



PREFAZIONE

di *Valerio Dimonte*

Mi è capitato tempo fa, in occasione della riforma degli studi dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, di sentire commenti perplessi o di disappunto, e anche ironici, sulla presenza del settore disciplinare “Demoetnoantropologia” in un corso di studi di Infermieristica. Da questa “diffidenza culturale” si può partire per riflettere sulla necessità di una formazione a una “competenza culturale” dei professionisti sanitari.

Le comunità si fanno sempre più multiculturali perché sempre più dinamici sono gli spostamenti e gli scambi tra popoli. La spinta è data da motivi economici, di sofferenza, di oppressione, di guerre, di discriminazioni razziali e religiose.

È un fenomeno che è sempre esistito, ma che oggi avviene in maniera quantitativamente e qualitativamente maggiore e soprattutto in maniera più veloce e complessa.

L'Italia, inoltre, da fornitore di migranti è diventata terra di accoglienza, dove una moltitudine sempre più vasta di persone cerca fortuna e riparo. Attualmente sono circa cinque milioni i cittadini stranieri presenti in Italia.

Tutte queste persone sono portatrici di bisogni universali, ma che a seconda delle culture sono interpretati e necessitano di essere soddisfatti in maniera differente. Per questo, modalità di risposta efficace in certi ambienti culturali possono risultare inadeguate in contesti diversi. Non è solo una questione di lingua, ma di cultura, che riguarda mentalità, stili di vita, comportamenti, credi religiosi, visioni della vita.

Questo fenomeno è presente in vari settori della nostra società e particolarmente importante lo diventa nell'ambito della salute e della sanità. Qui le persone si trovano in una situazione di fragilità ed entrano in gioco fortemente aspetti culturali che riguardano il vissuto rispetto alle malattie, alla prevenzione, al proprio corpo, al significato dei diversi rimedi e trattamenti, alla modalità di relazione-comunicazione con le altre persone. In particolare se consideriamo alcune variabili peculiari, come l'essere

bambino, disabile, donna o anziano, disagio mentale, disturbi alimentari, sessualità, igiene, cura di sé.

Oggi l'Italia garantisce, formalmente, l'accessibilità alle cure agli immigrati presenti sul territorio, ma questo fenomeno richiede un riorientamento dei servizi e dell'assistenza, secondo un approccio terapeutico-assistenziale multiculturale. Gli attuali sistemi sanitari, infatti, non risultano appropriati a dare una risposta efficace e soddisfacente ai bisogni di queste persone. Se l'accessibilità formale è, infatti, stabilita dalla normativa, la fruibilità reale è determinata, invece, dalla "capacità culturale" dei servizi di adeguare le risposte alle necessità di questa nuova parte della popolazione. Tra le difficoltà maggiori a dare una risposta adeguata annoveriamo, ancor più di problemi finanziari o organizzativi, aspetti culturali: la difficoltà a confrontarsi con la diversità, superando pregiudizi e stereotipi.

Perché questo sia fattibile è necessario un approccio antropologico che richiede di confrontarsi con persone portatrici di culture diverse. Riconoscere le similitudini e le differenze tra culture può aiutare a fornire cure appropriate e competenti alle persone e alle comunità. La "competenza culturale", o una "assistenza culturalmente congruente", secondo le definizioni di Madeleine Leininger (che per prima si è occupata di etnoinfermieristica, o infermieristica transculturale) è una pratica che richiede non solo la conoscenza delle diversità culturali presenti nei sistemi di valori dei diversi gruppi di popolazione, ma di integrare tale diversità nel sistema delle proprie opinioni e del proprio agire professionale. Aspetto non semplice, in quanto nei professionisti sanitari generalmente predominano disinformazione e pregiudizi nei confronti dell'utenza straniera.

Come tutte le altre, la "competenza culturale" deve essere acquisita e sviluppata nella formazione dei professionisti sanitari, e va perciò inserita nei percorsi formativi fin dall'inizio dello stesso. Non è sufficiente, per orientarsi, la sola indicazione contenuta nel Codice deontologico dell'infermiere: "L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona".

Tutte le professioni sanitarie sono coinvolte in questo fenomeno, ma alcune più di altre si devono dotare di strumenti, soprattutto culturali, per poter ben assistere le persone: tra queste sicuramente il medico, l'ostetrica, ma ancor più l'infermiere, sia per motivi quantitativi di presenza, ma soprattutto di vicinanza continua alla persona che si presenta con problemi di salute.

L'attenzione all'altra persona, caratteristica che connota l'assistenza infermieristica, in questo caso deve tenere presente le tante diversità di chi arriva da comunità con culture diverse da quelle dell'operatore sanitario, tanto più quanto più è culturalmente distante. In particolare quando si trat-

ta del modo di concepire e vivere tutti quegli aspetti con cui si ha a che fare con problemi di salute: la sofferenza fisica, psichica e spirituale, il valore della nascita, della vita e della morte, l'intimità e la socialità, il consentito e i tabù. Aspetti che si riflettono in tutte le funzioni dell'infermiere: preventiva, curativa, palliativa, riabilitativa, e nei diversi tipi di interventi tecnici, relazionali ed educativi, così come previsto dal profilo professionale.

Quando la componente culturale della cura è elevata non esistono protocolli standard che possono guidare l'assistenza. Siamo praticamente uguali o simili biologicamente, ma molto diversi culturalmente. Personalizzare l'assistenza non è solo adattarla alla diversità organica patologica del momento, ma tenere conto della diversità culturale. Nel passato, la questione delle diversità culturali è stata spesso affrontata in maniera abbastanza superficiale e banalizzante, riducendo il tutto a poche regole, anch'esse stereotipate.

Gli stereotipi culturali non aiutano l'infermiere ad affrontare questa nuova complessità, che richiede un'apertura mentale e culturale fin dalla formazione di base. Per questo è importante che già dal corso di laurea in Infermieristica questo approccio sia affrontato e sviluppato.

Sicuramente la sola formazione di base non può essere sufficiente per dare quella preparazione necessaria per affrontare e risolvere in maniera competente tutti i problemi che si possono presentare, ma è necessario che fin da subito lo studente infermiere inizi a sviluppare questo approccio. Bisogna preparare gli infermieri ad affrontare un mondo sempre più multiculturale. Una formazione che li aiuti e li guidi nella pratica professionale. Per fornire un'assistenza responsabile, competente e congruente alle persone con culture diverse.

Per l'infermiere questo approccio è diventato più importante e necessario da quando si è passati da un ruolo tecnico esecutivo a una nuova responsabilità e autonomia professionale. Ma tutti i professionisti sono coinvolti in questa dinamica che richiede, peraltro, di ridefinire anche quegli schemi concettuali di riferimento che irrigidiscono i rapporti tra le professioni, con contrapposizioni artificiali tra i portatori di un approccio "tecnicista" e di quello "umanistico".

Infine, questo approccio antropologico alla persona in realtà non riguarda solo l'utenza straniera: qui il problema è più evidente, ma riguarda tutti gli assistiti. È la distinzione tra il "prendersi cura" e un approccio puramente tecnologico e riduzionistico, rischio della medicina e dell'infermieristica moderna, ricche di risorse tecnologiche, ma spesso povere di una visione antropologica della persona di cui ci si occupa.

Un approccio etnoinfermieristico può aiutare gli infermieri ad assistere meglio le persone di cui hanno cura e offrire anche molti spunti di ricerca e di ricadute organizzative, non solo per quanto riguarda gli stranieri, ma in generale le persone portatrici di una specifica cultura, vale a dire: tutti.



INTRODUZIONE

di *Annamaria Fantauzzi*

Questo libro è la raccolta di saggi differenti nel contenuto e nello stile, che hanno tuttavia in comune l'intento di mettere al centro della cura e dell'assistenza la persona, intesa non come puro corpo o organismo biologico ma come costruito culturale, con un bagaglio storico, emotivo ed esperienziale da cui ogni operatore (sociale e sanitario in particolar modo) non può prescindere.

In quest'ottica, abbracciando la scelta della casa editrice che ospita quest'opera, è stato volutamente rimosso dai testi il termine "paziente" per prediligere quello di "assistito" o "utente", al fine di sottolineare il ruolo attivo, collaborativo e consapevole che la persona bisognosa di cura e di assistenza può e dovrebbe (lì dove possibile) rivestire; un ruolo che metta al centro il bisogno dell'individuo e non (o non solo) il suo corpo (come bene spiegano Massariello-Dimonte), la percezione soggettiva della malattia e del malessere (non necessariamente fisico), la rappresentazione culturale della salute, della guarigione e del corpo stesso, per cui ogni persona è un costruito unico e irripetibile dalla nascita fino alla morte.

Ogni saggio qui presente propone l'analisi di un contesto di assistenza in cui un operatore sanitario, soprattutto infermieristico, si pone a contatto con una persona bisognosa di cura, intesa quest'ultima non esclusivamente come somministrazione di una terapia quanto piuttosto come predisposizione a osservare, ascoltare, interpretare la narrazione della malattia, la dichiarazione di bisogni fisici, sociali e psicologici, ad aiutare e assistere la persona a preservare la sua autonomia, fin quando possibile, come chiarisce Edoardo Manzoni.

I primi contributi si collocano in questo ambito di *humanities cares*, per cui parlare di Alzheimer (e dei caffè-Alzheimer analizzati da Casella Paltrinieri), di disturbi del comportamento alimentare (soprattutto di anoressia nel saggio di Fantauzzi-Capelli) e anche di fine vita (particolarmente nei malati terminali di cancro e nella somministrazione di cure palliative

illustrate da Meynet), significa, in primo luogo, mettere il curato nelle condizioni di affidarsi al (e fidarsi del) curante, stabilendo insieme un processo terapeutico nel rispetto della sua dimensione soggettiva e sociale; in secondo luogo, vuol dire condurre l'operatore a mettere a nudo le proprie emozioni, sensazioni e percezioni a contatto con il corpo del malato, conscio dei limiti e delle potenzialità della sua professione, ma anche del ruolo che riveste.

L'altra parte dei saggi rientra nell'ambito dell'*infermieristica transculturale*, ovvero in quel dominio dell'assistenza che oggi si pone di fronte a culture differenti da quella italiana, occidentale ed europea, constatata l'evidente presenza sul territorio nazionale di una sempre crescente popolazione immigrata. Come comportarsi dinnanzi a saperi tradizionali, rappresentazioni della malattia e del corpo ulteriormente differenti, condizionati dalla cultura di origine? Il problema dell'assistenza si riduce a una difficoltà di comunicazione con il malato straniero (come si domanda criticamente Le Breton) oppure a una più profonda esigenza di comprensione semantica e culturale della sua malattia e, soprattutto, del percorso sociale e individuale che l'ha determinata?

Dalle basi epistemologiche fondanti l'*ethnonursing* alle teorie, anche nazionali, più contemporanee dell'antropologia medica applicata all'infermieristica (come propone il saggio di Fantauzzi), diversi contributi sottolineano la necessità di considerare, oggi soprattutto, l'indissolubile binomio tra "antropologia e assistenza", che permette di offrire all'operatore competenze culturalmente appropriate e adeguate al setting di cura.

Da qui l'originalità di aver reso saggi scientifici alcune ricerche di giovani laureati in Infermieristica che, anche grazie a ricerche etnografiche svolte in missioni umanitarie in Africa (in collaborazione con la Onlus *Prati-care*), hanno osservato, indagato e vissuto personalmente le peculiarità di un sistema di cura differente da quello di appartenenza, hanno affiancato gli infermieri locali (che svolgono anche il ruolo di medici, in totale assenza degli stessi), cercando di comprenderne le divergenze rispetto all'impianto biomedico in cui sono stati formati (si vedano i contributi di Bonichon e Bianco relativamente alla missione in Senegal e quello di Milan sul Kenya).

Ciò ha permesso una riflessione comparativa con l'assistenza dell'*Altro* "a casa nostra", la valutazione dei bisogni e delle peculiarità del migrante malato (soprattutto in ambito psichiatrico, come illustrano Castaldo e Crepaldi) o della donna incinta straniera (nelle due ricerche, in aree geografiche differenti, di Giacalone e Milan), come anche di determinati rituali che, pur appartenendo specificatamente al sapere tradizionale, culturale e religioso, sfociano nell'ambito sanitario e bioetico, con cui l'operatore è costretto a confrontarsi e a misurarsi (il tema della circoncisione di comunità immigrate proposto da De Stefano ne è una testimonianza).

Se si richiede oggi un'assistenza culturalmente competente è anche perché l'Italia accoglie nuovi laureati infermieri e operatori sanitari provenienti da altri paesi, i quali portano con sé una formazione talora differente ma spesso complementare rispetto agli infermieri autoctoni, pur con problemi di inserimento e di occupazione attualmente sempre più presenti (come illustra la ricerca effettuata da Pantiru).

All'opera è accluso, in appendice, un glossario con alcuni tra i più importanti e utili concetti-chiave dell'antropologia medica e dell'infermieristica, tratti prevalentemente da opere specialistiche. Esso vuole essere un utile strumento di lavoro e di riflessione analitica per comprendere (e saper essere e agire) direttamente sul campo.

Rivolta agli studenti di Infermieristica e professioni socio-sanitarie, a educatori professionali, antropologi e scienziati sociali, a professionisti dell'ambito medico e infermieristico, l'opera si pone l'obiettivo di far riflettere, attraverso la valutazione di ricerche etnografiche e indagini qualitative, sull'importante ruolo dell'operatore sanitario. Egli è chiamato oggi a nuove sfide e alla necessaria acquisizione di una maggiore competenza non solo tecnica ma soprattutto culturale e relazionale, che gli strumenti dell'antropologia medica possono fornire.

In questo modo sarà forse possibile guardare al di là del corpo del "paziente", assistendo la *persona* nella sua dimensione olistica, difendendone la vita e il diritto a essa; e anche dinanzi alla morte, garantirle benessere e cura.

Torino, ottobre 2014