

LA SALUTE DEI MIGRANTI UN'EMERGENZA TRASCURATA

Martedì 15 settembre don Roberto Malgesini un prete della diocesi di Como che dedicava totalmente il suo sacerdozio al servizio dei più fragili e degli ultimi è stato barbaramente ucciso da un migrante tunisino che spesso aiutava e soccorreva. Molti mezzi di comunicazione hanno evidenziato che questo era affetto da disturbi mentali. A noi non interessa conoscere le condizioni psicologiche di quell'assassino; sarà la giustizia a giudicarlo. Noi però sappiamo che la "salute" dei migranti è un'emergenza, e su questo argomento, fermeremo la nostra chiacchierata settimanale consapevoli che il problema migratorio è complessissimo nella gestione e soprattutto nell'offrire un'accoglienza che prospetti a questi disperati un futuro dignitoso e decoroso.

Fragilità mentale

La fragilità mentale che probabilmente affliggeva chi ha ucciso don Roberto Malgesini non meraviglia, poiché un numero notevole di migranti sono affetti da disturbi post traumatici da stress (Ptds). La maggioranza di queste donne e uomini abbandonano il Paese d'origine spesso sede di guerre e di dittature, oppure oppresso da carestie, fiduciosi di costruire un'esistenza preferibile. Immediatamente, devono affrontare la prima criticità: il prolungato ed estenuante viaggio che riserva frequentemente violenze agli uomini e stupri alle donne che incideranno psicologicamente per lungo tempo. Giunti poi in Paesi a volte non scelti, devono confrontarsi con difficoltà comunicative e relazionali, con criticità d'integrazione, con contesti societari che li ignorano, con la disoccupazione o con lavori precari, con la discriminazione e con la marginalizzazione... Questi continui e prolungati traumi, determinano una profonda fragilità psicologica che a volte si tramuta in disagio psichico anche grave. Non possiamo infine scordare lo sradicamento non solo fisico ma anche culturale dal proprio Paese d'origine e le distanze dai nuclei famigliari e amicali. Uno studio della Società Italiana di Medicina dell'Integrazione (SIMM) del 2016, certifica che un immigrato su tre soffre di "psicopatologie della depressione" che si manifestano con disturbi comportamentali, dissociazioni, abuso di alcool, assunzione di sostanze psicotrope... Da ultimo, queste persone, è non è cosa da poco, devono ridefinire il loro "progetto di vita". Ebbene, questi nuovi scenari, richiedono innanzitutto il riconoscimento per intraprendere percorsi terapeutici e di presa in carico. Pure l'integrazione dei figli dei migranti, quelli che definiamo di "seconda

generazione” che potrebbe apparire più agevole, non sempre procede con risultati soddisfacenti ma è intrisa di criticità. Ma, a volte, medici, psichiatri, psicologi, assistenti sociali e educatori sono impreparati o scarsamente predisposti ad affrontare queste nuove sfide.

Fragilità fisica

Trattando di salute, non possiamo scordare le altre patologie che affliggono vari migranti presenti nel nostro Paese e che diventano preoccupanti soprattutto per i privi di permesso di soggiorno, oppure si trasformano in criticità nelle famiglie. Frequentemente singoli o nuclei ignorano la nostra lingua e le norme vigenti, sono privi di disponibilità economiche e non recepiscono chi rivolgersi. A volte negano la malattia, la rifiutano, la sottovalutano con il rischio di tramutare una patologia curabile in inguaribile o da lieve in grave. Inoltre, la presenza di un componente infermo, comporta a volte nei nuclei famigliari il suo abbandono, o la disgregazione del gruppo parentale o l'attuazione di gesti impropri. Per ovviare a ciò, sul territorio, sono sorte istituzioni quasi totalmente a base volontaria per fornire, prevalentemente mediante poliambulatori multidisciplinari, un'assistenza sanitaria, ma ciò è insufficiente. La medicina deve porsi in gioco non solo a livello terapeutico ma anche relazionale ricordando che questi uomini e donne migranti percepiscono e vivono la malattia con coordinate culturali e con visioni dei sistemi sanitari differenti dai nostri. Di conseguenza, il nuovo ambiente societario pluriculturale o multiculturale esige anche una revisione e un adattamento della relazione terapeutica.

Come?

Tre coordinate operative.

1. Comunicazione

La comunicazione è essenziale per fornire adeguate informazioni, conseguire un consenso libero e informato, ottenere la collaborazione del malato oltre un follow-up appropriato. Circa la comunicazione verbale non possiamo scordare sia la difficoltà nell'identificare fenomeni che coinvolgono il privato e l'intimo, sia il timore che provocano una malattia dolorosa o inguaribile.

2. Linguaggio dei segni

Ogni gesto, atteggiamento, comportamento... esprimono simbolismi differentemente recepiti dalle varie culture. Di fronte a questo pluralismo

occorre un' enorme prudenza per non offendere anche involontariamente invece che rendere omaggio alla persona. Questo gap può essere attenuato dall' sorriso accogliente e incoraggiante che ovviamente non risolve tutti i problemi ma manifesterà spontaneità e simpatia solidale.

3. Interesse per la persona

La letteratura riguardante l' "etnomedicina", cioè la medicina che si avvale di metodi terapeutici tipici di culture e tradizioni diverse da quella occidentale e si basa prevalentemente sul riconoscimento dell'interdipendenza tra psiche e corpo, mette in guardia da due atteggiamenti estremi. Da una parte il "Complesso di Salgari", cioè l'interesse etnologico allo straniero reputato prevalentemente un "essere esotico" che può condurre all'idealizzazione o al pregiudizio valoriale. Dall'altra il "Complesso del General Hospital" assunto da chi reputa la medicina occidentale onnipotente e infallibile. Il baricentro tra queste due visioni è l' "interesse per la persona" per fargli comprendere i limiti della scienza medica, il metodo curativo che si adotterà, la speranza di riuscita senza escludere gli imprevisti, l'importanza di alcune procedure come l'assunzione dei farmaci con regolarità e distanziati nel tempo... Inoltre i migranti devono essere abituati al rispetto delle norme igienico-sanitarie anche se non ne comprendono totalmente la ragionevolezza.

4. Di fronte alla sofferenza nessuno è straniero

L'extra-comunitario vive il costante timore di essere uno sfavorito. Di fronte alla malattia dobbiamo accostarlo senza discriminazioni, applicando quando è possibile la "discriminazione positiva", donandogli maggiore tempo e riconoscendo e accettando la sua particolare suscettibilità.

Ogni malato, compreso il migrante, desidera e apprezza chi condivide empaticamente il suo soffrire superando le diversità di carattere, di temperamento, di cultura, di religione e di età. Come scriveva Salvatore Geraci del SIMM già nel 1990: "il modello di medicina transculturale potrebbe essere la reale occasione per riscoprire quello che è l'asse portante della medicina stessa, cioè il rapporto tra medico – paziente che spesso è trascurato e rischia di scomparire".

L'operatore sanitario e il volontario non sono immuni da condizionamenti politici, sociali e culturali. A fronte di pareri e di opinioni che potrebbero influenzare negativamente un rapporto, deve sgorgare l'impegno a superare il pluriculturale e il multiculturale per giungere "all'interculturale" convinti che la

nostra casa è il mondo e il mondo è di casa dentro di noi. Plinio il Vecchio scriveva che la casa è il luogo dove risiede il cuore. Il filosofo Blaise Pascal osservava che il cuore possiede delle saggezze che la ragione non conosce. Il Signore Gesù ammonisce: “là dov'è il tuo tesoro, sarà anche il tuo cuore” (Mt. 6, 21). E dove è il nostro cuore lì c'è l'amore.

Prendersi a cuore la salute di queste persone è elevare la loro qualità di vita come pure un “piccolo particolare” che il luminoso esempio di don Roberto Malgesini ci affida come testamento.

Don Gian Maria Comolli

.