

**TOMMASO ESPOSITO**

## **S.S.N. MEDICINA GENERALE E PAZIENTI IMMIGRATI**

### **La scelta del Medico di Medicina Generale**

L' impianto legislativo del nostro paese, a partire dalla legge 39/90 fino alla recente legge 40/98, ha definito tutte le problematiche e le questioni relative alla salute degli immigrati nell' ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Ancora oggi, però, non è possibile disporre di dati nazionali relativi alla fruizione del S.S.N. da parte degli immigrati nè si è in grado di valutare quanti di essi, pur avendone il diritto, abbiano scelto il proprio medico di Medicina Generale.

Le poche ricerche finora effettuate in merito segnalano dei tassi di iscrizione al SSN, che variano dal 14% di alcune aree del Sud, come la provincia di Napoli, al 90% di alcune aree del Nord, come Modena. (CARCHEDI, 1991; DAMA, ESPOSITO, ARCELLA, 1992)

D'altra parte, la attivazione delle strutture sanitarie pubbliche rispetto alla emergenza imposta dalle migrazioni nel nostro paese non sembra essere al passo con quanto realizzato dai centri del volontariato, nonostante la legge 40/98 garantisca ormai anche alla popolazione immigrata irregolare la possibilità di ricevere assistenza sanitaria.

La scelta del medico di medicina generale costituisce, tuttavia, la via di accesso a tutti i servizi ammessi dal SSN.

In particolare presso l'ambulatorio di medicina generale il paziente, allo stato attuale delle norme, salvo eventuali future innovazioni scaturenti dagli accordi di categoria e dalle conseguenti contrattazioni regionali, potrà usufruire gratuitamente di:

- 1) visite ambulatoriali o domiciliari a scopo diagnostico terapeutico;
- 2) alcune prestazioni di particolare impegno professionale previste per legge come le iniezioni endovenose, le fleboclisi, le inalazioni o aerosol, le medicazioni, alcune vaccinazioni non obbligatorie.
- 3) le eventuali proposte di consulto specialistico presso i poliambulatori e gli ambulatori pubblici o accreditati, di accertamenti diagnostici o strumentali, di ricovero in ospedale pubblico o clinica accreditata;
- 4) le prescrizioni terapeutiche di specialità farmaceutiche o galeniche o integrative;
- 5) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna ed alle scuole secondarie superiori;
- 6) le certificazioni di idoneità allo svolgimento di attività sportiva non agonistica di cui al DMS 28/2/83;
- 7) le certificazioni di malattia per i lavoratori dipendenti;
- 8) le visite occasionali per gli aventi diritto non iscritti nell'elenco del medico visitante e occasionalmente presenti sul territorio della ASL in cui si effettua la visita.

A seguito di specifiche direttive della ASL e della Regione il medico di medicina generale eroga gratuitamente inoltre:

- a) vaccinazioni e chemioprophilassi tecnicamente e legalmente espletabili;
- b) visite periodiche per i lavoratori a rischio con compilazione della parte anamnestica ed aggiornamento dei libretti di rischio;
- c) certificazioni di idoneità al lavoro.

Alcune certificazioni di competenza del medico curante, quale il certificato per le attività sportive non agonistiche svolte privatamente, non sono concedibili in regime gratuito.

Il medico di medicina generale scelto, da parte sua, ha l'obbligo di:

- 1) concedere gratuitamente tutti i servizi previsti dalla convenzione;

2) tenere ed aggiornare la scheda sanitaria individuale ad uso esclusivo del medico, quale strumento tecnico professionale che, oltre a migliorare la continuità assistenziale, consenta al medico di collaborare ad eventuali indagini epidemiologiche mirate, da attivare sulla base di programmi nazionali o regionali.

#### **CURARE L ' ALTRO**

#### **Fattori di rischio e bilancio di salute del migrante**

#### **La relazione medico - paziente**

I flussi migratori verso l' Italia di cittadini stranieri provenienti dai paesi extracomunitari determinano una serie di problemi in campo assistenziale, nell' area socio-sanitaria e in quella più ampia e complessa dell' integrazione. Tuttavia i problemi relativi alla salute dei migranti fino a qualche anno fa avevano destato scarsa attenzione in ambito medico e psicologico, pur in presenza di un lavoro capillare di raccolta e di analisi di dati presso i centri del volontariato ed alcune strutture universitarie.

Tali dati, indicano chiaramente come gli immigrati siano in massima parte giovani, molto spesso laureati o diplomati; giungano in percentuale altissima perfettamente sani nel nostro paese; si ammalino qui in Italia per la gravosità dei lavori a cui si sottopongono, per lo stress da trans-culturazione e per la precarietà delle loro condizioni di vita; non siano affatto tutti quanti portatori nè diffusori di malattie rare, esotiche o sconosciute. (AFFRONTI, ET AL.,1990-1992; COLASANTI, GERACI, PITTAU, 1991; DAMA, ESPOSITO, ARCELLA, 1992; DA VILLA, PASINI, 1995; GERACI, 1995)

Nel panorama della sanità, dunque, ormai alle soglie del Duemila, dovrebbe correttamente aprirsi all' orizzonte una medicina che possa meglio definirsi come "Medicina delle Migrazioni", terreno fertilissimo di indagine e di ricerca mirante alla tutela, alla cura ed alla prevenzione della salute in un ottica interrazziale.

### **FATTORI DI RISCHIO DEL MIGRANTE NEL PAESE OSPITE**

**Mancanza di lavoro e di reddito**  
**Sottoccupazione in lavori rischiosi e non tutelati**  
**Degrado abitativo**  
**Assenza di supporto familiare**  
**Clima diverso**  
**Acquisizione di diverse abitudini alimentari**  
**Acquisizione di nuove abitudini**  
**Rischio di devianza**  
**Malessere psicologico insito nella**  
**Discriminazione accesso ai servizi sanitari**

Nello schema sono riportati i fattori di rischio da prendere in considerazione nell' affrontare le questioni relative della salute dei migranti.

La mancanza di un lavoro sicuro e la conseguente assenza di un reddito certo rappresentano purtroppo una drammatica realtà per quanti giungono nel nostro paese attratti dal miraggio del benessere e della ricchezza.

La disoccupazione investe quasi tutti i settori produttivi e si estende a macchia di leopardo in tutte le aree del paese.

Lo stesso lavoro abusivo già riguarda moltissimi lavoratori italiani. Già nel 1995 secondo il rapporto Eurispes "Italia 1995" erano 10.995.000 i nostri connazionali che praticavano un' attività in nero.

L'esercito degli abusivi presenta varie tipologie che l'Eurispes così individua: << Gli "sfruttati" sono quelli coinvolti nel lavoro nero, nel lavoro a domicilio o nel lavoro per conto terzi. I "marginalizzati" sono, prevalentemente, i lavoratori dipendenti espulsi o collocati ai margini della grande industria, che trovano difficile una ricollocazione, soprattutto se meno professionalizzati. I "sopravvissuti" sono lavoratori in proprio e i piccoli imprenditori che tentano di sfuggire ad un fisco giudicato aggressivo. Infine i "furbi" sono coloro che arrotondano lo stipendio in vario modo.

Sulla base di questi dati si può dire che l'impiego degli immigrati non necessariamente è concorrenziale con quello italiano, ma può essere suppletivo e funzionale alle esigenze produttive. Gli immigrati appartengono alla categoria degli sfruttati, quelli sui quali i datori di lavoro hanno interesse a risparmiare sui contributi e sulle garanzie contrattuali. Altre volte il lavoro nero può configurarsi come una necessità per gli stessi datori di lavoro, in quanto gli immigrati o hanno un permesso di soggiorno non per motivi di lavoro o non hanno più o non hanno mai avuto un permesso. Sotto questo aspetto va detto che i meccanismi di collocamento sono eccessivamente complessi e non del tutto funzionali alle esigenze di mercato e che proprio per tale motivo si alimenta in parte l'area della irregolarità>> (DOSSIER CARITAS '95)

In una tale situazione i rischi professionali dei lavoratori immigrati sono naturalmente superiori in confronto a quelli della popolazione ospite. Secondo alcune ricerche il lavoratore immigrato all'inizio del nuovo lavoro nel paese straniero ha un tasso di infortuni doppio rispetto ad un lavoratore del posto o comunque esperto. Tale tasso di infortunio raggiunge la media soltanto dopo alcuni anni di stesso lavoro. (BIOCCA-SALMASO, 1991; TOTIRE, 1993) Le condizioni di degrado abitativo in cui sono costretti la maggior parte degli immigrati non hanno bisogno di commenti.

In alcune aree del Sud essi vivono in veri e propri tuguri, con un indice di sovraffollamento elevatissimo, senza le benché minime garanzie di igiene e di sicurezza.

L'assenza della propria famiglia, il sovvertimento delle proprie abitudini alimentari con pasti frugali e di scarso valore nutritivo, l'acquisizione di abitudini voluttuarie nuove, come il fumo e l'assunzione di bevande alcoliche, rappresentano ulteriori fonti di rischio per la salute dei migranti.

E questo rischio si evidenzia anche in riferimento alle crescenti difficoltà di integrazione degli stranieri, connotate da una palese crescita della devianza sociale.

I dati sulla detenzione e sulle denunce di reati commessi dagli stranieri presenti in Italia dimostrano chiaramente come la criminalità straniera ha subito in questi ultimi anni un incremento notevolmente maggiore rispetto a quelli registrati per la criminalità nel suo complesso.

Allo stato attuale i dati più volte forniti in sede ministeriale indicano come la popolazione carceraria in maggioranza sia quella straniera extra-comunitaria.

I reati più comunemente ad essi imputati sono correlati al traffico ed allo spaccio di droghe

Anche l'accesso ai servizi sanitari, proprio a causa delle difficoltà di ordine burocratico ed amministrativo nell'interpretazione ed applicazione delle leggi di settore, rappresenta una barriera per il migrante.

Come abbiamo visto nei paragrafi precedenti, infatti, la legislazione italiana in materia di assistenza sanitaria agli stranieri presenta alcune lacune non ancora colmate.

A questi fattori va naturalmente aggiunto il rischio di malessere psicologico legato proprio alla condizione di essere migrante, alla << sindrome della valigia in mano >>.

Gli spostamenti di popolazioni, infatti, pongono seri problemi non solo di natura politica, sociale ed economica, ma anche psicologici.

Non a caso l'abbandono dei luoghi e delle terre natie, delle tradizioni e degli affetti consolidati, delle culture e delle convenzioni etniche di origine e, di contro, l'impatto con nuovi moduli linguistici e comportamentali, nuovi costumi, usanze ed abitudini possono determinare e far insorgere disturbi nella salute fisica e psicologica degli individui.

E parallelamente, così come in modo drammatico spesso la cronaca mette in evidenza, la concentrazione in una zona di notevoli presenze di cittadini appartenenti ad altre razze può determinare reazioni di insofferenza, che raggiungono livelli allarmanti.

Analizzata in una prospettiva trans-culturale, che si metta cioè a confronto con culture diverse, la malattia, quale momento di crisi della persona, diviene il canale privilegiato attraverso cui si manifestano reazioni individuali e collettive polivalenti, caratteristiche e tipiche della cultura e della ideologia di ogni malato e di ogni gruppo etnico.

I disturbi psicologici lamentati dai cittadini extra-europei, che si rivolgono soprattutto ai centri di accoglienza del volontariato o alle nostre strutture pubbliche, laddove queste siano disponibili a queste consulenze, celano tutto un vissuto ideologico, religioso e culturale su cui andrebbe indagato prima di formulare diagnosi e terapia. (ESPOSITO,1992; FRIGHI,1992)

Questa situazione è analoga per certi aspetti a quello che si verificò con le emigrazioni dei cittadini italiani, soprattutto meridionali, i quali, sottoposti a visita presso gli ambulatori medici nord-europei ed americani, collegavano le loro patologie al malocchio ed alle fatture. (RISSO, BOKER, 1964) Tali problematiche evidenziano la necessità di analizzare i disturbi psicologici così come vengono percepiti, vissuti e curati a livello di culture diverse dalle nostre.

Si tratta di una ricerca che affronti i problemi relativi agli emigrati intraprendendo un approfondito scavo antropologico delle personalità disturbate, onde evitare inganni e travisamenti diagnostici.

Bisogna, infatti, saper discernere tra il dato culturale socialmente condiviso e i reali disturbi dell'individuo.

Un paziente senegalese, ad esempio, che si lamenti della propria salute, che appaia teso, ansioso, ipocondriaco, minacciato da tutto ed osservato da tutti in un paese straniero, non è un paziente delirante, allucinato con idee di persecuzione.

E un magrebino, che si presenti in ambulatorio dicendo di sentirsi male dappertutto, di avere fastidio ora qua ora là per il corpo senza darsene una plausibile spiegazione e che appaia ossessionato piuttosto di come possa essere accaduta questa disgrazia proprio a lui e non ad altri, non è affatto uno psicotico.

Probabilmente si tratta in entrambi i casi di pazienti con disturbi psicosomatici.

Questo avviene perché in molte culture africane, la malattia è sempre vista come una minaccia alla salute proveniente dall'esterno, dal mondo soprannaturale e magico.

E il dato meta-empirico riferito indica proprio quelle aree del religioso, del magico, del soprannaturale poste al di fuori di una verifica epistemologica tipica della scienza contemporanea, ma intensamente coinvolgenti l'individuo sul piano dell'esperienza emozionale ed esistenziale.

In tale prospettiva, la valutazione del disturbo psicologico del migrante obbliga ad impegnarsi, sul terreno della pre-comprensione culturale e trans-culturale, nonché della prevenzione, del reinserimento e, in un futuro prevedibilmente prossimo, anche della riabilitazione psico-sociale.

L'approccio, infatti, al disagio psichico del migrante pone tutta una serie di questioni ancora aperte, degne di ulteriore approfondimento, così come efficacemente Luigi Frighi ha segnalato in altra parte di questo volume.

## **IL BILANCIO DI SALUTE DEL MIGRANTE**

L'emergenza di uno stato di malattia nel conduce essenzialmente lungo due percorsi espressivi.

Il primo fa riferimento all'analisi della relazione Medico - Paziente. Il secondo comporta una valutazione dei dati sotto il profilo nosologico e nosografico.

## La relazione medico - paziente altro

Nella scelta del medico di medicina generale il rapporto di reciproca fiducia tra medico e paziente dovrebbe essere fondamentale anche nella relazione che si stabilisce con il paziente straniero.

Con il cittadino straniero immigrato questa interazione per definizione appare difficile, giacchè presuppone un rapporto, che oltre ad essere rapporto di fiducia, sia esso stesso improntato ad un atteggiamento trans-culturale.

Infatti << la relazione che si viene ad instaurare fra paziente immigrato e medico di base durante la consultazione clinica può costituire un modello paradigmatico anche per altri servizi ed operatori. Si tratta di un caso particolare della più generale "relazione terapeutica" : di quella interazione formale, cioè, che avviene fra una persona che ritiene di essere ammalata e un individuo designato dalla sua cultura come qualificato per aiutarla. Nel nostro caso, è possibile evidenziare l'aspetto interculturale legato all'appartenenza dei due soggetti dell'interazione (medico e paziente) a due diversi sistemi culturali .>> (GIARELLI, 1991)

Sono stati ampiamente segnalati (DAMA, ESPOSITO, ARCELLA, 1992) i rischi di fraintendimento che si corrono in una relazione medico-paziente, in cui emergano in primo luogo le difficoltà di comunicazione verbale e linguistica ovvero non si tenga conto perlomeno delle diversità culturali soprattutto rispetto ai propri rispettivi modelli di concezione e definizione di salute, malattia e guarigione.

Va pure sottolineato che data la tipicità del rapporto tra malato e "proprio medico curante, appare estremamente importante una comunicazione interpersonale in cui si realizzi, se non una ideale coincidenza di modelli esplicativi, almeno una coscienza da parte di entrambi i soggetti, medico e paziente, del modello esplicativo di cui l' "altro" è portatore. (HELMAN, 1981)

Le difficoltà di comprensione linguistica e verbale giocano in questo senso un ruolo fondamentale.

Non tutti i medici sono in grado di parlare e di capire correttamente più di una lingua.

Non tutti gli stranieri extra-comunitari sono in grado di parlare altra lingua al di fuori di quella nazionale.

Non è assolutamente possibile immaginare che in ogni studio medico possa essere istituito un servizio di traduzione simultanea.

Si stabilisce, così, la prima occasione di incomunicabilità tra medico e paziente.

Le differenze culturali fra medico occidentale e paziente straniero sul modo di intendere la salute, la malattia e la guarigione sono ulteriore occasione di corto circuito comunicativo.

SACHS, già nel 1983 segnalava la completa incomunicabilità tra le donne di origine turca immigrate in Svezia e gli operatori di un centro di pediatria della periferia di Stoccolma. Egli bene descriveva i diversi modi di intendere l'episodio di malattia del bambino da parte del pediatra svedese e della mamma turca: diversità tali da raggiungere elevati livelli di incomunicabilità. (SACHS, 1983)

Ed ancora da ESPOSITO T. (1992) e FRIGHI L. (1992) vengono inoltre segnalati quei casi in cui la prevalenza di determinati stati emozionali, innestati su retroterra di interpretazione religiosa della malattia, erroneamente si vogliono incasellare sul versante biologico e di patologia organica.

<< Non infrequenti sono infine i casi nei quali sorgono problemi di terminologia dovuti al fatto che, pur utilizzando paziente e medico gli stessi termini, il loro significato in realtà è diverso. Parlare di palpitazioni, ansietà, depressione, ipertensione, bile, pancia non sempre implica che il significato attribuito a questi termini sia univoco da parte del medico e del paziente. L'uso di una stessa terminologia non garantisce automaticamente la comprensione reciproca, dal momento che uno stesso termine può essere concettualizzato in modo alquanto diverso. Di conseguenza il medico dovrebbe prestare molta attenzione nell'utilizzare tali termini quando formula domande al paziente relative ai suoi sintomi o quando gli fornisce spiegazioni nelle quali

sono contenuti termini apparentemente ineccepibili come virus o germi. >>  
(GIARELLI, 1991)

Questi esempi tendono chiaramente a ribadire che la consultazione clinica trans-culturale non può assolutamente non tenere in considerazione i livelli di transazione e di scambio che si realizzano tra i modelli di concezione della malattia e della salute del medico da una parte e del paziente extracomunitario dall'altro. (PANDOLFI, 1990)

E' bene ribadire in questa sede che moltissima parte della popolazione africana residente nel nostro paese è gente legata alle proprie tradizioni culturali, religiose, economiche, politiche e sociali. Per loro << la malattia è un fatto che riguarda e coinvolge la persona umana in tutta la sua totalità fisica, mentale e spirituale; lontano quindi dal concetto meccanicistico della malattia proprio del mondo occidentale. Secondo la mentalità africana il malato non si può ridurre al pezzo di un ingranaggio guasto o logoro, che ha bisogno di riparazione. L'uomo è un essere unitario, spirituale e sociale, il cui benessere psicofisico è strettamente legato alla società in cui vive; una società composta dalla famiglia, dal clan, dalla tribù con leggi vigenti da secoli; in essa e per essa tutti i membri vivono e muoiono e soltanto gli antenati, viventi nel mondo degli spiriti, proteggono la salute degli abitanti. Quando una persona si ammala la causa della malattia va ricercata nella trasgressione di una legge inviolabile della grande famiglia tribale e il medico tradizionale non fa altro che individuare la trasgressione compiuta per prescrivere la cura adatta.>> (DELLE, 1994)

Eppure accade che la presentazione del disturbo fisico da parte del paziente immigrato, corredata da una rete di simboli e di rituali comunicativi particolari attinenti in massima parte alla comunicazione non verbale, determina innanzitutto nel medico il tentativo di incasellamento in questo o in quell'altro settore della sua nosografia e patologia ufficiali, con la conseguente ricerca di una terapia che possa essere considerata idonea ed efficace sia dal medico che dal paziente.

Il paziente extracomunitario, nella esperienza che ci siamo fatti negli ambulatori della nostra USL, ma del resto è un'esperienza comune a tutti quanti in Italia abbiano contatti con gli extracomunitari, "comunica" la sua malattia essenzialmente con il corpo.

<< Male quá, male lá. Tutto male.>> Questo comunemente ascoltiamo vedendo dinnanzi a noi un paziente che si tocca continuamente in questa o in quella parte del proprio corpo e denuncia in modo allarmante ed eclatante qualsiasi piccolo sintomo o sensazione.

L'allarme per il proprio corpo, che nulla a che vedere con il vissuto ipocondriaco rappresenta il segnale più chiaro di una concezione del proprio soma come "macchina per lavorare e produrre" in terra straniera, di cui il paziente immigrato è depositario.

Un corpo macchina che dovrebbe funzionare secondo i ritmi della natura, ma che si dimostra, piuttosto, controllato << dalle pratiche e dai rituali messi in atto in contesti culturali diversi, fino a un corpo che diventi, nella narrazione, un soggetto di cultura>> (PANDOLFI, 1991)

Soltanto in questo modo è spiegabile come nel paziente straniero l'evento disturbante "esterno", rappresentato dal disturbo fisico e dalla malattia, possa essere raccontato ed interpretato al pari di un evento corporeo interno: <<la storia si pietrifica in tracce corporee, l'identità si pietrifica ricostruendo una fisiologia parallela e antagonista a quella biologica e (...) il percorso malattia<sup>a</sup>malessere, sintomo - traccia corporea (...) significa entrare in quella che può essere definita spirale della sofferenza.>> (PANDOLFI, 1991)

Per il paziente straniero vale quanto PANDOLFI ha evidenziato in un contesto socio-culturale della Campania interna: << sentirsi malato e raccontarsi come malato è sempre un percorso non lineare. La sofferenza "incorporata", tende a procedere non linearmente: il malessere precede la malattia, la malattia percorre ritmi molto più complessi e più ampi di quelli biologici; il tempo esperienziale, infatti, segna tracce discontinue nel corpo, che cancellano l'ambiguo limite fra interno e esterno, diventando a volte malattia, a volte memoria, a volte attitudine psicosomatica. Il racconto di un corpo sofferito e sofferente non è più mera soggettività, ma una condivisione di soggettività.>> (PANDOLFI, 1991)

Dinnanzi a tali problematiche, dunque, la consultazione clinica nell'ambulatorio di medicina generale ed in un più ampio contesto di relazione medico-paziente straniero dovrebbe diventare un vero e proprio processo sociale di comunicazione, nel quale la persona malata assume il ruolo di "paziente" attraverso la traduzione della sua esperienza della malattia ( *illness* ) in una entità che possa pure essere, senza alcun rischio di fraintendimento, definita e compresa biomedicamente ( *disease* ) da parte del medico.

Perché questo processo abbia successo, vi deve essere un consenso o, quanto meno, una pre-comprensione di fondo fra i due soggetti interagenti sulle modalità culturali di approccio alla malattia.

E questo, con il paziente *altro*, portatore di *altra* cultura, di *altra* esperienza storica e sociale, qual è il paziente straniero, diviene impresa ardua, difficile, ma non impossibile.

#### **L' ALTRA FACCIA DEL PROBLEMA: LA VALUTAZIONE NOSOLOGICA**

La valutazione sotto il profilo nosografico delle malattie dei migranti comporta una semplice divisione in patologie *importate* o *acquisite*.

Le prime sono quelle importate direttamente dai paesi di provenienza dove esse sono endemiche o presenti più che altrove.

Esse possono ulteriormente essere suddivise in *trasmissibili* e *non trasmissibili* nel nostro paese.

Le *malattie trasmissibili contagiose* sono tutte quelle patologie che possono essere diffuse per contatto oro -fecale, sessuale, aereo, etc.

Le *trasmissibili non contagiose* sono quelle patologie trasmissibili solo in presenza nelle nostre regioni di un vettore o di condizioni climatiche e socio - ambientali predisponenti e favorenti.

E' il caso della malaria, che per diffondersi ed essere trasmessa necessita della zanzara *anopheles*.

Le malattie non trasmissibili sono, ad esempio, quelle relative a traumi o infortuni o a pregresse malattie invalidanti.

E' da segnalare, inoltre, la possibilità che anche nel nostro paese una patologia da importata possa divenire acquisita.

E' il caso, ad esempio di quelle malattie, come la Tuberculosis, che possono slatentizzarsi e manifestarsi nel paese ospite proprio a causa delle precarie condizioni abitative, igieniche e sociali.

Le malattie acquisite, invece, possono essere suddivise in *cataboliche*, proprio come quelle connesse agli stati malnutrizionali, al degrado abitativo ed allo stato di indigenza o di estrema povertà.

Le patologie anaboliche possono identificarsi, invece, in quelle relative ai veri e propri processi di integrazione. L' acquisizione, ad esempio, di nuove abitudini alimentari e di stili di vita diversi da quelli di origine ha comportato in alcuni gruppi di immigrati regolarmente integrati e residenti da lunga data in paesi occidentali l' aumento dei livelli di colesterolemia e la comparsa di malattie come l' ipertensione arteriosa.

La valutazione, dunque, del bilancio di salute del paziente immigrato in Italia deve necessariamente essere ricondotta lungo un percorso multiassiale, che semplicemente possiamo schematizzare nel modo seguente:

## BILANCIO DI SALUTE DEL PAZIENTE IMMIGRATO

### MIGRANTE SANO

*migrare per lavoro presuppone una selezione iniziale:  
emigra chi ha buona salute e forza  
per lavorare in un paese straniero*

### PATOLOGIE DA DEGRADO E POVERTA'

problemi di salute connessi a:

- *condizioni climatiche avverse*
- *degrado abitativo*
- *precarie condizioni igieniche*
- *disordini e scarsità di apporto nutrizionale*

### PATOLOGIE DA IMPORTAZIONE

problemi di salute da  
valutare attentamente dal punto di vista infettivologico

### PATOLOGIA DI URGENZA

problemi di salute da riferire a:

- *traumi accidentali*
- *incidenti stradali*
- *infortuni sul lavoro*
- *episodi di violenza e criminalità*

### PATOLOGIE PREGRESSE NON TRASMISSIBILI

problemi di salute riferibili a:

- *postumi di torture*
- *postumi di ferite da guerra*
- *postumi malattie invalidanti*

### PATOLOGIE DELLA FASCIA MATERNO - INFANTILE

problemi di salute riferibili a:

- *pratiche escissorie e mutilanti a motivazione religiosa, culturale o sociale quali infibulazione, clitoridectomia, circoncisione*
- *Procreazione e maternità responsabili:*
  - *interruzione volontaria di gravidanza ed aborto*
  - *assistenza gravidanza, parto, puerperio*
  - *assistenza peri e neonatale*
  - *evoluzione crescita bambino*
  - *vaccinazioni e malattie in età pediatrica*

## **Il medico di medicina generale ed il paziente immigrato nella pratica ambulatoriale quotidiana**

Nella maggior parte dei casi il numero di cittadini immigrati iscritti nell'elenco del medico di medicina generale non è elevato. Una ricerca a suo tempo effettuata nella ex USL 27 della Campania, ad esempio, rilevava che soltanto in pochissimi casi il numero degli assistiti stranieri superava il numero di 12 per ogni medico, pari a circa lo 0,8% dell'utenza per un massimale di 1500 assistiti. (DAMA, ESPOSITO, ARCELLA, 1992)

Si tratta, quindi, di valori bassissimi che non allarmano per nulla la popolazione di assistiti autoctona.

Anche la frequenza degli accessi da parte degli immigrati presso lo studio di medicina generale è molto bassa se raffrontata a quella del paziente abituale medio.

In genere gli immigrati limitano il ricorso al proprio medico essenzialmente ai casi di effettiva necessità ed urgenza.

Tali situazioni riguardano:

1) problemi di salute non risolti autonomamente o con l'ausilio del centro di assistenza volontario di riferimento;

2) l'esigenza di dover utilizzare servizi sanitari presso strutture diagnostiche o di ricovero;

3) il disbrigo di alcune certificazioni obbligatorie, fra cui quelli per il lavoro e quelli scolastici per i minori.

Sotto tale profilo, pertanto, il paziente extra-comunitario è considerato un paziente modello: non dà fastidio, non viene spesso in ambulatorio, alimenta poco il *burn out* del medico.

Eppure egli qualche problema lo crea.

Alle difficoltà di ordine relazionale, di cui abbiamo parlato precedentemente, vanno aggiunte quelle di ordine sanitario- assistenziale e burocratico in cui quotidianamente è coinvolto il medico di medicina generale.

### **Orario di ambulatorio**

Nelle nostre aree il paziente extracomunitario, sia a livello regolare che sommerso, si dedica essenzialmente ai lavori in agricoltura, nell'edilizia e nel commercio ambulante. È impegnato, quindi, soprattutto nei mesi estivi e negli orari mattutino -pomeridiani, e poco nei mesi invernali e negli orari serali.

Mentre i centri del volontariato hanno disponibilità di apertura degli sportelli ed orari confacenti alle esigenze degli immigrati, gli ambulatori dei medici di medicina generale e delle strutture pubbliche seguono ordinariamente altre indicazioni in rapporto al servizio del medico ed alle esigenze della media degli assistiti. Per tale motivo, spesso accade che l'immigrato prediliga esclusivamente gli orari serali durante il periodo estivo ed indifferentemente quelli mattutini o pomeridiani nel resto dell'anno. Questo comporta naturalmente la ulteriore riduzione delle possibilità di accesso all'ambulatorio senza che possa essere previsto nessun miglioramento, se non attivando canali idonei di informazione e di sensibilizzazione per i pazienti extracomunitari.

### **Accesso e presenza nello studio**

Raramente vengono effettuate rikusazioni volontarie del medico di medicina generale sia da parte del medico che da parte del paziente extracomunitario.

C'è da segnalare, però, la difficoltà di relazione fra pazienti stranieri e non nello studio e nella sala di attesa, evidenziata in più occasioni dai medici aventi in carico pazienti immigrati. È come se emergesse una sorta di diffidenza verso utenti *co-sofferenti*, e quindi accomunati da qualche problema di salute, ma diversi sul piano della cultura e della razza.

Pur tuttavia questo non ha mai finora comportato la segnalazione di alcun episodio di intolleranza presso strutture sanitarie della nostra ASL.

Viene piuttosto descritta la solitudine e la silenziosa attesa, in un angolo della sala, con gli occhi spesso rivolti in alto o verso terra del paziente immigrato.

Molto spesso accade pure che all'atto della prima visita in ambulatorio il paziente venga accompagnato dal suo datore di lavoro o da un altro assistito straniero, che se la cava meglio con la nostra lingua.

Accade, infine, che presso l'ambulatorio del medico di medicina generale si possa recare il proprio paziente immigrato regolare, il quale accompagna un suo amico irregolare, che chiede assistenza e cure sanitarie.

### **La consultazione e la visita**

Tutte le difficoltà di ordine linguistico, precedentemente segnalate, si manifestano non appena il paziente immigrato si rivolge al medico lamentandosi di un qualche disturbo.

Esaurite le presentazioni formali, che in genere si dimostrano cerimoniose ed ossequiose, il primo problema nasce nella compilazione, all'atto della prima visita, della scheda sanitaria e della cartella clinica, la cui tenuta anche per il paziente immigrato è obbligatoria per legge.

In questa scheda è necessario raccogliere i dati anagrafici ed alcuni sommari dati anamnestici e sanitari.

Visitare un paziente straniero si dimostra spesso una avventura: da una parte c'è il medico che chiede e fa domande sulla salute, dall'altra il paziente che solitamente dice : << Tutto male, qua, lá. Non bene, niente bene!>>.

Il medico che dice a sua volta: << Testa? Stomaco? Pancia? Tosse? Febbre? Dolore?>>. Ed il paziente che risponde: << Testa! Stomaco! Pancia! Tosse! Febbre! Dolore!>>

Accade talvolta che il paziente non intenda affatto farsi visitare per motivi non sempre esplicitati, ma intuibili, poichè riguardano l'immagine e la gestione del proprio soma in rapporto alla propria cultura ed al proprio sentimento religioso.

Molti gruppi etnici prevedono d'altra parte << particolari norme comportamentali nei confronti delle persone più anziane o dell'altro sesso. Non deve stupire dunque una particolare timidezza del paziente giovane nei confronti del medico anziano; nè una certa resistenza od imbarazzo da parte del paziente dell'altro sesso a sottoporsi ad esami clinici che implicino nudità. >> (GIARELLI, 1991)

Siffatti atteggiamenti vanno compresi e rispettati, anche se ciò comporta qualche difficoltà di ordine semeiotico e diagnostico.

Prescrivere eventuali esami ed accertamenti diagnostici, nonché farmaci comporta ulteriori difficoltà.

In linea di massima non bisogna mai generalizzare o dilungarsi troppo in descrizioni su diagnosi e terapia, nel tentativo, che spesso si dimostra fallimentare, di farsi capire di più e meglio.

E' molto più efficace, invece, dare semplici ed essenziali prescrizioni, includendo chiarificazioni altrettanto semplici qualora il significato di un termine utilizzato da medico e paziente non sia chiaro ad entrambi.

## BIBLIOGRAFIA

AA.VV.: *Il paziente immigrato*, CUAMM EDITEAM, Padova, 1994.

AFFRONTI M., D'ANCONA F., PEDALINO B., a c.: *Atti della I Consensus Conference sulla immigrazione*, Cattedra Patologia Speciale Medica Università di Palermo, c.i.p., Palermo, 1990.

AFFRONTI M., PEDALINO B., SPINELLI A. a c.: *Atti della II Consensus Conference sulla immigrazione*, Cattedra Patologia Speciale Medica Università di Palermo, c.i.p., Palermo, 1992.

AFFRONTI M. ET AL., *Atti della III Consensus Conference sulla immigrazione*, Cattedra Patologia Speciale Medica Università di Palermo, c.i.p., Palermo, 1994.

AFFRONTI M. ET AL., *Atti della IV Consensus Conference sulla immigrazione*, Istituto di Medicina Interna e Geriatria, Università di Palermo, c.i.p., Palermo, 1996

AFFRONTI M. ET AL., *Atti della V Consensus Conference sulla immigrazione*, Istituto di Medicina Interna e Geriatria Università di Palermo, c.i.p., Palermo, 1998

AFFRONTI M. ET AL., *Atti della V Consensus Conference sulla immigrazione*, Istituto di Medicina Interna e Geriatria Università di Palermo, c.i.p., Palermo, 2000

BIOCCA M., SALMASO R., *Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Documentazione preliminare*, Sedi/Regione Emilia Romagna, Bologna 1991.

CARCHEDI F.: *I bisogni sociali e la fruizione dei servizi. Le interviste agli immigrati*, in <<Politiche sociali e bisogni degli immigrati>> n.14, Ministero dell' Interno Direzione Generale dei Servizi Civili - Labos, Ed. T.E.R., pp. 201-318, Roma, 1991.

CARITAS DI ROMA, *Immigrazione. Dossier statistico '95*, Anterem Edizioni Ricerca, Roma, 1995.

COLASANTI R., GERACI S., PITTAU F., a c.: *Immigrati e Salute. Paure, miti e verità*, Ed. Lavoro ISCOS, Roma, 1991.

COLASANTI R.: *La medicina dei migranti: problematiche relazionali e Terapeutiche*, in DAMA, ESPOSITO, ARCELLA, 1992.

DAMA A., ESPOSITO T., ARCELLA T. a c.: *Cultura malattia migrazioni. La salute degli immigrati extracomunitari in Italia ed in Campania: aspetti sociali, medici e psicologici*, Regione Campania USL 27 Dipartimento di Salute Mentale, Pomigliano D'Arco, 1992.

DELLE E., *Il paziente africano: bianco-nero, nero-bianco, nero*, in AA.VV., 1994, pp. 33-36.

DA VILLA G., PASINI W., *Aspetti sanitari del fenomeno immigratorio in Italia*, Istituto Italiano di Medicina Sociale editore, Roma, 1995.

ESPOSITO T.: *Il disagio psichico da trans-culturazione: cura, prevenzione, riabilitazione*, in DAMA, ESPOSITO, ARCELLA, 1992

FORACCHIA A., *La tutela materno-infantile: aspetti ostetrico-ginecologici*, in AA.VV., 1994, pp. 181-206.

FRIGHI L.: *Le problematiche trans-culturali in Psichiatria e in Igiene Mentale*, in DAMA, ESPOSITO, ARCELLA, 1992.

GERACI S., a c.: *Medicina e Migrazioni. Traumi e problemi di salute fisica e mentale in immigrati e rifugiati*. Atti del II congresso internazionale 1990, Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per l' Informazione e l'Editoria, Roma, 1992.

GERACI S., a c.: *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*, Peri Tecnes, Roma, 1995.

GIARELLI G.: *I problemi di comunicazione nella consultazione clinica in una prospettiva interculturale*, in AA.VV: "Il paziente immigrato", op. cit. pp. 9-22.

HELMAN C.G.: *Disease versus illness in general practice*, in Journal of Royal College of General Practitioners, 31, 548-52, 1981.

PANDOLFI M.: *Oltre Ippocrate. Itinerari e strumenti in Etnopsichiatria*, in NATHAN T.: "La follia degli altri", Ponte alle Grazie, Firenze, 1990.

PANDOLFI M.: *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio Campano*, Angeli, Milano, 1991.

RISSO M. BOKER W., *Verhexungswahn*, New York, 1964

SACHS L. : *Evil eye or bacteria. Turkish migrant women and Swedish health care*, Stockholm Studies in Social Anthropology, 1983.

TOTIRE V., *Immigrazione e salute*, in << Medicina Democratica >>, n. 87-88, pp. 9-13, marzo-giugno, Milano, 1993.

TAVIANI A.: *Comunicare con il paziente extracomunitario*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1991.