

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA
Facoltà di Medicina e Chirurgia
*Corso di Laurea Specialistica in
Scienze Infermieristiche e Ostetriche*

**“Migrazione e salute : prendersi cura degli anziani
stranieri. Proposta di un’assistenza infermieristica
culturalmente congruente”**

Relatore:

Chiar.^{ma} Prof.^{ssa} Giuliana Masera

Laureanda:

Pastore Antonella

Anno Accademico 2008-2009

INDICE

Introduzione	pag. 3
---------------------	--------

Capitolo 1

Salute e immigrazione: elementi strutturali e funzionali del fenomeno

1.1 L'infermieristica, in Italia, si confronta con il multiculturalismo	pag. 6
1.2 L'Italia paese di immigrazione: cenni sul fenomeno emigratorio/immigratorio italiano.	pag. 10
1.3 L'apporto dell'immigrazione straniera: una sfida.	pag. 15

Capitolo 2

L'anziano oggi

2.1 Vecchiaia e anzianità: quale definizione?	pag.18
2.2 L'autosufficienza e la non autosufficienza.	pag.22
2.3 Politiche per anziani non autosufficienti.	pag.27
2.4 Cura, sostegno, dipendenza.	pag.31

Capitolo 3

Antropologia e nursing: due mondi mescolati

3.1 Riflessioni sulla scienza infermieristica	pag.35
3.2 Infermieristica e antropologia: due mondi mescolati	pag.38
3.3 Il concetto di cultura nella professione infermieristica	pag.42
3.4 La diversità culturale	pag.45
3.5 Dilemmi interculturali: il corpo, la salute, la malattia, il dolore, la morte, il lutto.	pag.51

Capitolo 4

Il nursing transculturale

4.1	Il nursing transculturale	pag.60
4.1.1	Il concetto di infermieristica per Madeleine Leininger: “L'etnonursing”	pag.65
4.1.2	La teoria della diversità e universalità dell'assistenza Transculturale.	pag.69
4.2	Il modello della competenza culturale di Purnell e Paulanka	pag.71
4.3	Una giornata alla “Casa per anziani Falkenstein” di Basilea	pag.75

Capitolo 5

Studio sulle differenze culturali che influenzano l'assistenza infermieristica ad un anziano straniero

5.1	Background e rationale dello studio	pag.82
5.1.1	Obiettivo	pag.83
5.1.2.	Materiali e metodi	pag.83
5.1.3	Analisi e interpretazione dei dati	pag.84
5.3	Conclusioni	pag.90
5.4	Formulazione dell'opuscolo: “Prendersi cura di “tutti” gli anziani del mondo”	pag.93

Conclusioni	pag.94
--------------------	--------

Bibliografia	pag.96
---------------------	--------

Allegati

INTRODUZIONE

L'idea per questo progetto di tesi è nata dall'esperienza professionale svolta presso un importante istituto geriatrico milanese il Pio Albergo Trivulzio.

L'istituto è un'Azienda di Servizi alla Persona (ASP) costituita da circa 1000 posti letto, suddiviso in Residenza Sanitaria per anziani (RSA) e IDR (Istituto di Riabilitazione) è una struttura storicamente impegnata nell'assistenza ai cittadini anziani più vulnerabili e bisognosi, persegue questa specifica "*mission*" mediante l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie integrate ad alta specializzazione ed un'attività di ricerca scientifica e di formazione professionale orientata alla prevenzione e alla cura delle patologie dell'invecchiamento.

I dati demografici relativi alla popolazione italiana, pubblicati dall'ISTAT nel 2002-2005, mostrano un sostanziale e costante aumento dell'immigrazione in Italia. Una delle fasce di popolazione in crescita è quella dei migranti anziani ultrasessantacinquenni.

L'invecchiamento naturale della popolazione immigrata unito all'effetto della nuova legge sui ricongiungimenti familiari, farà sì che l'Italia si troverà ad ospitare, entro il 2010 circa, mezzo milione di anziani immigrati in più.

Ciò avrà effetti sociali, demografici e sanitari non certo trascurabili.

L'impatto tra culture diverse provoca trasformazioni culturali significative, irrigidimenti, conflitti, disorientamento da una parte e nuove conoscenze ed esperienze dall'altra, che sono il frutto di vere e proprie operazioni di "mediazione culturale", che incidono sensibilmente sulle identità culturali.

Salute e cultura sono sostanzialmente la stessa realtà; non si può parlare di salute fuori dell'ambito dell'autonomia della propria persona, delle proprie capacità culturali e umane.

La salute presuppone un processo di adattamento, esprime la capacità di adattarsi alle modifiche dell'ambiente, di crescere e di invecchiare, di guarire quando si subisce un danno, di soffrire e di attendere più o meno serenamente la morte.

La scienza infermieristica ha come suo centro di interesse fondamentale la persona nel suo continuum salute malattia nel senso olistico, avendo come campo applicativo la pratica terapeutica interpersonale che mira a garantire l'autonomia nella cura di sé e la possibilità di vivere al massimo lo stato di benessere.

L'incontro tra infermiere e paziente è sempre l'incontro di due universi culturali distinti, anche se entrambi provengono dalla medesima cultura ed è doveroso, per esprimere al meglio la propria professionalità, che l'infermiere capisca i valori, gli usi, le abitudini e la costruzione del sé dell'altro.

Se nelle diverse culture concetti come salute e malattia hanno una molteplice varietà di attributi, valori e significati è necessario che gli infermieri attraverso discipline demoetnoantropologiche, si dotino di strumenti necessari a fornire un'assistenza qualitativamente significativa per l'assistito straniero.

La tesi, strutturata in cinque capitoli, tenta di approfondire concetti quali: cultura, alterità, stereotipi, etnie ecc. e di fornire agli operatori sanitari strumenti culturalmente sensibili che possano favorire la relazione tra infermiere e persona anziana assistita.

Nel primo capitolo, "Salute e immigrazione: elementi strutturali e funzionali del fenomeno", vengono analizzati gli aspetti migratori sia statisticamente sia funzionalmente, evidenziando in particolare l'incontro tra l'infermieristica e la multiculturalità.

Il secondo capitolo, "L'anziano oggi", analizza il concetto di vecchiaia e di anzianità cercando di sviluppare maggiormente la natura antropologica piuttosto che la natura biologica del fenomeno; descrive inoltre, l'aspetto inerente alle politiche per anziani non autosufficienti e concetti quali: cura, sostegno, dipendenza.

È il terzo capitolo, " Antropologia e nursing: due mondi mescolati" che approfondisce la visione antropologica dell'anzianità e ne sottolinea l'arricchimento filosofico e ideologico che l'antropologia fornisce

all'infermieristica permettendo, a quest'ultima, di caratterizzarsi anche come disciplina umanistica.

L'antropologia, attraverso la ricerca, costruisce strumenti che permettono al mondo infermieristico di analizzare dilemmi umani, quali ad esempio: il dolore, la morte e di rielaborarli per permettere quella trasformazione culturale, in ambito professionale, che consiste nel passaggio dal curare al prendersi cura.

Il quarto capitolo, "Il nursing transculturale", sviluppa i concetti: di alterità, di diversità culturale introducendo e sviluppando l'infermieristica transculturale.

In questo capitolo si analizzano due modelli di questa disciplina: il modello del sole nascente di M. Leinenger e il modello della competenza culturale di Purnell e Paulanka.

Nel quarto sottocapitolo viene riportata un'esperienza personale relativa alla visita documentativa presso la "Casa per anziani Falkenstein" di Basilea, la peculiarità di tale residenza è l'aver contemplato nella propria organizzazione anche l'aspetto relativo alla diversità culturale.

Il quinto capitolo, "Studio sulle differenze culturali che influenzano l'assistenza infermieristica ad un anziano straniero", conclude la tesi attraverso un'indagine realizzata tramite interviste semistrutturate ad operatori sanitari stranieri e si completa con la realizzazione di un opuscolo informativo indirizzato a professionisti sanitari dal titolo "Prendersi cura di "tutti" gli anziani del mondo".

Con questo lavoro non vi è la pretesa di argomentare in modo definitivo una tematica così difficile e controversa, ma credo che possa servire da stimolo e dare un contributo ulteriore al grande dibattito che attualmente influenza fortemente l'agire professionale, e generare così ulteriori riflessioni.

I limiti di questa tesi credo siano molti, soprattutto per un argomento così vasto, ma ritengo sia importante valorizzare una fase della vita che, per la sua fragilità, deve essere maggiormente sostenuta.

.

Capitolo 1

Salute e immigrazione: elementi strutturali e funzionali del fenomeno.

1.1 L'infermieristica, in Italia, si confronta con il multiculturalismo

I flussi migratori hanno portato con sé persone di origine, religione e lingua diverse, con capacità, abitudini di vita e stato sociale che hanno contribuito a una forte trasformazione culturale e sociale, nonché ad un cambiamento di valori.

Non tutti i settori della società tengono sufficientemente conto di questa diversità: uno sguardo autocritico mostra ad esempio che il sistema socio sanitario italiano non si è ancora adeguatamente preparato ad assistere la popolazione migrante.

Il concetto di "salute", per molto tempo, è stato definito come "assenza di malattie", "star bene", cioè non essere malati. Oggi ci si è resi conto che la salute non può esaurirsi semplicemente nell'assenza di malattie e la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sentito il dovere di definire la salute come: "*stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia*"; questa concezione di salute è stata affermata con forza anche alla Conferenza Internazionale sull'Assistenza di Base tenutasi ad Alma Ata nel 1978.

L'articolo 32 della Costituzione italiana afferma: "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti...*"

È bene ricordare ancora che l'articolo 3 sottolinea che "*tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono uguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di*

razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali".

A livello internazionale il diritto alla tutela della salute è garantito dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo, approvata il 10 dicembre 1948 a New York dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite. L'articolo 1 afferma: *"Tutti gli esseri umani nascono liberi e uguali in dignità e diritti. Essi sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di Fratellanza"*. L'articolo 2 precisa: *"Ad ogni individuo spettano tutti i diritti e tutte le libertà enunciate nella presente Dichiarazione, senza distinzione alcuna, per ragioni di razza, di colore, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o di altro genere, di origine nazionale o sociale, di ricchezza, di nascita o di altra condizione"*.

L'articolo 13, comma 2, puntualizza: *"Ogni individuo ha il diritto di lasciare qualsiasi paese, incluso il proprio, e di ritornare nel proprio paese"*.

La salute come diritto inalienabile degli individui viene inoltre ribadita dal Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali del 1966 dove, all'articolo 12, si afferma: *" Gli Stati parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire"*.

L'aumento della complessità sociale per la presenza di persone appartenenti a diverse culture ed etnie ha evidenziato anche nel nostro paese la necessità di sviluppare una nuova coscienza culturale da parte della professione infermieristica.

Il Codice Deontologico dell'Infermiere al Capo 1 art. 4 cita: *" 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"*, questo presuppone da parte degli infermieri una presa di coscienza delle differenze culturali.

La malattia, quale evento che interferisce con lo svolgersi quotidiano delle attività di vita, fa sorgere delle domande: il paziente vuol conoscere il significato dei segni e dei sintomi e ne ricerca una causa.

L'elaborazione di questo significato investe sicuramente il mondo interiore della persona, ma va anche a ricollegarsi alla concettualizzazione che deriva dalla cultura; ad esempio: la malattia, per la maggior parte dei popoli non occidentali, non si presenta mai come un evento fortuito, ma è segno dell'incrinarsi di un equilibrio profondo che investe la società e il cosmo.

Se non si è in grado di cogliere tali dinamiche, che comportano una nuova visione del mondo e una nuova originale sintesi culturale, risulta difficile comprendere gli elementi culturali che causano incertezze, stress e sfiducia.

L'impatto tra culture diverse provoca trasformazioni culturali significative, irrigidimenti, conflitti, disorientamento da una parte e nuove conoscenze ed esperienze dall'altra, che sono il frutto di vere e proprie operazioni di "mediazione culturale", che incidono sensibilmente sulle identità culturali.

Salute e cultura sono sostanzialmente la stessa realtà; non si può parlare di salute fuori dell'ambito dell'autonomia della propria persona, delle proprie capacità culturali e umane.

La salute presuppone un processo di adattamento, esprime la capacità di adattarsi alle modifiche dell'ambiente, di crescere e di invecchiare, di guarire quando si subisce un danno, di soffrire e di attendere più o meno serenamente la morte.

La scienza infermieristica ha come suo centro di interesse fondamentale la persona nel suo continuum salute malattia nel senso olistico, avendo come campo applicativo la pratica terapeutica interpersonale che mira a garantire l'autonomia nella cura di sé e la possibilità di vivere al massimo lo stato di benessere.

L'incontro tra infermiere e paziente è sempre l'incontro di due universi culturali distinti, anche se entrambi provengono dalla medesima cultura, ed è doveroso

per esprimere al meglio la propria professionalità che l'infermiere capisca i valori, gli usi, le abitudini, la costruzione del senso dell'altro.

Tali principi etici ricordano all'infermiere il comportamento valoriale da tenere nei confronti di quelle persone provenienti da altre parti del mondo e troppo spesso trattate ingiustamente anche nel loro bisogno di usufruire del diritto alla salute.

La crescente mobilità degli individui nei diversi paesi comporta per gli infermieri un aumento di incontri con persone appartenenti a culture diverse facendo così emergere il fenomeno generale della "diversità culturale"; è necessario da parte del professionista il superamento degli atteggiamenti di campanilismo e chiusura, e la presa di coscienza delle differenze culturali, per essere di aiuto a chi esprime bisogni con modalità diverse.

Se nelle diverse culture concetti come salute e malattia hanno una molteplice varietà di attributi, valori e significati è necessario che gli infermieri attraverso discipline demotnoantropolgiche, si dotino di strumenti necessari a fornire un'assistenza qualitativamente significativa per l'assistito straniero.

1.2 L'Italia paese di immigrazione: cenni sul fenomeno emigratorio/immigratorio italiano.

Migrare è un fenomeno molto antico: la storia dell'uomo è strettamente associata allo spostarsi da una regione all'altra; le cause attuali dell'emigrazione sono la fuga dalla guerra, dalla dittatura, dalla povertà e carestia verso la ricerca di un lavoro e di un ritrovato benessere.



"I più luridi e miserabili mai visti"

Una immagine celebre della grande emigrazione italiana. Per sapere com'erano accolti in America basta rileggere il New York Times del 6-11-1879:

"Tra i passeggeri di terza classe (..) c'erano ieri 200 italiani, che il sovrintendente Jackson definì la parte più lurida e miserabile di esseri umani mai sbarcati a Castle Garden"

L'Italia si sta lentamente trasformando da antico paese di emigranti in paese di approdo per immigrati provenienti dal sud povero del pianeta.

Ancora oggi il fenomeno dell'emigrazione si ripropone, seppure la dimensione dello stesso sia minore rispetto agli anni aurei dell'emigrazione italiana, la tendenza di andare in altri paesi a sviluppo avanzato per cercare migliori condizioni di lavoro sembra interessare numerosi giovani laureati

Nel mondo c'è una vastissima comunità d'italiani, oltre 4 milioni, sparsi in 198 paesi, distribuiti soprattutto negli altri paesi dell'Unione Europea e nel continente americano, mentre scarsa è la presenza nei paesi africani ed asiatici.

Attualmente l'Italia, nazione particolarmente esposta per la sua posizione geografica, è diventata uno dei poli preferenziali di immigrazione sia per la mancanza di un'adeguata politica di controllo e di pianificazione dei flussi, sia perché cominciò ad esserci nel nostro paese un'offerta di lavoro per occupazioni

umili più o meno rifiutate dagli autoctoni; tutto ciò va poi connesso al fatto che un numero sempre maggiore di datori di lavoro hanno avuto ed hanno la possibilità ed interesse ad impiegare a basso costo, e senza alcun intervento previdenziale, forza lavoro non tutelata, né tutelabile in quanto clandestina.

In Italia, i flussi arrivano principalmente dal Nord-Africa, dai Balcani, dal Subcontinente indiano e dall'Estremo Oriente, l'Italia è oggi al quarto posto dopo Germania, Francia, Gran Bretagna per la presenza di immigrati.

Secondo l'Istat i cittadini stranieri residenti, dopo un aumento annuale di circa mezzo milione di unità, all'inizio del 2008 sono quasi 3.433.000, inclusi i comunitari: il 62,5% nel Nord (più di 2milioni), il 25,0% nel Centro (poco meno di 1milione) e il 12,5% nel Mezzogiorno (quasi mezzo milione). Le regioni con un maggior numero di immigrati stranieri sono la Lombardia (815.000 residenti e circa 910.000 presenze regolari) e il Lazio (391.000, 423.000). Caritas e Migrantes accreditano un numero superiore di immigrati regolarmente presenti, che oscilla tra i 3.800.000 e i 4.000.000, su una popolazione complessiva di 59.619.290 persone, con un'incidenza del 6,7% (leggermente al di sopra della media UE, che è stata del 6,0% nel 2006 [1])

Gli immigrati in Italia provengono da oltre 191 nazioni e il lavoro è la loro principale ragione.

Alcune regioni italiane hanno la predilezione allo stanziamento di alcuni gruppi culturali: in Abruzzo c'è una prevalenza di albanesi e macedoni, in Friuli Venezia Giulia un'alta percentuale di iugoslavi e di stranieri provenienti dall'est Europa, in Puglia la maggioranza degli stranieri è rappresentata dagli albanesi. Roma vanta la densità di presenza immigrata più alta in Italia, il Lazio è la Regione con maggior policentrismo culturale, in particolare nell'area di Roma sono presenti ben 183 nazionalità.

L'invecchiamento naturale della popolazione immigrata unito all' effetto della nuova legge sui ricongiungimenti familiari, farà sì che l'Italia si troverà ad ospitare entro il 2010 circa mezzo milione di anziani immigrati in più. Ciò avrà effetti sociali, demografici e sanitari non certo trascurabili.

Nel 2030 gli anziani (con 65 anni e più) costituiranno un quarto della popolazione complessiva degli attuali paesi dell'Unione Europea. Già nel 2000 gli anziani costituivano il 15,6% (media non ponderata) della popolazione. Cresce costantemente la popolazione anziana e cresce soprattutto la quota degli ultrasessantacinquenni i cui livelli di disabilità richiedono la realizzazione di una rete adeguata di servizi assistenziali socio-sanitari. Dal 2000 al 2010, nell'Unione Europea, gli anziani ultrasessantacinquenni dovrebbero passare da 27.287.000 a 33.722.000 con una crescita del 24%. In alcuni paesi come l'Italia essi costituiranno il 14% della popolazione nel 2030 (Cfr. Tab. 1).

Tab. 1 – Quota di popolazione anziana nell'Unione Europea. Dati e proiezioni.

Paesi	65+ anni %	65+ anni %	75+ anni %	75+ anni %	75+anni v.a. (migliaia)	75+ anni v.a. (migliaia)
	anno 2000	2030*	2000	2030*	2000	2010*
Italia	18,1	28,1	7,9	14,1	4.566	5.892
Grecia	17,3	25,4	6,7	12,7	712	1.037
Svezia	17,3	25,1	8,9	13,4	790	800
Spagna	17,1	25,3	7,3	9,5	2.937	3.868
Belgio	16,8	25,4	7,2	12,2	741	928
Germania	16,2	25,8	6,9	12,0	5.757	7.364
Francia	16,0	24,0	7,3	12,3	4.316	5.458
Regno Unito	15,7	23,5	7,4	11,2	4.391	4.725
Portogallo	15,5	22,8	6,1	7,8	615	797
Austria	15,4	25,2	7,0	12,5	572	659
Danimarca	14,9	23,0	7,1	11,4	379	394
Finlandia	14,9	23,9	6,5	7,8	335	407
Lussemburgo	14,0	19,8	5,7	9,0	25	33
Olanda	13,8	23,9	6,1	6,9	964	1.142
Irlanda	11,4	18,7	4,9	5,2	187	218
media**/totale	15,6	24,0	6,9	10,5	27.287	33.722

Note: * proiezioni. **media non ponderata

Fonte: nostra elaborazione su dati Kinsella (2001) e U.S. Bureau of the Census, sito internet.

Il numero dei migranti anziani in Europa è in rapido aumento; stanno raggiungendo l'età della pensione i lavoratori emigrati durante il grande flusso migratorio degli anni '50-'60. Per la prima volta nella loro storia molti Paesi europei verranno confrontati con una consistente presenza di anziani non originari del Paese.

Questa rapida crescita cambierà consistentemente la struttura sociale della popolazione anziana di molti Paesi europei anche l'assistenza agli anziani dovrà tener conto di questo nuovo gruppo e dei nuovi problemi ad esso legati.

Il fenomeno migratorio è complesso e vi è un'estrema varietà di soggetti che ne sono protagonisti, tuttavia, per fronteggiare il problema delle differenze culturali, la società adotta come forma di difesa la stigmatizzazione di questi soggetti attribuendo loro rischi di malattia e contagio. In realtà l'immigrato arriva nel nostro paese con un patrimonio di salute pressoché integro. Chi decide di emigrare sono generalmente i soggetti giovani, forti, con più spirito d'iniziativa e maggiore stabilità psicologica. Tuttavia il patrimonio di salute dell'immigrato è destinato a dissiparsi per motivi riconducibili a più fattori. Tra questi c'è il malessere psicologico legato alla condizione di migrante, la mancanza di reddito, la sotto occupazione in professioni lavorative rischiose o non tutelate, il degrado abitativo, l'assenza del supporto familiare, il clima, le diverse abitudini alimentari, condizioni che portano a quelle malattie definite da "disagio" o da "degrado": patologie da raffreddamento, da cattiva alimentazione e patologie traumatiche. Ci sono poi le patologie da "sradicamento" e da "adattamento": lo stress provocato dall'evento migratorio, il senso di solitudine, l'ansia per l'ignoto, con la presentazione, ai servizi sanitari, di innumerevoli patologie funzionali, psicosomatiche, di depressioni mascherate, di ansia somatizzata.

Un ulteriore problema è quello relativo alla accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari per gli immigrati, che negli ultimi anni, insieme al diritto alla salute (per lungo tempo non garantito), è stata fonte d'accesi e vivi dibattiti.

L'Italia è il primo paese che garantisce l'assistenza sanitaria agli stranieri, poiché la Carta Costituzionale stabilisce il diritto inalienabile alla salute, facilitando l'inclusione nel sistema degli immigrati regolarmente presenti e comunque garantendo prestazioni essenziali e preventive anche a coloro che sono irregolari e clandestini.

L'immigrazione è un fenomeno destinato a crescere e, in un futuro non molto lontano, la nostra società sarà sempre più "colorata" e multietnica.

L'Italia si sta lentamente trasformando da antico paese di emigranti in paese di approdo per immigrati provenienti dal sud povero del pianeta; essi stanno invadendo il nostro territorio con il loro carico di sofferenza e il loro bisogno di aiuto.

“Due eventi sociali dalle dimensioni epocali hanno caratterizzato in modo inedito il ventesimo secolo: l’immigrazione dai paesi in via di sviluppo e l’aumento consistente della popolazione geriatrica mondiale.

Questi eventi comporteranno profonde implicazioni di natura economica, socio-culturale, religiosa e politica, di fronte ai quali ci troviamo impreparati.

In Italia i migrati anziani aumenteranno sempre più entro la prossima decade, ponendo non pochi problemi di ordine sanitario, per risolvere i quali, bisogna dotarsi di nuovi strumenti operativo-culturali con l’obiettivo di una coesione interetnica, nella prospettiva di una società multietnica ”.[2]

1.2 L'apporto dell'immigrazione straniera: una sfida.

Molto spesso ci rapportiamo agli altri nella prospettiva dell'osservatore che giudica e che vede nella diversità un'inferiorità. L'interesse delle società occidentali per le società "semplici" purtroppo molto spesso non è stato disinteressato, e anche quando non palesemente predatorio, è stato guidato da un'ottica etnocentrica, con risultati comunque distruttivi.

Prendiamo come esempio la colonizzazione spagnola dell'impero Inca nel XVI secolo. Quando i colonizzatori spagnoli entrarono in contatto con le popolazioni andine, si verificò un processo di destrutturazione sociale, cioè i colonizzatori spagnoli sono arrivati ed hanno distrutto il governo esistente ed hanno ricostruito un nuovo stato, ma è stato un processo che ha intaccato oltre gli aspetti politici ed economici, anche quelli simbolici, religiosi, culturali e materiali della società andina. Con il sistema politico anche il sistema di significati che sottendevano quel tipo di organizzazione politica è venuto meno. Di fatto la popolazione si ritrovò non solo senza sovrano, ma anche senza un Dio e senza un significato sociale.

In altri paesi spesso sono state compiute numerose azioni predatorie ai danni delle popolazioni dei "paesi poveri"; molti degli interventi che avrebbero dovuto essere destinati a favorire lo sviluppo delle società locali spesso hanno risentito fortemente degli interessi materiali del donatore; basti pensare agli indios dell'Amazzonia e a come la deforestazione selvaggia avvenuta negli ultimi anni abbia provocato effetti perversi: fenomeni di erosione e cambiamento dei regimi idrologici, diminuzione dei pesci nei fiumi per l'aumento della terra non più trattenuta dalle radici, modificazioni climatiche, estinzione di alcune specie animali e vegetali, etc.

Un errore generale e ricorrente è stato, ad esempio, quello di voler raggiungere in tempi brevi una forma di sviluppo economico di tipo occidentale senza prima

produrre le trasformazioni tecniche e culturali di base necessarie affinché ciò avvenisse; determinando quindi effetti negativi indiretti.

Le società tradizionali sono sistemi integrati di economia, storia, religione e ambiente. In questi termini, nessuna società, per quanto “*primitiva*” e “*arcaica*” possa apparire, può essere definita “*incompleta*”, “*arretrata*”, “*semplice*”; esistono numerose civiltà rette da principi economici, sociali e culturali diversi da quelli che conosciamo e che siamo abituati a pensare. Si tratta di società governate da altri meccanismi, diversi e non per questo necessariamente inferiori.

È indispensabile considerare che, a differenza delle società moderne, le società tradizionali sono caratterizzate da una forte armonia e compenetrazione dei vari fenomeni economici, sociali, culturali, religiosi, in una interdipendenza e integrazione con l'ambiente, tale che un intervento mirato ad uno solo di questi ambiti, comporta inevitabilmente e conseguentemente ripercussioni su tutti gli altri.

A tal fine, è importante analizzare quella che all'interno del processo interculturale è considerata la “Regola d'oro”.

Molte delle grandi religioni del mondo includono una massima simile al:

“Fate dunque agli altri tutto quello che volete che gli altri facciano a voi...”.

Matteo 7:12

Questa regola viene tipicamente usata come una specie di schema per il comportamento; se io non sono sicuro di come trattarti, semplicemente mi immagino come vorrei essere trattato e quindi agisco conseguentemente.

L'assunto sottostante a questa regola rimane implicito: le altre persone vogliono essere trattate come vorrei esserlo io; inoltre, questo assunto, sotto intende un'altra credenza: tutte le persone in fondo sono le stesse e quindi realmente dovrebbero volere lo stesso trattamento che vorrei io. Tuttavia questa regola non funziona perché le persone di fatto sono diverse le une dalle altre, non sono diverse solo individualmente, ma sono diverse sistematicamente in termini di cultura, gruppo etnico, status socio economico, età, condizioni politiche, valori.

Che le persone siano differenti può sembrare ovvio, ma di fatto non si tratta di un concetto così diffuso tra le persone.

Pensare che gli altri siano come noi quando parliamo con loro è l'equivalente che parlare con noi stessi, manchiamo di riconoscere le differenze fondamentali alle quali la nostra comunicazione si deve adattare per capire ed essere capiti, i nostri sforzi sono vanificati da un atteggiamento di conformismo.

Esistono barriere linguistiche e percettive che rendono vulnerabili e incapaci di affrontare i messaggi comunicativi portando la persona ad impiegare delle difese, quali: il ritirarsi all'interno del gruppo di riferimento, utilizzare espedienti per la razionalizzazione o la sovra compensazione o l'aggressività o l'ostilità, nessuna di queste difese però favorisce la comunicazione efficace.

Il tema dell'immigrazione è una realtà sconosciuta sia che si tratti di uno scontro di civiltà sia che si tratti di un arricchimento culturale e delle risorse, ed è per questo temuta e guardata con preoccupazione e sospetto.

Si tratta di un fenomeno che, pur di notevole complessità, può costituire uno stimolo e una risorsa nella dialettica fra identità e differenza; sostenere la cultura dell'interculturalità sviluppa la consapevolezza del patrimonio di civiltà e favorisce l'incontro aperto con altre culture e modelli di vita, valorizzando le tante identità locali .

Il fenomeno dell'immigrazione è considerato un elemento costitutivo delle nostre società nelle quali sono sempre più numerosi gli individui appartenenti a diverse culture. Le statistiche lavorative ufficiali attestano il contributo sostanziale dei lavoratori, immigrati sia europei (i più numerosi) che di altri continenti.

Nell'insieme si tratta di più 1 milione e 500.000 persone, con un'incidenza sul totale che supera il 10% degli occupati in diversi comparti.

La presenza degli immigrati si rivela un apporto lavorativo sempre più necessario in futuro e sarà la logica dei numeri ad esigere un cambiamento di mentalità e l'adozione di politiche realistiche e più aperte, superando l'avversione aprioristica verso la diversità degli immigrati (di colore, di cultura, di religione).

Capitolo 2

L'anziano oggi.

Come approvo il giovane in cui ci sia qualcosa di senile, così il vecchio in cui ci sia qualcosa di giovanile; chi si attiene a tale norma potrà essere vecchio di corpo ma non lo sarà mai di spirito.

Cicerone, De Senectute

2.1 Vecchiaia e anzianità: quale definizione?

Secondo Peter Laslett [1] esistono tre età distinte della vita: la prima età è dedicata all'apprendimento e alla preparazione alla vita attiva e ai futuri ruoli familiari, nella seconda età della vita ci si dedica alla famiglia, ai figli e al lavoro per mantenerli, nella terza fase della vita finalmente ci si può dedicare a sé stessi, ad arricchirsi interiormente, a sviluppare al meglio le proprie capacità, un lavoro da cui non si andrà mai in pensione. Peter Laslett ha 85 anni, è fondatore dell'Università della terza età a Cambridge, è il simbolo per molti aspetti dei nuovi anziani o meglio degli appartenenti alla seconda età adulta, quell'età che precede la fase finale della vecchiaia.

Però, davanti all'immagine del nostro futuro, che i vecchi ci propongono, noi restiamo increduli, dentro di noi pensiamo assurdamente che questo a noi non succederà, che non saremo più noi quando questo succederà.

La vecchiaia è qualcosa che riguarda solo gli altri. È così che si può comprendere come la società riesca a impedirci di riconoscerci negli anziani.

L'invecchiamento, quindi, sembra essere una condizione destinata a tutti e su cui tutti ci interroghiamo durante il corso della vita.

Ogni società, infatti, attribuisce, implicitamente o esplicitamente, un ruolo ai suoi anziani e organizza delle risposte ai bisogni dei più deboli, in particolare dei 'grandi vecchi' non autosufficienti.

A 60 anni, a 70 anni si è vecchi? O si è anziani? O invece si è ancora adulti, senza altre connotazioni che ci differenziano da chi ci precede lungo il corso della vita?

Questo aspetto è molto importante, perché si tende ancora a ragionare in termini di età biologica, scandendo la vita in tappe che hanno perso significato e contenuto.

Oggi l'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce le seguenti fasce d'età:

Dai 65 ai 74 anni = Anziani giovani

Dai 75 agli 84 anni = Anzianità

Dopo gli 85 anni = inizio della grand'anzianità.

Anche il numero dei centenari sta avanzando in modo rapido: oggi in Italia se ne contano quasi 10.000 contro 40 dell'inizio del secolo scorso.

Il tentativo di definire meglio chi sono gli anziani, qual è il loro ruolo, è per sostituire termini a connotazione negativa con altri più "rispettosi" come nel caso del termine anziano, più volentieri usato, invece di vecchio.

La varietà delle terminologie non dovrebbe rappresentare una catalogazione da attribuire ad un gruppo piuttosto che ad un altro, ma aiutare a definire una complessità, a diversificare e a distinguere all'interno di una moltitudine.

Nella cultura Giudaico-Cristiana la figura dell'anziano assume una grande rilevanza. L'anziano è depositario dell'esperienza, del sapere. La setta ebraica degli Esseni, affidava la guida sia spirituale che amministrativa della propria comunità proprio agli anziani. Da qui la valenza semantica positiva che connota tale parola. Altra cosa è il "vecchio"; al vecchio si associano gli aggettivi di decadente, privo di energia, assenza di entusiasmo e malinconia.

Se da una parte la vecchiaia viene associata a termini negativi quali decadimento, perdita, malattia, dall'altra le si contrappone una visione idealizzata che ne esalta saggezza, esperienza, maturità ed altri vantaggi.

E' bello riportare una definizione del Santo Padre Giovanni Paolo II: *" Gli anziani sono custodi della collettività e perciò interpreti privilegiati di quegli insiemi di ideali e valori comuni che reggono e guidano la convivenza sociale. Escluderli è*

come rifiutare il passato, in cui affondano le radici del presente in nome di una modernità senza memoria. Gli anziani, grazie alla loro matura esperienza, sono in grado di proporre ai giovani consigli ed ammaestramenti preziosi".[2]

La demografia ci ha spiegato come la modernità abbia profondamente modificato la struttura della popolazione nelle società avanzate, destrutturando la caratteristica forma piramidale che ha caratterizzato per millenni il rapporto tra le generazioni ed abbia di conseguenza cambiato radicalmente la nostra percezione della fisicità della condizione anziana, sono crollati di conseguenza o sono destinati a rimodellarsi stereotipi radicatissimi nella coscienza collettiva.

E' crollato lo stereotipo della specifica ammirazione che meriterebbe la saggezza senile e che in ogni generazione si lamenta che sia andata perduta.

La vecchiaia appare oggi caratterizzata da particolari fragilità e proprio per questo meritevole di doverose e specifiche attenzioni .

Per quanto si possano doverosamente ed efficacemente rivendicare i diritti dei soggetti anziani resiste il problema di fronteggiare l'ostacolo più grande, quel diffuso sentimento di disprezzo nei confronti degli anziani, che si ha raramente il coraggio di considerare fino in fondo. La vecchiaia resta ancora argomento marginale nella disamina della nostra società occidentale nonostante i progressi sociali provano a collocare in un contesto nuovo il vissuto dell'invecchiamento e l'approccio alla morte. A tal proposito, in Italia a tutela dell'anziano, dal 1995 esiste la "Carta dei diritti degli anziani", nata sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica

Gli articoli del documento:

Articolo 1

Diritto degli anziani ad accedere alla "qualità totale" del vivere umano in cui consiste la sostanza del bene comune.

Articolo 2

Diritto al mantenimento delle condizioni personali dell'anziano al più alto grado possibile di auto sufficienza sul piano mentale, psichico e fisico.

Articolo 3

Diritto alle cure preventive e riabilitative di primo, secondo e terzo grado.

Articolo 4

Diritto ad ottenere gratuitamente le cure e gli strumenti necessari a restare in comunicazione con l'ambiente sociale e ad evitare il degrado fisico e psichico: protesi acustiche e dentarie, occhiali e altri sussidi atti a conservare la funzionalità e il decoro della propria persona.

Articolo 5

Diritto a vivere in un ambiente familiare ed accogliente.

Articolo 6

Diritto ad essere accolti nei luoghi di ricovero alloggiativo od ospedaliero da tutto il personale, compresi i quadri dirigenti, con atteggiamenti cortesi, premurosi, umanamente rispettosi della dignità della persona umana.

Articolo 7

Diritto degli anziani ad essere rispettati ovunque nella loro identità personale e a non essere offesi nel loro senso di pudicizia, salvaguardando la loro intimità personale.

Articolo 8

Diritto ad avere garantito un reddito che consenta non solo la mera sopravvivenza, ma la prosecuzione di una vita sociale normale, integrata nel proprio contesto ed in esso il diritto all'autodeterminazione e all'autopromozione.

Articolo 9

Diritto a che le potenzialità, le risorse e le esperienze personali degli anziani vengano valorizzate ed impiegate a vantaggio del bene comune.

Articolo 10

Diritto a che lo Stato - con il generoso apporto del volontariato e la paritaria collaborazione del settore non-profit - predisponga nuovi servizi informativi-culturali e strutture atte a favorire l'apprendimento di nuove acquisizioni mirate a mantenere gli anziani attivi e protagonisti della loro vita, nonché partecipi dello sviluppo civile della comunità.

2.2 L'autosufficienza e la non autosufficienza.

La presa di coscienza del proprio esistere dell'anziano e del possibile divenire come vecchio è indiscutibile per chi avanza negli anni, presentandosi sia nelle condizioni di "autosufficienza" che di "dipendenza". Esso è però influenzato da questi stati ed è diversamente avvertito soggettivamente.

Capire la dipendenza significa analizzare due aspetti che determinano la nostra cultura contemporanea e che nella storia del pensiero occidentale sono stati sempre più o meno presenti.

Il primo aspetto riguarda la nostra *concezione del tempo*: se parliamo di anziani parliamo di persone che si trovano in un momento determinato della scansione temporale della propria esistenza. Si tratta di analizzare quale concetto di tempo si va sviluppando nella nostra cultura.

Nel contesto dei fattori biologico-naturali noi consideriamo la vita come un susseguirsi di tappe fondamentali quali: l'infanzia, la gioventù, la maturità e la vecchiaia.

Queste categorie appaiono tuttavia obsolete all'interno del contesto culturale contemporaneo; i criteri utilizzati dalla persona non appaiono più dotati di una forza orientatrice e, in alternativa, si va sviluppando un altro orizzonte e altre categorie scandiscono lo svolgersi delle "fasi" della nostra vita; in questo senso si parla della fase della scolarizzazione, della preparazione professionale, della formazione in vista dell'esercizio lavorativo, successivamente subentra la fase centrale della vita che corrisponde alla maturità nel campo biologico-naturale ed è la fase lucrativa dell'attività, dell'esercizio di una professione.

Quando questa fase, per motivi correlati alle diverse convenzioni sociali, si conclude, subentra la fase del pensionamento: in definitiva, all'interno di questo modello di riferimento la vita si definisce prima per quello che noi ci prepariamo ad avere, poi attraverso ciò che noi abbiamo, e infine per ciò che noi non abbiamo più oppure abbiamo in forza del fatto che abbiamo prodotto.

È evidente che il concetto di tempo, il concetto di "fase" è, in questa prospettiva, fortemente determinato dal fattore della produttività. Il che viene frequentemente messo in risalto all'interno della discussione etica dei problemi geriatrici per sottolineare che, vivendo in una società della produttività, l'anziano è il pensionato e assume valore in virtù di ciò che precedentemente ha prodotto, cosicché si attua una specie di prolungamento virtuale della fase produttiva precedente.

Potremmo sintetizzare tale concetto con una frase che viene quotidianamente ripetuta nella società moderna: "il tempo è denaro".

Un secondo aspetto per comprendere la dipendenza è rappresentato dal *concetto di soggettività*.

In questo caso si tratta di affrontare un problema non specifico della terza età e della geriatria, che tuttavia si intensifica quando si discutono problemi etici geriatrici: il fattore della soggettività inteso in questo contesto introduce al tema dell'uscita da una concezione di individuo .

Con la definizione dell'autonomia della persona, come fondamento della sua soggettività e della sua dignità, si viene a produrre una sorta di perdita dell'io individuale nella sua dimensione di relazionalità sostanziale e quanto più questa persona è in grado di vivere la sua avventura autonoma, tanto più essa ha dignità e realizza la sua soggettività.

A. Caplan,[3] deduce da questo paradigma alcune conseguenze che egli ritiene estremamente cariche di implicazioni per la disciplina bioetica nel suo complesso.

La prima conseguenza è quella che egli chiama *il modello medico della malattia*: ossia in forza del paradigma dell'autonomia la malattia assume una particolare concezione e cioè diventa una sorta di alienazione da se stessi e questo proprio perché la "vita buona", la qualità desiderabile di vita è costituita dal poter vivere in modo autonomo e soggettivo.

La malattia, viceversa, estrania creando una sorta di dipendenza e pertanto la cura medica diventa un' impresa di restituzione, di ricostruzione del soggetto per riconsegnarlo a se stesso.

A.Caplan sottolinea il dramma costituito dal fattore tempo nell'ambito del trattamento terapeutico. Infatti, quanto più veloce è il trattamento terapeutico tanto più si restringe l'area di questa sottomissione, di questa *soggezione all'autorità medica*, regolata secondo un modello "contrattualistico" di cure.

Un ulteriore elemento risultante dalla riflessione intorno al paradigma dell'autonomia è *la concezione individualistica della persona* per cui l'autoidentità, l'autoimmagine viene fatta coincidere con la capacità di indipendenza che la persona ha e conseguentemente, in questo caso, si viene a perdere di vista la dimensione partecipativa, sociale, dialogica della persona.

In questo senso allora è necessario individuare e gestire le tipologie che costituiscono e caratterizzano la dipendenza.

Analizzando la dipendenza, attraverso la scansione delle fasi della vita della persona umana, possiamo delineare una biografia della dipendenza.

Possono essere individuate tre fasi:

la prima fase è costituita dalla dipendenza come realtà di fatto in vista dell'*autonomia*, ossia la dipendenza nello stadio infantile.

Il bambino è un essere massimamente dipendente e la sua dipendenza è orientata in vista dell'indipendenza ; la struttura che accompagna e gestisce la dipendenza nel caso iniziale della dipendenza infantile è una condizione che si pone al servizio della crescita di questo soggetto in vista della sua capacità di autonomia.

La seconda fase, che potremmo individuare con l'espressione di dipendenza *come crisi* estemporanea, si viene a costituire con episodi determinanti, più o meno lunghi di dipendenza più o meno superficiale o intensa, individuabile come momento critico dell'indipendenza. Questo può consentire di interpretare il fenomeno non solo della malattia ma del disturbo nella sua generalità, dunque anche del disturbo psichico, del disadattamento sociale come una condizione,

un contesto particolare in cui la nostra raggiunta indipendenza viene ad essere misurata con tutte quelle situazioni che di fatto ne costituiscono una minaccia.

In questo senso la dipendenza viene ad essere prodotta come oggetto di una realtà che entra in crisi, come manifestazione di un equilibrio reso fragile e precario per l'incidenza di fattori esterni, e la soluzione della crisi viene affidata ad un impegno collettivo, la soluzione della crisi non è affidata unicamente all'elemento terapeutico, al fattore medico (una sorta di medicalizzazione della crisi) ma si struttura in interventi a carattere sociosanitario, socio-politico, socio-assistenziale.

Dunque nel bambino si riscontra una specie di risorsa naturale proiettiva dalla dipendenza verso l'indipendenza; nel secondo livello invece c'è una specie di risorsa sociale dalla crisi in cui si trova la nostra condizione di soggetti dipendenti verso la ripresa di indipendenza.

La terza fase può essere considerata la categoria della *dipendenza con terminalità*, come fase finale della storia della nostra autonomia, questa è appunto la tipologia della dipendenza nell'età senile.

L'anziano sa che la sua dipendenza non è quella del bambino intuisce che la sua dipendenza è diversa perché manca di una visione prospettica che nel bambino è presente.

Anche l'anziano sa che la sua forma di dipendenza è diversa da quella del soggetto che si trova in una crisi, non tanto perché manca all'anziano il contesto sociale in cui si risolve la dipendenza a livello del secondo stadio, quanto piuttosto perché l'anziano sa che la sua è una condizione non correlata all'incidenza di fattori temporanei. Ne deriva che è la dimensione prospettica, il fattore tempo, che al terzo livello crea un acutizzarsi complessivo dei problemi.

In questo senso la dipendenza viene vissuta come una sorta di destino a cui l'anziano sente di essere ormai sottomesso, questo è particolarmente evidente nelle situazioni nelle quali l'anziano cade in uno stato cronico di morbosità e anche nella sua immagine si accorge di essere diventato o di diventare sempre più dipendente.

È importante interrogarsi su che cosa produce questa situazione nuova specifica dell'anziano rispetto alla sua dipendenza; la terza età non è contrassegnata in modo particolare dal tema distintivo della dipendenza e della non autosufficienza: lo sviluppo biografico dell'essere persona coincide con una storia, con una biografia della dipendenza e interrogare questa biografia della dipendenza ci mette in grado di non attribuire in maniera monovalente la caratteristica di dipendenza soltanto agli stati in questione, nella fattispecie allo stato dell'anziano cronico non autosufficiente.

Nel pensiero maggiormente diffuso verso il giudizio pessimistico, vede nella vecchiaia una condizione socialmente sgradevole, in quanto connessa al ruolo di "malato", che spesso la società attribuisce all'anziano ed è comunque fonte di "discriminazione" rispetto all'esercizio di capacità decisionali che l'anziano potrebbe ancora svolgere, nell'invecchiamento sottintende che la senescenza rende più vicina la percezione della morte, limitando le potenzialità corporee e psichiche.

Il fenomeno dell'invecchiamento non può però essere riferito esclusivamente al rischio di morire, ma inserire il soggetto in un contesto di qualità di vita più ampio: considerando la sua efficienza fisica e mentale, le sue condizioni di autosufficienza, ossia considerare l'individuo anziano in funzione degli anni che ha ancora da vivere.

Il progressivo invecchiamento della popolazione pone nuovi problemi all'attenzione della società e richiede modalità diverse di affrontare quotidianamente i bisogni di questa fase di vita dell'individuo e che porti a considerare la condizione senile alla stregua di una nuova possibilità di vita, nella quale lo scopo da raggiungere è rappresentato dalla qualità della vita che resta.

Intendendo per qualità della vita "la soddisfazione che la vita procura, il benessere soggettivo, fisico, la capacità di adattamento alle situazioni concrete".

2.3 Politiche per anziani non autosufficienti.

“L'aspettativa di vita è stata allungata soprattutto vincendo le malattie dell'infanzia e dell'età adulta e grazie al miglioramento dell'ambiente, allo sviluppo degli antibiotici, una migliore nutrizione e così via.

Ad esempio, le donne tra i 15 e i 35 anni oggi hanno probabilità di morte che sono solamente un decimo rispetto a quelle del '900 (oggi vi è maggior igiene durante il parto, ci sono gli antibiotici contro la sepsi puerperale, etc).

I progressi della medicina, dell'igiene e della nutrizione hanno raddoppiato l'aspettativa di vita in meno di un secolo.

Tuttavia, tutte le conquiste della medicina moderna hanno soltanto dimezzato la mortalità dei 60enni: inoltre questo è dovuto in gran parte alla nostra capacità di tenere in vita più a lungo le persone debilitate.

Consideriamo le due più comuni cause di morte: il cancro e le malattie di cuore.

Se il cancro venisse eliminato anche domani stesso, la vita media aumenterebbe solamente di 2 anni.

Eliminando le malattie cardiache si aggiungerebbero alla vita 3-4 anni.

Il cancro e le malattie di cuore uccidono più della metà della popolazione nei Paesi industrializzati. Se eliminando queste due cause di morte possiamo aggiungere solo sei anni alla nostra vita, significa che l'allungamento della vita media avviene grazie ai 'normali' progressi della medicina.

Questo significa che il fatto di vincere questa o quella malattia, o tutte le malattie una ad una, avrà un impatto sempre minore nel futuro.

L'unica speranza di allungare significativamente la vita umana risiede nella comprensione della natura del processo dell'invecchiamento e dal conseguente sviluppo di trattamenti che lo rallentino nella sua globalità”.[4]

L'anziano non autosufficiente è lo stato nel quale si trovano le persone che, per ragioni legate alla mancanza o alla perdita di autonomia fisica, psichica o intellettuale, hanno bisogno di un'assistenza e/o di aiuti importanti allo scopo di compiere atti correnti della vita. Oggi si aggiunge, per l'anziano, la seguente espressione a completamento della definizione: *“nelle persone anziane, la dipendenza può egualmente essere causata o aggravata dall'assenza di un'integrazione sociale, di relazioni di solidarietà e di risorse economiche sufficienti”*[5].

Da questi due principi, derivano anzitutto le applicazioni enunciate dall'art.11, 15 e 23 della Carta sociale Europea del Consiglio d'Europa (edizione 2000) per le persone dipendenti, e cioè: diritto alla protezione della salute; diritto degli handicappati, molti anziani non autosufficienti lo sono, a godere dell'autonomia residua, di un'adeguata integrazione sociale e della partecipazione alla vita comunitaria; diritto degli anziani a una protezione sociale.

In merito alle politiche per anziani non autosufficienti in Italia esistono differenze rilevanti, il sud resta il caposaldo delle cure informali prestate dalla popolazione femminile agli anziani non autosufficienti, contesto in cui permane l'importanza della famiglia, al nord invece si trovano la maggior parte delle strutture residenziali per anziani, composte da residenze sanitarie (RSA), Aziende di Servizi alla Persona (ASP), case protette, e istituti vari sia pubblici che privati.

Emerge chiaramente l'impatto dell'invecchiamento differenziato nella penisola e conseguentemente anche le diverse politiche sviluppate a seconda del contesto. La proposta pubblica d'intervento assistenziale per anziani non autosufficienti è rappresentata da servizi: residenziali, domiciliari e intermedi (diurni e semiresidenziali); a livello economico figurano prestazioni quali l'indennità di accompagnamento erogata in campo nazionale e i recenti assegni di cura e voucher regionali e comunali.

L'istituzionalizzazione dell'anziano avviene, nella maggior parte dei casi, per esasperazione del caregiver o per aggravamento delle persone in cura affette da particolari patologie quali l'Alzheimer o il Morbo di Parkinson, altre volte vi è

la solitudine, la vedovanza, l'aumento delle famiglie separate o divorziate a determinare situazioni sfavorevoli alla cura degli anziani.

Accanto ai servizi del settore pubblico, grande importanza è rivestita dall'utilizzo di operatori privati, sempre più spesso sono donne extracomunitarie.

Nella professione infermieristica è fortemente sentita la necessità di introdurre l'infermiere di famiglia o di comunità, una ricerca pubblicata sulla rivista dell'Associazione Americana di Geriatria ha dimostrato l'efficacia dell'infermiere di comunità che fungeva da referente per organizzare nel tempo l'assistenza, modulandola sui bisogni del paziente, ma anche dei suoi caregiver.

L'infermiere interveniva direttamente per risolvere problemi assistenziali intercorrenti o, se e quando necessario, attivava i servizi domiciliari, la consulenza del medico, il ricovero in ospedale: tesseva cioè la rete necessaria a supportare il caregiver nell'assistenza al paziente, garantendo la corretta risposta ai bisogni che nel tempo si manifestavano. Lo studio rilevava, tra i pazienti assistiti con questo modello, una significativa riduzione delle richieste di istituzionalizzazione e un aumento di pazienti assistiti a casa fino all'exitus.

Gli studiosi di scienza delle organizzazioni, individuano nella capacità di tessere reti tra operatori il valore aggiunto delle organizzazioni sanitarie. Il motore delle reti di assistenza, prima che tra le istituzioni e i servizi, risiede nella mente degli operatori che interpretano la loro attività come strettamente interconnessa all'attività degli altri operatori e dei caregiver, nonché dove possibile del paziente/utente, creando le condizioni per la continuità assistenziale e di cura.

Altra componente indispensabile alla realizzazione della rete è la condivisione di modelli organizzativi di erogazione delle cure.

Sulle riviste infermieristiche è molto vivace il dibattito sull'efficacia dei modelli organizzativi di erogazione delle cure infermieristiche e gli studi sono concordi nell'affermare che i modelli che prediligono la specializzazione delle competenze hanno una maggiore efficacia rispetto ai costi, la soddisfazione del paziente, la riduzione della durata della degenza, la prevenzione delle

complicanze e rendono possibile una sinergica collaborazione con i medici e gli altri operatori della salute.

I modelli di intervento, che riguardano in particolare l'assistenza fornita dagli infermieri e dagli operatori di supporto a soggetti anziani affetti da patologia cronica e disabilità, partono dalla considerazione della vulnerabilità e complessità dell'anziano che richiede una specializzazione dell'assistenza; l'utilizzo sistematico di un approccio multidisciplinare e il coinvolgimento dei caregiver sono condizioni indispensabili, da un lato, alla presa in carico dei bisogni del paziente e, dall'altro, alla continuità dell'assistenza.

La possibilità concreta di realizzare reti territoriali efficaci deve necessariamente affrontare l'arretratezza dell'attuale sistema socio-sanitario in gran parte giustificato da una politica che fatica ad investire in servizi territoriali.

Si auspica che per gli anziani che possono vivere autonomamente in casa, si preveda nel futuro l'ospedalizzazione a domicilio anche in conseguenza del ridimensionamento delle strutture sanitarie e delle spese in ambito ospedaliero: si ritiene che l'individuo costi meno alla collettività e possa avere più prospettive di "qualità di vita" nella propria abitazione, si tratterà allora di fare collaborare gli operatori sanitari con quelli sociali ed integrarne così i due ruoli.

2.4 Cura, sostegno, dipendenza.

La cura, il sostegno e la dipendenza sono fattori di primaria importanza per quanto riguarda l'anziano e la sua vita.

Con il termine curare s'intende: "interessamento solerte e premuroso per un oggetto che impegna sia il nostro animo sia la nostra attività" oppure "il complesso dei mezzi terapeutici e delle prescrizioni mediche che hanno il fine di guarire da una malattia" (definizioni tratte dal dizionario Treccani)

Per Heidegger l'esistenza stessa è cura, in quanto relazione affettiva e significativa con il mondo, con gli altri e con sé.

E ancora il prendersi cura è un commercio con il mondo e con le cose che sono per l'esserci, però dice sempre Heidegger che l'aver cura dell'altro può avvenire in due modi: il primo lo definisce "sostituire dominando" cioè quando l'aver cura fa sì che ci si intrometta al posto di chi dovrebbe essere curato, gli altri allora sono dipendenti o dominati e si decide per loro; ma vi è un'altra modalità, ed è quella che consiste nell' "anticipare liberando", si può allora anche aver cura dell'altro senza sostituirsi a lui e facendo sì che egli si appropri della sua cura, del suo prendersi cura del mondo e degli altri e può quindi poter essere nel mondo, questo aver cura è autentico, al contrario del precedente.

Il *nursing* geriatrico si propone di sostituire l'aspetto "custodistico" dell'assistenza con un'assistenza dinamica avente le seguenti finalità:

- il mantenimento o il recupero dell'autosufficienza;
- l'apprendimento all'autogestione della salute o della disabilità;
- l'educazione alla prevenzione del bisogno ed all'utilizzo corretto delle risorse;
- l'istruzione ai nuclei familiari.

Gli interventi “su richiesta” del paziente sono sostituiti da quelli “su proposta” dell’infermiere inseriti in programmi assistenziali globali, specifici e concordati in équipe.

La cura dell’anziano implica tutta una serie di attività che attraverso un approccio globale mirano a migliorare la qualità di vita del paziente e a ridurre il rischio di disabilità o di progressione della stessa verso i gradi più avanzati (validità dell’utilizzo dell’approccio multidisciplinare).

Il sostegno, elemento o struttura che serve a sostenere, a sorreggere, con esso si intende un appoggio, il quale può essere pratico, ma anche psicologico, esso è attivo, al contrario della cura che implica solitamente un aiuto passivo, il sostegno sfida il processo involutivo della vecchiaia, è una continua lotta per accettare i propri limiti, ma nello stesso tempo anche per cercare di superarli e per trovare valide e profonde motivazioni per vivere attivamente la propria esistenza. Infine, la dipendenza situazione in cui una persona si trova in condizioni di subordinazione dell’io rispetto alle esigenze del mondo esterno (vocabolario Treccani).

Dipendere da qualcuno genera insicurezza, nell’età senile come nella fanciullezza si ritorna sovente a dipendere da qualcuno: probabilmente le difficoltà maggiori sono dovute al fatto che avendo vissuto in maniera autonoma per tutto il periodo lavorativo e anche oltre, è certamente difficile accettare di perdere le proprie capacità primarie e l’indipendenza ormai da tempo acquisita.

Nel caso della dipendenza della vecchiaia, essa ci appare una realtà complessa, perché l’anziano, che si avvale di cure, deve sottostare inevitabilmente a regole e restrizioni; a tutt’oggi vi è in corso un dibattito sulle definizioni di dipendenza, malattia cronica, non autosufficienza e sulla loro reciproca influenza: attualmente si è approdati a concetti ad ampio raggio, come ad esempio la valutazione multidimensionale, si tende insomma a interpretare in maniera molto più ampia e complessa, la malattia nella persona anziana alla

quale viene inevitabilmente riconosciuta sul piano clinico maggiore vulnerabilità e complessità.

Anche il concetto di salute, quando si tratta di soggetti anziani diventa più difficile, perché è legato ad un insieme dinamico di fattori.

L'istituzionalizzazione, temporanea o permanente, crea nella persona anziana disagio e spaesamento e favorisce il passaggio da una condizione di normalità di vita ad una situazione di vita assistita, l'anziano entra allora in una fase di maggiore fragilità, di più marcata dipendenza e presenta bisogni di cura, di sostegno e di assistenza specifici.

Il rapporto fra operatore e persona che richiede cure, assistenza e aiuto, si fonda su di un'interdipendenza ed un senso etico del rapporto, l'anziano ha diritto a vedere riconosciuta e promossa la propria autonomia, è chiaro che le difficoltà maggiori subentrano quando si tratta soprattutto di persone non in grado di intendere e di volere: chi lavora con questa tipologia di pazienti, può chiedersi giustamente dove inizia e dove finisce l'autodeterminazione, l'assunzione di responsabilità e l'espressione consapevole dei bisogni altrui.

Emerge altresì un'etica del comportamento e un'etica relazionale che tenga conto che da un reciproco riconoscimento si crea un reciproco rispetto.

Per quanto sopra espresso, possiamo distinguere il concetto di curare da quello di prendersi cura, il secondo presenta un significato molto più ampio e sicuramente suggerisce un approccio assistenziale individualizzato.

I percorsi della cura, prevedono anche il diritto di considerare il mistero della morte oltre che della vita, occorre ricostruire una cultura della morte con il diritto di parola di ogni anziano che desideri esprimere i propri sentimenti, paure, emozioni e godere anche dell'ascolto e della comunicazione; all'individuo anziano va consentito tutto ciò che sente come necessario alla sua preparazione alla morte e non gli va sottratto tempo e spazio nell'ascolto.

E' importante fare emergere la complessità dell'individuo, attraverso la propria storia e le qualità latenti rimaste inesprese e fare in modo che il dialogo-relazione divenga possibile e si valorizzino gli approcci biografici e

autobiografici, non come semplice attività di assistenza, ma come modalità anamnestica/ terapeutica.

Capitolo 3

Antropologia e nursing due mondi mescolati

3.1 Riflessioni sulla scienza infermieristica

“Un’area comparata del nursing che ha al suo centro uno studio comparato e l’analisi di diverse culture e subculture mondiali in riferimento al loro comportamento di assistenza nei confronti dei malati, dell’assistenza infermieristica, dei valori sanitari della salute-malattia; teorie e modelli di comportamento con l’obiettivo di sviluppare un corpo scientifico ed umanistico di conoscenze per dare indicazioni di assistenza infermieristica sia specifiche di singole culture sia universali”

M.Leininger [1]

La frase, che introduce il capitolo, è stata scritta da Madeleine Leininger, infermiera antropologa statunitense che già nel 1969 aveva colto l’essenza del prendersi cura all’interno della cultura di appartenenza della persona assistita, stimolando la professione infermieristica ad un’attenta considerazione di concetti quali: cultura, etnia e valori allo scopo di interpretare il concetto di persona il più congruente possibile e permettendo la nascita dell’infermieristica transculturale. La scienza infermieristica è la disciplina che s’interessa dei bisogni di salute della persona e della collettività come dichiarato all’ art.3 commi a e b del D.M.739/94 : “L’infermiere:

- a) partecipa all’identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;*
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;...”*

In una società multiculturale comprendere i bisogni di salute di una persona o di una collettività richiede necessariamente un processo aperto allo sviluppo di nuove competenze che devono essere acquisite attraverso l’apprendimento permanente e continuo durante tutto il percorso professionale.

Secondo due note studiose dell'infermieristica italiana per competenza professionale s'intende: *"..l'uso abituale e ragionevole della comunicazione, conoscenza, abilità tecniche, ragionamento clinico, emozioni, valori e riflessione nella pratica quotidiana del nursing per il beneficio dell'individuo e della comunità servita"*

(Saiani, Palese, 2002) [2]

L'infermiere deve essere in grado di rilevare le richieste, gli atteggiamenti, le pratiche con le quali l'uomo si va ad interfacciare al campo delicato della salute. Due termini inglesi, *illness* e *disease*, illustrano i due aspetti di una problematica quotidiana che gli infermieri si trovano ad affrontare, più di ogni altra professione sanitaria; l'infermieristica si rapporta alla malattia nei termini biologici di una disfunzione, o di una lesione (*disease*), ed al contempo a quell'insieme complesso di sensazioni, rappresentazioni e problemi che si accompagnano per l'individuo a tale condizione (*illness*) e ne comporta la percezione della qualità della vita.

Cultura e società giocano un ruolo essenziale nel vissuto della malattia, variando i modelli di percezione, spiegazione, valutazione e risposta adottati dalla persona; variano così le modalità secondo le quali un paziente percepisce e manifesta dolore, variano i modelli esplicativi della malattia, l'attribuzione di significato all'esperienza specifica, il bisogno di ricorso alle cure sanitarie, la risposta ai problemi di natura psicologica e sociale determinati dall'ospedalizzazione o dall'interruzione del normale ciclo di vita lavorativa, affettiva.

Con il termine di anglosassone di *"advocacy"* molti autori attribuiscono all'infermiere un ruolo di avvocato difensore della persona e della collettività nel campo della salute; fin dal 1972 Kosik dichiarò: *"la professione infermieristica deve essere sempre più coinvolta , non solamente nella relazione infermiere-paziente, ma anche nelle relazioni sociopolitiche per mettere in pratica al meglio la funzione di appoggio e difesa del paziente"*[3].

Per molti anni le scienze sanitarie sono state dominate dal paradigma della totalità o è bianco o è nero; in seguito si è riscontrato che tale logica risulta troppo riduttiva applicata ai problemi di salute, poiché l'uomo è un essere in costante mutazione con l'ambiente e non può essere indagato con metodologie rigide e sistematiche, la persona necessita di metodi di misurazione che si prestano ad analisi interpretative fenomenologiche .

La professione infermieristica ha risposto a questa esigenza con la nascita di un professionista culturalmente congruente, in grado di utilizzare una rete di modelli cognitivi per indagare la dimensione del prendersi cura attraverso la logica fuzzy o logica sfumata (è una logica in cui si può attribuire a ciascuna proposizione un grado di verità compreso tra 0 e 1) Wikipedia.

L'infermiere *fuzzy* è colui che si trova a suo agio nelle “zone grigie” assistenziali è quel professionista dotato di competenze specifiche che riesce a far emergere un problema da risolvere dove altri vedono solo un compito e a rispondere al bisogno di salute in maniera relazionale, dialogica ed educativa piuttosto che meramente tecnica.

Perché l'assistenza alla persona abbia senso e sia terapeutica le conoscenze professionali debbono adeguarsi ai valori, alle credenze culturali e alle aspettative degli assistiti, esiste un'interdipendenza tra individuo e società, la stessa definizione di salute : *“stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”*(OMS), ne rivela la componente culturale; per prendersi cura del corpo in modo adeguato non lo si può disgiungere dalla persona che lo vive e dal contesto nel quale opera.

L'infermieristica è un processo di ricerca scientifica e di costruzione di senso attraverso la dinamica relazionale infermiere utente, infermiere comunità, nella quale la cultura, il tempo storico sociale, la storia dei protagonisti hanno un ruolo fondamentale nella risoluzione positiva dell'incontro.

3.2 Infermieristica e antropologia: due mondi mescolati

“Ogni situazione di cura è una situazione antropologica, ovvero che riguarda l'uomo inserito nel suo ambiente, intessuto da ogni tipo di legame simbolico; così l'approccio antropologico appare come il percorso più opportuno per scoprire le persone che vengono curate e rendere significative le informazioni che esso contiene”

Marie-Francoise Collière(1982)[4]

L'approccio integrato condiviso dall'antropologia culturale e dal *nursing* unisce 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.

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.

In un articolo del 1974 l'antropologo George Foster[5], per definire le caratteristiche essenziali dell'antropologia medica in rapporto ad altri possibili approcci, tra i quali quello sociologico, individuava una di tali peculiarità nel meccanismo di identificazione che porta il ricercatore ad entrare in empatia con i popoli che studia, questo atteggiamento dell'antropologo lo avvicina alla figura dell'infermiere, che similmente all'antropologo nella sua quotidianità, si pone in una posizione di interprete e mediatore culturale.

Tra le funzioni “non ufficiali” degli infermieri, assume grande importanza il ruolo di mediazione tra cittadino ed istituzioni sanitarie, medico e paziente. L'infermiere diviene un mediatore culturale dei bisogni, valori e comportamenti del paziente proteggendolo da giudizi erronei fondati su pregiudizi sociali e consolidati stereotipi culturali.

L'antropologia si offre come una disciplina appropriata per lo studio dei comportamenti dei diversi gruppi culturali, permettendo di cogliere in modo

scientifico il particolare punto di vista del paziente aiutando gli operatori sanitari ad interpretare la visione dei fenomeni connessi alla salute e malattia.

A tale proposito, diventa centrale recuperare la distinzione operata dall'antropologia medica (Hahn, 1984, p. 16) [6] rispetto al concetto di malattia. L'esperienza di *suffering*, del soffrire, che è universale, può essere letta a partire da tre differenti prospettive:

- *disease*, la malattia così come viene descritta e percepita dall'operatore sanitario;
- *illness*, la malattia così come viene vissuta, esperita, descritta da chi ne è portatore;
- *sickness*, la malattia nelle sue implicazioni sociali.

L'antropologia medica, inoltre, distingue riferendosi alla cura (*care*) tra il processo di "*curing*", volto alla rimozione dei sintomi biologici e alla guarigione dalla malattia intesa come "*disease*" e il processo di "*healing*", il cui scopo è invece il risanamento del disagio spirituale, sociale e affettivo connesso alla malattia intesa come "*illness*".

Andare incontro al disagio delle persone significa addentrarsi nel mondo culturale di cui esse sono portatrici, per questo è indispensabile chiarire che cosa intendiamo per cultura nella sua accezione più ampia e concreta.

Analizzando antropologicamente la malattia si può affermare che le *eziologie tradizionali* da αἰτία (*aitia*), causa, motivo e λογος (*logos*), discorso costituiscono il modo in cui un dato gruppo umano rappresenta ogni tipo di *disordine*: malattia, morte, disgrazie o sfortune che si ripetono. Per occuparsi di questi 'disordini', ogni gruppo umano sviluppa dei *sistemi di cura* che definiscono (Inglese 1996, p.12)[7]:

- la configurazione fenomenica degli stati di disordine emotivo, cognitivo, comportamentale e somatico nelle varie culture (*fenomenologia della sofferenza*);
- le strategie culturali di individuazione, denominazione e interpretazione di tali fenomeni (*diagnosi della sofferenza*);

- le operazioni materiali, culturalmente codificate, di adattamento e manipolazione di questo disordine (*cura della sofferenza*).

Il disordine, in molte culture 'tradizionali', viene visto come il risultato di un disequilibrio, di una *disarmonia* tra mondo *visibile* e mondo *invisibile*, quest'ultimo popolato da spiriti, antenati e geni.

Tra le possibili eziologie tradizionali della sofferenza, diverse dalle nostre e che possiamo incontrare nella nostra pratica professionale, ricordiamo:

- stregoneria
- possessione
- malocchio
- perdita dell'anima
- trasgressione di riti, prescrizioni, tabù

In esse, il luogo del conflitto che genera disordine è collocato *al di fuori* della persona che si ammala, al contrario di quanto accade, ad esempio, nella *psicoanalisi*, una delle nostre eziologie tradizionali, che rintraccia il conflitto all'interno della persona.

Le medicine tradizionali sono al contrario spesso centrate sulla dimensione del sacro, dell'invisibile, dello spirituale.

Operare nell'ambito dell'infermieristica transculturale presuppone spesso la comprensione della dimensione di fede del paziente o delle persone con cui lavoriamo. In alcuni casi può essere utile godere della collaborazione di esponenti religiosi o spirituali, per approfondire le credenze religiose e valutare il loro contributo negli equilibri di salute del singolo e della collettività.

Un altro aspetto interessante in campo antropologico è la concezione degli anziani nelle società etnologiche presso le quali la vecchiaia gode di grande considerazione. In via del tutto generale si può affermare che gli anziani sono ovunque molto stimati, perché si crede che la saggezza aumenti soltanto col passare degli anni, e si rispettano particolarmente i più vecchi, perché nella concezione primitiva essi sono più vicini alla morte, agli antenati e alle divinità.

Vi è da ricordare infine un'altra importante funzione esplicata dall'anziano presso le società etnologiche, grazie alla quale gli antropologi sono venuti a conoscenza di gran parte delle informazioni relative alla storia dei popoli senza scrittura: in molte società, gli anziani sono i depositari della cosiddetta tradizione orale. Essi sono dei veri e propri storici, che periodicamente recitano l'antico passato della propria stirpe, ricostruendo la genealogia del clan cui appartengono.

Presso le società etnologiche, quindi, l'esperienza della vita, la conoscenza dei diritti e dei doveri, l'accesso alle cose sacre, sono valori determinanti e prerogative dei vecchi a volte in senso quasi esclusivo. Come dice Durkheim : *“Ciò che costituisce soprattutto la forza della tradizione è il carattere delle persone che la trasmettono e che la inculcano, vale a dire degli anziani. Essi sono la sua vivente espressione”*. [8]

3.3 Il concetto di cultura nella professione infermieristica

La parola “cultura” etimologicamente deriva da *colere* che significa coltivare, curare, anche se in Italia con il termine cultura intendiamo un insieme di conoscenze acquisite attraverso le esperienze personali e lo studio.

In campo antropologico il termine cultura assume un significato diverso;

Taylor definisce la cultura: *“..... quell’insieme complesso che include la conoscenza, le credenze, l’arte, la morale, il diritto, il costume e qualsiasi altra capacità e abitudine acquisita dall’uomo come membro di una società”.*

[9]

Analizzando sia l’aspetto etimologico sia la definizione di Taylor possiamo trarre considerazioni importanti inerenti alla professione infermieristica considerata una professione di cura.

Curare è naturale e spontaneo, si impara in famiglia dalla madre; curare quindi sembra essere una dimensione insita in ciascuno di noi fin dalla nascita; tuttavia se curare è avere interesse, avere a cuore, essere disponibili, essere in relazione e fare qualcosa di molto concreto, come si distingue allora la cura in ambito infermieristico?

Gaut[10] fornisce un’analisi della cura nel campo della salute e definisce le azioni necessarie e sufficienti nel contesto assistenziale.

Gaut cita sei condizioni:

1. *“chi cura deve essere attento sia direttamente che indirettamente ai bisogni della persona di cui si prende cura;*
2. *chi cura deve sapere quali cose devono essere fatte per migliorare la situazione;*
3. *chi cura deve avere intenzione di fare qualcosa per curare una certa persona;*

4. *chi cura deve scegliere un'azione che possa avere il significato di un cambiamento positivo per la persona di cui ci si prende cura e metterla in atto;*
5. *il cambiamento positivo nella persona curata può essere raggiunto sulla base di ciò che è buono per lui piuttosto che ciò che è buono per il curante;*
6. *l'attenzione richiesta alla persona curante è nel senso di una consapevole attenzione per la persona curata , includendo il sé ma mantenendo una distinzione da sé: una sorta di "identità –in-differenza".*

La competenza di chi cura sta nell'identificare i bisogni della persona curata, nel sapere cosa fare rispettandola come portatrice di diritti, valori e in grado di scegliere.

La cura infermieristica presenta sensibili analogie con quella materna, ma vi sono delle differenze sostanziali, quali:

- nella cura della persona l'infermiere deve attenersi a precise procedure;
- la relazione tra infermiere /paziente avviene tra due persone estranee che s'incontrano per ragioni non dipendenti dalla loro volontà ;
- nella relazione materna vi sono vincoli di affetto.

L'incontro tra infermiere e paziente è sempre l'incontro tra due mondi culturali distinti anche se entrambi provengono dalla medesima cultura.

La mediazione che nasce da quest'incontro è implicita in quando il paziente appartiene ad un altro orizzonte culturale; questa mediazione si arricchisce di tutta una serie di elementi tra cui l'importanza del contestualizzare il mondo di provenienza del paziente e mettere in relazione i suoi bisogni con l'organizzazione appartenente all'istituzione.

L'infermiere deve considerare che l'approccio alle cure sanitarie è influenzato dalla percezione della malattia, dalla loro causa e varia a seconda della cultura di appartenenza.

La cultura influenza anche come le persone cercano l'assistenza sanitaria e come si rapportano verso coloro che erogano prestazioni sanitarie. Come le istituzioni si prendono cura dei pazienti e in che modo i pazienti rispondono a questa cura è fortemente influenzato dalla cultura.

Secondo Patricia Benner [11] a caratterizzare una *buona e giusta cura* da parte del personale infermieristico è innanzitutto la capacità di sviluppare una consapevolezza specifica rispetto a ogni situazione e di formulare una valutazione contestuale.

Gli operatori sanitari devono possedere le capacità e le conoscenze di comunicare e di comprendere i comportamenti di salute influenzati dalla cultura; avendo questa capacità e conoscenze possono essere in grado di eliminare gli ostacoli alla prestazione delle cure sanitarie. Questi aspetti dimostrano la necessità per le organizzazioni sanitarie di sviluppare politiche, pratiche e procedure per fornire cure culturalmente competenti.

Ogni cultura possiede valori e convinzioni anche in relazione alla salute, alla malattia, a quale sia un comportamento accettabile nel fornire assistenza e da chi e come l'assistenza debba essere erogata; per esempio, la cultura anglo americana dà un elevato valore al diritto dell'individuo di attuare scelte in relazione alla propria vita che siano libere dall'interferenza altrui (compresi familiari e amici) la cultura greca e italiana o quella di gruppi culturali tradizionali attribuiscono un valore molto alto alle decisioni prese in seno alla famiglia.

E' importante capire che ogni cultura possiede un proprio sistema etico e che questo rappresenta il prodotto della storia e della cultura che lo ha generato. Poiché l'assistenza infermieristica è praticata in numerose e differenti culture si deve tener conto dei valori sottesi ed espressi dalla cultura della popolazione che si assiste e di come tali valori si rapportano agli interventi infermieristici.

Il codice deontologico dell'infermiere[12] al Capo I art.4 cita: *“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.*

3.4 La diversità culturale

“Nessuna cultura può sopravvivere, se pretende di escludere le altre”.

Gandhi

“In ambito antropologico, è interessante il pensiero di Gregory Bateson ; Egli è stato un pensatoreQuesti era un ottimo osservatore; si interessava tantissimo del comportamento degli organismi viventi e soprattutto del comportamento in relazione. Oltre ad avere osservato il comportamento umano, nei suoi scritti si trovano anche moltissimi riferimenti ai mammiferi in generale (gatti, delfini) perché ciò che gli interessava sono le reciproche interazioni che costruiscono la realtà sociale. Però scrive che normalmente il nostro modo di procedere - molto occidentale - quando guardiamo le relazioni è quello di mettere a fuoco i due termini della relazione (ad es.: le relazioni tra un uomo ed una donna, tra una mamma ed un bambino): ci sono sempre due poli. Mettiamo sullo sfondo la relazione come avviene; portiamo in primo piano i suoi termini. È un modo di procedere analitico. La sua analisi, invece, è tutta tesa a cercare di mettere in primo piano la relazione che, di per sé, implica i soggetti che si relazionano (siano essi animali o umani) lasciando i due termini sullo sfondo. Perché? Perché se noi portiamo in primo piano la relazione, innanzitutto, dobbiamo guardare cosa succede quando le persone si incontrano e si scambiano parole, gesti, significati. Per noi ha importanza anche il modo di porgersi, il modo di collocarsi nello spazio, se si guardano, il tono di voce, i codici del corpo, se si toccano, che tipo di informazioni, mentre sono lì presenti, si scambiano. Come vedete si ribalta il punto di vista; si ribalta perché ad esempio:

A) È più importante quello che, nella dimensione quotidiana io, in qualche modo, catturo, scopro, verifico con un ascolto attivo, rispetto a ciò che io posso assumere in una dimensione teorica che, però, non diventa esperienza. L'esperienza io la faccio in un contesto dove ci sono soggetti; l'esperienza all'interno di un qualsiasi contesto di cura, comunque sia

culturalmente situato, diventa l'esperienza del curante e del curato, dell'essere lì e del mettersi in relazione

B) Questo significa anche che ognuno ha una propria capacità di fare esperienza in questo senso; non solo, ma che, implicitamente, ognuno ha anche la capacità di uscire dalle proprie cornici che dà per scontate, e accorgersi delle cornici dell'altro. Ad esempio, una parte di riflessione importante è stata fatta sulle situazioni di imbarazzo. Una situazione di imbarazzo, per esempio, è quella che ti porta a riflettere su quello che ti è successo, a capire perché, in qualche modo, è dissonante rispetto al contesto e a vedere te mentre sei nella situazione e insieme a vedere il contesto. Alimenta, quindi, una doppia visione; Bateson adopera un termine molto difficile per questa "doppia visione" che, però, possiamo tradurre in termini semplici: Bateson parla di deuteroapprendimento, cioè apprendimento doppio. Possiamo tradurlo con imparare ad imparare. Esempi di imparare ad imparare:

1) se il vostro bambino o la vostra bambina stanno imparando a fare le addizioni e devono fare $8 + 4$, e, invece di rispondere 12, rispondono 13 o 14, la nostra tendenza spontanea è quella di dire "Hai sbagliato! Prova a rifarlo...". Provate, invece, a chiedere "Dimmi come hai fatto?" ... Questo induce a riflettere su come si è arrivati ad elaborare quel risultato piuttosto che un altro. Difficilmente, poi, il bambino compierà lo stesso errore. Il riflettere su come si è fatto è un esempio di imparare ad imparare, perché si riflette sui meccanismi che si è messi in opera per arrivare ad un risultato. Provate, invece, a chiedere "Dimmi come hai fatto?" Questo induce a riflettere su come si è arrivati ad elaborare quel risultato piuttosto che un altro. Difficilmente, poi, il bambino compierà lo stesso errore. Il riflettere su come si è fatto è un esempio di imparare ad imparare, perché si riflette sui meccanismi che si è messi in opera per arrivare ad un risultato.....

.....C'è una grande differenza tra il pensare la realtà fatta di differenze e composta di differenze, per cui ad es. se affermiamo, per grandi generalizzazioni (che è una cosa da evitare) che i cinesi fanno così per la loro salute, gli albanesi così, gli italiani in un altro modo ancora, noi,

ragionando su questo tipo di livelli abbiamo senz'altro delle informazioni che ci guidano, però c'è il pericolo di creare degli stereotipi cioè quello di pensare che questo è tutto quello di cui abbiamo bisogno per entrare in relazione con i pazienti. Invece l'imparare ad imparare significa scoprire tutte quelle situazioni in cui noi ci siamo resi conto che eravamo di fronte a qualcuno, qualsiasi persona che non condivideva le stesse cornici e vedersi nell'esperienza di relazione, di ascolto attivo con queste persone".[13]

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.

La necessità del popolo ospitante di convivere improvvisamente con individui di cui si conoscono poco i costumi, per nulla la lingua, coi quali si riesce a comunicare solo a gesti o con parole storpiate, genera atteggiamenti di diffidenza che vanno dal dileggio verbale, al rifiuto di ogni forma di comunicazione o contatto, dalla segregazione all'aggressione.

Temi quali: immigrazione, cooperazione internazionale e globalizzazione secondo Kalpana Das (Direttrice dell'Istituto Interculturale di Montreal, Canada, dal 1979) sono stati affrontati : *".... È possibile delineare modelli differenti coi quali affrontare le diverse diversità di cultura, religione e razza, e ne citerò quattro:*

- 1. Il primo è l'integrazione, o meglio l'assimilazione, che è in un certo senso il modello sottostante al melting pot nord-americano: non importa da dove tu venga, diventa parte del sistema e sarai anche tu americano! Ad un certo punto si realizzò tuttavia che questo modello è più che altro un mito, perché in realtà, anziché fondersi nel contesto in cui erano, molte comunità andarono ad occupare sacche marginali della società nel tentativo di mantenere viva la propria identità, pur avendo adottato, per molti versi, lo stile di vita americano.*
- 2. Un altro modello, che fu favorito in Canada e in Australia, è il multiculturalismo, che in Canada in particolare fu adottato da Trudeau nel 1971. La politica multiculturale, per la prima volta, partendo dal riconoscimento che il mito del melting pot non funzionava, riconosce la diversità di cultura, per esempio osservando come la comunità italiana, alimentata da una forte immigrazione, si sviluppava e cresceva in Montréal e in molte altre città canadesi. Il multiculturalismo, partendo dal dato di fatto che queste culture esistevano, dette in un certo senso una legittimità alla loro presenza ed identità in seno alla società canadese. Si potrebbe parlare delle politiche adottate più nello specifico, ma non credo sia utile entrare troppo nel dettaglio se non per dire che non si può ignorare a questo proposito che dietro ad un approccio politico improntato al multiculturalismo c'era la situazione politica della relazione tra il Canada ed il Québec, in cui erano sempre più forti le spinte e i movimenti nazionalisti e separatisti. Il bilinguismo ed il multiculturalismo erano quindi un modo per conciliare questa situazione da parte dell'amministrazione canadese. D'altro canto è stata sollevata una critica al multiculturalismo, in quanto rischia di*

favorire ed incoraggiare una segregazione, ed a volte una vera e propria ghettizzazione delle comunità e delle culture.

- 3. Il terzo modello che può essere citato è il movimento antirazzista, che si è sviluppato in diverse società ed è più interessato a temi legati alla giustizia, ai diritti dell'uomo ed alle pari opportunità di razze diverse ed altri gruppi minoritari. È un sistema volto a garantire la partecipazione delle minoranze al sistema dominante, e questo lo collega in un certo qual modo a quello dell'assimilazione ed integrazione nel sistema dominante. Notate che non parlo di cultura, ma di "sistema" dominante, che tiene in considerazione anche il tema della modernità del sistema occidentale. Comunque sia, i movimenti antirazzisti ebbero un ruolo importante soprattutto nel contrastare fenomeni di discriminazione basati su differenze di cultura, razza e religione che impedivano alle minoranze di partecipare al sistema dominante.*
- 4. Il quarto modello è l'interculturalismo, che prova a proporre una reciprocità nelle dinamiche di relazione maggioranza/minoranza o, parlando su un piano orizzontale, tra gruppi diversi. Il rapporto tra maggioranza e minoranza, e viceversa tra minoranza e maggioranza, è un modello verticale, mentre quando parlo di "orizzontale" mi riferisco a qualsiasi tipo di rapporto, sia esso tra maggioranza e minoranza o tra diverse minoranze, nel quale venga applicato un qualche tipo di reciprocità.*

Mentre il Canada ha adottato il multiculturalismo come modello di riferimento, il Québec ha scelto invece la via dell'interculturalismo a livello politico. Ciò detto, se guardiamo con attenzione ai programmi e a quello che è stato fatto, le differenze non sono poi molte, visto che entrambi fanno leva sull'educazione alla cittadinanza affinché la popolazione non sia segregata ed entri a far parte della cultura dominante, e qui si apre un'ulteriore confusione su quale sia questa cultura di riferimento: la cultura popolare del Québec o la cultura popolare così come definita dalle istituzioni Canadesi?

La gestione delle diversità, che lo Stato deve affrontare a fronte della

presenza sempre crescente di minoranze e della diversificazione della popolazione, deve diventare sempre migliore attraverso programmi e servizi e più in generale attraverso ogni azione che permetta alle minoranze di partecipare alla sfera della vita pubblica, e questi due approcci sono i mezzi per affrontare questo tema. In un certo senso, tuttavia, quando li si guarda nella pratica, le differenze possono essere piuttosto sottili.”[14]

3.5 Dilemmi interculturali: il corpo, la salute, la malattia, il dolore, la morte, il lutto.

Si definisce dilèmma: alternativa, necessità di scelta tra due contrastanti soluzioni .

Partendo dalla constatazione che il senso della vita, della morte e della sofferenza si iscrive sempre in determinati parametri culturali e religiosi che lo configurano e che *“.....gli uomini si attraggono e si legano gli uni agli altri, ma con legami complessi perché l'assimilazione mette in contatto uomini con esperienze diverse: nessun uomo ha la stessa esperienza di un altro: sarebbe lo stesso uomo”* [15] si può affermare che la professione infermieristica, nell'assistere la persona, è spesso sottoposta a dilemmi di natura etico-assistenziali in quanto approcciati diversamente nelle diverse culture.

Il corpo è il primo mezzo a disposizione dell'uomo per scoprire la realtà sia le percezioni sensoriali sia i confini corporei definiscono il sé e lo distinguono dal mondo esterno costruendo altrettanti strumenti di contatto, di codificazione e di manipolazione del reale.

Il linguaggio del corpo, sottolinea Eugenio Borgna, medico psichiatra, *“ consente di cogliere le latitudini sotterranee e nascoste delle emozioni nella vita interiore”*[16]

Si pensi ad esempio al concetto della soglia del pudore, oggetto di variazioni importanti da un gruppo etnico all'altro.

L'infermiere, in quanto utilizzatore della comunicazione quale strumento nell'erogare assistenza, deve sviluppare conoscenze che gli permettano di sviluppare una relazione culturalmente congruente .

Conoscere discipline quali la cinesica e la prossemica favoriscono la comunicazione interculturale *“...il linguaggio cinesico viene spesso percepito come secondario ai fini comunicativi, mentre tutti gli studi di comunicazione interculturale lo indicano come importantissimo, sia perché un parlante è prima visto e poi ascoltato, sia perché gesti ben accettati in una cultura possono essere offensivi in altre, generando incidenti pragmatici spesso tali da far abortire la comunicazione ..”* [17]

La cinesica è una disciplina introdotta negli anni '50 da Ray Birdwhistell che si occupa dei fenomeni comunicativi appresi ed eseguiti attraverso i movimenti del corpo, i comportamenti gestuali, le espressioni facciali: come il fonema rappresenta l'unità di misura della Linguistica (Wikipedia)

Classificazione dei segnali cinetici messa a punto da due dei più eminenti studiosi sul comportamento cinesico, Paul Ekman e Erik Friesen.

Questi ricercatori propongono cinque categorie:

- 1) Emblemi;
- 2) Illustratori;
- 3) Affect-display (dimostratori di emozioni);
- 4) Regolatori;
- 5) Adattatori (auto/etero/oggetto-adattatori).

Analizziamo quindi in dettaglio ogni categoria.

La prima, quella degli emblemi o gesti simbolici, definisce atti non verbali che hanno una traduzione verbale immediata, conosciuta e condivisa dai membri di un gruppo, di una classe, di una cultura: hanno un significato concordato. Solitamente la loro funzione è quella di ripetere, sostituire, il discorso che accompagnano. Gli emblemi sono prodotti consapevolmente e costituiscono uno sforzo intenzionale e deliberato di comunicare.

Questi gesti sono appresi nell'ambito di una data cultura; a questa classe appartengono il gesto di fare le corna, il battere la tempia per indicare che qualcuno è "tocco", il ruotare l'indice nella guancia per esprimere l'idea di un cibo particolarmente gustoso e così via.

Dal momento che si tratta di gesti appresi in un dato ambito culturale, bisogna fare molta attenzione quando si usa un gesto codificato in un paese diverso dal proprio: ad esempio, il gesto pressoché universale dell'ok potrebbe suscitare le ire del suo destinatario.

La seconda categoria è rappresentata dai gesti illustratori che sono direttamente collegati al discorso e servono ad illustrare ciò che viene detto: solitamente vengono prodotti in contemporaneità con il discorso: i gesti illustratori che vengono prodotti in modo consapevole e intenzionale e sono solitamente informativi, nel senso che forniscono un significato

decodificato condiviso e collegato all'espressione verbale.

La terza categoria sono i gesti dimostratori di emozioni che sono movimenti dei muscoli facciali e corporei in associazione alle emozioni primarie (sorpresa, paura, collera, disgusto, tristezza e felicità).

Numerose ricerche hanno comunque dimostrato che le espressioni del viso comunicano in modo efficace ciò che la persona prova in quel momento, mentre i movimenti del corpo fanno capire quant'è l'intensità dell'emozione.

Non sempre è possibile e semplice, controllare consapevolmente l'espressione facciale quindi è una fonte attendibile di informazioni sullo stato emotivo; è comunque molto più difficile controllare i gesti dimostratori di emozioni corporei.

Appartengono a questa categoria di segnali alcuni movimenti quali, per esempio, scuotere un pugno, battere uno o entrambi i piedi in segno di rabbia e coprirsi il volto con la mano in segno di vergogna...

I gesti indicatori dello stato emotivo sono quelli che evidenziano l'emotività di una persona, cioè se è serena, se è allegra, se è timida, se è ansiosa, se è imbarazzata, se è arrabbiata, se è delusa, se prova vergogna, se è preoccupata.

La quarta categoria è rappresentata dai gesti regolatori che sono azioni che mantengono e regolano l'alternarsi dei turni di conversazione (cioè dei momenti in cui si prende o si passa la parola) nella conversazione. possono indicare a chi parla se l'interlocutore è interessato o meno, se desidera parlare, se desidera interrompere la comunicazione oltre ad alcuni tipici gesti delle mani, possono servire a questo scopo anche i cenni del capo, l'inarcamento delle sopracciglia, i mutamenti nella posizione.

Alla quinta ed ultima categoria appartengono i gesti adattatori sono l'ultima categoria proposta da Ekman e Friesen. Gli autori ipotizzano che tali movimenti siano stati appresi originariamente come sforzo di adattamento per soddisfare bisogni psichici o fisici o per esprimere emozioni atte a mantenere o sviluppare contatti personali.

Alcuni gesti adattatori sono appresi con l'esperienza della persona, per

questo motivo i significati collegati sono idiosincratici, cioè estremamente personali.

I gesti adattatori sono inconsci, legati all'abitudine e privi di intenzioni comunicative.

La prossemica, invece, è una branca facente parte della semiologia (la scienza generale dei segni linguistici e non linguistici), che studia propriamente il significato di rapporti di spazio nella comunicazione umana.

Secondo il fondamento principale della prossemica, le distanze che gli interlocutori mantengono tra loro sono regolate non tanto dal caso quanto da "leggi" inconsce.

Hall individua quattro zone, a loro volta suddivise in due fasi:

Distanza intima: la presenza dell'altro è evidente e distinguibile a causa dell'intensificarsi degli apporti sensoriali (la vista deformata, l'olfatto, il calore del corpo, il rumore del respiro)

1. Fase di vicinanza: è la distanza dell'amplesso o della lotta, del conforto e della protezione.

2. Fase di lontananza (da cm 15 a cm 45): il capo, le cosce non si toccano, ma le mani possono raggiungersi facilmente; la vista è deformata ed è possibile sentire l'odore del respiro dell'altro. È una distanza sconveniente in pubblico, cui i mezzi pubblici costringono soggetti estranei fra loro.

Distanza sociale

1. Fase di vicinanza (da m 1.20 a m 2.10): è la distanza degli affari impersonali e degli incontri e convenevoli occasionali

2. Fase di lontananza (da m 2.10 a m 3.60): è la distanza dei rapporti formali (vedi l'uso delle scrivanie negli uffici). Sono visibili a colpo d'occhio il tessuto epidermico, i capelli, i denti e gli abiti.

Limite del dominio: linea situata tra la fase di lontananza nella distanza personale e la fase di vicinanza nella distanza sociale

Distanza pubblica

1. Fase di vicinanza (da m 3.60 a m 7.50): a questa distanza è possibile fuggire dall'altro soggetto. Non si vedono più i particolari della pelle e degli occhi.

2. Fase di lontananza (da m 7, 5 in su): è la distanza che si stabilisce intorno ai personaggi politici, ma può capitare a chiunque in occasioni pubbliche. Per comunicare non solo la voce, ma tutto il resto deve essere esagerato (il tempo della voce si rallenta e si cadenza e le parole sono pronunciate in modo più distinto).

La lettura della struttura spaziale permette di capire come gli individui si pongono nelle relazioni interpersonali e in quella con l'ambiente.

Nelle nostre società, in un contesto ospedaliero o ambulatoriale il tabù della nudità è più o meno aggirato; il corpo del malato occidentale si mostra agli infermieri e ai medici senza reticenze, si annullano tutti quei dispositivi, quali la distanza corporea, che costituiscono delle garanzie d'intimità e di protezione. Al contrario per chi proviene dal mondo arabo-musulmano, ad esempio, l'inscindibilità del soggetto dal suo corpo comporta una scarsa propensione a questa trasparenza fisica e al sentimento della possibile intrusione dell'operatore come violazione di uno spazio sacro ed inviolabile. Continuando a trattare dilemmi culturali e analizzando il dolore sotto una visione antropologica possiamo affermare che fin dall'antichità si è assistito a numerosi tentativi di dare al dolore un senso, fosse quello spirituale, punitivo o salvifico.

Nella valutazione etica, il dolore è stato a lungo associato all'idea di castigo. Ad esempio, nell'Antico Testamento Dio si rivolge alla donna che ha peccato con queste parole: "Moltiplicherò le tue pene ed avrai i figli nel dolore", e nel Corano la mancanza di fede è colpita da "castighi dolorosi". Si è fatta strada, tuttavia, nell'epoca moderna, un'altra interpretazione secondo la quale il dolore non è un castigo da accettare, ma costituisce la connotazione che accompagna il male e lo distingue dal bene: non va, quindi, subito, ma va inteso come un segnale d'allarme da eliminare appena ha assolto il suo compito. Tra quanto è possibile e giusto fare per eliminare e controllare il dolore fisico e quanto in pratica viene fatto riscontriamo una vistosa differenza.

Oggi abbiamo conoscenze adeguate relative alla fisiologia del dolore e soprattutto disponiamo di molte metodologie di intervento, non invasive e

invasive, oltre a tutta la gamma di terapie farmacologiche, che permettono di combattere il dolore in moltissimi casi. Eppure la lotta contro il dolore è gravata in Italia da molte insufficienze. Rispetto agli indicatori stabiliti dall'OMS per valutare se un paese sta di fatto attuando un'analgia efficace – consumo di farmaci oppiacei, in particolare la morfina - l'Italia occupa uno degli ultimi posti in Europa, anche a causa di norme che, introdotte a suo tempo per limitare l'uso e l'abuso di sostanze stupefacenti, hanno ostacolato la prescrizione e l'impiego di farmaci antalgici efficaci (in particolare gli oppioidi), fino ai sostanziali cambiamenti introdotti dalla recente legge 8 febbraio 2001, n.12, "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore".

Il cambiamento di cultura riguardo al controllo del dolore richiede interventi tanto sul versante degli operatori sanitari, quanto sull'insieme della popolazione. I sanitari sono tenuti ad acquisire e a tener conto del punto di vista del paziente – i suoi valori, le sue preferenze, la sua concezione della vita e della salute – nelle decisioni cliniche.

Favorire la consapevolezza e la responsabilità nei confronti della richiesta della terapia del dolore costituisce una dimensione essenziale nella promozione dei diritti umani, anche in condizioni di malattia e di bisogno. La terapia del dolore, in altre parole, fa parte integrante di ciò che una persona può e deve aspettarsi dalla medicina e dai servizi sanitari.

Dare voce al dolore, facendone oggetto di comunicazione nel contesto del rapporto clinico, è una fondamentale strategia antalgica. Anche le spiegazioni religiose e mitiche del dolore, che tutte le culture hanno elaborato e gli esempi su cui modellare il proprio comportamento col dolore possono completare l'azione dei farmaci. La risposta medica al dolore si integra con quella culturale, di cui costituisce una parte.

Di seguito viene riportata la carta dei diritti sul dolore inutile sviluppata a tutela della persona fragile quale: il bambino, l'anziano, la persona in fase terminale e la persona sofferente.

Carta dei diritti sul Dolore inutile

Tribunale per i diritti del malato

1) Diritto a non soffrire inutilmente

Ciascun individuo ha diritto a vedere alleviata la propria sofferenza nella maniera più efficace e tempestiva possibile.

2) Diritto al riconoscimento del dolore

Tutti gli individui hanno diritto ad essere ascoltati e creduti quando riferiscono del loro dolore.

3) Diritto di accesso alla terapia del dolore

Ciascun individuo ha diritto ad accedere alle cure necessarie per alleviare il proprio dolore.

4) Diritto ad un'assistenza qualificata

Ciascun individuo ha diritto a ricevere assistenza al dolore, nel rispetto dei più recenti e validati standard di qualità.

5) Diritto ad un'assistenza continua

Ogni persona ha diritto a vedere alleviata la propria sofferenza con continuità e assiduità, in tutte le fasi della malattia.

6) Diritto ad una scelta libera e informata

Ogni persona ha diritto a parteci-pare attivamente alle decisioni sulla gestione del proprio dolore.

7) Diritto del bambino, dell'anziano e dei soggetti che “non hanno voce”

I bambini, gli anziani e i soggetti che “non hanno voce” hanno lo stesso diritto a non provare dolore inutile.

8) Diritto a non provare dolore durante gli esami diagnostici invasivi e non

Chiunque debba sottoporsi ad esami diagnostici, in particolare quelli invasivi, deve essere trattato in maniera da prevenire eventi dolorosi.

Inerente al dilemma della morte e del lutto è significativo evidenziare che il terrore della morte è universale nel genere umano. Esso dipende non solo dal dolore che accompagna la dipartita, ma anche dal mistero che lo circonda e ciò che ne consegue, il distacco dai propri famigliari e l'irreversibile decomposizione del corpo.

Pur essendo la morte un fatto naturale, nelle società umane essa viene sempre ascritta a cause soprannaturali; d'altro canto, le leggende sull'origine della morte sono diffuse più o meno in tutto il mondo. Non vi è dubbio che l'essere umano voglia vivere: da ciò deriva il culto dell'immortalità (più che

dei morti). La teoria della separazione dell'anima dal corpo è molto diffusa presso moltissime culture. Si crede anche che l'anima possa separarsi dal corpo anche prima della morte, come nel sogno; altre volte il morto collabora con i sopravvissuti nel dare indicazioni sui possibili responsabili; anche in Italia tutt'oggi alcuni credono che il fantasma del defunto possa ancora comunicare con i propri cari attraverso dei "medium". Quando qualcuno muore devono essere espletate un certo numero di pratiche prima del funerale vero e proprio.

Tra le prime azioni compiute dopo la morte vi è la pulizia del corpo del defunto. Il corpo può essere lavato o anche dipinto; gli occhi spesso sono chiusi.

A seconda della religione, il morto viene vestito dei suoi abiti migliori, oppure avvolto in una tela; non sono omessi, naturalmente, i gioielli e tutto quello che avrebbe fatto piacere al defunto portare nell'aldilà.

Anche l'offerta di cibi e di bevande in occasione del lutto è un'usanza praticata da molte culture.; durante questi banchetti non è infrequente sentire i presenti ridere o scherzare anche sul defunto stesso: un modo come un altro per esorcizzare la morte e per conservare un ricordo allegro del morto anche nel momento della sua dipartita.

La morte certamente provoca forti emozioni, ma la tendenza a esorcizzarla supera quella di approfondirne il significato.

L'uomo occidentale inconsciamente rifiuta l'idea della morte, preferisce non parlarne né in privato né tantomeno in pubblico.

La morte però appare sotto varie manifestazioni che attraggono l'interesse morboso del pubblico; questa è l'epoca della nuova deontologia, dei trapianti, dei donatori d'organo, della morte che fa rinascere a nuova vita chi dalla vita era già stato condannato.

Il poeta portoghese Fernando Pessoa ha scritto: *"morire significa semplicemente non essere visti"*[18], perché il ricordo della persona cara rimane per sempre in chi l'ha conosciuta.

Nello specifico della Professione Infermieristica il codice deontologico infermieristico italiano ha precisi riferimenti verso "la cura della morte"

attraverso capo IV Art. 35 *“L’infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all’assistito, riconoscendo l’importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale”*. [12]

“Aver cura della morte” significa prima di tutto aver cura della sofferenza del dolore di chi sta morendo e di coloro che sono accanto al morente indipendentemente dalla religione e dalla cultura di appartenenza.

“Quello di cui le persone hanno più bisogno per crescere, rimanere in salute e sopravvivere o affrontare la morte, è dell’umanizzazione dell’assistenza [human caring] ...L’assistenza è l’essenza dell’infermieristica, ...Gli infermieri allora devono acquisire conoscenza dei valori, delle credenze e delle forme d’assistenza espresse nelle varie culture e mettere a frutto tale conoscenza per prendersi cura delle persone sane e dei malati” [1]

M. Leininger

Capitolo 4

Il nursing transculturale

4.1 Il nursing transculturale

I concetti multiculturale, interculturale, transculturale sono stati oggetto di discussione in molti ambiti, tuttavia si sono dimostrate oggettive difficoltà nel definire il senso di questi concetti, del resto la natura dinamica e complessa da essi posseduta testimonia la riduttività e la limitatezza di una loro possibile definizione certa.

Generalmente potremmo definire il multiculturalismo come la presenza in uno stesso luogo di culture e persone diverse che entrano necessariamente in contatto tra di loro o che possono anche intrattenere rapporti di conflitto. Il multiculturale si arresta al riconoscimento di diverse culture, l'interculturale costituisce sì una condizione della società multiculturale, ma va oltre poiché al riconoscimento associa la valorizzazione e il rispetto delle diverse culture; è nello scambio, nella relazione, nel dialogo che l'interculturalismo oltrepassa il multiculturalismo e allo stato di indifferenza e di tolleranza si antepone lo stato di empatia, rispetto, stima. Il transculturale nato in area di ricerca psichiatrica, rivela che in tutti i processi psichici si presenta una sorta di filtro culturale che regola i rapporti tra le persone nel mondo. Nel campo della filosofia, il transculturale viene inteso nel senso di sovra culturale indicando la tensione degli uomini verso un universale più comprensivo. Oggi il transculturale implica stili di vita che percorrano trasversalmente diverse culture.

Multiculturale, interculturale, transculturale sebbene presentino significati differenti possiedono un'istanza semantica comune; comprendono tutti realtà in divenire e mettono in evidenza la diversità: il multiculturale la testimonia, l'interculturale la stima e la valorizza, il transculturale la attraversa e la percorre.

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 proprie origini, non sia rilevante, 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.

2. Linguistico: è quello della difficoltà più immediata e ovvia, quando gli interlocutori non parlano la stessa lingua ; 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, quando il medico deve formulare una diagnosi, comprendere male un significato può portare a inficiare la formulazione di una diagnosi corretta). Per ovviare alle difficoltà linguistiche si può fare ricorso ai mediatori culturali. I traduttori occasionali sono senza dubbio una possibilità eppure possono portare facilmente ad un'interpretazione scorretta 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 anche inconsapevolmente, 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.

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.

Gli stranieri possono suscitare negli infermieri paure ingiustificate perché ciò che non si conosce può spaventare e questo può sfociare nel rifiuto, nel pregiudizio e nell'etnocentrismo professionale (imposizione dei propri valori ed abitudini professionali, ritenute superiori).

La transculturalità è la capacità di oltrepassare, in entrambe le direzioni, i confini delle singole culture, non solo per comprenderle e riconoscerle, ma per garantirne la sopravvivenza che scaturisce dal rispetto reciproco, a discapito delle differenze.

L'infermieristica transculturale è stata definita come un'area formale di studio e di esercizio professionale che si occupa del confronto delle differenze e delle affinità esistenti tra le credenze i valori e gli stili di vita delle culture nell'ambito dell'assistenza al fine di offrire un'assistenza sanitaria culturalmente congruente utile e valida.

L'infermiera antropologa statunitense, Madeleine Leininger, 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.

4.1.1 Il concetto di infermieristica per Madeleine Leininger: "l'etnonursing"

Il fondatore e massimo esponente dell'infermieristica transculturale è l'infermiera antropologa americana Madeleine Leininger .

Durante la metà degli anni '50, lavorando in qualità d'infermiera, diplomata e specializzata in psichiatria infantile, in un centro psichiatrico degli Stati Uniti, nel tentativo di assistere bambini e genitori, subì un trauma culturale, sentendosi incapace di reagire nei loro confronti.

Si accorse che la cultura era assente dall'assistenza infermieristica e che le diversità, così palesi nella vita quotidiana, non erano per nulla percepite

Non trovando 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".

Sin dall'inizio la Leininger ha posto l'accento sullo studio delle persone e partendo delle loro esperienze e conoscenze locali, usando metodologie di ricerca qualificata sviluppando così l' "etnonursing".

Il primo studio di ricerca sull'infermieristica transculturale fu condotto dalla Leininger agli inizi degli anni '60, con i Gadsup in Nuova Guinea, con l'obiettivo di costruire una teoria che riuscisse a spiegare e a descrivere le differenze esistenti tra le culture occidentali e non occidentali.

Nel 1966 si è tenuto il primo corso di "nursing" transculturale alla Colorado School of Nursing, dove la Leininger era professore di nursing e di antropologia.

Secondo il suo pensiero :

"l'assistenza infermieristica, se lasciata a se stessa porta all'etnocentrismo come modo intenzionale di imporre i propri valori, credenze e pratiche su altri in quanto l'esercente li ritiene superiori o migliori". [1]

La Leininger definisce il Nursing transculturale come: *"Una branca del Nursing fondata sullo studio comparato e sull'analisi dei diversi*

comportamenti sanitari delle diverse culture, finalizzate a sviluppare un sapere scientifico e umanistico capace di consentire la realizzazione di pratiche assistenziali specifiche per ogni cultura e universali”[1]

M. Leininger ha denominato le sue teorie “Diversità e universalità dell’assistenza transculturale”, rappresentata dal modello del “sole nascente”, dove universalità sta per i punti in comune e diversità per le differenze.

Secondo la Leininger le diversità sono in numero maggiore rispetto ai modelli di assistenza universale ed è necessario che l’infermiere abbia una conoscenza specifica della cultura dell’utente.

Analizzando la teoria di M. Leininger secondo i quattro concetti di meta paradigma del nursing:

- la persona è capace di prendersi cura degli altri e di interessarsi a loro; sebbene l’assistenza degli essere umani sia universale, i modi di erogarla variano nelle diverse culture;
- l’ambiente non viene definito in modo specifico , tuttavia vengono trattati i concetti di visione del mondo, struttura sociale e contesto ambientale; l’ambiente è strettamente correlato al concetto di cultura;
- la salute si riferisce ad una condizione di benessere o di guarigione culturalmente costituito, definito, valutato e praticato da singoli individui o gruppi per essere in grado di svolgere le attività quotidiane; la salute comprende sistemi sanitari, pratiche sanitarie, modelli di promozione e mantenimento della salute; è’ universale in tutte le culture, tuttavia è definita da ognuno in maniera diversa, in modo da rispecchiare i valori e le credenze specifiche;
- l’assistenza infermieristica è definita un’arte umanistica e una scienza che si basa su comportamenti, funzioni e processi personalizzati al fine di promuovere e mantenere la salute oppure di far guarire da una malattia; l’assistenza infermieristica ha un significato fisico, psicoculturale e sociale per le persone ed usa tre sistemi d’azione (conservazione, adattamento e rimodellamento dell’assistenza culturale) per erogare l’assistenza infermieristica che maggiormente si adatta alla cultura della persona.

M. Leininger fonda una corrente di pensiero chiamata transcultural nursing che ha come fine *“fornire con rispetto un’assistenza valida e competente a persone appartenenti a diverse culture che conduca alla salute o al benessere e che si a di aiuto nell’affrontare la morte o le infermità dei singoli individui e dei gruppi”* [2]

Il *“transcultural nursing”* non considera la comprensione del mondo culturale dell’uomo solo come premessa per l’intervento, ma come guida per ogni sua fase di attuazione e decisione.

L’oggetto di studio del *“transcultural nursing”* è l’uomo nella sua dimensione culturale olistica e completa. Viene focalizzata l’attenzione sull’esame di tutti i fattori che influenzano l’assistenza alla persona quali: la visione del mondo, i fattori della struttura sociale, la lingua, la storia etnica e il contesto ambientale, l’assistenza generica e professionale, quindi anche, ma non solo, l’assistenza infermieristica.

Come metodo, Leininger identifica nella sua teoria gli *“ethnomethodos”*, [3] metodi di ricerca qualitativa utilizzati per: documentare, classificare, capire, verificare i modi di conoscere e sperimentare la vita o un particolare fenomeno, grazie all’interazione tra il ricercatore e i suoi informatori; il problema non è il come ma il perché. Il vero segreto della valutazione logico-culturale è di saper ascoltare e di riportare fedelmente ciò che la persona ha riferito e ciò che reputa importante.

La teoria è stata disegnata allo scopo di *“scoprire, documentare, interpretare, spiegare e anche prevedere alcuni dei molteplici fattori che influiscono sull’assistenza da un punto di vista emico (all’interno della cultura) e da un punto di vista etico (al di fuori della cultura)”* [4]

Leininger si interessa a metodi e strumenti per la ricerca, che hanno scopo conoscitivo e di crescita della conoscenza; non si cura molto di metodi e strumenti per l’azione, non menziona il metodo disciplinare “classico” cioè il processo di assistenza infermieristica. In ogni caso Leininger evidenzia che la ricerca e la conoscenza dell’oggetto (uomo) ha un rilevante fine, scopo pratico, per erogare un’assistenza infermieristica culturalmente congruente.

Leininger, scettica verso una professione infermieristica ancora ancillare nei confronti della tecnica e della pratica declinate dalla classe medica, tenta di spostare l'orientamento della professione verso un ambito più propriamente disciplinare esaltando il principio del relativismo culturale.

Leininger dà molto valore all'esperienza e propone metodi di indagine induttivi; questo è congruente con l'approccio del neoempirista, che riconosce l'induzione e il legame teoria-esperienza. Ulteriore, congruenza al neoempirismo, è lo sforzo di messa a punto di metodi e strumenti di ricerca per accrescere il sapere e migliorare l'agire. Il fatto che Leininger si muova, per la ricerca, verso canali qualitativi, indubbiamente utili alla disciplina infermieristica, semmai è in contrapposizione con il paradigma quantitativo di approccio alla ricerca.

Il metodo di indagine principe nella ricerca qualitativa infermieristica associata a fenomeni culturali, sviluppato dalla Leininger, è "*l'etnonursing*" che utilizza tecniche come l'osservazione partecipante e l'intervista in profondità per interpretare i valori e i significati che le persone portatrici di una specifica cultura danno all'assistenza ed ai fenomeni di salute-malattia.

Il termine "*etnonursing*" si riferisce ad un metodo di ricerca qualitativa che s'incentra su pratiche induttive per documentare, descrivere, spiegare e interpretare i significati, i simboli e le esperienze di vita correlate a fenomeni assistenziali in uso o potenziali.

Un limite nell'applicabilità della teoria della Leininger è la sua estrema complessità; si articola in numerosi costrutti e concetti, che potrebbero condurre ad errori di interpretazione e portare al rifiuto della teoria stessa.

4.1.2 La teoria della diversità e universalità dell'assistenza transculturale

La Leininger è stata la prima a chiedersi quale ruolo assume la cultura nell'esercizio della professione infermieristica.

Due i concetti simbolici importanti che la Leininger individua come caratterizzanti l'assistenza sono:

EMIC il sistema emico che rileva la conoscenza delle pratiche tradizionali, dei modi di esperire l'assistenza infermieristica, l'attenzione agli stili di vita dell'altro è considerato il sistema folk/popolare

ETIC il sistema etico e basato *sull' "evidence based health care"* è considerato il sistema professionale.

Pertanto l'agire dell'assistenza infermieristica transculturale si fonda:

- ✓ sulla comprensione del proprio universo culturale di riferimento e dei propri modi di approcciarsi ad un'altra cultura ;
- ✓ sulla ricerca assistenziale e sulla conoscenza dei sistemi di salute che sono appresi tramite una conoscenza approfondita delle culture e dall'uso di questa conoscenza nella pratica.

La teoria della diversità e universalità dell'assistenza transculturale nasce nel 1961 ed è rappresentata iconograficamente con il modello del sole nascente "*sunrise model*" che rappresenta le differenti dimensioni profondamente interconnesse della teoria della Leininger e vuole simboleggiare un'assistenza culturalmente consapevole che sorge e splende luminosa.

Il "*sunrice model*" è uno strumento utilizzato come una guida perché aiuta l'infermiere, grazie all'utilizzo di uno strumento come la cultura , a scoprire il pieno significato del prendersi cura.

Nel modello del sole nascente si possono individuare quattro livelli:

1. livello: rappresenta la visione del mondo e il sistema sociale;
2. livello: contribuisce alla conoscenza connessa agli individui, famiglie, gruppi e istituzioni nei diversi sistemi sanitari;

3.livello: puntualizza la sintesi tra il sistema popolare (*emic*) e il sistema professionale (*etic*) e l'assistenza infermieristica;

4.livello: è quello delle decisioni e delle tre azioni e decisioni dell'infermieristica transculturale, rappresentate da:

- **la conservazione dell'assistenza culturale**, si riferisce a quelle azioni e decisioni che aiutano i pazienti, in una determinata cultura, a mantenere o preservare la salute, a guarire dalla malattia oppure ad affrontare la morte.
- **L'adattamento dell'assistenza culturale**, si riferisce a quelle azioni e decisioni che aiutano i pazienti, in una data cultura, ad adattarsi o a negoziare una condizione di salute positiva oppure ad affrontare la morte.
- **Il rimodellamento dell'assistenza culturale**, si riferisce a quelle azioni e decisioni che aiutano i pazienti a ristrutturare o modificare il loro stile di vita secondo modelli nuovi o diversi che sono significativi, soddisfacenti e di supporto per la vita da un punto di vista culturale.

La Leininger sebbene compia un primo sforzo di sottolineatura dell'importanza dello scambio culturale e della nuova mediazione a livello culturale tra gli interlocutori portatori di culture diverse, non arriva alla comprensione reciproca tra persone, portatrici di diversi universali culturali, e non entra nel campo della relazione unica e irripetibile che s'instaura tra un professionista, unico e irripetibile, e la persona o il gruppo da assistere, unica ed irripetibile.

4.2 Il modello della competenza culturale di Purnell e Paulanka

Altri teorici hanno sviluppato modelli culturalmente sensibili tra questi Larry Purnell e Betty Paulanka; il modello da loro elaborato è stato anche definito il *modello olografico della complessità*, poiché può essere utilizzato da tutti i professionisti sanitari (infermieri, medici, fisioterapisti).

Il modello di competenza culturale è costituito da due serie di fattori che sono descritti come gli aspetti macro e gli aspetti micro.

In una rappresentazione schematica del modello, vengono utilizzati cerchi concentrici per individuare gli aspetti macro e micro. Gli aspetti macro costituiscono i cerchi più esterni e gli aspetti micro il cerchio interno, tutti costituiscono un insieme.

Dal cerchio più esterno si spostano verso l'interno fino al centro; i cerchi concentrici sono costituiti da: società globale, la comunità, la famiglia, e la persona.

- Global Society è rappresentato dal *cerchio esterno* e rappresenta la *società globale* che include: la comunicazione globale, la politica, i conflitti, i disastri naturali, gli scambi commerciali e educativi, *l'information technology*, gli avanzamenti nelle scienze della salute e le sempre maggiori opportunità da parte delle persone di spostarsi e interagire con altri individui.
- Il *secondo cerchio* rappresenta la *comunità*, che è un gruppo di persone che hanno un comune interesse o identità. La comunità include le caratteristiche sociali, fisiche e simboliche che sono la causa della connessione tra individui. L'età, la religione, lo stato civile, la politica delineano il concetto sociale di comunità
- Il *terzo cerchio* rappresenta la *famiglia*, in altre parole, il concetto che lega due o più persone, unite affettivamente che vivono spesso in stretta vicinanza, ma anche persone che non hanno legami di parentela ma che hanno significato profondo per la vita di una persona
- Un *quarto cerchio* più interno rappresenta la persona che è un essere *bio-psico-socio-culturale* che è in adattamento continuo con la sua comunità.

L'interno del cerchio è diviso in 12 spicchi che rappresentano i diversi significati di cultura.

Tali concetti sono tra loro correlati e si modificano vicendevolmente nei loro significati simbolici.

I micro-aspetti sono rappresentati da una torta a forma di segmenti che compongono 12 aree:

- topografia del luogo dove si pratica il nursing e visione del mondo,
- comunicazione,
- famiglia,
- ruoli e organizzazione,
- problematiche relative allo stato di lavoro,
- ecologia biculturale,
- comportamenti ad alto rischio per la salute,
- l'alimentazione,
- pratiche inerenti alla gravidanza e alla maternità ,
- rituali di fine vita,
- spiritualità,
- le pratiche di salute/assistenza e coloro che eseguono le pratiche.

Nell'ambito di ogni area vi sono concetti comuni pertinenti alla cultura, ogni area è interconnessa alle altre e viene rappresentato da linee tratteggiate e da frecce bidirezionali .

- I buco nero al centro del modello rappresenta l'ignoto.

Le aree del Modello Purnell consentono un'analisi più mirata e viene usato come quadro di riferimento per la valutazione di una cura e di un intervento. Il modello può fornire indicazioni utili sugli aspetti dei bisogni culturali della persona in relazione a ciascuna area, può anche fornire modelli esplicativi per la salute e la malattia in tutte le culture sotto una prospettiva emica ed etica.

I principali obiettivi che si propone il modello sono (Purnell,Paulanka,):[5]

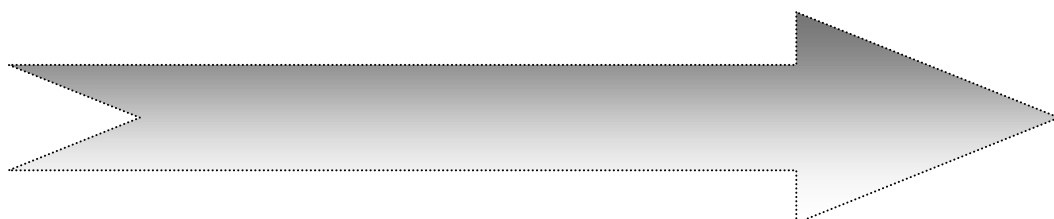
- fornire una cornice organizzativa a tutti gli operatori sanitari per apprendere concetti e caratteristiche sulla cultura;
- definire le circostanze che influenzano la visione culturale del mondo nel contesto storico;
- correlare le caratteristiche di una cultura per promuovere e facilitare l'erogazione di interventi competenti sulla sfera salute –malattia;
- fornire una cornice organizzativa che riflette le caratteristiche umane come la motivazione, l'intenzionalità e il significato;
- fornire una struttura concettuale per analizzare i dati;
- comprendere la persona, la famiglia o il gruppo dentro il loro ambiente etnoculturale.

Il concetto di competenza culturale, secondo gli autori del modello, si sviluppa cronologicamente; l'operatore sanitario procede:

- *dall'incompetenza inconscia* (mancanza di conoscenza delle altre culture);
- *incompetenza conscia* (consapevolezza che si hanno delle lacune relative alle altre culture);
- *competenza conscia* (apprendere la cultura dell'assistito evitando stereotipi e fornendo un'assistenza culturalmente congruente);
- *alla competenza inconscia* (erogazione automatica di prestazioni culturalmente congruenti).

Schema sequenziale e progressivo di acquisizione della competenza culturale di Purnell e Paulanka

Incompetenza Inconscia	Incompetenza Conscia	Competenza Conscia	Competenza Inconscia
---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------



Quando la persona “altra”, proviene da una cultura lontana dagli schemi di riferimento dell’assistenza posseduta da operatori autoctoni, se mai esiste un’assistenza autoctona autentica, tale consapevolezza di rimodellare l’assistenza su terreni nuovi sempre cangianti deve diventare consapevolezza per ogni professionista.

In situazioni assistenziali sempre più caratterizzate dall’incontro con altre culture, il professionista deve costruire un rapporto d’aiuto fatto d’interpretazioni, compenetrazioni, interruzioni, interferenze, dinamiche meticcie che presuppongono una complessità assistenziale.

Per essere culturalmente competenti l’infermiera ha bisogno di comprendere la sua visione del mondo e quella del paziente, evitando stereotipi e falsa applicazione delle conoscenze scientifiche.

Alcune colleghe americane che hanno approfondito e sviluppato il concetto della transculturalità sottolineano l’importanza di insegnare la competenza culturale in quanto l’accettazione dell’altro culturalmente differente non è insito nel nostro essere.

Il modello di Campinha-Bacote "The processo Cultural Competence ", [6] propone, al fine di valutare la propria competenza culturale, di porsi le seguenti domande:

- Sono consapevole dei miei pregiudizi e dei miei pregiudizi verso altri gruppi culturali, così come il razzismo e altre teorie nella sanità? (Consapevolezza)
- Ho la capacità di valutare in un modo culturalmente sensibile? (Abilità)
- Sono informato sulle visioni del mondo dei diversi gruppi etnici e culturali, nonché sulle conoscenze nel campo dell'ecologia bioculturale? (Conoscenza)
- Mi confronto e interagisco con persone che sono differenti da me? (Incontri)
- Desidero veramente diventare culturalmente competente? (Desiderio)

4.3 Una giornata alla “Casa per anziani Falkenstein di Basilea”



La scelta di visitare la casa per anziani di Basilea è nata dalla necessità di comprendere cosa significa pragmaticamente realizzare un’assistenza culturalmente congruente . La casa Falkenstein ha contemplato l’alterità e ha lavorato affinché le persone da loro assistite, pur essendo di culture diverse, potessero ricevere un’assistenza dove il nursing geriatrico si propone di sostituire l’aspetto “custodistico” dell’assistenza con un’assistenza dinamica.

Mercoledì 26 agosto '09 ore 7.25 Stazione Centrale di Milano partenza con il treno Transalpino per Basilea arrivo previsto ore 11.37.

Io e due colleghi arriviamo alla Casa per anziani Falkenstein alle ore 12.00 dove troviamo davanti all’ingresso ad accoglierci Diana l’infermiera coordinatrice del 1° piano.

La casa è situata in una posizione tranquilla, centrale e facilmente raggiungibile con i mezzi pubblici nel quartiere Gundeldinger di Basilea.

Dopo i saluti e i convenevoli iniziamo la visita documentativa , l'edificio è di quattro piani, vi sono ricoverati circa 86 anziani sia autosufficienti sia dipendenti ed è diretta da un infermiere dirigente .



La prima cosa che colpisce all'ingresso è un ampio salone con annesso un bar dove si svolgono le attività di animazione e dove avviene l'integrazione tra gli anziani della casa e gli anziani residenti nel quartiere.

Diana racconta che ogni pomeriggio nel salone si ritrovano gli anziani della zona con gli ospiti (Diana li chiama residenti) della casa per svolgere attività ludiche, ad esempio il gioco delle carte oppure piccoli lavori a maglia, uncinetto che poi verranno venduti.

Un altro aspetto interessante di integrazione con la popolazione è rappresentato dal giardino, che è in comune con il giardino condominiale di un palazzo attiguo.

L'infermiera ci spiega che questo spazio verde, oltre ad essere usufruito dagli ospiti, viene utilizzato anche dai bambini del condominio, questo è importante, perché stimola la volontà dell'anziano e tutela quella relazione anziano /bambino socialmente significativa e arricchente per entrambi



Dopo un pranzo tipico della zona, offertoci dalla direzione della Casa, continuiamo la visita al primo piano; è interessante segnalare che sull'ascensore sono affissi dei cartelli informativi, scritti in lingua tedesca, sulle pratiche da attuare per prevenire la diffusione dell'influenza A.

Al primo piano sono ricoverati n°22 ospiti suddivisi in due nuclei, è affascinante cogliere l'attenzione che la direzione ha prestato nell'umanizzare l'ambiente e l'organizzazione.

Strutturalmente ogni nucleo è composto da :una cucina a "vista" su un salottino e dalle camere di degenza che ospitano gli 11 anziani.

Le camere di degenza sono: singole o doppie, luminose , spaziose, dotate di bagno / doccia e servizi igienici.

Gli ospiti possono arredare la stanza con i loro mobili, eccetto il letto e il comodino e possono portare i loro animali da compagnia, previo accordo con la direzione

A tal proposito, Diana ci riferisce che all'interno della casa vive un cane che loro considerano necessario per aiutare alcuni anziani attraverso la *pet-therapy*

Provvedono all'assistenza degli 11anziani:

mattino:	2 OSS (operatori socio-sanitari) e un infermiere;
pomeriggio:	2OSS e un infermiere per entrambi i nuclei
notte:	2 infermieri per tutta la casa.

Uno di questi due nuclei è rappresentato dal “nucleo mediterraneo” dove vengono ricoverati anziani di origine italiana e spagnola.

Il rispetto della diversità culturale si coglie in quanto:

- coloro che assistono gli ospiti comunicano nella lingua d'origine degli assistiti, infatti Diana parla sia in italiano sia in tedesco;
- il menù rispetta la cultura di provenienza degli ospiti, ad esempio nell'area mediterranea la pasta viene proposta sia a pranzo che a cena

Durante la visita mi ha colpito l'attenzione e il rispetto per le norme di sicurezza, ogni operatore assistenziale possiede una chiave contenente un “*micro-cip*” che, in relazione alla qualifica, gli permette l'apertura di alcune porte e/o armadi; per esempio all'infermiere è concesso aprire tutte le porte e tutti gli armadi, mentre agli OSS non è consentito accedere all'armadio dei farmaci, allo studio medico, etc.

Durante la giornata gli anziani sono attivamente coinvolti nel processo di progettazione delle attività di tutti i giorni.

I pasti vengono consumati all'interno delle cucine dove sono presenti due grandi tavoli che ospitano gli anziani autosufficienti o parzialmente dipendenti; durante la colazione, il pranzo e la cena gli operatori affiancano i residenti per aiutarli nel soddisfacimento del bisogno di alimentazione.

In cucina, su un ripiano, sono a disposizione degli anziani: frutta, tisane e spremute, ci spiega Diana che questo è necessario per stimolare l'anziano a bere e a mangiare frutta durante la giornata, possibilmente quando lo desidera.

Nella cucina del nucleo mediterraneo è presente una macchina per il caffè espresso, questo perché, dice l'infermiera, gli italiani non sono abituati a bere il caffè all'americana.

Dopo aver visitato tutti i piani della casa, che sono simili strutturalmente ad eccezione del quarto piano dove sono ricoverati anziani affetti dal morbo di Alzheimer; sostiamo nel locale “infermeria” del secondo piano dove chiediamo alla collega di raccontarci come viene erogata l'assistenza infermieristica all'interno della struttura.

Diana ci spiega che è l'anziano a scegliere dove e quando farsi ricoverare; alcuni mesi o anni prima l'anziano provvede a fare un sopralluogo per vedere come è la casa e, se la ritiene idonea, prenota un posto per quando deciderà di non essere più in grado di soddisfare autonomamente i propri bisogni.

Quando decide di ricoverarsi l'anziano viene accompagnato dal proprio medico curante e viene accolto all'interno della casa dall'infermiere; quest'ultimo insieme al medico al momento del ricovero compila una serie di schede che sono:

- MEDIKAMENTE IN RESERVE (farmaci da somministrare in caso di bisogno);
- Diagnosenliste (è un foglio che riporta una serie diagnosi cliniche),
- Verordnungsblatt (foglio del medico,corrisponde al nostro diario clinico);
- Behandlungsplan (simile ad un Kardex , riporta foglio di terapia, allergie, numero di telefono del medico curante, esami di laboratorio, etc.);
- Biografieblatt (anamnesi infermieristica);
- Standard Pflegeplan (scheda di analisi dei bisogni);
- Basis Pflegeplan (piano di assistenza di base);
- Individual Pflegeplan (piano di assistenza individuale);
- Pflegebericht (diario infermieristico);

Schede integrative:

- Tabelle für Diabetiker (foglio per anziani diabetici);
- Überwachungsblatt (foglio dei parametri vitali);
- Augentherapie (foglio per la terapia oftalmica);
- Wundpflege/ Verbands (foglio per le ulcere da pressione);
- Schema für subcutan –injektion (schema per la terapia insulinica sottocutanea).

Diana ci spiega che all'interno della struttura non è presente alcun medico e in caso di necessità viene contattato il medico curante dell'assistito .

L'infermiere gestisce la sintomatologia degli ospiti quale ad esempio la tosse, la nausea, etc. e può somministrare dei farmaci prescritti nella MEDIKAMENTE IN RESERVE scheda concordata con il medico curante al momento del ricovero.

Durante il turno notturno sono presenti solo due infermieri per tutta la casa, questo ci ha un po' allarmato e pertanto abbiamo chiesto chiarimenti a Diana; quest'ultima ci ha spiegato che non è un ospedale e ogni locale



“infermeria” e dotato di un display in rete sul quale appaiono eventuali richieste d'intervento agli infermieri. La cosa interessante è che gli infermieri del pomeriggio, prima di terminare il turno, posizionano un tappeto con sensore vicino al letto dei pazienti che si alzano di notte o che temono possano cadere, così qualora dovessero alzarsi o cadere scatta l'allarme agli infermieri in servizio, i quali possono prontamente intervenire.

Alle ore 16.30 circa ringraziamo e salutiamo Diana e ripartiamo da Basilea con il treno Transalpino delle ore 17.28 arrivo a Milano per le ore 21.35.

Alcune considerazioni dopo un'esperienza così significativa, nel nord Italia le residenze socio sanitarie per anziani (RSA), anche quelle di recente costruzione, sono simili sia strutturalmente sia funzionalmente a delle piccole aziende ospedaliere, alla base di tali strutture vi è una concezione della vecchiaia come di una patologia da curare; infatti i le RSA :

- hanno reparti simili a quelli ospedalieri;
- vi è la presenza continua di un medico (come se fosse necessario 24 ore su 24 formulare diagnosi e terapie);
- la direzione della residenza è affidata ad un medico.

Diversa mi è apparsa la concezione di vecchiaia in Svizzera, loro considerano la vecchiaia non come una malattia da curare, ma come una

fragilità sociale da accudire e sostenere; la Casa per anziani Falkenstein di Basilea è l'esempio di quanto affermato.

L'infermiere è la figura sanitaria competente per assistere una persona nella fase della vecchiaia, in quanto è il professionista sanitario che si prende cura della persona.

Oggi si parla tanto di umanizzare le strutture socio-sanitarie, ma l'umanizzazione non si sviluppa solo con corsi di formazione indirizzati agli operatori sanitari, forse si dovrebbe prendere in considerazione la possibilità di affrontare il problema con un'ottica diversa.

Sono stati fatti molti sforzi sociali affinché fossero chiusi gli orfanotrofi e fossero attivate strutture (le attuali Case Famiglia) che migliorassero le relazioni interpersonali permettendo uno sviluppo educativo dei bambini e degli adolescenti più congruente; allora perché non intraprendere lo stesso percorso anche nell'ambito dell'assistenza geriatrica trasformando le attuali residenze socio sanitarie in Case per anziani come in Svizzera.

La visione antropologica della vecchiaia, considerata come una fragilità sociale e non come una malattia, ci permette di pensare a strutture dove persone, che stanno terminando il loro percorso di vita, possono essere assistite da professionisti competenti e sensibili in grado di erogare prestazioni infermieristiche attraverso relazioni interpersonali umanamente e culturalmente più congruenti.

CAPITOLO 5

Studio sulle differenze culturali che influenzano l'assistenza infermieristica ad un anziano straniero

5.1 Background e razionale dello studio.

L' invecchiamento naturale della popolazione immigrata unito all' effetto della nuova legge sui ricongiungimenti familiari, farà sì che l'Italia si troverà ad ospitare, entro il 2010 circa, mezzo milione di anziani immigrati in più. Ciò avrà effetti sociali, demografici e sanitari non certo trascurabili.

L'impatto tra culture diverse provoca trasformazioni culturali significative, irrigidimenti, conflitti, disorientamento da una parte e nuove conoscenze ed esperienze dall'altra, che sono il frutto di vere e proprie operazioni di "mediazione culturale", che incidono sensibilmente sulle identità culturali.

Salute e cultura sono sostanzialmente la stessa realtà; non si può parlare di salute fuori dell'ambito dell'autonomia della propria persona, delle proprie capacità culturali e umane. La salute presuppone un processo di adattamento, esprime la capacità di adattarsi alle modifiche dell'ambiente, di crescere e di invecchiare, di guarire quando si subisce un danno, di soffrire e di attendere più o meno serenamente la morte.

La scienza infermieristica ha come suo centro di interesse fondamentale la persona nel suo continuum salute malattia nel senso olistico, avendo come campo applicativo la pratica terapeutica interpersonale che mira a garantire l'autonomia nella cura di sé e la possibilità di vivere al massimo lo stato di benessere.

L'incontro tra infermiere e paziente è sempre l'incontro di due universi culturali distinti, anche se entrambi provengono dalla medesima cultura, ed è doveroso per esprimere al meglio la propria professionalità che l'infermiere capisca i valori, gli usi, le abitudini, la costruzione del sé dell'altro.

5.1.1 Obiettivo

Lo studio, di tipo qualitativo descrittivo, si pone l'obiettivo di comprendere i bisogni di assistenza della persona straniera, attraverso l'approfondimento della cultura di operatori sanitari, provenienti da altri paesi, per creare uno strumento che favorisca le modalità di relazione nel rapporto supportivo infermiere-paziente.

5.1.2 Materiali e metodi

STRUMENTO DI RACCOLTA DATI

Come strumento di raccolta dati è stata utilizzata un'intervista a domande aperte. E l'approccio di ricerca è stato di tipo fenomenologico per comprendere meglio attraverso l'attivazione dell'epochè le opinioni degli intervistati.

SETTING

Azienda di appartenenza degli operatori sanitari intervistati.

CAMPIONE DI INDAGINE

Il campione è formato da 10 operatori sanitari provenienti da altre nazioni e operanti nel campo assistenziale italiano da almeno 1 anno; il campione è di convenienza.

PROCEDURA

Allo scopo di garantire la riservatezza, le interviste sono state condotte in forma anonima, con partecipazione volontaria dei partecipanti contattati personalmente dal ricercatore. Gli operatori non sono stati preventivamente informati sul tipo di indagine che sarebbe stata svolta. Le interviste, con durata media di 20 minuti, sono state condotte personalmente dal ricercatore, audioregistrate dopo aver recepito il consenso dei partecipanti e successivamente trascritte in maniera integrale.

5.1.3 Analisi e interpretazione dei dati

I dati sono stati analizzati utilizzando un approccio qualitativo interpretativo, così come il metodo fenomenologico prevede. Attraverso un continuo processo di lettura, scrittura e pensiero sono state individuate concetti simili o condivisi che ritornavano all'interno di ogni trascrizione dell'intervista e che ha permesso di individuare e costruire la griglia con l'individuazione di unità di senso per la decodifica delle interviste.

Sono state individuate secondo il metodo di lettura suggerito da A. Giorgi, le seguenti unità di senso:

- Unità di Senso: rispetto
- Unità di senso: cura
- Unità di senso: passaggio, fine
- Unità di senso: rito funebre, vicinanza
- Unità di senso: abitudini alimentari

Rispetto

“Il rispetto non è ossequio, deferenza, riverenza. E’ attenzione, considerazione e riguardo per le persone, le istituzioni e le cose. E’ la prima categoria d’ogni forma educativa che non può essere insegnata, ma che si apprende con l’esempio, la prassi, l’imitazione e l’identificazione”.

Giuseppe Staffolani

Può essere definito come “ atteggiamento di stima “ verso una persona, è il termine più appropriato da utilizzare verso le persone anziane , in quanto esse per gli intervistati sono

“.....Si ha tantissimo rispetto di questa persona....l’anziano è proprio quello che ti insegna tanto da cui tu devi imparare ubbidire”
Inf. Peruviana

“.....L’anziano è una persona molto importante, abbiamo bisogno di loro per i bambini gli anziani sono da rispettare”
Inf. Rumena S.

“...perché l'anziano è un appoggio un punto di riferimento che ci dà a noi, l'anziano è sempre stato considerato con un po' di senso di rispetto ”

Inf. Russa

“.....persona da ascoltare per il fatto che è anziano non c'è autorità dell'anziano ma autorevolezza c'è”

OSS

Ucraina

“.....da rispettare tantissimo..... molto rispetto per l'anziano perché ha vissuto una vita ha fatto delle esperienze “

Inf. Marocco

“.....Gli anziani nel mio paese è un valore grande averlo a casa “

OSS. Eritrea

“viene considerato una persona importante è quasi venerato”

Inf. Indiano

La maggior parte degli intervistati ha utilizzato questo termine per descrivere la visione della persona anziana nel loro paese.

Cura

Il termine cura suggerisce un modello comportamentale, la si potrebbe considerare la scienza dell'occasione, come dice Ida Faré, la carezza a un bambino, la parola di conforto, la medicina, vanno dati in quel preciso momento oppure non solo non sono più utili, ma possono addirittura fare danno. È proprio la relazione la matrice dalla quale si genera l'etica della cura.

“.....le famiglie si tengono sempre i suoi anziani in casa”

Inf. Peruviana

“.....perché non esistono strutture come questa (RSA) sempre tu lo devi tenere a casa,”

Inf. Rep. Dominicana

“.....Gli anziani sono curati dai figli “

Inf. Polacca

“.....non ci sono come in occidente le case di cura dove viene ricoverato , ma rimangono a casa e vengono curati dai figli maschi”

Inf. indiano

La maggior parte degli intervistati ha dichiarato che gli anziani vengono curati a casa , sia per mancanza di strutture alternative , ma soprattutto perché per loro è importante che ad accudirli siano persone affettivamente care all'anziano .

Passaggio, fine (visione antropologica della morte)

“.....È il passaggio da una vita ad un'altra vita , la religione ortodossa dice che al di là c'è un'altra vita”
Inf. Rumena M

“.....io sento che si vive dopo io sono convinta. Credo”
Inf. Polacca

“...È un passaggio , noi non sappiamo perché siamo qui, ma sappiamo che è un passaggio , non una vita fisica, ma lo spirito va a volare da qualche altra parte”
Inf. Russa

“.....Per me è la fine ,la fine dell'esistenza di una persona io non credo che l'anima va da qualche parte, la morte è la fine “
OSS. Ucraina

“È una brutta cosa”.
OSS. Eritrea

Dall'interviste sono emerse due differenti visioni della morte.

Il senso del "passaggio", il moto dinamico di transizione essenzialmente antitetico alla staticità della morte scientifica (biologica) individuata con il senso della “fine” .

Nella maggioranza delle religioni di matrice cristiana, ad eccezione dell'ebraismo, si crede che il Paradiso sia un luogo o uno stato trascendente in cui l'anima del defunto, unita al corpo alla fine dei tempi, trascorrerà l'eternità in continua contemplazione; mentre in altre religioni orientali si crede nella reicarnazione; secondo questa filosofia, la morte rappresenta un passaggio naturale (tanto quanto la nascita) tramite il quale l'anima abbandona un involucro ormai vecchio per abitarne uno nuovo (il corpo fisico), fino all'estinzione del Karma ed alla conseguente liberazione definitiva. Per questo motivo l'idea della morte viene affrontata con minor struggimento interiore.

Mentre alcuni negano che vi sia un'anima che sopravvive al corpo e perciò ritengono che dopo la morte non vi sia nulla. Essi credono che la morte sia la fine totale e irrimediabile della vita dell'individuo, e che la vita vada quindi vissuta fintanto che dura.

Rito funebre: vicinanza

Il rito funebre, presso la maggior parte delle culture, si svolge tipicamente alla presenza di una pluralità di persone. Gli usi e le tradizioni relative a tale evento variano secondo il luogo, la fede religiosa od il desiderio del defunto e dei suoi congiunti.. È celebrato in genere al cospetto della salma con la partecipazione di alcuni individui appartenenti al gruppo sociale di riferimento (famiglia, cerchia delle amicizie del defunto, conoscenti, colleghi, etc.).

“..... infatti per un pezzo di strada portano in braccio in modo tale che salutano la zona dove ha abitato il quartiere, le strade del quartiere dove ha abitato” Inf. Peruviana

“....perché a casa facciamo così, è sempre pieno di persone “ Inf. Rep. Dominicana

“.....ti viene il prete a casa e ti vengono tutti a casa parenti, amici” Inf. Rumena S.

“.....dove metti la salma e dove i parenti arrivano là di solito a fianco c'è un posto dove c'è il prete”. Inf. Polacca

“.....Perché il funerale è previsto dallo stato i parenti danno una quota per pagare la bara” Inf. Russa

“ . ::Una volta c'era il rito di tenere per tre giorni la persona in questa bara e parenti arrivavano e il prete l'ultimo giorno quando si faceva il funerale” OSS. Ucraina

“.....Il nostro anziano però è viziato e vuole tutti attorno a sé” OSS Marocco

“Sì, tutti si chiamano tutti non solo i parenti, i vicini di casa i nostri compaesani tutti vengono a trovare poi se è il momento di morire tutti gli stanno intorno più di cento persone” OSS Eritrea

“.....Sì, tutti i vicini i parenti vengono perché il funerale si fa il giorno dopo e stanno lì a pregare “ Inf. Indiano

La maggior parte degli intervistati ha descritto come avviene il rito funebre nel loro paese; in tutti gli intervistati è emersa la necessità della vicinanza dei parenti, amici, e conoscenti.

Questo è un rapporto molto importante tra l'individuale e il collettivo, perché riguarda proprio il modo del vivere la morte, il vissuto della morte, che non è stato sempre uguale, nelle epoche del mondo e non è uguale nelle diverse civiltà del mondo, perché il tema della individualità, della morte come morte solo mia, è abbastanza recente .

Abitudini alimentari: colazione, cena

Nelle abitudini alimentari il cosa mangiare é sempre collegato con il quando, come e perché, con situazioni e atmosfere sociali, con emozioni e esperienze passate. Il cibo ha dei significati, che vanno oltre al bisogno fisico, e che possono essere più importanti di essi. Con il mangiare, e il non mangiare, vengono oltre tutto:

- formate comunità e mantenute ;
- si forma distinzione e integrazione;
- identità nascono e si sviluppano;
- vengono regolate emozioni positive e negative ;
- vengono soddisfatti aspetti estetici (fisici: fra i modelli culturali che influiscono sulle abitudini alimentari molta importanza assumono quelli riguardanti la bellezza, sia maschile che femminile).

“La nostra colazione è molto ben diversa dalla vostra, noi per esempio il pane mai a pranzo, il pane è la colazione.”

“La pastina che poi puoi fare la pastina con un brodino le patate con la pasta e le uova: si chiama postalamina”
Inf. Peruviana

“nel pomeriggio dovrebbe mangiare solo una minestrina, perché qui tutti soffrono di stitichezza

“La mattina si fa la colazione non come qui che si mangia i biscotti, il latte , si mangia la banana verde che si chiama il platano”
Inf. Rep. Dominicana

“Per quanto riguarda l'alimentazione per colazione a scelta tazza di tea o caffèlatte o latte con il pane, il burro e la marmellata sopra “

“Alla sera solo un secondo , no due piatti primo e secondo”
M.

Inf. Rumena

“La colazione è più abbondante non è solo la brioscina”

“Qualcosa di leggero anche negli ospedali là ho visto che non si mangia come qua ad esempio la alla sera si mangia latte con riso, qualcosa di leggero non come qua primo e secondo”

Inf. Rumena S.

“Al mattino noi non mangiamo solo come qua che beviamo solo caffè noi mangiamo di più Mangiamo anche carne, formaggio,... al mattino.”

“Non mangiamo tanto, un solo piatto quello che piace Minestrone, anche carne, ma poco soprattutto mangiamo tutto quello che piace, non c'è una regola “

Inf. Polacca

“In Russia fa molto freddo e quindi la colazione è molto abbondante ad esempio si passava da un tea caldo l'inverno con un panino molto ricco, grosso con salame, prosciutto spalmato di burro se c'era il miele con il miele”

“Gli ortodossi dicono“cena lasciala al nemico” che significa non mangiare perché il corpo deve essere sano quando tu vai a letto non devi essere a stomaco pieno.”
Inf. Russa

“Noi facciamo la colazione inglese, noi mangiamo un uovo all'occhio di bue, piuttosto che il prosciutto , formaggio.”

“No, un piatto solo mangiamo presto alle sei”.
Ucraina

OSS

“facciamo delle crepes fatto con gli ingredienti della pizza Piace anche il pane, burro e marmellata “

“Alla sera tipo pastina, cose leggere”

OSS Marocco

“C'è la polenta, diversa una cosa tipo polenta, il latte, il tea, Il tea con pane e marmellata o fette biscottate.”

“La sera si mangia yogurt e latte. Cose leggere soprattutto gli anziani”

OSS Eritrea

“A colazione noi mangiamo come un pranzo il curry alle verdure, poi facciamo cose con farina di riso al vapore accompagnato con curry di verdure oppure facciamo li chiamano “ciapati” non so se li ha mai sentiti sono fatti di farina di grano duro amalgamato con sale e acqua e poi viene fatta una specie di piadine la piadina viene mangiata con una specie di salsa fatta di verdure”

Inf. Indiano

Tutti gli intervistati hanno evidenziato differenze nel consumo dei pasti in particolare per la colazione e la cena.

5.3 Conclusioni

La maggior parte degli intervistati ha dichiarato che la persona anziana merita rispetto; emerge quindi la necessità di stimolare la professione infermieristica a sviluppare e rinforzare il ruolo di *advocacy* dell'infermiere. C'è la necessità che il professionista consideri per prima cosa i valori umani fondamentali del paziente e in seguito agisca in maniera atta a proteggerne la dignità, la privacy e le scelte.

L'infermiere secondo il concetto di *advocacy* assume la responsabilità delle modalità con cui i valori significativi per la persona assistita vengono tutelati, rispondendo in prima persona alla società e alla professione infermieristica di come tale importante ruolo venga condotto.

Un aspetto interessante che è emerso sono le differenti abitudini alimentari; tutti gli intervistati hanno sottolineato come la consumazione dei pasti (colazione e cena) sia diversa nei loro paesi; pertanto si rende necessario iniziare a modificare i menù esistenti nelle strutture socio sanitarie-italiane prevedendo: alimenti, orari e modalità di consumazione dei pasti, che si avvicinino maggiormente a quelli che sono gli usi e costumi di altri popoli; peraltro questo sforzo in Italia è già stato intrapreso in altri settori, quali quello scolastico e turistico.

Nonostante questi interessanti risultati, il problema centrale della mia indagine è quello della rappresentatività del campione. Un campione è rappresentativo della popolazione di cui è parte se ne riproduce in piccolo le caratteristiche, con scarti non significativi imputabili al caso. Una regola molto importante da tener presente è che quanto più è alta l'eterogeneità della popolazione di partenza sulla proprietà che interessa studiare tanto più alta deve essere la numerosità campionaria. Nel caso in questione, per motivi di tempo e di organizzazione, non ho potuto scegliere un campione più numeroso. Ho scelto però dieci colleghi stranieri di diversa nazionalità.

A questo punto della ricerca sorge quindi spontanea la domanda: il campione considerato è significativo di tutta la popolazione? La risposta è negativa perché è un campione poco numeroso e non è stato scelto in modo casuale. I risultati della mia indagine non si possono quindi estendere a tutta la popolazione, ma hanno una validità solo nel preciso contesto considerato.

A questo punto uno potrebbe allora chiedersi il perché di una tale indagine. Personalmente credo sia molto utile perché tramite essa è possibile raccogliere informazioni sulle persone assistite al fine di conoscerle meglio, identificare situazioni problematiche e possibili soluzioni, raccogliere informazioni per la valutazione di processi e contesti.

A tal proposito risultano significative le parole di Patricia Benner, infermiera americana, *"Fintanto che le attività degli esperti in un certo campo non saranno rilevate e documentate e fintanto che lo sviluppo della competenza clinica sarà limitata da una carriera clinica inadeguata, mancherà un legame essenziale per lo sviluppo della teoria nell'infermieristica."*

Un infermiere che ha assistito molte persone ha acquisito una ricca base per interpretare nuove situazioni ma questa conoscenza sfaccettata, con i suoi concreti referenti, non può realmente tradursi in principi astratti e nemmeno in linee guida esplicite".

Dall'indagine effettuata si rileva la necessità di continuare ad approfondire tematiche relative ai comportamenti che si differenziano da una cultura all'altra, in quanto potrebbero suggerire diverse modalità organizzative

assistenziali all'interno delle unità operative dove quotidianamente gli infermieri si prendono cura delle persone .

5.4 Formulazione dell'opuscolo: "Prendersi cura di "tutti" gli anziani del mondo"

L'opuscolo scritto a scopo didattico, composto da 88 pagine, in formato tascabile, rivolto a tutti gli operatori sanitari, è una piccola guida che illustra suggerimenti che vogliono offrire soluzioni pratiche per affrontare problemi di vita e di assistenza ad un anziano straniero; nella consapevolezza che prendersi cura di queste persone richiede anche, quale contributo, il diffondere il "sapere" ed il "saper fare", indispensabili per sviluppare una nuova cultura assistenziale finalizzata a migliorare la vita e le cure nei confronti dei soggetti stranieri.

È composto da tre parti, una prima parte prevede l'approfondimento delle principali religioni, quali: l'Islamismo, il Cristianesimo, l'Ebraismo e il Buddismo; una seconda parte suggerisce alcune pratiche assistenziali che contemplano la diversità culturale, mentre una terza parte prevede un piccolo vocabolario / dizionario riportante i vocaboli maggiormente utilizzati nel linguaggio della multiculturalità e termini relativi all'assistenza infermieristica tradotti in lingua inglese, francese, rumena e spagnola.

È fortemente raccomandato, all'interno dell'opuscolo, una particolare attenzione nell'evitare le generalizzazioni.

Le generalizzazioni sono dichiarazioni circa i modelli culturali comuni; il pericolo è che possono essere confuse facilmente con gli stereotipi.

È necessario evitare che le generalizzazioni culturali si trasformino in stereotipi; poiché le generalizzazioni sono delle probabilità saggiabili.

CONCLUSIONI

Diffuse e spesso profonde sono le difficoltà relazionali e i confronti che spesso si verificano fra individui culturalmente differenti o anche semplicemente il clima di diffidenza più o meno sommersa che si può instaurare nei ambiti multiculturali.

Nel contesto infermieristico, la comunità professionale ha espressamente dichiarato la necessità di orientare lo sviluppo della professione in modo coerente rispetto al percorso intrapreso in ambito sociale; proprio per questo appare oggi fondamentale recuperare “la centralità dell'essere umano” nella sua globalità ed interezza fisico- psico- sociale considerandone anche le differenze culturali; sia lo studio fenomenologico, sviluppato nel quinto capitolo, sia la visita documentativa presso la “Casa per anziani Falkenstein” di Basilea, descritta nel quarto capitolo, dimostrano la necessità di intervenire in ambito organizzativo con specifiche modalità di approccio tecnico-operative dotate di impatto rilevante sulla soluzione dei problemi di natura infermieristica, così da attribuire concreta efficacia agli interventi professionali.

L'educazione culturale non si configura come una disciplina aggiuntiva e specialistica, parallela alle materie insegnate nel corso di laurea, ma è un approccio che prevede la revisione dei curricula formativi, degli stili comunicativi e della gestione di differenze, identità e bisogni di assistenziali. Si rende necessario sviluppare una nuova *forma mentis*; la transculturalità non può essere intesa né come convivenza nella separazione e neppure sintesi forzata della diversità verso un'utopica comunità di simili; piuttosto, essa presuppone la disponibilità ad accogliere l'altro al di là dell'apparenza, a rompere: gli schemi, i condizionamenti, i pregiudizi, ad apprezzare la diversità come un diverso modo di essere e di esistere.

In campo sanitario gli ostacoli da superare non sono pochi e non sono solo di ordine socio-economico o politico amministrativo, diventa significativo il modo di comportarsi e di relazionarsi con le persone da assistere.

I luoghi di assistenza agli anziani non devono considerare la vecchiaia una malattia o persino un'aggregazione di più patologie, ma devono essere

luoghi dove l'anziano sia considerato come un saggio, depositario di un patrimonio etico e affettivo dove il recupero funzionale e il mantenimento delle abilità residue fisiche, mentali e relazionali possa avvenire attraverso modalità di equilibrio, di ponderazione, di prudenza e di dolcezza. L'umanizzazione non si sviluppa solo con corsi di formazione indirizzati agli operatori sanitari, forse si dovrebbe prendere in considerazione la possibilità di affrontare il problema con un ottica diversa; perché la vecchiaia sia non solo tutelata da considerazioni e spinte umanitarie, ma anche premiata nel suo significato evolutivo.

Per qualificare il servizio sanitario e per mantenere un buon livello di professionalità dei sanitari sono necessari sia strumenti tecnico- scientifici sia una adeguata formazione etico-culturale, poiché l'assistere implica una relazione; si rende necessario sviluppare, nei professionisti sanitari, la capacità di ascoltare l'assistito, di comprendere il suo mondo, il suo vissuto, la sua interiorità, gli infermieri devono partecipare alla sofferenza dell'assistito e incentrare l'organizzazione attorno alle sue esigenze.

È importante che il professionista sanitario non riduca il malato ad un caso clinico o a un oggetto di cura, ma lo consideri come una persona con la quale strutturare una autentica relazione di aiuto, competente e terapeutica.

Tale relazione costituisce l'essenza della professione infermieristica ed è una relazione di natura etica, un incontro tra una fiducia e una coscienza.

I gesti, le cure, i suggerimenti e le parole che il professionista mette in atto, dovranno essere compiuti sempre nel rispetto della persona assistita, delle sue caratteristiche personali, delle sue credenze morali, religiose e dei suoi valori; per tali motivi la professione infermieristica deve sviluppare maggiormente le tematiche relative alla diversità culturale.

Si rende pertanto urgente un lavoro di formazione alla relazione con chi è diverso e fragile come la persona anziana; la visione transculturale deve trasversalmente pervadere le diverse discipline, diventando un filo di riferimento ed orientamento nei differenti ambiti operativi dell'infermieristica.

Bibliografia

Capitolo 1

1. Immigrazione Dossier Statistico 2008 X V I I I
R a p p o r t o s u l l ' i m m i g r a z i o n e IDOS - Centro Studi e
Ricerche Redazione Dossier Statistico Immigrazione
Caritas/Migrantes
2. ARTICOLO "Invecchiamento della popolazione e dinamiche
migratorie: una valutazione epidemiologica,socio-culturale e
funzionale in pazienti anziani migranti" G GERONTOL 2007;55:195-
198

Capitolo 2

1. Laslett P. 1992, "*Una nuova mappa della vita. L'emergere della terza
età*" Il Mulino, Bologna
2. Lettera agli Anziani Giovanni Paolo II 1999
3. Caplan A. Articolo sull'Hastings Center Report - February/Match 1988,
pp. 1-15,
4. "Aspetti biologici e antropologici dell'invecchiamento" Andrea G.
Drusini, Università di Padova
5. Specialisti del Gruppo Europeo di coesione sociale CDCS del
Consiglio d'Europa, 2002

Capitolo 3

1. Leininger M., McFarland M.R., *Transcultural nursing: concepts,
theories, research and practice*, Mc Graw-Hill Company, USA, 3 ed.,
2002.
2. Saiani.L. Palese A. (2002) *Guida per pianificare lo sviluppo
professionale e documentare le competenze*, in "Assistenza
Infermieristica e Ricerca" n.21supplemento al n.2 aprile-giugno
3. Kosik S. H., *Patient advocacy or fighting the system*, in "*American
Journal of Nursing*", 72, pp. 694-698, 1972.
4. Colliere M. F. 1982 "*Promouvoir la vie, de la pratique des
femmes soignantes aux soins infirmiers*" Paris Inter Editions.
5. Foster G. "*Medical Anthropology: some contrasts with social
anthropology*" - Medical Anthropologynewsletter -vol 6 in Logan M.H
ec E.Hunt (a cura di), *Health and Human Condition* Belmont
Wadsworth.

6. Hahn R., 1984 *"Rethinking 'Illness' and 'Disease'"* Contributions to Asian Studies, vol.XVIII
7. Inglese S., 1996 *Introduzione* a Nathan T., 1999 (ed.it.), *"Principi di Etnopsicoanalisi"* Bollati Boringhieri, Torino.
8. Durkheim E., 1969 *"Le regole del metodo sociologico"*. Ed. di Comunità, Milano.
9. Taylor 1871 *"Primitive culture"*
10. Gaut, D. A. 1983 *"Development of a Theoretically Adequate"*
11. Benner P. (1984) *"Description of Caring"* Western Journal of Nursing Research, 5, 313 *"From novice to expert: Excellence and power in clinical"* nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley, pp. 13-34.
12. Il Codice deontologico dell'infermiere *Approvato dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi nella seduta del 17 gennaio 2009*
13. Cozzi D. *"L'antropologia medica e le professioni di cura: ascolto attivo e cultura sanitaria"*
14. Incontro con Kalpana Das Kalpana Das "Convegno della rivista InterCulture 8-10 maggio 2009 Borgonuovo di Sasso Marconi (Bologna) presso la Casa dell'Immacolata
15. Piasere L., 2006. *"L'etnografo imperfetto. Esperienza e cognizione in Antropologia"*, Bari, Laterza.
16. Borgna E. *"L'arcipelago delle emozioni"*p.49
17. Balboni P.E. *"Nozionario di glottodidattica"*
18. Pessoa F. *"Noi siamo morti. La morte è il sonno della vita reale"*

Capitolo 4

1. Leininger M., McFarland M.R., Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice, Mc Graw-Hill Company, USA, 3 ed.,2002
2. . Leininger M.M. Valutazioni di assistenza culturale per pratiche competenti e congruenti. *In: Infermieristica transculturale concetti, teorie, ricerca e pratica. A cura di Ledonne G., Nucchi M. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 133.*
3. Leininger M.M., (1990) Ethnomethods: The philosophic and epistemic based to explicate transcultural nursing knowledge. *Journal of Transcultural Nursing.* 1 (2):40-51.
4. Leininger M.M. (2004) Teoria dell'assistenza culturale e Metodo di ricerca etnoinfermieristico. *In: Infermieristica transculturale concetti, teorie, ricerca e pratica. A cura di Ledonne G., Nucchi M. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.*
5. Purnell I.D. , Paulanka B.J." *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*". F.A. Davis Company, Philadelphia (PA) 2003,p.8
6. www.transculturalcare.net

Capitolo 5

1. Traduzione a cura di: Mosci D.; Robb M.C. *“Identificazione dei disegni di ricerca che meglio si adattano alla domanda. Parte 2°: disegni qualitativi”* EBN Notebook Evidence-Based Nursing April 1999 Vol 2 n°2.
2. Fain J.A. *“ La ricerca infermieristica: leggerla,comprenderla e applicarla”* MacGraw Hill
3. C.Coggi, P. Ricciardi (2005) *“Progettare la ricerca empirica in educazione”*Carocci, Bologna
4. Ida Farè *“ Il discorso dei luoghi. Genesi e avventura dell'ordine moderno”* Napoli, Liguori, 1992.
5. Benner P. *“From novice to Expert.Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere”*.

