



REMHU - Revista Interdisciplinar da
Mobilidade Humana

ISSN: 1980-8585

remhu@csem.org.br

Centro Scalabriniano de Estudos
Migratórios
Brasil

IMMIGRAZIONE, SALUTE E MEDICINA TRANSCULTURALE: INTERVISTA A BIANCA
MAISANO

REMHU - Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, vol. 21, núm. 40, enero-junio,
2013, pp. 251-259

Centro Scalabriniano de Estudos Migratórios
Brasília, Brasil

Disponibile in: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=407042017016>

- Come citare l'articolo
- Numero completo
- Altro articolo
- Home di rivista in redalyc.org

redalyc.org

Sistema d'Informazione Scientifica
Rete di Riviste Scientifiche dell'America Latina, i Caraibi, la Spagna e il Portogallo
Progetto accademico senza scopo di lucro, sviluppato sotto l'open acces initiative

IMMIGRAZIONE, SALUTE E MEDICINA TRANSCULTURALE: INTERVISTA A BIANCA MAISANO

Mi chiamo Bianca Maisano, sono *missionaria secolare scalabriniana*, medico, e da una quindicina d'anni faccio parte dell'Area Sanitaria della Caritas di Roma.

Inizialmente, per circa dieci anni, sono stata impegnata nella Direzione Sanitaria del Poliambulatorio; attualmente lavoro prevalentemente nella progettazione e nella formazione degli operatori sanitari e soprattutto degli studenti universitari. Con Gonzalo Castro Cedeno, colombiano, e Salvatore Geraci, il Responsabile dell'Area Sanitaria Caritas, cerchiamo di portare avanti la *staffetta* di un'esperienza iniziata proprio trent'anni fa, nel 1983, che non smette di appassionarci e coinvolgerci.

Alle spalle oltre ad una specializzazione in Medicina Interna ho alcuni anni di esperienza di cooperazione in America Latina (Cile e Brasile) nella gestione sanitaria dei servizi territoriali e soprattutto l'esperienza di essere anch'io un po' migrante. Ed è questa, tra le varie competenze, quella che mi permette di vivere ciò che sto facendo ora con uno approccio transculturale e partecipativo.

1. Bianca, lei è impegnata come medico nell'Area Sanitaria della Caritas diocesana di Roma alla Stazione Termini: come è nato questo servizio rivolto agli immigrati "irregolari"?

Dobbiamo fare un salto indietro. Cosa succedeva a Roma quarant'anni fa? La ripresa economica degli anni settanta faceva emergere contemporaneamente nuove povertà, che don Luigi Di Liegro, sacerdote romano figlio di migranti e Direttore della Caritas diocesana, nel 1974 aveva messo in luce con un memorabile convegno sui mali di Roma: *"La responsabilità dei cristiani di fronte alle attese di giustizia e di carità nella diocesi di Roma"*: male era la povertà, ma soprattutto lo scollamento tra fede e vita, tra carità e giustizia.

Proprio allora ma soprattutto negli anni ottanta, iniziava ad essere visibile nella città la realtà dell'immigrazione che richiedeva la capacità di inventare nuovi percorsi, capaci di trasformare una società impostata su una sola cultura ed un solo territorio in uno spazio interetnico, aperto al dialogo ed alla costruzione del bene comune, disponibile e accessibile per tutti. Un sogno nel quale don Luigi seppe coinvolgere molti.

Vogliamo una città diversa, una città nuova, che appartenga a tutti perché fatta da tutti. Una città che sia la città del dialogo. Dialogo tra i suoi cittadini, tra fede e tecnica, tra aspirazioni e impegni.

Nell'impatto con questo contesto le domande ed i sogni di un giovane medico, Riccardo Colasanti, iniziarono a diventare un progetto. Come assicurare un'attenzione sanitaria a chi si vedeva negato questo diritto? Come far sì che la Medicina non si arroccasse nei suoi dogmi ma si facesse veramente vicina e fruibile per persone provenienti da diversi sistemi, lingue e culture?

Don Luigi incoraggiava a *sporcarsi le mani per poter arrivare a condividere*. L'idea di iniziare un "centro medico" per gli immigrati coagulò ben presto un gruppo di persone motivate e disponibili, soprattutto diversi giovani.

Un progetto che si diede una vera e propria *mission* alcuni anni dopo, nel 1999: una "bussola" che guida i passi e le scelte fino ad oggi portandoci a mettere sempre al centro di tutto la relazione con ogni persona.

*Mettersi in relazione con ogni persona,
partendo dalla stima e dal valore della vita di ciascuno,
a qualsiasi cultura o storia appartenga, per conoscere,
capire e farsi carico con amore della promozione della salute,
specialmente di coloro che sono più svantaggiati,
affinché vengano riconosciuti, riaffermati e promossi
ad ogni livello, dai singoli, dalla comunità ed alle istituzioni,
diritti e dignità di tutti, senza nessuna esclusione.*

Partendo da un'attenzione assistenziale immediata nei confronti dei "più svantaggiati" si è sviluppato naturalmente lo studio, la formazione e l'impegno per i diritti, in modo particolare alla salute.

2. E' chiaro da questa mission e da quanto ha raccontato che per voi non si tratta solo di fornire assistenza sanitaria agli immigrati. Quali sono allora i principali obiettivi dell'Area Sanitaria della Caritas di Roma?

Certamente le disuguaglianze nell'accesso alle cure, che alcune aree della città come la Stazione Termini mettono in evidenza, ci spingono continuamente a *rispondere concretamente e in primo luogo ai bisogni di salute*, a volte nemmeno espressi, non sostituendoci però a ciò che è garantito dal Sistema Sanitario

Nazionale, ma integrando le risposte ed intercettando i bisogni di chi si trova al margine di questo sistema che recentemente, a causa della crisi economica e politica, ha perso molto la sua efficacia nella risposta in senso universalistico.

La popolazione immigrata irregolare, ma anche gli zingari, i senza dimora e gli anziani, le persone con problemi di salute mentale e le nuove forme di povertà e di esclusione come attualmente è il caso dei cinesi sono tra i nostri pazienti. Il Poliambulatorio offre prestazioni sanitarie gratuite e soprattutto esercita un'azione di orientamento sanitario fornendo informazioni ed indicazioni per l'utilizzo delle strutture pubbliche e di percorsi assistenziali appropriati. L'Area Sanitaria comprende anche un Centro odontoiatrico, una sezione specialistica e un centro medico mobile.

A partire dalle domande e dal desiderio di conoscere più profondamente la realtà che sta alle spalle dei pazienti che incontriamo si sviluppa il *secondo ambito del nostro impegno*, quello della *conoscenza, dello studio e della ricerca*. Non è possibile fornire risposte se non si conosce il fenomeno, se non si riflette su ciò che si fa, se non si trovano risposte alle domande, se non si progetta a partire dai bisogni.

Fin dal 1983 con l'avvio del servizio di medicina di base fu realizzata una *banca dati* dove si raccolgono quotidianamente le informazioni cliniche e sociali dei pazienti. Ad oggi sono stati inseriti circa 90.000 schede pazienti. Un monitoraggio costante che non solo ha permesso di valutare alcune caratteristiche della popolazione che incontriamo e le sue variazioni nel tempo, ma ha favorito anche la possibilità di confronto con le esperienze di altre realtà in Italia e all'estero.

Un monitoraggio continuo viene realizzato anche sulle *normative locali* (in Italia la sanità è amministrata a livello regionale) che interessano la salute dei soggetti più deboli con la realizzazione di un osservatorio su questo tema. Ricerche cliniche hanno riguardato alcune malattie infettive, come per esempio l'AIDS e la tubercolosi, mentre più recentemente le ricerche hanno interessato i temi della salute mentale e le somatizzazioni dei disagi psichici legati all'esperienza migratoria in collegamento e a supporto del nostro progetto *Ferite invisibili*.

Uno dei principi etici cardine della nostra ricerca è che i risultati debbano avere una ricaduta immediata nel miglioramento della salute dei soggetti studiati: può essere una risposta terapeutica più efficace, o una progettazione finalizzata alla popolazione studiata.

Fulcro dell'attività di ricerca e di studio è il nostro *Centro Studi e documentazione* specializzato sulle tematiche dell'approccio transculturale alla salute. Il Centro si occupa della raccolta e sistematizzazione di materiale

specifico ed è un valido strumento per gli operatori ed anche per chi fa ricerca o si avvicina alla realtà dell'emigrazione.

Il terzo ambito è quello della *formazione*. Più che una scelta strategica direi che è un'esigenza per stare al passo con una realtà in continuo cambiamento. Viene chiesto ai volontari di frequentare un corso base utile ad entrare nella logica di un impegno che non deve cadere nell'assistenzialismo ma che cerca di promuovere un cambiamento. In questo genere di formazione sono in effetti più utili le domande delle risposte, più i dubbi delle certezze, più le sperimentazioni che i modelli, più le piste di ricerca che i protocolli. Formazione è per noi soprattutto trasformazione di noi stessi, accettare di entrare in crisi e di mettere in crisi le nostre conoscenze ed esperienze pregresse. Un formazione itinerante che si è allargata dai volontari agli studenti universitari (tramite il SISM, Segretariato Italiano Studenti di Medicina) ed anche agli operatori di servizi sanitari pubblici e del privato sociale un po' dovunque in Italia. In questo terreno fertile si sono sviluppati il *Master di medicina delle migrazioni, emarginazioni e povertà (Memp)* e continua da oltre vent'anni il *Corso Base di Medicina delle Migrazioni (MdM)* che si realizza a Roma ed in diverse città d'Italia.

Il quarto ambito è quello dell'*impegno per i diritti* di tutti ed in particolare dei soggetti più deboli. La parola chiave in questo momento è *rete*. Sono necessarie reti di collegamento e interazioni operative per poter attuare un'azione di *advocacy* nei confronti di alcuni gruppi umani i cui diritti sono calpestati sotto gli occhi e con il consenso di tutti. Mi riferisco certamente ai rom, ai richiedenti asilo, ma anche ad alcune ingiustizie più sottili e quotidiane che rendono flebile o inascoltata la domanda di chi ne è vittima. E' un impegno per la giustizia che non può essere neutro, ma si deve saper schierare con libertà e audacia.

Per realizzare tutto questo gli operatori dell'Area Sanitaria si avvalgono attualmente del servizio generoso e qualificato di circa 350 volontari dei quali poco più della metà sono professionisti della salute (25% medici, 12% odontoiatri, 14% farmacisti, 4% infermieri). Gli altri volontari con le loro diversissime competenze e sensibilità, costituiscono quell'*humus transculturale di accoglienza* che rende possibile una *mediazione di sistema*, che coinvolge e mette in gioco tutti, non solo gli "addetti ai lavori".

3. Quali patologie sono più frequenti tra gli immigrati? Di solito gli stranieri ricorrono al Poliambulatorio della Caritas per ragioni preventive e emergenziali?

Bisogna stare sempre attenti a parlare di immigrati in generale anche in campo sanitario. Innanzitutto esistono differenziazioni anche profonde se si

analizzano i dati per singole comunità etniche di appartenenza. Possiamo dire che l'analisi delle diagnosi riscontrate nell'attività del nostro Poliambulatorio nel 2012 ha confermato come l'esito più frequente (14,4% *Sintomi e segni di stati morbosi mal definiti*) dell'incontro con il medico sia in effetti l'espressione di una difficoltà nella definizione della diagnosi di malattia, evento comune in ambito transculturale e legato alle barriere di comunicazione e comprensione reciproca. Semplificando potremmo dire che l'attenzione terapeutica più importante e irrinunciabile di un servizio come il nostro è proprio *l'accoglienza*, l'attenzione ad un approccio transculturale che parte *dall'ascolto e dalla stima del valore della vita dell'altro, a qualsiasi storia o cultura appartenga*. Ritornando ai nostri dati, tra i quadri definiti e codificati nella Banca Dati, le malattie più frequenti sono da attribuire alle difficili condizioni di vita e quindi ad una spiccata *fragilità sociale*. Non è superfluo ricordare che questi numeri sono sempre da correlare all'azione specifica del nostro servizio di intercettazione delle situazioni di maggior disagio sociale; dunque non sono validi se parliamo della popolazione immigrata in generale che, per fortuna, in maggioranza lavora ed ha un percorso accettabile di integrazione; naturalmente con la comune minaccia legata alla crisi economica in atto nel nostro paese.

Tornando ai numeri delle quasi 5.000 diagnosi nel nostro Poliambulatorio, il 44% riguarda gli apparati respiratorio, digerente, osteoarticolare e cardiocircolatorio, l'8,1% sono diagnosi dermatologiche e il 4,9% riguarda le malattie infettive. Il 4,4% delle diagnosi tra le donne è per il controllo della gravidanza.

Ci pare inoltre interessante osservare, in coerenza con quanto già evidenziato negli anni precedenti, che si consolida la presenza di patologie cardiocircolatorie e metaboliche ad indicare una *transizione epidemiologica* legata ad una migrazione, soprattutto dai paesi comunitari, non più giovane e a un deterioramento del *patrimonio di salute* iniziale. Questo fatto ci deve far pensare e progettare in modo nuovo le nostre risposte orientandole alla *prevenzione* perché, anche per quanto riguarda i migranti, ci troveremo presto davanti ad una popolazione che invecchia, a volte precocemente, proprio per i percorsi di esclusione sociale e di lavoro nero che hanno sgretolato la salute ed hanno impedito percorsi previdenziali a medio e lungo termine.

Per questo l'Area Sanitaria sta indirizzando sempre più risorse e attività *nell'orientamento socio-sanitario attivo e itinerante* che si svolge anche *fuori* dalla nostra struttura: fuori dalle mense, nei mercati, nelle piazze. Il progetto *InformaSaluteSuStrada* si basa sull'informazione che riguarda la normativa sanitaria e la sua fruibilità nei servizi: le persone dialogano con i nostri volontari sul tema della loro salute ed eventualmente vengono seguite e facilitate nei loro percorsi di accesso ai servizi del Sistema Sanitario; quando

necessario, nelle situazioni di maggior fragilità, supportano con la presa in carico temporanea nel Poliambulatorio e nella Medicheria Caritas.

Per quanto riguarda infine l'emergenza, intesa dal punto di vista clinico, la nostra legislazione non discrimina l'accesso dei migranti alle strutture di Pronto Soccorso degli Ospedali del Sistema Sanitario Pubblico e dunque non troviamo particolari problemi nell'inviarvi i nostri pazienti più gravi. Forse però la vera "emergenza" è sul piano culturale e politico, dove permangono ampie aree di disinteresse e disimpegno nei confronti di questa popolazione che rappresenta in Italia oggi più dell'8%.

4. Ha accennato al progetto Ferite Invisibili che si rivolge prevalentemente ai rifugiati vittime di violenze o torture, un problema che aumenta col crescere delle guerre, come attualmente in Siria o in diversi paesi dell'Africa. Può dirci di cosa si tratta?

Il progetto "Ferite Invisibili" è stato avviato nel 2005 e nasce dalla necessità di riconoscere, accogliere e curare i migranti, richiedenti asilo, rifugiati, minori non accompagnati, che sono stati colpiti dalla violenza intenzionale e dalla tortura in situazione di guerra o di persecuzione politica, religiosa, etnica. L'aiuto, attraverso un attento lavoro di équipe, consiste innanzitutto nel far riconoscere l'orrore vissuto e le "ferite" psichiche indotte, affinché queste persone possano riappropriarsi della dignità di essere umani, dare un significato alla loro esperienza e riprogettare un futuro per la loro esistenza. Viene offerto un servizio di ascolto e di psicoterapia transculturale e si cerca anche di costituire una fitta rete socio-assistenziale per sostenere percorsi legali, informativi e formativi. L'esperienza di questi anni è diventata così testimonianza di una rinascita possibile: quello che l'odio ha distrutto e ferito può essere guarito soltanto con l'amore.

Benedetto XVI al n. 36 della Lettera Enciclica *Spe Salvi* afferma:

Certamente bisogna fare tutto il possibile per diminuire la sofferenza: impedire, per quanto possibile, la sofferenza degli innocenti; calmare i dolori; aiutare a superare le sofferenze psichiche. Sono tutti doveri sia della giustizia che dell'amore che rientrano nelle esigenze fondamentali dell'esistenza cristiana e di ogni vita veramente umana. Nella lotta contro il dolore fisico si è riusciti a fare grandi progressi; la sofferenza degli innocenti e anche le sofferenze psichiche sono piuttosto aumentate nel corso degli ultimi decenni. Sì, dobbiamo fare di tutto per superare la sofferenza, ma eliminarla completamente dal mondo non sta nelle nostre possibilità – semplicemente perché non possiamo scuoterci di dosso la nostra finitezza e perché nessuno di noi è in grado di eliminare il potere del male, della

colpa che – lo vediamo – è continuamente fonte di sofferenza. Questo potrebbe realizzarlo solo Dio: solo un Dio che personalmente entra nella storia facendosi uomo e soffre in essa. Noi sappiamo che questo Dio c'è e che perciò questo potere che “toglie il peccato del mondo” (Gv 1,29) è presente nel mondo. Con la fede nell'esistenza di questo potere, è emersa nella storia la speranza della guarigione del mondo. Ma si tratta, appunto, di speranza e non ancora di compimento; speranza che ci dà il coraggio di metterci dalla parte del bene anche là dove la cosa sembra senza speranza, nella consapevolezza che, stando allo svolgimento della storia così come appare all'esterno, il potere della colpa rimane anche nel futuro una presenza terribile.

Credo che queste parole esprimano molto meglio delle mie lo spirito di coraggio e speranza degli operatori di Ferite Invisibili (tra i quali Estela Teresa Camillo da Silva, missionaria secolare scalabriniana brasiliana impegnata in questo progetto dal 2009) e dei volontari che vivono quotidianamente a fianco di queste persone.

5. Il personale sanitario che si trova a trattare pazienti stranieri, con una cultura, una religione e, spesso, una lingua differente, che tipo di difficoltà affronta?

Questa domanda tocca un tema molto ampio, su cui il mondo scientifico sta riflettendo da tempo ed oggi per fortuna si trovano in letteratura molti studi e progetti che puntano ad un approccio transculturale da riscoprire nell'ambito della medicina.

Credo che innanzi tutto bisognerebbe porre la domanda in modo diverso non mettendo l'accento sulla *difficoltà*. Nella mia esperienza infatti la salute è sempre stata piuttosto un'occasione di *incontro con persone* che, con la loro diversità, mi hanno reso presente il mondo obbligandomi/aiutandomi a tener conto del peso delle loro culture, dell'esperienza migratoria che hanno alle spalle, allenandomi a non dare nulla per scontato e a mettermi in discussione anche a livello delle mie conoscenze. Spesso dietro all'aggettivo *scientifico*, alla mitizzazione dell'*Evidence Based Medicine* (EBM) si nasconde una rigidità strutturata che certo non aiuta nel rapporto con la complessità e la diversità del contesto contemporaneo.

L'emigrazione, anche nel campo della medicina, funziona proprio come *lente di ingrandimento* che mi permette di vedere meglio, di mettere a fuoco i punti dove è necessaria una trasformazione del mio modo di mettermi in relazione con l'altro. Possiamo dire che la medicina, anzi gli operatori sanitari, entrano in crisi proprio grazie alla migrazione che ci permette di

riscovere come anche noi stessi vorremmo essere guardati, visitati, considerati nella nostra unicità.

La relazione operatore sanitario-paziente, così come ogni relazione, ha in sé la chance della *trasformazione* che passa proprio attraverso la scelta strategica dell'accoglienza, del riconoscimento del valore della vita dell'altro. Prima accennavo che nel Poliambulatorio con i volontari e le loro diverse competenze si realizza una sorta di *humus transculturale di accoglienza*. Ma questo è possibile se ciascuno si mette in gioco e lavora sulla propria trasformazione arrivando a capovolgere l'impostazione della relazione terapeutica che ci hanno sempre insegnato. Non più una relazione tra soggetto e oggetto che viene studiato, analizzato, classificato, ma lo sviluppo della capacità di entrare in un terreno nuovo, inesplorato, dove l'altro è la fonte più importante che ho per capire il suo contesto ed anche il suo malessere, la sua malattia, la sua storia.

La medicina, se è disposta a questo processo non sempre facile di trasformazione, fecondato proprio dalla presenza dei migranti tra i pazienti ma anche tra gli operatori, ha la possibilità di reinventarsi multidisciplinare, capace di lavorare in collaborazione, in rete con altri professionisti ed altre discipline quali la sociologia, l'antropologia, la psicologia, l'economia. Questa ampia *capacità dialogica* - bisogna ammettere ancora abbastanza estranea alla professione medica in genere auto centrata e sufficiente a se stessa - se coltivata attraverso un'adeguata formazione, apre gli operatori al dialogo con persone di altri popoli, insegnando loro a riconoscere e legittimare altri modi di vedere e di percepire la salute, la malattia, la sua eziologia e la sua terapia, in una prospettiva di salute globale. Si parla allora di *medicina transculturale*.

6. Vuole dunque spiegarci meglio che cosa significa questa l'espressione "medicina transculturale" e quali sfide presenta al sistema sanitario italiano?

Anche in questo caso non è facile in poche battute toccare argomenti così vasti: l'insieme dei valori simbolici culturalmente sottesi alla concezione e al vissuto di salute e di malattia è talmente ricco e complesso da essere oggetto di una specifica disciplina, l'antropologia medica o sanitaria. Tale bagaglio di riflessioni e ricerche, in realtà spesso poco conosciute dal medico o dall'operatore sanitario solitamente più attento agli aspetti clinici, deve sviluppare in modo nuovo il pensiero e il pensarsi della medicina occidentale rispetto ai propri fondamenti come anche ai sistemi di riferimento delle sue professioni e tecnologie mediche e ai modelli organizzativi in cui si realizza la pratica terapeutica e assistenziale.

Infatti, al di là delle reali difficoltà linguistiche e culturali che gli operatori ed i pazienti incontrano (spesso superabili riconoscendo i reciproci pregiudizi che influenzano il proprio modo di mettersi in relazione), è importante imparare a tenere conto dell'altro in quanto tale, della sua personale esperienza migratoria, del suo vissuto sociale, trovando ambiti di decodificazione dei messaggi comunicativi e accettando una contrattazione culturale che non punta all'evidenza a tutti i costi, ma tiene aperto l'*orizzonte mai completamente definibile dell'altro*.

E' questo il grande regalo della *Medicina transculturale*: aver mandato in crisi il medico, gli operatori sanitari inducendoli ad accogliere una modalità di vivere la medicina e la cura più umile, più debole, meno dominante, più collaborante.

Si può dire che questo riscoprirsi in profondità della medicina sia oggi imprescindibile non solo per la presenza dei migranti ma anche per attivare il superamento della stessa medicina tecnocratica che, allontanandosi sempre più dalla centralità della relazione con il paziente, è costretta oggi, anche nel confronto con le medicine tradizionali ed alternative, ad ammettere il suo limite se non addirittura il fallimento.

Per questo, come accennavo all'inizio parlando degli obiettivi dell'Area Sanitaria, è necessario un grande *investimento formativo* ed un'attenzione particolare e il più possibile aperta agli studenti universitari (soprattutto di medicina e scienze infermieristiche) che, attraverso esperienze di servizio in un contesto interculturale e in un'ottica di Salute Globale, vengono a contatto diretto con persone straniere, nel momento difficile e delicato della malattia. Tale esperienza si trasforma spesso, anche nell'arco di un tirocinio di pochi mesi, in crescita di sensibilità e attenzione nei confronti della complessa realtà della mobilità umana ed in un impulso formidabile di conoscenza.

La *medicina transculturale* in un'ottica di Salute Globale, diventa così per loro, professionisti sanitari di domani, semplicemente l'approccio moderno e imprescindibile dell'attuale medicina, di nuovo capace di farsi attenta ad ogni persona, a *qualsiasi cultura o storia appartenga, senza nessuna esclusione*.