

# CHI TRADUCE LE MALATTIE? STORIE DI STRANIERI CHE PORTANO DAL MEDICO ANCHE LE LORO CULTURE

LA PERCEZIONE DEL CORPO VARIA DA PAESE A PAESE. PERCIÒ PER UN MIGRANTE È SPESSO DIFFICILE RACCONTARE IL PROPRIO MALESSERE. UN ANTROPOLOGO E UN DOCENTE DI DIRITTO SPIEGANO CHE COSA SI PUÒ FARE. E COSA BISOGNA EVITARE

di **ALESSANDRA CASTELLANI**

**S**e sei uno straniero, il percorso per ritrovare la salute rischia di essere tortuoso come il percorso della tua migrazione. Esempio è la storia di un immigrato malese che si presentò al pronto soccorso sostenendo, in buon italiano, di avere mal di fegato. Infermieri e medici si fidarono, non potevano sapere che *hati*, fegato nella lingua malese, ha un doppio significato: è l'organo che produce la bile, ma anche la sede della rabbia e del coraggio (d'altronde, anche in italiano si usa l'espressione «avere fegato»). Quel paziente, che aveva problemi al lavoro e in famiglia, si sentiva stanco, affaticato, sentiva un peso sullo stomaco, gli mancava il respiro. Ma ai medici parlò solo di fegato: gli fecero un'ecografia addominale, trovarono un lieve ingrossamento, e lo mandarono a casa con qualche farmaco. Di lì a poco l'uomo sarebbe morto per un arresto cardiaco. Nonostante il suo buon italiano, non aveva fatto in tempo a imparare che il suo *hati* emotivo, in italiano, è il cuore. Le credenze del malato, così come la percezione culturale e simbolica del suo corpo, erano entrate in rotta di collisione con il linguaggio medico. Perché per il medico, e per chi opera in genere nel settore sanitario, il corpo del paziente ha spesso un valore strettamente biologico, che non tiene conto del contesto culturale di provenienza.

Ivo Quaranta, antropologo medico ricercatore all'Università di Bologna, e Mario Ricca, professore di diritto inter-

culturale all'Università di Parma, affrontano le difficili relazioni tra salute dei migranti e istituzioni sanitarie nel libro *Malati fuori luogo* (Raffaello Cortina editore). Qui mettono insieme le riflessioni e le esperienze sui malati stranieri raccolte nel corso di un progetto finanziato dalla Regione Emilia-Romagna e dalla Azienda ospedaliero-universitaria che ha aperto un laboratorio di medicina interculturale all'interno dell'ospedale di Parma. Medici, infermieri, operatori del territorio e dirigenti hanno lavorato insieme sul rapporto tra pazienti stranieri e servizi socio-sanitari. Il malessere infatti chiama sempre in causa una fitta rete di parole, di visioni del mondo, di rappresentazioni del proprio corpo. E l'analisi e l'elaborazione culturale della malattia possono variare enormemente. «La malattia infatti non si manifesta esclusivamente a livello del corpo che abbiamo, ma anche dell'organismo che siamo» dice Ivo Quaranta.

Per questo oggi la medicina interculturale, prima di curare, cerca di capire che cosa intenda davvero il paziente quando dice di stare male. Carla Baiocchi, responsabile di Focus Casa dei diritti sociali, un'associazione di volontariato laico che ha sede a Roma tra la Stazione Termini e piazza Vittorio, luogo nevralgico della multiculturalità, racconta il suo incontro con



un ragazzo di 22 anni della Guinea. Si chiamava Conakry, sosteneva di stare male, ma non si riusciva a capire che cosa avesse. «Gli abbiamo fatto tutti i tipi di analisi, l'abbiamo rivoltato come un calzino ma non abbiamo trovato niente. Poi abbiamo capito: se sei sbattuto tra vari uffici, se non capisci la burocrazia, resti tanto tempo in una situazione di incertezza, alla fine avverti un disagio». Ti appare come una vera malattia, ma la medicina non è in grado di diagnosticarla.

«A un giovane del Mali» racconta ancora Baiocchi «per un colpo di freddo si era storta la bocca. Era fuori di sé. Parlava il dialetto bambarà, uno dei tanti idiomi africani, e non capiva il francese. L'abbiamo accompagnato dal dottore, ma non riusciva a comprendere le domande. Così si spaventava ancora di più». E la paura spesso è più forte di ogni sofferenza fisica, perché le malattie possono minacciare radicalmente i progetti di migrazione, fondati sempre sulla salute.

Poi c'è la difficoltà, per i medici, di tenere conto delle particolari credenze del contesto culturale in cui si inserisce una certa malattia. Ivo Quaranta, che ha svolto alla fine degli anni Novanta il suo dottorato di ricerca nel Nord-Ovest del Camerun, racconta come l'Aids venisse là interpretato come una forma di stregoneria. In quel contesto, il Global Programme on Aids dell'Organizzazione mondiale della sanità ha fallito perché è stato incapace di capire le implicazioni sociali della malattia e ha focalizzato invece l'attenzione sulla prevenzione, con un atteggiamento in bilico tra l'ingenuità e la supponenza scientifica. All'epoca, oltretutto, i farmaci antiretrovirali non erano accessibili: solo dopo il Duemila le compagnie far-

maceutiche hanno infatti abbassato i prezzi e si è potuta adottare una strategia terapeutica e non solo di prevenzione. «Ormai però anche l'Oms» dice l'antropologo «ammette che il ruolo pesante della disuguaglianza sociale nella diffusione dell'Aids nell'Africa sub-sahariana». Solo che in quella comunità l'estrema povertà diventa stregoneria.

La comunicazione tra medico e paziente straniero può fallire anche, semplicemente, perché il rapporto è frettoloso, poco attento. L'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (Inmp) nasce proprio, come osserva il suo direttore, Concetta Mirisola, per superare «le difficoltà e le barriere di diversa natura che, in molti casi, rendono difficile la piena inte-

grazione socio-sanitaria». Francesco Carchedi, docente della Facoltà di sociologia della Sapienza e consulente Parsec, un consorzio di cooperative sociali e associazioni onlus, conferma: «I medici spesso non riconoscono l'origine di alcuni segni di sofferenza, ma stanno emergendo esperienze positive». A Roma, per esempio, al pronto soccorso del Policlinico Casilino, che si trova in un'area periferica, sono stati organizzati corsi di formazione per sensibilizzare gli operatori alle violenze di genere e per riconoscere le vittime di tratta, spesso giovani nigeriane costrette a prostituirsi, perché in patria, per emigrare, hanno contratto un

debito ratificato tramite un rituale vudù. «Ora sappiamo che, quando una donna viene accompagnata da un uomo o da un'altra donna che fanno resistenza

quando chiediamo loro di allontanarsi, dobbiamo sempre sospettare di avere davanti una vittima di tratta» racconta Adolfo Pagnanelli, direttore del pronto soccorso. Ma proprio perché i legami delle vittime con gli sfruttatori sono vincolanti e le ripercussioni di una loro rottura coinvolgerebbero le famiglie d'origine, per i medici creare un rapporto di fiducia non è facile. Anzi, alle volte, può rivelarsi un'impresa impossibile.

**ALESSANDRA CASTELLANI**



NELLA FOTO GRANDE: MEDICO E PAZIENTE NELL'AMBULATORIO DI EMERGENCY A PALERMO. SOPRA, LA COPERTINA DEL LIBRO DI IVO QUARANTA E MARIO RICCA **MALATI FUORI LUOGO** (RAFFAELLO CORTINA, PP. 159, EURO 13)

**3,6%**  
i ricoveri  
in ospedali italiani  
che riguardano  
gli immigrati

**6 milioni**  
gli immigrati in Italia:  
la prima causa  
dei ricoveri sono  
i traumi da incidenti  
sullavoro



## REGOLARI E IRREGOLARI HANNO ACCESSO AL SERVIZIO SANITARIO EPPURE L'ITALIA GARANTISCE IL DIRITTO ALLA SALUTE

L'articolo 32 della nostra Costituzione garantisce la tutela della salute non ai «cittadini», ma agli «individui». Così, se gli immigrati regolari hanno le stesse tutele dei cittadini italiani (visto che in media sono più giovani, rappresentano però solo il 3,6 per cento dei ricoveri in ospedale), anche quelli irregolari possono accedere al servizio sanitario per le cure di base. «In Germania invece gli irregolari hanno accesso solo alla medicina di emergenza» spiega Salvatore Geraci, membro della Società italiana di medicina delle migrazioni e responsabile dell'area sanitaria per la Caritas a Roma. «E così li spendono più di noi, perché gli irregolari arrivano negli ospedali quando sono gravi

e richiedono lunghi ricoveri». Quanto alle malattie, «fra i circa sei milioni di immigrati in Italia, la prima causa di visita medica per i maschi sono i traumatismi, quasi sempre legati a incidenti sul lavoro non denunciati. Fra le donne, invece, spiccano

i problemi legati alla gravidanza». Non mancano le incomprensioni culturali: «Anni fa lanciammo una campagna di prevenzione dell'Aids fra gli immigrati, che equiparava questa malattia al cancro. Fu un fallimento, perché, capimmo dopo, nelle loro società il cancro spaventa molto meno della malaria o della diarrea infantile. La mediazione culturale, quindi, è importante, ma con una formazione mirata, i medici stessi possono arrivare a intendersi bene con gli immigrati. Piuttosto,

è importante abbandonare i pregiudizi. Nell'ambulatorio per immigrati dove lavoro, un tempo non si vedevano mai i cinesi. Pensavamo che non si fidassero della nostra medicina. In realtà, una volta che abbiamo introdotto degli interpreti, sono affluiti in massa, e abbiamo scoperto che semplicemente temevano di non essere capiti o addirittura di essere denunciati come irregolari. Ora i cinesi sono i secondi dopo i rumeni per affluenza, e i primi per scrupolo nel seguire le cure». (al. sa.) ■■



BAMBINI CINESI  
NELL'AMBULATORIO  
PER LE  
VACCINAZIONI.  
LA NOSTRA  
COSTITUZIONE  
GARANTISCE LA  
TUTELA DELLA  
SALUTE NON A TUTTI  
I «CITTADINI»  
MA A TUTTI  
GLI «INDIVIDUI»

