

La relazione medico di base-paziente migrato

Ivana Nannini¹

L'importanza di una comunicazione complessivamente "efficace" tra medico e paziente è un fatto che tutti considerano "evidente". La capacità di relazionarsi in modo adeguato con il proprio assistito non include soltanto una comunicazione chiara, né unicamente l'ascolto delle esigenze specifiche espresse dal malato, né solo la raccolta anamnestica, essenziale per indirizzare il percorso diagnostico e terapeutico, ma implica anche la consapevolezza del fatto che si tratta di una relazione, appunto, non esente da dinamiche di potere, da aspettative reciproche, e che coinvolge due soggettività, due soggetti, di cui uno è portatore di una domanda di cura non sempre così chiaramente espressa.

Questa relazione è cruciale per garantire quella che viene definita la *compliance* del paziente. La problematicità della relazione con il paziente diviene tanto più marcata nel momento in cui il medico si trova di fronte a cittadini provenienti da paesi extracomunitari, migrati, rifugiati, ecc, soggetti sempre

più presenti nelle grandi città così come nei piccoli centri.

La presenza dei migrati fa emergere numerose problematiche, non soltanto dal punto di vista sociale, ma anche in una prospettiva assistenziale, in ambito socio-sanitario; certamente, infatti, essi sono portatori di un disagio reale e psicologico, che non è riconducibile solamente alla "nostalgia".

Alcuni dei problemi che il medico incontra nella risposta al paziente migrato (o rifugiato, ecc) possono derivare dalla difficoltà complessiva di comunicazione con il paziente, intendendo con questo non soltanto quelle dovute alla scarsa conoscenza della nostra lingua (che sovente questi pazienti, al contrario, padroneggiano piuttosto bene), ma anche quelle scaturite dai differenti codici espressivi e dalle diverse concezioni di salute e malattia.

Può inoltre accadere che il medico si "avvicini troppo" al paziente o che lo asseondi totalmente, cercando di soddisfare alla let-

¹ Psichiatra, ASL3, Torino

Alcuni fattori che influenzano la salute dei pazienti immigrati

- *Problema della lingua*
- *Diverse abitudini alimentari*
- *Assenza di supporto familiare allargato, separazione dai figli, frammentazione del nucleo familiare*
- *Clima diverso*
- *Degrado abitativo*
- *Difficoltà dell'accesso ai servizi sanitari, specie nei centri non metropolitani*
- *Mancanza di lavoro e di reddito o sottoccupazione in lavori rischiosi e non tutelati*
- *Grande investimento emotivo nel progetto migratorio che si scontra con le difficoltà reali*
- *Aspettative economiche dei famigliari rimasti nel paese d'origine*
- *Assimilazione massiva della cultura ospitante o atteggiamento troppo difensivo*

Corresponding author
Dott.ssa Ivana Nannini
nannini.to@libero.it

tera tutte le esigenze espresse, o immaginate, del paziente, senza riuscire a conservare quella giusta distanza che consente una corretta relazione di cura. Così facendo, potrebbe anche accadere di trascurare alcune patologie, poco comuni in Italia, ma frequenti nei paesi di origine.

La complessità della relazione con questo paziente "altro", diverso, può condurre, come risultato, a una scarsa *compliance* del malato ai trattamenti: infatti talvolta i soggetti migrati "rispondono" non recandosi agli appuntamenti successivi alla prima visita o non eseguendo alcuni esami prescritti, in modo apparentemente incomprensibile per il medico italiano, il quale si trova spesso impreparato, o perplesso, con il dubbio di non avere gestito questi malati nel modo più adeguato.

La descrizione di un caso esemplificativo può essere utile per chiarire questa complessità.

LA CONSULTAZIONE DI UNA SIGNORA MAROCCHINA PRESSO IL PROPRIO MEDICO DI BASE

La signora A.F., 38 anni, di origine marocchina, si reca presso il proprio medico di base (presso cui risulta regolarmente iscritta) a causa di gastropatie, coliche, dolori addominali e occasionale vomito mattutino, tutti sintomi di cui soffre da qualche tempo. Si prepara per questa visita fin dal mattino e si veste in modo tradizionale, cosa che di solito non fa quando svolge il suo lavoro di badante.

Appena entrata in studio, la donna dice subito al medico di avere pochissimo tempo, perché deve tornare subito al lavoro.

Riferisce al medico, in un discreto italiano parlato velocissimo, tutti i sintomi gastrointestinali (vomito, coliche, ecc) e anche di aver dormito molto poco ultimamente, con un sonno disturbato da incubi, e di sentirsi molto stressata e stanca. Il medico asseconda la fretta della malata, concludendo rapidamente la visita e prescrivendo analisi di routine, gastroscopia e un blando ipnoinduttore in gocce. Invita quindi la paziente a ripresentarsi la settimana successiva.

Dopo due mesi A.F. ritorna presso lo studio del suo medico di base, accompagnata però da una volontaria, membro di un gruppo di sostegno per donne migranti: consegnano gli esiti degli esami prescritti a suo tempo dal medico.

Gli esami stupiscono sfavorevolmente il medico, che domanda alla paziente come mai abbia atteso tanti giorni a ripresentarsi. La volontaria riferisce che A.F. vive in condizioni terribili e che lavora moltissime ore al giorno senza sosta e alla sera è distrutta; quando l'hanno incontrata, non solo le condizioni fisiche della paziente erano scadenti, ma la donna viveva in un'abitazione in degrado, quasi in uno stato di abbandono, e la sua alimentazione era quasi interamente composta da cibi in scatola.

Dagli esami emerge infatti che la donna è affetta da anemia e da una gastrite grave. Inoltre, sempre dal racconto della volontaria, il medico apprende la difficile situazione familiare in cui si trova A.F.: i figli vivono in Marocco e il marito vuole divorziare.

La donna, con scolarità media, lavora come badante in una grande città del nord in cui risiede ormai da diversi anni con regolare permesso di soggiorno. La sua attività consiste nell'assistenza a un malato terminale anziano, lavoro molto faticoso sia dal punto di vista fisico che emotivo e che spesso finisce per prolungarsi ben oltre l'orario concordato inizialmente. La signora si trova inoltre in una difficile situazione economica, poiché invia regolarmente denaro ai figli, ma deve anche sostenere pesanti condizioni locative.

A.F. è pertanto provata dal punto di vista psicologico, così come da quello economico, e si è progressivamente isolata: all'ansia derivante dal trovarsi in una situazione di lavoro faticosa e al contempo precaria, si somma la difficoltà reale in cui vive, in un paese straniero, lontana dai propri familiari e in una cultura così differente dalla propria, dovendo comunque garantire un aiuto economico ai figli.

Il medico, rendendosi conto, grazie ai racconti della volontaria, dei problemi psicologici e della necessità di sostegno di A.F., la indirizza a un servizio territoriale, dove una psicologa l'ascolterà per aiutarla. La donna non troverà però gratificante il rapporto con la psicoterapeuta che, a suo dire, "non la capisce", così preferirà orientarsi verso un'altra associazione che le è stata segnalata dalla prima, in cui può incontrare anche altre donne del suo stesso paese, sede in cui stabilisce delle relazioni positive e progressivamente migliora (riesce a dormire e ad avere cura della casa). La prima associazione l'aiuta inoltre a risolvere i problemi burocratici legati alla sua situazione (il rinnovo del permesso di soggiorno, la ricerca di un nuovo lavoro in

seguito al decesso del primo anziano da lei assistito, la stipulazione di un contratto di lavoro regolare, ecc.) e l'accompagna anche dal medico di base per proseguire la cura della gastrite e dell'anemia.

OSSERVAZIONI

Il caso descritto consente di evidenziare i molteplici problemi che si possono celare dietro alla richiesta di visita medica da parte un immigrato, e in particolare di una donna migrata.

La visita medica si rivela cruciale, sia come momento di segnalazione di un malessere (che, benché fisico, è in realtà dovuto a molteplici motivazioni), sia come inserimento del soggetto dentro a una "rete di senso" che riconferisce valore alla sua persona, alla sua identità, anche come donna, pur se come portatrice di sofferenza, cioè "al negativo".

Pertanto, il fatto che il primo consulto si sia concluso in modo così veloce, con una quasi automatica richiesta di esami da parte del medico di base, è indicativo della difficoltà che i medici incontrano ad affrontare situazioni di questo tipo in modo non medicalizzante. Sarebbe certamente stato più utile invitare la donna a dedicare a se stessa più tempo, almeno quello di una visita medica. Il desiderio di assecondarla, nella sua fretta, ha impedito al professionista di conoscere la situazione complessiva della paziente che avrebbe rivelato, forse, quali fossero le sue reali condizioni di vita, consentendo al medico di valutare in modo più opportuno le fonti di ansia e di depressione che potevano aver innescato anche le manifestazioni fisiche di malattia. Molti immigrati, infatti, si trovano in situazioni di abbandono, di isolamento, di lavoro precario, ma anche in condizioni di sfruttamento o di forte soggezione, che possono essere indagate dal medico se egli si pone in una condizione di "giusta distanza" dal paziente.

In pratica è utile dedicare più tempo e attenzione al racconto del malato, non solo per raccogliere le informazioni anamnestiche in modo "scientifico", ma anche per raccogliere elementi sulla condizione complessiva (famiglia, ambiente lavorativo e sociale, ecc) oltre che sul vissuto dell'individuo in merito al proprio progetto migratorio.

Da non sottovalutare, inoltre, altri aspetti: accade spesso che il malato stesso non conosca i propri diritti nei confronti delle

prestazioni erogate dal Sistema Sanitario Nazionale e che quindi abbia difficoltà a eseguire gli esami prescritti dal medico o ad acquistare i farmaci poiché non sa se deve pagarli o meno. Il medico, pertanto, potrebbe essere un punto di riferimento anche per fornire un supporto in tal senso. Peraltro alcuni pazienti hanno resistenza verso certi esami, per fattori da indagare volta per volta, correlati a elementi culturali o di genere.

Il caso descritto evidenzia un altro elemento importante: per molti di questi pazienti si rivela cruciale l'aiuto offerto dalle associazioni. È quindi essenziale sottolineare l'importanza di un lavoro comune, di una rete integrata tra associazioni di volontariato, mediatori culturali, servizi sociali e medici di base.

Dal canto loro i medici di famiglia, come emerge da numerosi interventi sull'argomento e dall'attenzione che vi è dedicata anche all'interno di congressi, desiderano una maggiore informazione e formazione che consenta loro di far fronte alle problematiche legate ai pazienti immigrati.

Inoltre sarebbe utile dotare i medici di una serie di informazioni sulle associazioni e sulle strutture esistenti sul territorio (ad esempio tramite la distribuzione di opportuni opuscoli informativi, da fornire ai migrati stessi al momento della visita).

Certamente la rete dei servizi in risposta ai soggetti migrati, rifugiati, richiedenti asilo, minori migrati soli, ecc, comprendenti i centri d'accoglienza e informazione (non quelli di accoglienza temporanea!), di ascolto e di orientamento, è in gran parte ancora da costruire e si presenta frammentata, anche se molto si sta facendo.

Nella prospettiva transculturale, che è quella che ci troviamo a vivere quotidianamente, è perciò auspicabile che il medico di base, punto di riferimento eletto, scelto dal paziente, divenga sempre più capace di cogliere nel proprio assistito migrato quei segni di difficoltà, oggetto della domanda d'aiuto e di cura, ascoltandolo in modo adeguato, alla dovuta distanza.

Il ruolo del medico di base, nella piena consapevolezza della complessità dei problemi della migrazione, è innegabilmente cruciale e va dunque anche ben oltre una funzione squisitamente "scientifica", poiché la medicalizzazione dei bisogni non è la migliore risposta alla domanda di cura.