

MIGRAZIONI E SALUTE*
CONSIDERAZIONI SUL RUOLO DEI FAMILIARI
E SULLA COMUNICAZIONE LINGUISTICA
 di Günther Sander**

Premessa

La storia e la situazione attuale delle migrazioni internazionali può essere molto diversa nei vari paesi europei. La situazione in Germania è comparabile, p. es., con la Francia, il Lussemburgo, il Belgio e la Svezia. Soprattutto nei paesi dell'est, del sud-est e del sud d'Europa troviamo storia, flussi e categorie di migrazione diverse.

Per questo motivo le mie considerazioni si concentrano sulla società migratoria tedesca. I primi moderni lavoratori immigrati furono a partire dal 1870/1 i cosiddetti "polacchi della Ruhr" (*Ruhrpolen*), chiamati dagli agenti delle miniere. Durante il Reich del Kaiser, nel 1914, si raggiunse il numero massimo di occupati stranieri, con circa 1,2 milioni di presenze; il Reich tedesco diventò dopo gli U.S.A. il secondo più grande Stato di immigrazione della terra. Attualmente vivono nella Repubblica Federale circa 7,5 milioni di "stranieri", tra di loro i gruppi più grandi sono i turchi (2 milioni), gli immigrati dalla ex-Yugoslavia (740.000), gli italiani (615.000), i greci (365.000) e i polacchi (292.000). La quota di stranieri – secondo il passaporto - rispetto alla popolazione totale è di quasi il 9 %.

Il contesto tra migrazione e salute

Le interpretazioni del contesto nel rapporto tra migrazione e salute (risp. malattia), nella vita quotidiana ma anche nelle scienze, tradizionalmente sono improntate ad una prospettiva 'culturalistica' e per questo risultano problematiche, perché ignorano quasi del tutto variabili socio-strutturali come strato sociale, lavoro (disoccupazione), condizioni d'alloggio, formazione, sesso, età, stato di migrazione, etc.. I gravi rischi di salute che si registrano tra i migranti sono correlati in primo luogo alla super-rappresentanza di operai, alla quota doppia di disoccupazione in

* Relazione al corso del Dottorato di ricerca in Pedagogia Interculturale / Università di Messina il 6 marzo 2006.

** Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Docente di Pedagogia Sociale e coordinatore dei seminari intensivi ERASMUS-EUROMIR, fa parte del Collegio docenti del Dottorato di ricerca internazionale in "Pedagogia e Sociologia interculturale" delle Università di Messina e Mainz. È, altresì, membro del Comitato scientifico delle riviste "Quaderni di Intercultura" (Università di Messina/Italien) e "Didactica" (Università di Resita/Romania).

confronto con la popolazione tedesca, alle condizioni d'alloggio peggiori, etc. e solo secondariamente ai fattori culturali.

Già nella prima metà dell'Ottocento, parallelamente ai flussi di emigrazione transoceanica negli Stati Uniti, è stato concepito un quadro clinico – nominato 'nostalgia' – per spiegare la presunta predisposizione degli immigrati alle malattie mentali. Invece di analizzare la relazione possibile tra problemi psichici e misere condizioni di vita e di lavoro nell'America', paese della speranza, le cause della malattia sono state identificate in uno 'choc culturale', cioè nella differenza culturale tra il paese d'origine e la società d'immigrazione.

Anche le prime analisi scientifiche in Germania sulle conseguenze sulla salute della migrazione lavorativa negli anni Settanta fino agli anni Ottanta si concentrano sulla dimensione culturale come problema che genera malattie. La particolarità reale o presunta dei migranti rispetto alle genesi dei problemi di salute, della definizione dei quadri clinici, dei processi di malattia e di terapia, del ricorrere ai servizi del sistema sanitario vengono visti in prima luogo come risultati di differenze e conflitti culturali. Questi concetti hanno in comune la costruzione sociale del migrante malato come caso speciale e problematico.

Recenti ricerche in Germania sulla situazione dei migranti nel sistema sanitario (si veda il rapporto del governo dell'anno 2000¹ ma anche l'ultima relazione sommaria dell'anno 2004² come pure la nostra ricerca nell'ambito di un progetto LEONARDO dell'anno 2005³) dimostrano, invece, che differenze tra immigrati e popolazione tedesca scompaiono sempre di più e che spesso vengono sopravvalutati interpretazioni di malattie e comportamenti di salute facendo riferimento a concetti tipici-culturali.

Il ruolo dei familiari

Davanti a questo quadro, dobbiamo valutare criticamente anche il potenziale dell'aiuto familiare e delle altre iniziative autonome dei migranti, pur nella loro ambivalenza. Due aspetti vengono trattati in modo esemplare: il possibile ruolo della famiglia, parenti e amici, nello sfruttamento del

¹ BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2000) (a cura di): *Familien ausländischer Herkunft in Deutschland. Leistungen – Belastungen – Herausforderungen* (Sechster Familienbericht). Berlin 2000

² ECKERT, JOSEF (2004): *Migration und Gesundheit – Strukturelle und kulturelle Aspekte der Integration von Migranten im Gesundheitssystem*. Köln (unveröffent. Manuskript)

³ PEDERSEN, GRY (2005) (ed.): *Multicultural Practice? Good practice based on experience in hospitals and social work – a handbook (with CD-ROM)*. Copenhagen (LEONARDO partner institution in Germany: University of Mainz, local co-ordinators Dr. Günther Sander and Sandra Hirschler M.A.)

⁴ BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2000). Berlin, p. 189

sistema sanitario e nel superamento dei problemi linguistici nell'interazione tra migranti e personale sanitario.

Da una parte il sistema d'assistenza laico – qui particolarmente la famiglia, la rete dei parenti, dei vicini e degli amici – può essere un'importante risorsa dell'auto-aiuto, del sostegno emozionale e materiale nell'affrontare la malattia e, in questo senso, un necessario supplemento dei servizi professionali. Questo tipo di aiuto può essere realizzabile in modo veloce, informale e su una base di fiducia in un orientamento culturale in comune. Dall'altra parte, teorie culturali laiche familiari possono anche influire negativamente sulla percezione, la terapia e lo sfruttamento adeguato del sistema sanitario. Il comportamento di fronte alla malattia – mediato per esempio da una cultura legata alla medicina popolare del paese d'origine – soprattutto riguardo alla prevenzione e alla cura preventiva – può avere come risultati false diagnosi o una ritardata richiesta dell'aiuto medico professionale. Se problemi di salute vengono trattati troppo a lungo e in modo inadeguato nell'ambiente familiare, possono risultare richieste di ricoveri più frequenti in situazioni acute. Indizi per questo possono essere la mortalità più alta di madri e neonati, la pessima salute dentale tra i bambini, le malattie gastrointestinali più frequenti (soprattutto fra gli immigrati maschi), il deficit nella diagnostica precoce dell' handicap. Inoltre i migranti partecipano molto meno alle misure di riabilitazione.

Il ruolo della comunicazione linguistica

I problemi dei migranti nel sistema sanitario vengono attribuiti ancora oggi innanzi tutto a problemi di lingua e barriere di comunicazione tra pazienti e personale sanitario. 'Problemi di lingua' è un termine diffuso e non preciso quando si fa riferimento ai migranti, intendendo con ciò riferirsi ad una persona che ha una competenza della lingua del paese che la ospita – come condizione della comunicazione quotidiana – solamente a livello insufficiente o nulla tanto da dovere per questo dipendere, almeno in un contesto istituzionale come il sistema sanitario, dall'aiuto di altri. Questa ipotesi della mancanza di competenza linguistica è caratteristica da più di trent'anni per quasi tutte le pubblicazioni scientifiche del nostro settore e anche oggi viene nominata spesso come problema principale in interviste con collaboratori del sistema sanitario.

Rispetto all'inizio dell'immigrazione della 'prima generazione' del dopoguerra, nella Germania di oggi abbiamo una realtà migratoria molto differenziata e per questo troviamo anche condizioni linguistiche eterogenee. Un terzo di tutti gli immigrati vive in Germania da più di vent'anni, gli anziani ancora di più. Più di un quarto sono bambini, e di essi più del 90% sono bambini fino a sei anni, mentre due terzi dei giovani sotto i diciotto anni sono nati qui, frequentano la scuola materna, la scuola primaria, la formazione professionale e l'università. Riguardo a queste generazioni lo stereotipo delle competenze insufficienti della lingua tedesca non è valido. Problemi linguistici li hanno piuttosto gli immigrati delle

nuove prime generazioni: “p.es. immigranti odierni dalla Turchia, che vengono per motivi di matrimonio, trovano colonie istituzionalmente quasi complete, che permettono di vivere quasi esclusivamente nella comunità etnica. Per questo manca la necessità di una acculturazione specialmente riguardo all’apprendimento della lingua (i.e. tedesca)”⁴.

Nei servizi sanitari non bastano neanche competenze linguistiche medie per superare i problemi di comunicazione. Barriere di comunicazione nell’interazione tra medico e paziente sono causate dalla differenza delle teorie laiche quotidiane del paziente e del sapere specialistico del professionista. In questa situazione di comunicazione asimmetrica un’intesa può riuscire solo se il medico da parte sua è capace di capire le teorie delle malattie soggettive del paziente e se, dall’altra parte, il paziente è in grado di capire la semantica scientifica del medico. Questa costruzione in comune dei significati in genere può riuscire solo con l’aiuto di interpreti ‘professionali’, che siano in grado di comprendere tanto il sapere quotidiano del paziente, quanto il sapere dello specialista e ‘tradurlo’ per entrambi. Questo difficile compito non può essere eseguito da interpreti laici, per esempio bambini o altri parenti del paziente, perché anche loro hanno normalmente solo competenze linguistiche quotidiane, che non sono sufficienti per una ricostruzione della genesi della malattia, della sua diagnosi e terapia. Di questo ne sono consapevoli anche gli stessi migranti. Due terzi di pazienti turche della prima e seconda generazione intervistate a Berlino⁵, credono che un interprete qualificato è indispensabile nell’ospedale, per una soluzione strutturale, perché aiutano a capire meglio diagnosi e terapia indicate dal medico.

Per il futuro soluzioni strutturali possono essere ottimizzate solo se nel sistema sanitario saranno sfruttate e promosse le risorse interculturali e linguistiche del personale che hanno un retroterra migratorio; ma, al momento, la quota dei migranti nelle professioni sanitarie è più bassa rispetto alla quota dei migranti nella popolazione totale. Comunque da anni vengono offerti per il personale e i volontari (es. studenti di medicina) numerosi corsi di aggiornamento e perfezionamento (p.es. ‘Turco nell’ospedale’; ‘Italiano dal dentista’) ed esistono a livello comunale opuscoli come ‘Guida della salute per migranti a Colonia’, per migliorare l’accesso ai servizi sanitari e la cura medica dei migranti. Almeno nelle grandi città si trovano oggi medici di quasi ogni paese d’origine.

Conclusioni

L’aiuto familiare è controproducente, se deve sostituire la cura medica professionale, senza che ci siano le condizioni professionali e materiali. La famiglia può avere una funzione solo compensatoria. Se le

⁴ Vgl. ECKERT (2004), pp. 22 - 25

istituzioni del sistema sanitario, per motivi di competenze interculturali insufficienti, non sono in grado di reagire in modo adeguato a bisogni, esigenze e problemi specifici dei migranti, sarebbe desiderabile – non soltanto rispetto alle famiglie migranti – attivare una funzione supplementare. Si tratta di un compito che richiederebbe modi cooperativi, dove il ‘mondo familiare’ e il ‘mondo dell’esperto’ si possono valutare nelle rispettive capacità e limitazioni.

Resta da aggiungere, criticamente, che da una parte si attribuisce alla famiglia, come sistema di assistenza laica, una funzione che, a motivo dello sviluppo sociale, non esiste più neanche nella maggior parte dei paesi classici di emigrazione; dall’altra parte le famiglie dei migranti hanno vissuto un cambiamento strutturale e funzionale che ha cambiato anche le risorse famigliari.