

## Laura Bertini e Enrica Massardi

Laura Bertini è antropologa, con un Dottorato in Scienze umane e sociali. Docente-ricercatrice al DEASS, si dedica al tema migrazioni, salute e cultura. Dal 2017 collabora con l'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio

dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), dove svolge un'attività di terreno a stretto contatto con le équipes di cura nella presa a carico dei pazienti migranti, in qualità di mediatrice culturale.

Enrica Massardi è infermiera, specializzata in Cure intensive con un Master of Advanced Studies in Competenze interculturali. Presso il DEASS è docente-ricercatrice e responsabile mobilità e relazioni internazionali

dell'area sanitaria. Si occupa prevalentemente di tematiche inerenti all'approccio interculturale e alla coordinazione degli stage nei progetti di cooperazione internazionale allo sviluppo.

# Cultura e salute: la differenza nel prendersi cura

**In questo mondo caratterizzato da importanti movimenti migratori, dalla globalizzazione degli scambi economici al movimento di idee e tecnologie, le tradizioni e le cosiddette "culture" sembrano connotarsi sempre più come discorsi di rivendicazione a carattere politico, al fine di determinare a chi spettino o meno quali diritti e risorse.<sup>[1]</sup>**

Dalla difficoltà di definire la propria identità, così plurale e mutevole, emerge l'Altro, non più definibile (se anche lo fosse stato un tempo) attraverso una lista esaustiva di caratteristiche linguistiche, costumi, pratiche religiose, alimentari e di credenze riguardanti salute e malattia. Nella società multiculturale in cui viviamo, il concetto di cultura, fortemente problematico, è da intendersi come un processo dinamico di condivisione da parte di una comunità o di un gruppo di norme, di valori e di simboli. Si possono comprendere allora attraverso il termine di cultura dei gruppi sociali di diversa natura, come delle generazioni, dei quartieri o ancora delle professioni. Le differenze culturali che contraddistinguono la nostra società ci pongono di fronte alla sfida di acquisire l'abilità di passare da una mente monoculturale, in cui le culture sono immaginate come insieme coerente di tradizioni e valori immutati nel tempo e nello spazio, a una mente multiculturale<sup>[2]</sup>, capace invece di cogliere gli aspetti di dinamica e di fluidità della cultura.

Le professioni sanitarie sono confrontate con la multiculturalità delle équipes di lavoro e con l'eterogeneità dei pazienti: le differenze di genere, generazione, professione e origine etnico-culturale determinano differenti rappresentazioni di salute e malattia e la necessità di *com-prendersi* generando alleanza terapeutica. La globalizzazione, moltiplicando e accelerando le possibilità di scambio, è portatrice di molte opportunità, ma genera al

contempo una pluralità di conflitti identitari e istituzionali che non si possono ignorare in un'ottica di sviluppo di cure eque per tutti.

Oggi è sempre più ampio il consenso sulla correlazione tra cultura e salute, come dimostra un recente rapporto della commissione "Culture and health"<sup>[3]</sup>, una équipe di esperti costituita da antropologi, scienziati sociali e medici, che ha elaborato la prima valutazione dettagliata del ruolo della cultura nel campo della salute, riunendo voci di spicco provenienti da diversi ambiti. Gli esperti, attraverso l'esame di pratiche sanitarie in relazione alla cultura, hanno identificato e valutato i temi più urgenti, producendo raccomandazioni e linee di ricerca necessarie per affrontare i bisogni cosiddetti emergenti. La Commissione si è dedicata all'esame di tre aree in cui s'intersecano cultura e salute: competenze culturali, disuguaglianze sanitarie e comunità di cura. Con riferimento a questi settori, la Commissione ha dimostrato chiaramente quanto la salute sia inseparabile dalle percezioni culturali del benessere.

Nella pratica sul nostro territorio lo sviluppo e la diffusione di competenze interculturali sono obiettivi impegnativi e complessi, tenuto conto del carattere intrinsecamente personale dei servizi offerti, che spesso coinvolgono l'intimità delle persone, pazienti e curanti, entrambi culturalmente influenzati da valori, credi ed attitudini personali.<sup>[4]</sup>

Fino a qualche anno fa, in Svizzera le competenze interculturali erano riferite in particolare alle cure per pazienti migranti. Oggi grazie alla ricerca ma anche a piattaforme quali lo *Swiss Hospitals for Equity*, che ha proseguito i cantieri del programma *Migrant Friendly Hospitals*, si tende a riconoscere queste capacità come strumento di base che ogni professionista della salute deve possedere. Esse permettono infatti l'accesso a cure di qualità a tutti i pazienti, passando dalla gestione di

[1] Hobsbawm, E. J. & Ranger, T. (1987). *L'invenzione della tradizione*. Torino: Einaudi.

[2] Anolli, L. M. (2011). *La sfida della mente multiculturale. Nuove forme di convivenza*. Milano: Raffaello Cortina.

[3] Napier, David A. et al. (2014). Culture and health. *The Lancet*, 84(9954), 1607-1639.

[4] Anand, R. & Lahiri, I. (2009). Developing skills for interculturally competent care, in Deardorff, D., *Sage Handbook of Intercultural Competence*, 387.

situazioni conflittuali in équipe fino alla creazione di percorsi terapeutici ad hoc per pazienti particolarmente vulnerabili. Una sfida rilevata anche dall'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) che ha commissionato una ricerca al DEASS<sup>[5]</sup> sul tema delle competenze interculturali in ospedale, dando così il via a una serie di azioni di consolidamento, sviluppo e miglioramento al proprio interno. La scelta delle ricercatrici è stata quella di raccogliere e valorizzare il punto di vista dei curanti e di altre figure chiave che all'interno dell'ospedale sono confrontate con la differenza culturale, mettendo in risalto le pratiche e i processi che le sottendono. In questo modo è stato possibile rilevare in primo luogo la sensibilità e l'interesse per la presa in conto e la gestione delle differenze culturali, condizione necessaria per sviluppare e consolidare ulteriori abilità e competenze. Dopo aver rilevato la sensibilità e la capacità di cogliere la dimensione culturale nella relazione professionale e di cura lo studio si è concentrato nel rilevare gli strumenti in uso e le barriere o sfide per le équipe incontrate.

Tra i vari risultati è emerso, così come in letteratura, che in un primo momento l'incontro con le differenze può causare stress o disagio, ma è anche un'opportunità per conoscere meglio il proprio bagaglio culturale e la propria identità. Incontrare una persona differente dalla norma, aiuta a mettere in discussione i propri modi di pensare e di agire che sembravano universalmente validi, per metterli alla prova e migliorarsi. La nostra capacità di comunicare efficacemente con persone di culture altre, aiuta a comprendere e dare nuovo significato anche alla nostra alterità e dignità.<sup>[6]</sup>

## I fondamenti teorici

«Chi dice interculturale dice necessariamente, se egli dà tutto il suo senso al prefisso "inter", interazione, scambio, apertura, reciprocità, solidarietà obiettiva. Dice anche, dando il suo pieno senso al termine "cultura": riconoscimento dei valori, dei modi di vita, delle rappresentazioni simboliche alle quali si riferiscono gli esseri umani, individui o società, nelle loro relazioni con l'altro e nella loro comprensione del mondo, riconoscimento delle loro diversità, riconoscimento delle interazioni che intervengono di volta in volta tra i molteplici registri di una stessa cultura e tra le differenti culture, nello spazio e nel tempo».<sup>[7]</sup>

Sono numerose le definizioni di competenze interculturali e le rispettive modellizzazioni.<sup>[8]</sup> Non si può comprenderne il valore e le implicazioni senza contestualizzarli nella storia e nella società

in cui si sono sviluppati, ma è possibile affermare che in ciascuno di essi grande enfasi viene data alla comunicazione, principale strumento che le figure sanitarie utilizzano per prendersi cura della persona, e alla sua correlazione con l'aderenza terapeutica.

Molti di essi includono i concetti correlati al loro sviluppo:

- **Conoscenza:** ossia cercare informazioni fondamentali e nozioni sui gruppi culturali ed etnici, ma la sola conoscenza non è sufficiente per diventare culturalmente competenti;
- **Abilità:** possedere abilità culturali significa avere le capacità di raccogliere dati significativi, di impegnarsi in interazioni culturali, di interagire e comunicare in modo appropriato ed efficace;
- **Atteggiamenti:** ossia gli aspetti affettivi della competenza che includono empatia, umiltà, motivazione, flessibilità cognitiva, curiosità, sospensione di giudizio, tolleranza dell'ambiguità, il desiderio di ricercare, fare esperienza e comprendere i rapporti con le persone che hanno culture diverse dalla nostra;
- **Consapevolezza:** come comprensione e valorizzazione delle differenze, la sperimentazione di altre culture e l'autoconsapevolezza;
- **Strutture:** i luoghi di lavoro e le strutture sociali come elementi politici e procedure che sono fuori dal controllo individuale. La competenza culturale personale può essere limitata dalle politiche e dalle strutture che non ne promuovono lo sviluppo.

## L'approccio in pratica

Per i professionisti e gli studenti operativi sul campo la sfida è prima di tutto raggiungere l'autoconsapevolezza: conoscere e comprendere la storia e l'epistemologia della propria professione e la propria identità professionale, ma anche personale. Si tratta di elementi indispensabili per un'efficace relazione terapeutica.<sup>[9]</sup>

A questo va poi aggiunta la conoscenza dell'Altro. Sorge qui la problematica di come sia possibile oggi conoscere tutte le variazioni in materia di salute, malattia, cura, comunicazione, e altre questioni concernenti l'erogazione delle cure: nessuno ha una formula che spieghi tutte le variabili per ogni cultura. Il tentativo di offrire una formazione sulle culture specifiche può essere utile, ma è anche probabile che si riveli inefficace se non addirittura dannoso nella nostra società plurale,

[5] Bertini, L., Massardi, E. & Solcà, P. (2016). *Le competenze interculturali nell'Ente ospedaliero cantonale. Pratiche correnti e sviluppi possibili*. Manno: SUPSI.

[6] Ting-Toomey, S. (1999). *Communicating Across cultures*. New York: The Guildford Press.

[7] Rey, M. (1980). Education interculturelle, in *Introduction aux études interculturelles. Esquisse d'un projet pour l'éducation et la promotion de la communication entre les cultures*, Paris: Unesco, 140.

[8] Possiamo citare fra gli autori più noti di tali modelli: Bennett J.M., Campinha-Bacote J., Leininger M., McFarland M., Papadopoulos I., Purnell LD e Taylor G.

[9] Poletti, F. (2010). Identità, alterità e cura. In *Ricerche di Pedagogia e Didattica: Sezione Pedagogia Sociale, Interculturale e della Cooperazione*, 5(2). Bologna: Università degli Studi di Bologna. Disponibile da: <http://rpd.cib.unibo.it/article/view/1903>

specialmente se le informazioni sono proposte in modo unidimensionale o stereotipato.

Analogamente, nell'attuale società globale è praticamente impossibile preparare gli studenti ad affrontare ogni possibile situazione culturale, anche se la modalità didattica scelta può influenzare sensibilmente l'apprendimento.

Da qui nasce un approccio personalizzato in cui gli studenti e i professionisti già inseriti nel mondo del lavoro possano comprendere le competenze interculturali come un processo, e sviluppare le abilità necessarie per adattarsi alle differenti situazioni, maturando la capacità di leggere l'esperienza, interpretarla, per proiettarla infine verso nuovi orizzonti. L'accento è posto sulla consapevolezza del proprio percorso, che vede la persona in un apprendimento permanente delle competenze interculturali e del riconoscimento della propria identità.<sup>[10]</sup>

Nell'area sanitaria del DEASS le competenze interculturali sono promosse trasversalmente sia a livello teorico che pratico. A livello dei Bachelor in Cure infermieristiche, Fisioterapia ed Ergoterapia si mira principalmente allo sviluppo della *consapevolezza culturale (cultural awareness)*.

L'acquisizione delle conoscenze teoriche avviene in particolare attraverso moduli comuni alle tre professioni il cui titolo è evocativo: *Identità e alterità nella pratica professionale*, ossia un corso obbligatorio all'interno del curriculum; *Salute e migrazione: introduzione all'etnopsichiatria*, un corso opzionale; e infine *Cooperazione internazionale*, un corso propedeutico per chi si candida a partire per uno stage all'estero.

Anche per le professioni sanitarie, così come per altri curricula SUPSI, grazie alla collaborazione con Organizzazioni Non Governative che operano in diversi paesi, agli studenti è data l'opportunità di svolgere delle esperienze di stage professionali presso progetti di cooperazione allo sviluppo. Generalmente nel nuovo contesto si viene immediatamente riconosciuti come il "diverso": ciò in un primo momento fa nascere sensazioni che possono anche disorientare, ma gradualmente la condizione vissuta porta a un'apertura mentale e a una flessibilità, che danno origine al tentativo di comprendere atteggiamenti, pensieri e valori altrui, che non necessariamente si accettano e condividono, ma verso i quali c'è la volontà di conoscere le dinamiche.

A seguito dei risultati della ricerca sulle competenze interculturali per l'EOC, sono nate anche delle



idee di formazione continua. Il corso *Identità plurali oggi: risorse e sfide* proposto ai quadri interessati alla gestione della diversità, ha visto la luce a fine 2017. Il prossimo obiettivo sarà valutare l'interesse per il tema delle migrazioni, della comunicazione interculturale e della mediazione nella cura per la futura offerta formativa.

*“Incontrare una persona differente dalla norma, aiuta a mettere in discussione i propri modi di pensare e di agire che sembravano universalmente validi, per metterli alla prova e migliorarsi.”*

La sfida posta alla ricerca è invece quella di creare degli indicatori atti a comprendere e valutare le procedure e le pratiche in uso in un'ottica di miglioramento della qualità delle cure per le popolazioni vulnerabili. Nell'area sanitaria, quando si parla di salute e cultura, emergono temi quali i traumi legati agli abusi e alle violenze e i comportamenti a rischio, in particolar modo riferiti ai minori non accompagnati o a determinate comunità che vivono una situazione di segregazione sociale. La domanda che merita una risposta rigorosa e costruita con gli strumenti della ricerca scientifica che emerge da questi temi è quella della medicalizzazione del disagio sociale: stiamo curando la salute di persone in situazione di complessa vulnerabilità o stiamo medicalizzando situazioni socio-economiche e giuridiche che meriterebbero una presa in carico più specifica da parte di altre istituzioni oltre a quella medica?

[10] Cohen, J.L. (2010). Getting recognized: Teachers negotiating professional identities as learners through talk, in *Teaching and Teacher Education*, 26(3), 473-481.