

Pazienti immigrati e medici italiani, il grande ostacolo è la lingua

Pubblicato: Lunedì 13 Dicembre 2004

È stato presentato a Milano il volume "*Salute e Immigrazione: un modello teorico pratico per le aziende sanitarie*" a cura di Mario **Picozzi**, docente di Bioetica all'università degli studi dell'Insubria, e Nicola Pasini, fondazione Ismu e università Statale di Milano. Una ricerca importante per capire il rapporto tra il paziente immigrato e le istituzioni sanitarie. La ricerca, prima del genere in Italia, si è basata su un campione di 18 interviste ad operatori di 9 aziende sanitarie e ospedaliere dei territori di Brescia, Lodi, Milano, Varese e Gallarate.

L'elemento più critico del rapporto è la **lingua**, che rende difficile la comunicazione per entrambe le parti: per il **personale sanitario** si traduce in registrazioni imprecise di dati anagrafici, anamnesi incomplete e difficoltà nello spiegare la cura prescelta; il **paziente** ha invece la sensazione di non essere curato perché straniero, prova ansia di fronte al camice bianco, mancanza di comprensione della prescrizione. Difficoltà rilevanti emergono anche da una diversa percezione del **tempo**: la pianificazione degli orari di visita e degli appuntamenti sono spesso sconosciuti all'immigrato. Sfuggono anche le pratiche e i concetti di "**prevenzione**", "**diagnosi**", ma anche di "malattie croniche", "medicines e terapie a lungo termine" (come spiegare ad un diabetico extracomunitario "che deve provare la glicemia tutti i giorni per almeno un mese"?), "riabilitazione" (cos'è "una medicina che mi dice di fare ginnastica"?). Ed è problematico anche spiegare termini-concetti come "**infezione**" o "trasmissione", "malattia a trasmissione sessuale", che, anche tradotti in alcuni *dialetti locali*, non hanno un equivalente, oppure hanno, nella rispettiva cultura, un significato differente.

Inoltre, la permanenza in ospedale è percepita da molti immigrati extracomunitari come una forma di **isolamento o punizione**, soprattutto se nei Paesi d'origine la malattia è vissuta all'interno della famiglia e della comunità, senza ricorrere al medico. Non sono infrequenti i tentativi di fuga. Esistono problemi comunicativi con le donne di famiglie **musulmane**, in cui vigono gerarchie e ruoli di genere fortemente definiti, che portano il **marito** a porsi al centro della comunicazione, e dettano regole di segregazione di genere, come evitare l'incontro o l'isolamento in una stanza di medico e paziente di sesso diverso. In evidenza anche l'**uso improprio del pronto soccorso**, che rappresenta già di per sé un grosso problema dell'organizzazione ospedaliera italiana. L'affollamento cresce se gli immigrati non conoscono la lingua e non possono quindi rivolgersi al medico di base oppure se non dispongono di informazioni adeguate, e soprattutto se non riescono a capire le indicazioni fornite, finendo per ritornare.

È inoltre significativa l'affluenza di immigrati presso i reparti di **ortopedia** a causa degli incidenti sul lavoro e presso i **reparti infettivi** generata spesso da cattive condizioni di vita e di alloggio.

Come rispondono a tutto questo le aziende sanitarie? La ricerca descrive una situazione a **macchia di leopardo**, cioè un quadro tutt'altro che omogeneo in merito al grado di accoglienza, all'assunzione di responsabilità e all'organizzazione di risposte adeguate. Sulla base delle risposte ottenute, la ricerca ha effettuato una distinzione tra strutture "**fredde**", "**tiepide**" e "**calde**".

Nelle prime non si pongono l'interrogativo dei bisogni specifici dell'utenza immigrata e si affidano al personale interno o al volontariato senza ricorrere a mediatori linguistico-culturali o a corsi di formazione/aggiornamento specifici. In quelle "**calde**" c'è la situazione opposta: si tratta di centri di eccellenza, originariamente nati per far fronte all'emergenza, per i quali però nel tempo la raccolta e l'interpretazione dei bisogni e la ricerca di risposte strutturali lungimiranti hanno sempre più costituito una necessità gestionale, amministrativa, sanitaria e etica. A prevalere sono però, le strutture "**tiepide**" che manifestano un certo interesse e preoccupazione verso i "nuovi" pazienti e sono consapevoli dell'inadeguatezza delle strutture sanitarie attuali all'accoglienza. Al loro interno, si fa ricorso a differenti strumenti di comunicazione/avvicinamento all'utenza, ma spesso sotto la pressione dell'urgenza ed esclusivamente quando esistono finanziamenti regionali o nazionali ad hoc.

redazione@varesenews.it