Nuove frontiere: il nursing interculturale

Di Duilio Fiorenzo Manara *(Università Vita-Salute San Raffaele, Milano)*

La conoscenza del prossimo ha questo di speciale:
passa necessariamente dalla conoscenza di se stessi
Italo Calvino

Ector e l'occhio del diavolo

Ector è ricoverato in UTI per un episodio di insufficienza respiratoria acuta per cui è sottoposto a terapia ventilatoria non invasiva (CPAP). È un uomo giovane, non ancora quarantenne dell'America centrale; è in Italia da più di due anni e, da poco è riuscito a farsi raggiungere dalla sua famiglia, la moglie e quattro bambini tutti al di sotto dei sette anni. Ector si esprime bene in italiano e mostra di accettare e partecipare agli interventi terapeutico-assistenziali prescritti. Il primo giorno di ricovero, chiede al medico di poter ricevere sua moglie ed i bambini […]; il medico acconsente ma spiega che non potranno entrare tutti. Al momento delle visite l'infermiera […] si trova davanti la moglie di Ector con i bambini; la donna […] capisce, ma solleva il problema di non poter lasciare fuori da soli i bambini perché troppo piccoli. L'infermiera […] si offre di rimanere qualche minuto con i piccoli. […]. La visita della signora si conclude, e tutto sembra essere andato nel migliore dei modi.

Tutto il personale fa ad Ector i complimenti per i figlioletti, ma, piano piano, assiste ad un cambiamento di atteggiamento dell'uomo che si chiude, diventa triste e, soprattutto, svogliato e insofferente verso la terapia (già di per sé molto faticosa). Questo atteggiamento peggiora nelle ore successive. […] L'uomo non vuole parlare con nessuno e mantiene il suo atteggiamento negativo finché l'infermiera che si era presa cura dei bambini il primo giorno, riprende servizio, dopo il suo turno di riposo. Appena la vede Ector la chiama, le chiede di essere trasferito di reparto […]. La prima reazione dell'infermiera è stata di meraviglia: dopo tutta la disponibilità dimostrata quello era il ringraziamento? […] Il paziente le dice che tutti nel reparto, eccetto lei che era stata l'unica ad avere avuto un contatto fisico con i bambini, avevano "l'occhio del diavolo" e che ad uno dei suoi bambini dopo quella prima visita era venuta la febbre perché colpito dal "mal de ojo". L'infermiera spiega ad Ector che non c'era stata volontarietà da parte dei suoi colleghi e che tutti erano disponibili e desiderosi di rimediare alla situazione che si era creata. Dopo le resistenze iniziali, l'infermiera riesce a concordare con Ector un sistema per risolvere il problema: egli richiamerà sua moglie pregandola di portare il bimbo febbricitante che dovrà essere "toccato" da coloro che hanno fatto commenti su di lui, così da distogliere l'attenzione del diavolo ed allontanare il maleficio .

Questo racconto può dirsi paradigmatico dei vari problemi di cui si occupa l'infermieristica interculturale: evidenzia le difficoltà tra le "nostre" abitudini, credenze o saperi tradizionali e/o scientifici sull'assistenza e le "loro"; racconta delle difficoltà relazionali ed anche delle forti tensioni emotive che possono accadere nell'incontro/scontro con l'altro; lascia intuire gli spazi di "ben-essere" o di "mal-essere" che un'assistenza poco attenta alla dimensione culturale dell'altro può provocare. È questo il campo applicativo dell'infermieristica interculturale, quella branca dell'infermieristica che si preoccupa di descrivere l'influenza che i differenti contesti socio-culturali hanno sui bisogni assistenziali, al fine di proporre metodologie, tecniche operative e strategie relazionali adeguate alla loro risoluzione (Leininger, 1995, 2001; Manara, 2004; Tortolici e Stievano, 2006).

Le problematiche attitudinali dell'infermieristica interculturale

L'infermieristica, com'è noto, sta ad indicare quell'insieme strutturato di conoscenze scientifiche che caratterizzano il patrimonio teorico-pratico dell'infermiere. Essa si pone come oggetto di studio l'uomo e i suoi bisogni di assistenza infermieristica, come scopo la loro risoluzione e come metodo un processo strategico e dialogico denominato processo di assistenza infermieristica. Ma qui sta il punto: i bisogni dell'uomo sono ben diversi da quelli degli altri esseri viventi.

Il vivere dell'uomo non è il vivere di un essere vegetale o animale, ma quello di chi ha la consapevolezza del proprio esistere, del proprio divenire e della propria finitudine. L'uomo, insomma, è un essere-nel-bisogno nel quale tuttavia i bisogni non sono soddisfatti per mezzo dell'ambiente naturale, come per i vegetali, o tramite la risposta istintiva, come negli animali, ma per mezzo di una più o meno consapevole intermediazione culturale. Di conseguenza, qualsiasi bisogno di assistenza non potrà mai essere considerato unicamente come un fatto di natura, cioè come un fatto neutrale, misurabile quantitativamente in modo avulso dal contesto nel quale è percepito, ma dovrà essere invece considerato come un fatto relazionale (Manara, 2000; Good, 1999), riconoscendo l'universalità dei bisogni fondamentali dell'uomo nella loro dimensione bio-fisiologica, e la loro particolarità e singolarità nelle dimensioni psicologica e socio-culturale (Henderson, 1966).

Se ogni assistenza è una prassi per definizione relazionale, l'assistenza interculturale è eminentemente un affare di attitudini interpersonali (Manara, 2004). Nell'approccio all'alterità culturale dell'altro occorre evitare almeno due grandi tipologie di errori: il mancato riconoscimento dell'alterità dell'altro e una sua presa in carico difettosa, o erronea. Vediamoli brevemente entrambi. Per quanto concerne l'assente considerazione dell'alterità dell'altro, in generale, questa mancanza è data dal fenomeno dell'etnocentrismo. Possiamo ignorare i codici culturali del paziente, ossia i contenuti, significati e valori propri del suo ambiente culturale. Ma possiamo anche disconoscere i suoi campi simbolici di riferimento, cioè, anche ammettendo di conoscere alcuni contenuti della sua cultura, non siamo in grado di interpretarne i significati, che restano semplicemente al di fuori della nostra cornice culturale (Sclavi, 2003; Mantovani 1998; Cozzi e Nigris, 1996).

Inoltre, ed è un errore più sottile del precedente, ma non meno pericoloso, possiamo ignorare il modo proprio con il quale il migrante si rapporta alla propria cultura. Egli può manifestare gradi differenti di adesione alle proprie radici culturali, con dipendenze più o meno forti rispetto ai campi sociali e relazionali nei quali vive. Di conseguenza, è buona prassi considerare sempre la sua qualità di attore sociale ed il suo potere decisionale in funzione del suo gruppo di appartenenza.
Il secondo aspetto consiste nell'interpretazione erronea della sua alterità. Questo avviene ogni volta che, di fronte a noi, non creiamo le condizioni per il riconoscimento di un soggetto reale, ma di un soggetto immaginario. Non permettiamo all'altro la ricostruzione di una propria ed autonoma percezione identitaria, ma lo rivestiamo di quella più comoda per noi, perché meno problematica, meno invasiva, meno disarmonica. Un esempio riguarda il pregiudizio, molto diffuso tra i sanitari, che il migrante faccia fatica a comprendere le spiegazioni diagnostico-terapeutiche (spesso una profezia che si autorealizza, il cosiddetto "effetto Pigmalione").

Quando si raggiunge questa consapevolezza attitudinale, può realizzarsi un cambiamento qualitativo importante nelle nostre relazioni con gli stranieri. Ci rendiamo conto che essi non sono per nulla elementi statici nei confronti del loro stesso processo di integrazione, ma vivono un difficile percorso che li porta a confrontarsi continuamente con multiple appartenenze culturali e sociali di provenienza. Sono inseriti in una spirale che li può portare (ma non sempre, e non necessariamente) ad una progressiva distanza dai modelli di comportamento tradizionali, mentre al tempo stesso, si rafforza la loro qualità di attori, cioè di liberi interpreti, nei confronti dei condizionamenti socio-culturali nei quali sono inseriti (ma anche qui, non sempre, e non necessariamente).

Le principali problematiche cliniche dell'infermieristica interculturale

Possiamo distinguere classicamente due grandi tipologie di "scenari assistenziali" problematici. Il primo scenario è quello della percezione della diversità culturale tout court. Prepararsi a questo tipo di difficoltà significa operare un'auto-etnografia

rigorosa che cerchi di mettere a fuoco quegli elementi di non-ovvietà, ovvero quei comportamenti e quelle attitudini relative alla nostra tradizione, non universali, che risaltano dall'incontro con l'altro, sapendole però giudicare criticamente.
Il secondo scenario riguarda invece il "conflitto di valori": in questo caso i protagonisti si scontrano sul significato morale che un particolare atto assistenziale ha per uno o per entrambi di loro, come ad esempio il rifiuto di alcune pratiche terapeutiche quali trapianti o donazioni di organi, oppure la richiesta da parte dei pazienti di pratiche ritenute ingiuste per gli operatori, come ad esempio l'escissione-infibulazione delle donne, l'infanticidio, l'eutanasia, ecc.

Di fronte a tali difficoltà, l'interculturale propone un percorso dialogico tra i protagonisti che può essere esplicitato nelle fasi seguenti: a) conoscenza delle dinamiche etnoassistenziali proprie; b) conoscenza delle dinamiche etnoassistenziali altrui; c) esplicitazione delle differenze problematiche; d) esplicitazione dell'eventuale conflitto di valori ed enucleazione dei valori in gioco; e) gestione delle tensioni emotive; f) stesura, attuazione e continua verifica dell'accordo.

Conclusioni

Tra scienza e credenza, l'infermieristica interculturale permette all'intera professione di percepirsi sempre di più e sempre più radicalmente come un fatto culturale: come "esito" di un determinato contesto culturale, ma anche e soprattutto, come "processo" di riflessione, come interprete e ri-costruttore di vecchi e nuovi significati nell'assistenza.

In questo senso, l'infermiere di oggi non intende perdere con le conquiste della scienza biomedica l'altissimo valore umanitario che ha caratterizzato il suo operato nei secoli. Non assiste una persona semplicemente in nome di un umanitarismo nobile, ma sterilmente universalistico, sempre col rischio di proiettare la sua concezione umanitaria astratta sulla persona-paziente, cancellandone l'individualità affinché i suoi tratti coincidano con i lineamenti della "umanità teorica", né tanto meno con quelli di una "verità scientifica". Viceversa, l'umanitarismo reale e totale si ottiene nell'assistenza, capovolgendo la prospettiva: lungi dal dover assistere la persona in nome di un'umanità, che non esiste se non come ipostasi, l'infermiere assiste l'umanità nella singola persona, cioè nell'unico modo in cui può essere umanizzato ogni gesto dell'agire infermieristico: rivolgendosi e rispondendo alla persona, e dunque ad un "reale" portatore di umanità.

BIBLIOGRAFIA

Cozzi D, Nigris D. *Gesti di cura. Elementi di metodologia della ricerca etnografica e di analisi socioantropologica per il nursing*, ORISS, Ed. Colibrì, Paderno Dugnano, Milano, 1996.

Good BJ. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Ed. di Comunità, Torino, 1999.

Henderson V. *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research and education*, Macmillan Co., New York, 1966.

Leininger MM. *Transcultural Nursing. Concepts, theories, researche and practice,* McGraw-Hill, 1995, 2nd ed, New York, *Infermieristica transculturale. Concetti, teorie, ricerca e pratica,* CEA, Milano, 2004.

Leininger MM. Culture, Care, *Diversity & Universality: A Theory of Nursing*, Jones & Barlett Publisher, Sandbury, MA, 2001 trad. it. *Diversità e universalità della assistenza culturale. Una teoria del nursing,* Piccin, Padova, 2005.

Manara DF. *Verso una teoria dei bisogni dell'assistenza infermieristica*, Lauri Edizioni, Milano, 2000.

Manara DF, *Infermieristica interculturale,* Carocci, Roma, 2004.

Mantovani G. *L'elefante invisibile. Tra negazione e affermazione delle diversità: scontri e incontri multiculturali*, Giunti, Firenze, 1998.

Sclavi M. *Arte di ascoltare e mondi possibili. Come si esce dalle cornici di cui siamo parte*, Bruno Mondadori, Milano, 2003.

Tortolici BC, Stievano A. *Antropologia e nursing*, Carocci, Roma, 2006.