

Le dimensioni culturali della professione infermieristica

“La cultura appare un elemento così tipico della natura umana da essere dato per scontato. Si è totalmente modellati dalla cultura da non renderci conto che essa esiste indipendentemente da noi e che le nostre azioni rispecchiano di norma schemi prefissati e dinamiche istituzionalizzate. Qualsiasi espressione dell'uomo non può prescindere dalla particolare matrice culturale della società di appartenenza”

(P.Ceri, L.Gallino e altri “Manuale di sociologia” UTET 1997)

La cultura dell'infermiere e le culture altre

L'aumento delle persone straniere nel nostro paese ha portato alla necessità di una nuova coscienza culturale da parte della professione infermieristica che presuppone il superamento degli atteggiamenti di campanilismo e chiusura e la presa di coscienza delle differenze culturali, per essere d'aiuto a chi parla un'altra lingua ed esprime bisogni con modalità diverse.

Gli infermieri sono spesso il primo contatto che la persona straniera ha con il servizio sanitario e costituiscono perciò una grande risorsa che va utilizzata per migliorare la qualità dell'assistenza fornita che deve essere adeguata ai bisogni individuali della persona.

L'interesse primario della scienza infermieristica è la persona nel suo continuum salute- malattia che va considerata in senso olistico, nelle tre dimensioni costitutive dell'essere umano: bio-fisiologica, psicologica e socio-culturale.

Siamo abituati ad un contesto sociale poco orientato alla cultura dell'alterità e a trattare tutti i pazienti allo stesso modo, senza considerarne le diverse matrici culturali, all'insegna di un etnocentrismo professionale, che va superato inserendo la persona nel suo contesto culturale e impostando l'assistenza tenendone conto.

E' importante che l'infermiere cominci a riflettere su questi elementi e acquisisca la capacità e la disponibilità a mettersi in ascolto e all'osservazione della propria diversità e di quella altrui: per farlo si rende perciò necessaria una formazione anche antropologica.

L'incontro tra infermiere e paziente è sempre l'incontro tra due universi culturali distinti, anche se entrambi provengono dalla medesima cultura; di conseguenza un'attenta conoscenza della propria cultura è un presupposto indispensabile per riuscire a dialogare con il paziente, sia che questi venga dal nostro stesso paese, sia che venga da un paese altro.

L'approccio integrato condiviso dall'antropologia culturale e dal nursing unisce fortemente le due discipline e pone la persona al centro della relazione, aiutando a comprendere ciò che essa porta in sé, i suoi bisogni espressi ed inespressi, nel rispetto della sua cultura e religione.

L'importanza dell'antropologia nella professione infermieristica, e più in generale per i professionisti della salute, può tradursi in una maggiore capacità d'ascolto e di intuizione, in una maggiore comprensione delle differenze e delle similitudini.

L'infermieristica transculturale

Alcuni fattori di rilievo mondiale, a mano a mano che il mondo ha assunto una dimensione sempre più globale e complessa, hanno influito significativamente sulla necessità di un'infermieristica transculturale.

In primis il costante e rilevante aumento dei fenomeni migratori: immigrati, rifugiati, profughi e altri soggetti che si spostano verso luoghi geografici all'interno o al di fuori di una cultura, di un paese o di un territorio e la fluttuazione, su scala mondiale dei gruppi culturali che varia nei diversi paesi.

Importanti sono anche i segnali crescenti di conflitti e scontri culturali, di guerre e di atti di violenza tra diverse culture e nazioni, tra paesi occidentali e medioriente, con conseguenze sulla salute, sulla sopravvivenza di persone o sulla loro morte.

L'assistenza a utenti immigrati e profughi, molti dei quali hanno subito violenze, hanno assistito a eccidi, a scontri e conflitti culturali, rappresenta una grande sfida per gli infermieri ma anche un'impresa interessante perché mette in discussione un universo personale spesso chiuso e poco aperto alla comprensione dell'altro, anche se dovrebbe essere esattamente il contrario per chi fa questo mestiere.

Gli infermieri in queste situazioni sono chiamati a prestare assistenza a persone portatrici di valori politici, culturali e religiosi molto diversi tra loro e spesso differenti dai propri e diventa fondamentale possedere competenze transculturali.

Inoltre, soprattutto a partire dalla Seconda Guerra Mondiale, c'è stato un notevole incremento del numero di medici, infermieri e altri professionisti della salute che operano in luoghi diversi del mondo, anche lontani dal luogo d'origine, con pazienti culturalmente estranei, per portare la loro esperienza e il loro lavoro a persone in difficoltà, in scenari di guerra, in zone povere di risorse del pianeta (basti pensare a Medici senza frontiere o a Emergency).

Un primo passo fondamentale per entrare in relazione con persone straniere è conoscere qualcosa delle dinamiche migratorie e delle caratteristiche demografiche degli immigrati nel nostro paese, per evitare di incorrere in equivoci che possono danneggiare la qualità della comunicazione.

I sociologi identificano, alla base delle migrazioni, due tipi di forze che interagiscono tra loro in modo più o meno sinergico:

- Fattori di espulsione (*push factors*) da un paese: povertà e inadeguato sviluppo umano; urbanizzazione massiccia; guerre, disordini sociali e repressioni interne; catastrofi ambientali; aspettative culturali frustrate.
- Fattori di attrazione in un altro paese (*pull factors*): aspettative culturali e legate ad una migliore qualità della vita; richiesta di manodopera; maggiori possibilità economiche

Alcuni parlano anche di fattori di scelta (*choise factors*) che determinano la decisione del migrante di dirigersi in un altro paese piuttosto che in un altro, all'interno di uno stesso blocco socio-economico (ad esempio l'Unione Europea) o verso differenti località di uno stesso paese.

Può essere utile, ai fini di comprendere le possibili difficoltà nella relazione transculturale d'aiuto, identificare i diversi livelli in cui queste possono presentarsi.

Madeleine Leininger

“Affinché gli esseri umani vivano e sopravvivano in un mondo salubre, tollerante e significativo, è necessario che gli infermieri e gli altri professionisti della salute apprendano le credenze, i valori e gli stili di vita dei popoli legati all'assistenza culturale per poter offrire un'assistenza sanitaria valida e culturalmente congruente”

(M.Leininger, 1978)

Solo ora in Italia cominciano ad arrivare le teorie di un'infermiera antropologa statunitense, Madeleine Leininger, che proprio grazie al suo sguardo antropologico sul fenomeno assistenziale ha portato alla nascita del nursing transculturale, formulando una teoria sulle interazioni esistenti fra i concetti, le teorie, la ricerca, l'esercizio della professione infermieristica, l'identità culturale e l'assistenza sanitaria.

La Leininger è stata infatti la prima a chiedersi quale ruolo assume la cultura nelle aspettative che si nutrono nei confronti del personale infermieristico e dell'assistenza infermieristica e la sua *Teoria della diversità e universalità dell'assistenza culturale*, il *Modello del Sole Nascente* e il *Metodo di ricerca etnoinfermieristico* rappresentano, a parer mio, le più importanti conquiste dell'assistenza infermieristica.

Nel 1955, infatti, lavorando con i bambini nell'ambito della psichiatria infantile, la Leininger constatò l'incomprensione da parte del personale dei fattori culturali che influenzavano il comportamento dei bambini e le evidenti differenze dei bisogni assistenziali nei bambini di diverse provenienze culturali la portarono a porsi molte domande e a porle al personale che lavorava con lei.

Quando non trovò le risposte cominciò ad attingere ad altre discipline, ed è proprio in questi anni che la Leininger conosce la celebre antropologa *Margaret Mead*, docente della stessa Università, la cui influenza sarà decisiva per il pensiero della Leininger e con la quale ella discute delle potenziali relazioni tra antropologia e nursing.

Fu la prima infermiera a conseguire una laurea e un dottorato in antropologia; studiò in modo approfondito almeno sei culture principali e compì molti studi in campo etnografico e di tipo etnoinfermieristico.

E' stata molto attiva nel nursing, nell'insegnamento, nella ricerca e nell'antropologia.

La Leininger identifica così le fasi evolutive dell'infermieristica transculturale:

- Fase I: l'infermiere acquisisce consapevolezza e sensibilità rispetto alle differenze e somiglianze dell'assistenza culturale

- Fase II: L'infermiere approfondisce la teoria dell'assistenza infermieristica e dei risultati della ricerca con le competenze acquisite in assistenza culturale

- Fase III: l'infermiere utilizza in modo creativo e pratico i risultati della ricerca con prove documentate per ottenere pratiche assistenziali culturalmente adeguate e valuta i risultati.

L'infermieristica transculturale è assai creativa e richiede la conoscenza di specifiche culture e dei rispettivi modi di vivere l'assistenza e il sistema sanitario ponendo il proprio interesse principale sul confronto delle differenze e delle affinità esistenti tra le credenze, i valori e gli stili di vita delle culture nell'ambito dell'assistenza agli esseri umani al fine di offrire un'assistenza sanitaria culturalmente congruente, utile e valida.

I costrutti di cultura e assistenza rappresentano i due più importanti domini transculturali che richiedono uno studio approfondito delle persone per acquisire il bagaglio di conoscenze necessario per guidare il pensiero, le azioni o le decisioni degli infermieri: senza questo tipo di preparazione, gli infermieri potrebbero mostrare incompetenza o assumere decisioni inappropriate.

Illness e disease

Ogni malattia, qualunque malattia, provoca dentro l'essere umano che la vive, risonanze molto più ampie di quanto ci dica la semplice diagnosi.

Una distinzione classica dell'antropologia medica, proposta dai primi anni '70 in ambiente anglosassone, è quella tra *disease* e *illness*, volendo descrivere con il primo termine la malattia così come è conosciuta dalla scienza medica, e con il secondo termine l'insieme di sensazioni, emozioni, pensieri e comportamenti correlati, propri della percezione soggettiva dell'essere ammalato del paziente.

Per usare le suggestive parole di un autore, Cassel (1976) che si è occupato ampiamente dell'argomento, : "*illness è ciò che il paziente sente quando va dal dottore, disease è ciò che egli ha quando torna a casa dall'ambulatorio*".

Nella medicina tradizionale occidentale l'attenzione alla *illness* del paziente è stata generalmente trascurata.

Ai medici solitamente interessano i sintomi, ma non la descrizione emotiva che le persone danno del proprio malessere: la definizione della malattia, infatti, spetta al clinico ed è la *disease*.

I medici e il personale sanitario si occupano di *disease*, i pazienti percepiscono delle *illness*.

Delle *illness* fanno parte le sensazioni fisiche che proviamo quando siamo ammalati, i nostri sentimenti e pensieri, e anche i nostri comportamenti, che non sempre corrispondono alla logica della *disease*, proprio perché tengono in largo conto la più vasta e complessa dimensione dei propri vissuti soggettivi.

La *illness* perciò è fortemente influenzata dalla cultura: ogni sistema sociale ha elaborato propri concetti di malattia che servono a spiegarne l'origine, le ragioni per cui ha colpito proprio quella persona e in quel momento, quali ne possono essere le conseguenze e le possibili strategie terapeutiche.

Basti pensare al vasto mondo della medicina popolare, che tuttora convive fianco a fianco alla medicina ufficiale o all'importanza del pensiero magico e della stregoneria in Africa che integrano e accompagnano il modello di medicina occidentale.

I livelli di incomprensione tra operatore sanitario e paziente

Colasanti e Geraci, due medici che sono stati tra i pionieri dello studio della relazione operatore sanitario-paziente in ambito transculturale, hanno identificato cinque possibili livelli di incomprensione che è utile conoscere per riuscire a superarli e rendere migliore la comunicazione e l'assistenza:

1. **Prelinguistico:** si riferisce alla difficoltà ad esprimere le proprie sensazioni interiori. A volte gli assistiti non sono consapevoli di alcuni loro vissuti e non possono quindi verbalizzarli. Più spesso si autocensurano, ritenendo che quanto pensano, riguardo ad esempio alla propria malattia, o alle sue origini, non sia rilevante, o non possa essere compreso o accettato. In ambito transculturale la difficoltà può essere ancora maggiore perché l'approccio con la propria interiorità può essere diverso. Nell'etnopsichiatria (l'ambito della psichiatria che si occupa della sofferenza psichica contestualizzandola nei riferimenti culturali del paziente) ad esempio, si può vedere come molto raramente un paziente africano esprime i suoi sospetti eziologici nei confronti di una sofferenza psichica; lo farà probabilmente solo dopo che avrà raggiunto una sufficiente fiducia nell'operatore. Questo perché la causa della sofferenza può essere attribuita a cause soprannaturali, alla magia, alla stregoneria, alla possessione di spiriti: spiegazioni che un medico estraneo all'etnopsichiatria non farebbe fatica a comprendere in una *diagnosi-disease* di delirio, mentre si tratta semplicemente di un diverso sistema di riferimento per spiegare l'origine della malattia.

2. **Linguistico:** è quello della difficoltà più immediata e ovvia, quando gli interlocutori non parlano la stessa lingua ed è un livello di incomprensione che va riducendosi nel tempo, man mano che gli immigrati in grado di esprimersi in italiano diventano sempre più numerosi. Un'altra difficoltà è anche quella della semantica delle singole parole che può portare a fraintendimenti e che si può superare sottoponendo a continua verifica i dati che si sono raccolti discutendone col paziente (ad esempio durante una anamnesi o dal medico quando vuole formulare una diagnosi: comprendere male un significato può portare a fare diagnosi totalmente fuori strada). Un esempio che può facilmente spiegare ciò che è stato appena detto è quello fornito proprio da Colasanti e Geraci: la parola *kili*, che in somalo significa reni, identifica l'area cutanea addominale antero-laterale, mentre in italiano per reni si intende, nel linguaggio quotidiano, l'area dorsale latero-rachidea. Un italiano quando dice che ha male ai reni vuole intendere più facilmente una lombalgia, mentre per un somalo può voler significare un dolore alla regione del colon ascendente o discendente. Per ovviare alle difficoltà linguistiche si può fare ricorso agli interpreti che possono essere rimediati all'occorrenza e quelli specificatamente formati allo scopo: i mediatori linguistico-culturali. I traduttori occasionali sono senza dubbio una possibilità eppure possono portare facilmente a stravolgimenti del messaggio. Se si usa, infatti, un figlio piccolo, un coniuge, un parente della persona che si deve aiutare, il messaggio potrebbe essere modificato dalla persona che traduce in maniera anche inconsapevole, oppure perché il punto di vista di questa persona non coincide con nostro o col suo parente per cui potrebbe attuare delle censure nel messaggio che noi non saremmo in grado di cogliere; oppure potrebbero essere forniti dati anamnestici non corretti per cercare di difendere la persona o perché si pensa che le cose dette potrebbero nuocere all'immagine della famiglia o della persona. In breve, queste persone andrebbero utilizzate solo in casi eccezionali e quando non c'è la possibilità di poter avere aiuto da parte di qualcuno più

qualificato, obiettivo ed esterno alla situazione. I mediatori culturali, di fatto, costituiscono una risorsa molto preziosa, anche se il loro utilizzo spesso è reso difficoltoso da intralci burocratici, dall'ancora scarso numero di operatori adeguatamente formati, dalle amministrazioni che cercano tuttora stupidamente di risparmiare sulla salute delle persone e quindi credono di poterne fare a meno non assumendone o mettendone a disposizione uno solo per centinaia di utenti stranieri. Ovviamente la presenza del mediatore linguistico-culturale non deve portare l'operatore sanitario a delegare gli aspetti relazionali del rapporto di cura, parte integrante del suo lavoro.

3. **Metalinguistico:** è il livello simbolico di una lingua, uno spazio mentale denso di significati astratti e spesso incomprensibili per chi non appartiene alla stessa cultura. Va oltre al significato semantico delle parole, rappresenta un puzzle fatto da piccoli tasselli, ad ognuno dei quali è attribuito un significato che appartiene all'universo culturale dell'individuo ma anche alla sua vita personale, alle sue esperienze, ai suoi valori. I significati attribuiti ad una particolare malattia possono comprendere anche stati d'animo ed emozioni vissuti in occasioni di esperienze personali con quella malattia, oppure una persona può associare ad una diagnosi un valore diverso a seconda di ciò che quella patologia può rappresentare nel paese di origine. Seguendo l'esempio di Mazzetti (2003), basta pensare al significato che diamo noi alla parola cancro, vale a dire qualcosa di terribile, d'inguaribile, sinonimo spesso di morte e sofferenza. Lo stesso significato era attribuito tempi addietro a malattie (come la tubercolosi) che oggi difficilmente ci impauriscono nello stesso modo. In un paese dove si muore di malaria, la parola cancro potrebbe anche essere poco conosciuta ed evocare sentimenti diversi, ma la parola diarrea potrebbe portare con sé gli stessi riferimenti che noi associamo alla parola cancro. E' quindi assai importante non dare per scontati significati di nessun genere perché potrebbero al contrario avere ripercussioni profonde nello stato d'animo e nei comportamenti della persona che stiamo cercando di aiutare.

4. **Culturale:** inteso come il livello in cui si esprime quella sorta di modello attuativo con cui una persona cerca di definire la sua identità e che deriva dalle varie informazioni che sono assorbite dall'individuo fin da quando è bambino, in gran parte in modo inconsapevole, dall'ambiente in cui vive, del quale fanno parte le relazioni familiari e le norme che le guidano, le norme sociali del paese in cui si vive, i riferimenti religiosi, storici e mitologici del luogo in cui si cresce: tutti fattori che contribuiscono a formare l'identità della persona e che inevitabilmente entrano in gioco in un contesto transculturale. Il superamento del livello di incomprensione culturale non avviene però solo conoscendo bene la cultura di appartenenza dell'altro perché la cultura di una persona non è qualcosa di statico, di imm modificabile ma è qualcosa in continua evoluzione, che inevitabilmente si modifica nel momento in cui si entra in un sistema culturale differente dal proprio. Occorre piuttosto entrare in quello spazio intermedio costituito da ciò che avviene nel processo dinamico di transculturazione. Gli immigrati che vivono stabilmente in Italia spesso hanno un doppio sistema culturale di riferimento, quello del proprio paese e il nostro e quindi occorre comprendere come l'integrazione psicologica di due culture comporta una continua lotta intrapsichica per riequilibrare coerentemente le componenti contrastanti.

5. **Metaculturale:** si riferisce a quegli aspetti culturali che sono maggiormente consapevoli in quanto sono resi visibili attraverso delle pratiche e possono venire più facilmente negoziati, come ad esempio i precetti del Ramadan per i musulmani, le prescrizioni dietetiche di alcune religioni, le limitazioni alle trasfusioni di sangue per i Testimoni di Geova.