

Attività di nursing: prevenzione e cura rivolta agli immigrati

Laura Aletto

Infermiere coordinatore S.I.T.R.A. Azienda Ospedaliera Polo Universitario L. Sacco-Milano

Le migrazioni sono “fatti sociali totali” cioè dei momenti cruciali della realtà degli uomini che, nel loro accadere, coinvolgono nella loro totalità tutti i livelli sociali. Nel corso degli ultimi decenni i movimenti migratori, sia interni ai singoli paesi sia fra i paesi diversi, sono aumentati vertiginosamente. Il motivo di questi spostamenti è sempre lo stesso: la ricerca di cibo, acqua, lavoro, sopravvivenza e miglioramento delle condizioni dell'esistenza, altro non sono che la risposta alla ineguale distribuzione delle risorse, dei servizi e delle opportunità. Contemporaneamente si intensificano le migrazioni internazionali, queste hanno rilevanti conseguenze-economiche, sociali, demografiche e culturali- sui paesi di origine, su quelli di transito e di approdo. Per questi ultimi vi sono difficoltà relative alla gestione dei flussi migratori e all'integrazione dei migranti, mentre i paesi di origine perdono manodopera giovane e qualificata e si indeboliscono le strutture familiari.

In Italia l'immigrazione è un fenomeno che ha profondamente cambiato tutti i settori del sociale, è un fenomeno dinamico sia dal punto di vista spaziale che temporale e variegato quanto a paese di provenienza, status giuridico e progetto migratorio.

Quotidianamente i mezzi di informazione propongono problematiche sociali più o meno rilevanti correlate agli immigrati, tanto che oggi il fenomeno si accompagna ad un alone di allarmismo specialmente per le migrazioni da paesi non appartenenti all'Unione Europea.

In poco più di vent'anni l'Italia è diventata e si è consolidata una meta più o meno definitiva per un notevole flusso di cittadini stranieri.

Ultimi dati disponibili (fonte Caritas) mostrano che il 55% degli immigrati regolari ha un'età compresa fra i 19 e 40 anni, poco meno del 47% sono donne; quasi il 59% è presente nel nostro paese per motivi di lavoro, circa il 29% per motivi di famiglia, e un altro 7% per vari motivi ma comunque legati ad una presenza protratta.

Dal Dossier Statistico 2007 emerge che la Lombardia accoglie come regione un quarto di tutti i residenti e totalizza i valori più alti, sia per quanto riguarda l'incidenza degli immigrati sulla popolazione residente che quello dei minori tra la popolazione straniera. I cittadini stranieri al 31/12/2006 erano 850.873, i minori 179.884 con una incidenza del 20,1%. L'incidenza dei soggiornanti stranieri in Lombardia sulla popolazione residente totale è del 8,8% maggiore di quella nazionale pari al 6,2%, con punte del 12,5% in provincia di Bergamo e del 10% a Milano.

Si viene così a creare una situazione in cui il migrante viene a far parte del tessuto sociale, economico e culturale del nostro paese.

Proprio in considerazione dei numeri, in costante aumento, il fenomeno assume una maggiore visibilità e l'analisi della realtà mostra che l'affluenza degli extracomunitari ai servizi sanitari è ormai da ritenersi una situazione normale.

Infatti il patrimonio di salute in dotazione all'immigrato si dissolve rapidamente per una serie di fattori di rischio: il malessere psicologico, la mancanza di lavoro e di reddito, la sottoccupazione in lavori rischiosi e non tutelati, il degrado abitativo, l'assenza di supporto familiare .

Il tempo di permanenza in Italia è un fattore chiave nella percezione che l'immigrato ha del proprio stato di salute come sulla frequenza ed utilizzo dei servizi: più aumenta il tempo di permanenza più vengono utilizzati i servizi pubblici per la salute.

Altro fattore determinante nella percezione dello stato di salute è il livello di istruzione “al crescere di quest'ultimo diminuisce la percentuale di coloro che individuano un qualche elemento dannoso alla salute”. Anche la vita coniugale si configura come un fattore positivo sia nella percezione della salute che nel corretto utilizzo dei servizi. Un ulteriore ed importante fattore è la posizione giuridica dell'immigrato, cioè regolare o irregolare. L'irregolarità diventa di per sé un fattore di rischio in quanto induce comportamenti a rischio come: rinuncia alla cura (aspettare che il malanno passi), rivolgersi a persone non qualificate, arrangiarsi da soli; tra i cittadini stranieri irregolari aumenta la

percentuale di coloro che si rivolgono a strutture di volontariato, alle farmacie e al pronto soccorso. Quindi la persona immigrata di solito si rivolge ai servizi sociosanitari solo in caso d'urgenza o di malattia conclamata, quando cioè non può proprio farne a meno.

Se fino a qualche anno fa ad essere interessato erano sostanzialmente il Pronto Soccorso, il consultorio; ora, grazie alle politiche sanitarie che prevedono anche per i cittadini non comunitari l'iscrizione al SSN, tutti gli ambiti e i professionisti sanitari vengono ad essere coinvolti.

Da tempo nel lessico infermieristico sono entrati termini quali: multiculturale¹ e interculturale². E, in una logica interculturale i processi di socializzazione non mirano all'integrazione delle diversità (non si può rendere integro, cioè uno ciò che è costitutivamente diverso) ma è meglio dire che si valorizza la diversità senza tentare di cancellarla³.

Anche in Italia, nasce in ambito infermieristico, la necessità di una nuova coscienza culturale che presuppone il superamento di atteggiamenti di etnocentrismo e di chiusura, e la presa di coscienza delle differenze culturali.

Per l'infermiere, che sempre più spesso è il primo contatto che il soggetto migrante ha con una struttura sanitaria, significa affinare le sue conoscenze antropologiche, le capacità di ascolto e un impegno in termini di comprensione e traduzione culturale. Si rischia altrimenti la totale incomunicabilità e l'impossibilità di prestare assistenza alle persone. Questa considerazione ha portato alla scelta di introdurre nell'ordinamento didattico della Laurea per Infermiere le discipline etnoantropologiche, in sintonia anche a ciò che era previsto già dal Piano Sanitario Nazionale 98/00, laddove tra le azioni a tutela dei soggetti deboli menziona: "la formazione degli operatori sanitari è finalizzata ad approcci interculturali nella tutela della salute".

L'infermiere, riconosciuto come specialista nella relazione d'aiuto e nella realizzazione del processo assistenziale, deve essere in grado di prendersi cura delle persone di cultura differente ma, a volte perseguire questo obiettivo può sembrare pura "teoria" in quanto non vi è una sufficiente formazione nel nursing transculturale. In campo infermieristico questa tematica è riscontrabile nel lavoro della americana M. Leininger afferma che, per poter erogare un'assistenza efficace, l'infermiere deve considerare quali elementi che entrano nel processo di cura quelli etnoculturali, relazionali, linguistici, valoriali di ogni cultura.

Viene quindi da chiedersi che tipo di competenze o responsabilità professionali abbia l'infermiere di fronte alle specifiche necessità assistenziali di un paziente straniero. In questo senso non è certo superfluo ripensare alle normative vigenti che delineano l'esercizio professionale dalle quale si evince come la risposta alle dimensioni socio-culturali rientra sotto la responsabilità dell'infermiere. L'infermieristica ha come oggetto di studio l'uomo (come pure l'antropologia) e i suoi bisogni di assistenza infermieristica; l'uomo è quindi un essere nel bisogno, e come tale è un essere "unico, irripetibile, in conoscibile e fine a se stesso"⁴ i cui bisogni riflettono tutte le dimensioni che lo costituiscono: bio-fisiologica, psicologica e socio-culturale.

I migranti sono spesso considerati "diversi", l'approccio di questi con gli operatori mette talvolta quest'ultimi in una disposizione d'animo negativa suscitando, nonostante il mandato deontologico⁵, delle paure inconse, pregiudizi, rabbia, fraintendimenti, imbarazzo e rifiuto perché ancora viviamo in una società poco orientata alla cultura del diverso: questo fa sì che trattiamo tutti i pazienti allo stesso modo agendo senza considerare la matrice culturale. Viene da sé l'etnocentrismo professionale, ovvero una sorta di imposizione ad altri dei propri valori, abitudini perché ritenuti superiori.

¹ Il concetto descrive la fattuale compresenza di culture diverse all'interno di una società

² descrive un progetto specifico di interazione entro una società multiculturale

³ A. Bossi, *La corte dei miracoli*, Battei, Parma, 1998, p. 35, 36

⁴ Manara, *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*, Lauri, Milano, 2000, p. 194

⁵ art. 2.3, 2.4, 2.5 Codice Deontologico dell'Infermiere, 1999

L'infermiere è consapevole che non si può guardare alle cure dal proprio punto di vista e secondo i propri parametri culturali, per interpretare i bisogni e le condizioni degli altri e per rendere funzionali le cure nel rispetto della persona, e considera la necessità di un nuovo approccio.

L'incontro infermiere-paziente è molto più di un incontro tra due persone, è il concretizzarsi di un incontro tra diverse visioni del mondo; infermiere e utente devono trovare uno spazio da dedicare alla comprensione reciproca, per socializzare ed esaminare i fattori che influenzano i loro modi di dare e ricevere assistenza. Infatti le differenze culturali se non rispettate, osteggiate e non comprese limitano lo svolgersi del processo terapeutico, rendendo inefficaci gli interventi assistenziali e problematica la convivenza con la struttura ospedaliera.

Nell'approccio con un paziente extracomunitario dobbiamo chiederci: chi è la persona di fronte a me, quali sono i suoi problemi, e come professionista, con gli strumenti che possiedo, come posso rispondere?

La malattia oggettivamente ha un'origine fisiologica che esprime un disordine organico, ma è anche l'effetto della convergenza di fattori psichici e fisici. Tutti possono somatizzare i fatti psichici, ma l'immigrato, per la sua condizione sociale, vive una situazione di stress psichico maggiore che influisce nel procurare anche un malessere organico.

Per l'infermiere è fondamentale porre attenzione alle pratiche etnoassistenziali dell'altro, il primo modo per andare incontro al paziente è di comprendere i suoi bisogni, ascoltarlo, cioè sforzarsi di conoscere le sue richieste, coscienti che l'immigrazione è causa di una crisi profonda, solo così si è in grado di offrire modi concreti e adeguati al bisogno presentato.

In questo senso l'infermiere deve conoscere la polisemia del termine malattia: *disease*, *illness*, *sickness*⁶ e in particolare di queste tre forme la *illness* è la più significativa per la riuscita del rapporto assistenziale.

Sapere quali sensazioni e quale stato d'animo prova il paziente per la sua malattia e il sapere in che modo si sono comportate e si comportano le persone che vivono con lui, crea l'ambito idoneo per svolgere un proficuo lavoro assistenziale. Non si tratta di una semplice raccolta dati o, peggio ancora una curiosità, ma di creare una situazione empatica che favorisce la compliance necessaria allo scopo, cioè l'adesione del paziente alle prescrizioni, necessariamente condivise.

L'ascolto è il modo con cui l'infermiere riesce a partecipare al vissuto del paziente, lo sente parlare, ascolta i suoi silenzi, gli intercalari, legge le posture e le espressioni perché anche da queste coglie il senso del "non detto".

La malattia è un segno di disequilibrio fisiologico e di disagio psicosociale, ma è anche una richiesta di aiuto che colui che a subisce rivolge a chi gli sta vicino, in tal senso l'individuale diventa collettivo il cui significato rientra in ambito sociale.

Per quanto riguarda l'ambito preventivo⁷ purtroppo si è abituati a pensare alla prevenzione come un problema unicamente di economia sanitaria. La prevenzione del carcinoma dell'utero costa meno che curarlo (oltre ai benefici personali del paziente), questo è sicuramente vero se si dispone di un sistema sanitario nazionale come il nostro. La prevenzione nei paesi più poveri richiede dei grossi investimenti ed il concetto di medicina preventiva è sostanzialmente sconosciuto. Nei paesi di origine dei migranti non c'è l'abitudine alla prevenzione: si va dal medico solo nel caso in cui ci si senta male. E oltre a ciò la prevenzione è un lusso che non possono permettersi. Vivendo in paesi diversi dal proprio, possono pur sapere che "prevenire è meglio che curare" e che i costi della malattia sono maggiori rispetto a quelli della prevenzione, ma il valore del prezzo medio dei ticket – che per noi anche se rilevante, è sostenibile perché utile per la salute- per loro è una somma che

⁶ *disease* è la malattia riconosciuta scientificamente e affrontata secondo la nosografia ufficiale; *illness* è la condizione che interessa sia il suo "portatore", sia le persone che ruotano attorno a lui, pertanto è fortemente influenzata dalla cultura; *sickness* è il significato simbolico per le istituzioni pubbliche-sociali

⁷ Ricordiamo il DM.739/94 che definisce il profilo professionale dell'infermiere "Le principali funzioni sono la **prevenzione** delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria"

spesso significa il sostentamento della famiglia; occupati nel lavoro , non hanno neppure il tempo da dedicare a loro stessi.

Da una ricerca si è visto che donne immigrate di buon livello culturale non effettuavano nessun tipo di medicina preventiva⁸. Ci si è domandati come fosse possibile che donne colte e ben integrate sia socialmente che economicamente, si comportassero tanto diversamente dalle donne italiane, la risposta è che l'assenza del concetto di prevenzione.

“Perché una persona deve andare dal medico se non è ammalata? Questi servizi nel nostro paese non esistono” oppure “ Non sapevo che esistessero servizi di questo genere, e gratuiti. In Marocco è tutto diverso: se hai i soldi puoi permetterti di farti visitare anche se non sei ammalata” queste erano le affermazioni delle donne reclutate dalla ricerca, in gran parte meravigliate dalle domande sulla medicina preventiva.

Forse non siamo abituati a pensarci, ma anche la gran parte delle malattie croniche sono un lusso, sono infatti il risultato di cure lunghe, costose. Le malattie croniche sono diffuse e ben conosciute nei paesi ricchi del mondo ma nei paesi poveri non è così.

A volte nel paese ospite avviene un'ulteriore selezione a rovescio, per cui molti stranieri, avendo durante la loro permanenza contratto malattie croniche invalidanti, ritornano nel paese d'origine. Oggi con il fenomeno della seconda ondata migratoria, che riguarda principalmente il ricongiungimento familiare per alcune etnie, si osserva un incremento dell'età media con la comparsa di patologie croniche, in parte sovrapponibili a quelle che colpiscono la popolazione italiana (diabete mellito, cardiopatia, ipertensione, neoplasie maligne, insufficienza renale cronica ecc.). In generale la popolazione immigrata affetta da malattie croniche è tendenzialmente più giovane rispetto a quella italiana.

Il diabete, l'ipertensione, o ancora, le forme tumorali allo stato iniziale che non manifestano malesseri evidenti, non sono controllati come in realtà si dovrebbe. Non è un incuria personale ma di un modo comportamentale e di una consuetudine comune nei paesi di origine. A volte i pazienti che vengono da paesi poveri non hanno la categoria mentale “malattia cronica” e quindi non sanno come comportarsi. Per loro sentirsi dire che le cose vanno bene può significare una sola cosa: che si è guariti e non che si è in un buon equilibrio terapeutico.

Esistono molte condizioni cliniche che, pur essendo asintomatiche necessitano di un trattamento; situazioni in cui il paziente è ammalato dal punto di vista della medicina, ma *non si sente* tale; *disease senza illness*.

La prevenzione e la cura di ogni malattia e dei disagi, soprattutto di quelle che rivestono un carattere di cronicità, per essere efficaci non possono prescindere da una buona comunicazione col paziente e con i familiari.

E' in questo contesto che occorre un'opera delicata e costante di educazione sanitaria che affianchi il lavoro dei medici. L'infermiere, per favorire un cambiamento e un'accettazione di concezioni diverse è importante che entri in sintonia con le persone e comunicare con loro per ascoltare quanto dicono sulle usanze dei loro paesi di origine, per comprendere la situazione sociale nelle/per le quali si applicano e per capire le motivazioni che inducono a certi comportamenti e non ad altri. Si tratta di spiegare con calma alla persona qual è il suo problema, cosa significa le la sua malattia è curabile ma non guaribile, come ci si deve comportare. L'infermiere in questo deve avere la “pazienza” necessaria a ripetere più volte questi concetti, senza scoraggiarsi se la persona non li coglie subito, perché è necessario tempo per acquisire le informazioni nuove. Il dialogo, che instaura una vera e propria “relazione fiduciaria”, è e rimane lo strumento principale dell'avvicinamento all'altro e l'espressione della nostra funzione educativa.

Si ribadisce quindi come sia importante tener conto degli aspetti culturali che sono connessi a come ciascun utente percepisce e vive la malattia, affinché la relazione e la comunicazione con l'utenza (potenziale e attuale) con i pazienti conclamati e le loro famiglie siano positive.

⁸ ricerca tra le donne straniere nella provincia di Cremona (Scuola per Assistenti sanitarie –anno 2001)

Da quanto sopra si capisce come per intervenire adeguatamente con questa nuova casistica, occorre adattare i servizi sociosanitari e ciascun operatore alla presenza dei migranti acquisendo *nuovi metodi e strumenti di lavoro* in grado di favorire la comunicazione. Tra questi nuovi strumenti di lavoro, possiamo considerare le *traduzioni* dei materiali informativi che usiamo nella prevenzione e nella cura e la presenza e l'utilizzo dei *mediatori culturali*, che possono essere utilizzati per comunicare con i pazienti appartenenti ad altre culture. Sia i materiali informativi in più lingue che l'uso del mediatore sono comunque *strumenti* che non esauriscono tutti gli aspetti e le difficoltà della comunicazione con i pazienti provenienti da diverse culture, in quanto in conclusione è l'operatore (medico, infermiere, ecc.) il titolare e responsabile della comunicazione col paziente nell'ambito professionale della terapia, in tutta la sua complessità, comunicazione che sarà tanto più valida quanto sarà diretta allo scopo e personalizzata. L'operatore sanitario sarà avvantaggiato dal fatto di conoscere, per quanto possibile, alcuni aspetti della cultura di origine e della condizione attuale del paziente (tra cui aspetti legati all'alimentazione, alla religione, alla realtà socioeconomica, ecc.), che gli permettono di poter più facilmente entrare in contatto con lui e di capire le sue specifiche caratteristiche e necessità. Altrettanto avvantaggiato sarà nella sua attività se avrà acquisito un'apertura mentale verso il dialogo con le persone provenienti da differenti culture e inoltre capacità specifiche nella comunicazione interculturale, le quali comprendono sia lo sviluppo consapevole di caratteristiche personali, sia accorgimenti da adottare nel processo comunicativo. La difficoltà del cittadino, specie se migrante, affetto da cronicità non sta nel riuscire ad entrare nel sistema ma soprattutto nel riuscire a non uscirne, così si spiega anche l'elevata percentuale di segnalazioni della mancata presa in carico del paziente

Ma quali fattori possono rendere difficoltosa la nostra azione?

L'infermiere e il paziente si incontrano e si scoprono differenti. Le differenze culturali non vanno però sopravvalutate e soprattutto non devono essere utilizzate per giustificare un'incapacità relazionale o, ancor peggio i pregiudizi. Avere dei *pregiudizi* è "normale", l'importante è capire come questi compromettano il nostro modo di relazionarci con gli altri. Spesso accade che la differenza culturale divenga un modo per dar voce e corpo ad un disagio, nascondendo ragioni di altro tipo; a volte sotto il termine, spesso abusato, di cultura si cela un atteggiamento discriminante: con il termine "diverso culturalmente" spesso si intende "inferiore".

Tra gli operatori sanitari è un problema diffuso il *pregiudizio* che il migrante faccia fatica a comprendere le spiegazioni diagnostico-terapeutiche. Infatti spesso l'infermiere manifesta impazienza nel fornire le informazioni/istruzioni, e il silenzio o l'imbarazzo che riscontra rispetto a cose per lui normali sono motivo di malintesi: le dosi dei farmaci non sono rispettate, non si rispetta la frequenza delle somministrazioni, la terapia si interrompe al primo segno di benessere/guarigione e la malattia ha una ricaduta. Ricordiamo come sia importante che nella formazione degli operatori sanitari l'acquisizione della capacità e disponibilità a mettersi in ascolto e ad osservare l'altrui e la propria diversità.

Un fattore altrettanto importante che noi infermieri, come la maggior parte di tutti gli operatori sanitari, dimentichiamo spesso è che la nozione del *tempo è un fatto culturale*. Di fatto la proiezione nell'avvenire è una caratteristica tipicamente contemporanea mentre il migrante è invece una persona radicata nel presente. Questo rende difficoltoso per il migrante cogliere il senso di un'azione infermieristica/terapeutica a lungo termine come ad esempio una terapia per le malattie croniche o l'adozione di una misura preventiva.

Un ulteriore fattore problematico è quello che si può definire il "*conflitto di valori*" e che si verifica nei casi assistenziali nei quali, proprio perché esiste una diversa cornice di riferimento, infermiere-utente si scontrano sul *significato morale* di un atto assistenziale. Ne sono esempio il rifiuto di pratiche terapeutiche quali trapianti o donazioni di organi, oppure la richiesta da parte dei pazienti di pratiche ritenute ingiuste per noi operatori, come l'infibulazione. In questo caso il centro del problema non è tanto sul il come, il quando il con chi della prestazione assistenziale, ma il perché, cioè sul significato intrinseco di tale pratica che investe il piano dei valori, ossia il significato che tale pratica acquista per quella persona in relazione al contesto culturale.

Un esempio classico relativo ai valori delle pratiche assistenziali è *la soglia del pudore*, relativa alla esposizione del proprio corpo alle cure specie se di sesso opposto a quello del paziente. Infatti ogni costrutto sociale ha una sua etichetta corporale alla quale gli individui obbediscono spontaneamente per fanno parte della loro vita quotidiana.

Altro esempio di conflitto di valori è la differente percezione dei rituali di accompagnamento al morente. I migranti provengono da società in cui la morte continua ad avere un senso, diversamente da quanto avviene nella società occidentale. La morte è un accadimento naturale indissolubilmente legato ad un mondo nel quale l'invecchiamento non è una maledizione. Il migrante assegna ruoli precisi, gesti e atteggiamenti sia al morente che a coloro che assistono, si ha una elaborazione culturale della morte che sicuramente non elimina la sofferenza ma che permette di viverla, pensarla e affrontarla per quello che è :un rito di passaggio dell'uomo che entra nella morte così come è entrato nella vita.

Ed è partendo dal conflitto di valori che si chi può iniziare un confronto fra le logiche e i modelli assistenziali presenti nelle nostre realtà. Altro esempio classico è quello relativo al bisogno di alimentazione e al vitto ospedaliero, ove è possibile è bene consentire ai familiari del migrante di portare i cibi tradizionali, questo ridona al cibo preso in comune il suo carattere simbolico che rinforza la cura e lenisce la solitudine.

Appare chiaro che il "porre in risalto" gli aspetti socio-culturali dell'utente implica, quindi la messa in discussione della tecnologia di coloro che assistono, non tanto come insieme di tecniche infermieristiche, ma come conoscenza degli strumenti, consapevolezza del potere di costrizione delle proprie classificazioni e che i protocolli in uso sono solo dei punti di partenza: essi devono tener conto della incognita che è l'elemento umano.

Bibliografia

Lecture consigliate per l'ambito infermieristico

L. Aletto, L.. Di Leo, *Nursing nella società multiculturale*, Carocci ,Roma

E.Colombo, *Le società mutliculturali*, Carocci, Roma

D.Cozzi,D. Nigris, *Gesti di cura*, Colibrì, Milano

D.Manara, *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*, Lauri,Milano

D.Manara, *Infermieristica interculturale*, Carocci, Roma

Lia Lombardi, *Società,culture e differenze di genere, percorsi migratori e stati di salute*, F. Angeli,Milano

B.Tortolici,A.Stivano, *Antropologia e nursing*, Carocci,Roma