazione. Dobbiamo riconoscere questo suo percorso e quando è possibile aiutarlo dandogli il tempo di operare i suoi cambiamenti