

*Differenze culturali nella rappresentazione di salute,
malattia e cura in un campione di badanti:
un approfondimento sul ruolo della famiglia* *
*Cross-cultural differences in the representation of health, illness and
care: investigating the role of the family*

di Cecilia Serena Pace, Patrizia Velotti e Giulio Cesare Zavattini[†]

Il contributo presenta una ricerca qualitativa che si è proposta come approfondimento dei temi di salute, malattia e cura in 30 individui che svolgono la professione di badante in Italia e che appartengono a tre aree culturali differenti: Est-Europa, Sud-America e Italia. Con i partecipanti si sono svolti 5 focus group: 3 divisi per area geografica (intra-etnici) e 2 “misti” (inter-etnici). Dai risultati emergono interessanti stimoli per ulteriori riflessioni legate sia agli aspetti di affinità e di differenza nei tre gruppi culturali rispetto ai concetti esplorati (salute, malattia e cura), sia al diverso valore assegnato alla *famiglia* dai sotto-gruppi etnici, confrontando il modello culturale di gestione della patologia nella famiglia appreso nel contesto di appartenenza e quello del contesto di accoglienza.

Parole chiave: migranti, badanti, salute, malattia, famiglia

This qualitative research aims to explore the representations of health, illness and caring in 30 individuals who work as caretakers in Italy and coming from three different cultural places: East-Europe, South-America and Italy. We led five focus group with the participants: three focus group for people who came from the same geographic area (intra-ethnic) and two “mixed” (inter-ethnic). Interesting ideas came to light from our study on similarities and differences regarding the conceptualizations (health, illness and caring) which were analyzed. Moreover our results emphasized the different value which is assigned to the family by the three ethnic

* Ricevuto: 27/02/2010 – Revisionato: 05/05/2010 – Accettato: 22/05/2010

Autodichiarazione del rispetto delle norme etiche: 25/02/2010

[†] Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, “Sapienza”, Università degli Studi di Roma. E-mail: giulioesare.zavattini@uniroma1.it.

Rivista di Studi Familiari, 1/2010

sub-groups, comparing the cultural model of managing the illness which was learnt in their belonging context to one in their inclusive context.

Key words: *migrant, caretaker, health, illness, family*

Introduzione

Premesse teoriche

Nonostante l'esperienza della migrazione non sia caratteristica della sola epoca moderna, l'attenzione che attualmente le viene riservata e l'aspetto di "urgenza" e novità che le viene in più ambiti accordato (Gozzoli e Regalia, 2005), contraddistinguono questo fenomeno come una realtà estremamente attuale, densa di implicazioni pratiche e teoriche che meritano di essere approfondite. Fortier e Bishop (2003) suggeriscono a questo proposito la necessità di analizzare, attraverso studi di confronto cross-culturali, le conseguenze prodotte dal fatto stesso che molti individui vivano in contesti diversi da quelli di appartenenza e di considerare le caratteristiche dell'incontro tra culture "altre" (Cesareo, 2000), non trascurando il "dinamismo" che è insito in questo fenomeno.

In questa prospettiva, l'*ambito socio-assistenziale* si caratterizza come un importante settore nel quale poter valutare e studiare gli effetti di una crescente multiculturalità (Watson, Hoogbruin e Rumeu, 2003; Angelino, 2007). Negli ultimi anni, infatti, quest'area è divenuta teatro di un interessante cambiamento, in virtù del quale attualmente non è solo l'utenza dei servizi sanitari a essere caratterizzata da una crescente multiculturalità (Leininger, 1991; Leininger e McFarland, 2002; Feeney-Mahoney, Clutterbuck Neary e Zhan, 2005; Hsiao, Klimidis, Minas e Tan, 2006). Si è assistito, infatti, a una massiccia immissione di lavoratori migranti proprio nell'ambito dei servizi di assistenza alle persone per rispondere alla cospicua domanda di personale che svolga mansioni di cura nei confronti di anziani e malati presso le famiglie (Raimondi Ricciardi, 2004; Velotti e Zavattini, 2008). Si tratta dell'ormai nota professione di *badante*, soventemente affidata nel nostro Paese, stando alle statistiche (Caritas, 2007), soprattutto a migranti donne provenienti principalmente dalle due ampie aree geografiche dell'Est-Europa e del Sud America. Quest'ultimo aspetto può essere considerato tra gli elementi in cui si può ravvisare una trasformazione dinamica dei flussi migratori, si tratta del fenomeno della "*migrazione al femminile*". Se, infatti, "*storicamente le migrazioni hanno avuto come protagonisti uomini, figli di interi paesi svuotati dalla povertà e dalla ricerca di un futuro migliore*" (Fondazione Andolfi, 2003, p. 12), quello cui si assiste attualmente è invece una

migrazione che interessa in modo particolare le donne, coinvolte in prima persona nella sfida del grande viaggio (Shihadeh, 1991).

Sotto molti punti di vista, questo fenomeno risulta ancora scarsamente riconosciuto e studiato (Fondazione Andolfi, 2003). In generale, romene, polacche, albanesi, ucraine e moldave costituiscono, nell'insieme, quasi la metà (49%) degli occupati nati all'estero e inseriti in Italia in qualità di collaboratrici domestiche e familiari; anche per quanto riguarda i migranti provenienti dalle due più importanti comunità latino-americane, Ecuador e Perù, il settore della collaborazione domestica e di cura è una strada frequente per l'inserimento lavorativo in Italia: oltre un quinto dei peruviani lavorano come badanti presso le famiglie (22,4%) e gli ecuadoregni sono inseriti in oltre un quarto dei casi (27,8%) nel lavoro domestico e di cura (Caritas, 2007).

Gli aspetti problematici più ricorrenti che gli operatori socio-assistenziali di altri Paesi possono trovarsi a fronteggiare, attengono, da un lato, alla difficoltà di raggiungere una piena competenza linguistica; dall'altro, alle differenze culturali rispetto all'eterogeneità di significati attribuiti alla malattia e alla cura, nonché al senso della prevenzione e alle varie percezioni del rischio (Gozzoli e Regalia, 2005). In questo senso le *rappresentazioni sociali di salute, malattia e cura*, intese come modalità di pensiero pratico orientate verso la comunicazione, la comprensione e il dominio dell'ambiente sociale, materiale e ideale (Moscovici, 1961/1976), di cui sono portatori i migranti che esercitano professioni di cura e di assistenza – come badanti, infermieri, assistenti domiciliari - sembrano meritare un particolare approfondimento (Miller, Campbell, Farran, Kaufman e Davis, 1995; Aranda e Knight, 1997; Sandelin Benco e Sarvimaki, 1999 Dreachli, Hunt e Sprainer, 2000; Kirmaier, 2001; Dilworth-Anderson, Williams e Gibson, 2002; Watson *et al.*, 2003; Li e Fries, 2005; Pinquart e Sorensen, 2005; Wallhagen e Yamamoto-Mitani, 2006; Wells, Cagle, Bradley e Barnes, 2008; Garrouette, Sarkisian, Arguelles, Goldberg e Buchwald, 2006; Beheri, 2009).

Queste rappresentazioni costruite socialmente, da un lato, sono veicolate principalmente dai gruppi familiari d'origine che trasmettono la cultura di appartenenza, in grado di definire e contenere l'identità individuale. Dall'altro, si riflettono nella modalità delle badanti di percepire il *ruolo della famiglia* nella gestione dell'utente anziano/malato (Flick, 2000).

Obiettivi della ricerca

In linea con i presupposti teorici sovraesposti, è stata condotta una ricerca qualitativa, che fa riferimento a un'epistemologia costruttivista e post-moderna, al fine di allargare il campo della conoscenza e di raccogliere informazioni nel modo più aperto possibile. Questa ricerca qualitativa, condotta con lo strumento del focus group, ha esplorato le *rappresentazioni della salute, della malattia e delle prassi di cura* presenti in un campione multi-etnico di lavoratori/trici del settore socio-assistenziale in qualità di *badanti*,

con un approfondimento specifico al ruolo giocato dalla *famiglia* nella costruzione delle rappresentazioni sociali succitate.

Data la tipologia degli studi qualitativi e le caratteristiche relative tanto al campione quanto alla metodologia impiegata, i risultati emersi non potranno essere considerati rappresentativi delle popolazioni più ampie di appartenenza dei partecipanti. Al di là dello scopo generale di ampliare la conoscenza e lo scambio comunicativo tra personale di differente provenienza etnica - che svolge professioni di aiuto nel nostro Paese, spesso in modo isolato e in alcuni casi in condizioni di “*invisibilità sociale*” (Minguzzi, 2002) – questo contributo si propone di effettuare un intervento conoscitivo finalizzato a perseguire i seguenti obiettivi specifici:

- 1) in primo luogo, individuare e analizzare le affinità e le differenze tra le rappresentazioni sociali relative ai temi di salute, malattia e cura prodotte dai professionisti dell’assistenza socio-sanitaria, provenienti da differenti aree culturali;
- 2) in secondo luogo, approfondire il ruolo attribuito alla famiglia dai badanti appartenenti a diverse culture nelle rappresentazioni della salute, malattia e cura.

Metodologia

Partecipanti

Il campione completo è composto da 30 individui, accomunati dallo svolgere una “professione di cura”, in particolare quella di *badante* ed è suddivisibile in tre gruppi sulla base dell’area geografica di appartenenza: 10 italiani, 9 provenienti da un Paese del Sud America (Perù, Ecuador, Argentina, Colombia), 11 originari di un Paese dell’Est Europa (Romania, Polonia, Ucraina, Moldavia, Siberia)¹. Nonostante i migranti provenienti dal Sud America e dall’Est Europa, in particolar modo le donne, non siano gli unici a trovare impiego in Italia grazie a questo tipo di occupazione, stando a quanto riportato dalle statistiche (Caritas, 2007), questi gruppi etnici sono impiegati in questo settore con una percentuale molto alta, ed è stato questo il motivo che ha portato a includere nel campione queste due specifiche provenienze geografiche. La costituzione di un gruppo di badanti di nazionalità italiana è invece utile non solo come termine di paragone in sede di confronto separato tra i gruppi, ma permette anche di mettere alla prova una situazione di scambio e costruzione di un sistema di valori condiviso in riferimento a ciò che è alla base di questa identità professionale: primariamente i concetti di salute, malattia e delle pratiche di cura.

I partecipanti sono stati reclutati con la *tecnica dello snowball o campionamento a valanga*: sono state interpellate Associazioni ed Enti (Fondazione Andolfi, Comune di Roma, Associazioni Culturali, ecc) in cui fosse possibile incontrare individui appartenenti alla categoria professionale di interesse (Stewart e Shamdasani, 1990) e, una volta entrati in contatto con alcuni di questi, si è chiesto loro di reperire altre persone di loro conoscenza che svolgevano una professione affine e appartenevano a una delle succitate aree geografiche.

Il campione presenta una netta predominanza della componente femminile, con 27 donne e 3 uomini, compatibilmente con le caratteristiche della categoria professionale che lo costituisce. Il range di età dei partecipanti alla ricerca è ampio – tra 26 e 59 anni – e l'età media è di 45 anni e 6 mesi. I partecipanti stranieri vivono in Italia da un periodo compreso tra 1 e 32 anni (media = 9,6 anni) e parlano fluentemente la lingua italiana; il 95% di loro ha un livello di istruzione corrispondente al diploma o alla laurea, mentre il 20% degli italiani ha ottenuto la licenza elementare.

Procedura

I badanti/assistenti domiciliari, una volta individuati, sono stati intervistati telefonicamente, per raccogliere alcuni brevi dati anagrafici e per verificare la reale conoscenza della lingua italiana. Successivamente con i partecipanti sono stati condotti complessivamente 5 incontri di focus group, della durata di 2 ore-2 ore e mezza ciascuno - articolati in: *domanda di apertura, domanda introduttiva, domande sostanziali e domanda finale*, così come suggerito da Krueger (1994) – di cui:

- 1) tre focus group con partecipanti divisi per etnia di appartenenza (uno con le 11 badanti Est Europee, uno con le 10 italiane, e uno con i 9 sud-americani), che abbiamo definito “*intra-etnici*”;
- 2) due focus group “misti”, ognuno con un numero simile di badanti appartenenti alle diverse etnie (4, 5 o 6 per ogni area geografica, con numero complessivo di 15 e 16 partecipanti per focus group) che abbiamo definito “*inter-etnici*”.

Strumento

Lo strumento del *focus group* è stato giudicato come una tecnica particolarmente compatibile al conseguimento degli scopi della ricerca poiché “*può di fatto essere considerato come una società pensante in miniatura*” (Kitzinger Markovà e Kalampalikis, 2004, p. 239) ed è un “*metodo di investigazione che ha il pregio di riflettere le dinamiche di produzione delle stesse rappresentazioni che intende studiare*” (Jovchelovitch, 2004, p. 246).

Le domande “sostanziali” della Fase I – per i focus group *intra-etnici* – hanno riguardato i temi della salute, della malattia e del prendersi cura in generale, con specifico riferimento ai contesti di provenienza. Durante questi focus sono emersi spontaneamente alcuni argomenti – tra cui il ruolo della famiglia - in base ai quali sono state pianificate le domande “sostanziali” della Fase II, relativa ai focus group *inter-etnici*, che hanno approfondito le differenze attribuite ai legami familiari nella gestione della malattia/anzianità dai partecipanti provenienti da distinte aree geografiche. Per le domande sia dei 3 focus group *intra-etnici*, sia dei 2 *inter-etnici* si è optato per un utilizzo di forme parallele.

In questo studio tutti gli incontri sono stati condotti da *due moderatrici*; la totalità dei focus group effettuati è stata audio-videoregistrata durante lo svolgimento e successivamente trascritta *verbatim* al fine di analizzarne i contenuti.

Analisi dei dati

Al fine di analizzare i contenuti emersi dai focus group, si è utilizzato uno dei metodi interpretativi qualitativi frequentemente impiegati nella ricerca sociale: l’approccio denominato *Grounded Theory* (Glaser e Strauss, 1967; Strauss e Corbin, 1990), la cui particolarità risiede nella possibilità di “*lasciar parlare i dati*”, ovvero di far procedere di pari passo l’osservazione e l’elaborazione teorica, in un’interazione continua, circolare e ricorsiva. È stato impiegato il programma di analisi qualitativa dei dati *Atlas.ti* per supportare il processo di lettura e codifica del corpus dei dati, facilitando l’approccio circolare e induttivo caratteristico della *Grounded Theory* (Strauss e Corbin, 1990).

Risultati

Affinità e differenze tra le rappresentazioni sociali di salute, malattia e cura di badanti provenienti dall’Est-Europa, dal Sud America e dall’Italia

Affinità. Da una lettura trasversale dei trascritti dei focus group è possibile notare come alcune *definizioni* di salute, malattia e cura siano ricorsive nei tre gruppi *intra-etnici*.

Rispetto al *tema della salute* gli aspetti di similarità riguardano, da una parte, il “che cosa è” la salute, definita da tutti i partecipanti sia come uno stato generale di benessere psico-fisico, sia come “assenza di malattia”; dall’altra parte “da cosa essa dipenda”, ricorrendo a un’attribuzione di causalità generica – spesso “esterna” - rispetto alla salute. Questa è giudicata come un qualcosa che sfugge al completo controllo individuale e che è, in larga

parte, sottoposta al caso e a leggi di cui l'essere umano non può avere piena cognizione e che, quindi, non può spiegare completamente in tutti i suoi elementi.

Da un'analisi trasversale dei contenuti connessi alla *malattia*, alcuni aspetti risultano caratterizzare in modo simile le rappresentazioni dei partecipanti delle tre etnie che, in primo luogo, definiscono in modo molto generale che cosa sia la malattia, accostandola al concetto della "mancanza": la malattia, infatti, è "mancanza di salute", mancanza di autonomia da parte dell'individuo - in modo perfettamente speculare rispetto alle definizioni relative alla salute. I partecipanti delle tre etnie, inoltre, riconoscono che la malattia può avere "caratteristiche differenti": ne possono esistere di diversi tipi, con differenti gradi di gravità e diverse cause scatenanti. Infine, tutti qualificano la malattia in senso negativo, mettendone in evidenza la dimensione peggiorativa all'interno dell'esistenza umana, come un qualcosa di sconosciuto, che irrompe improvvisamente nella vita dell'individuo, sovvertendone gli equilibri e che, al di là dei comportamenti che possono essere messi in atto per preservarsi il più possibile in buona salute, semplicemente "capita o non capita".

Entrando nel merito della rappresentazione attinente al *prendersi cura* di qualcuno come professionisti del settore, le badanti di tutte e tre le etnie evidenziano il tema della relazione che si determina tra paziente e curante, come lo strumento unico e fondamentale su cui si basa la possibilità stessa di curare qualcuno e sottolineano tutte la questione del "coinvolgimento emotivo" rispetto a questa relazione, benché non mostrino posizioni allineate rispetto all'intensità che tale coinvolgimento possa raggiungere.

Differenze. Nell'ambito del confronto tra i discorsi dei tre gruppi culturali, si delinea una struttura di significati generali sostanzialmente simili, sulla cui base, appaiono interessanti differenze, rappresentate da sfumature - spesso lievi, a volte più vistose - sia nell'intensità con cui gli stessi temi ricorrono, sia nella presenza di alcuni contenuti specificatamente solo in alcuni gruppi.

Nel gruppo delle badanti *est-europee* la *sfera psicologica* riveste un'importanza cruciale, rispetto alla sfera somatica, tra i fattori che determinano salute, malattia e cura. La sfera psicologica è collegata frequentemente al tema della *salute* attraverso una *relazione biunivoca*: da una parte infatti, così come nelle altre etnie, alcuni tratti psicologici e temperamentali della persona sono considerati in grado di promuovere lo stato di salute; dall'altra parte, invece, vengono sottolineati gli effetti che lo stesso stato di salute dell'individuo può sortire sulla sua sfera psicologica. La "*forza interiore*" è la più saliente tra le "caratteristiche psicologiche" giudicate influenti rispetto allo stato di salute e, nonostante non sia presente in maniera esclusiva in questo gruppo culturale, rappresenta senza dubbio la peculiarità più evidente delle rappresentazioni delle badanti est-europee. In linea con tali considera-

zioni in questo gruppo, in maniera più frequente di quanto accada negli altri due, la *malattia* sembra poter essere anche solo del tutto “psicologica”; in questo ambito viene sottolineata la gravità della *depressione*, considerata quasi come la “malattia psicologica” per eccellenza, la più temibile nella visione collettiva emersa dalla discussione. In questa sede ritorna insistentemente il concetto della “*forza interiore*”, concepito secondo una prospettiva opposta a quella impiegata per la salute: è la mancanza di questo tratto fondamentale che fa ammalare. Nelle definizioni relative al tema della *cura* prevalgono gli aspetti legati al “prendersi cura della parte emotiva e psicologica” del malato: curare significa molto far sorridere il malato, rasserenarlo, cercare di avere su di lui un effetto positivo, anche tramite l’allegria e il buonumore, stimolarlo, ecc. Le badanti dell’Est-Europa, inoltre, fanno riferimento: 1) a una serie di aspetti che sono ritenuti “basilari” per poter curare qualcuno tra cui l’“attitudine” a svolgere una simile professione che porta a essere sempre a contatto con sofferenza e malattie, soffermandosi nuovamente sul concetto della *forza*, vista come la vera caratteristica indispensabile da possedere se si svolge il mestiere di badante; 2) a “doti di umanità fondamentali” nell’essere umano, come la capacità essenziale e istintiva di amare il prossimo, di mettere amore in quello che si fa, di esercitare costantemente la propria pazienza; 3) agli “aspetti di difficoltà” che il lavoro di cura comporta: prendersi cura di un individuo non è semplice, l’assistenza risulta faticosa e pesante a livello fisico e mentale, soprattutto se il paziente è affetto da malattie che invalidano la sua mente, piuttosto che il suo corpo.

Per i badanti provenienti dal *Sud America* la *sfera somatica* e la *sfera psicologica*, invece, sono entrambe componenti importanti legate a salute, malattia e cura. Rispetto alla rappresentazione della *salute* gli aspetti che contraddistinguono specificatamente questo gruppo sono due: in primo luogo, emerge la presenza di un concetto poco definito (ma ripetuto così spesso da non poter essere trascurato e in ogni caso inseribile negli aspetti psicologici) relativo all’idea che la salute dipenda dall’“*amore*” che la persona ha e che questo amore sia in qualche modo la base del suo benessere; in secondo luogo, si sottolinea l’*interazione tra le due componenti “Individuo” e “Contesto/Ambiente”*: il modo in cui l’individuo interagisce con l’ambiente che lo circonda, le sue modalità di reagire agli innumerevoli stimoli che esso pone, si va conseguentemente a riflettere sul proprio stato di benessere. L’esistenza di questo “ponte” fondamentale tra individuo e ambiente viene accennata solamente nell’ambito di questa etnia. Coerentemente i badanti del Sud America concepiscono la *malattia* come una condizione che può riguardare sia la *componente somatica* dell’individuo, sia la *componente psicologica*, anche se questo ultimo tipo di malattia viene in genere sottovalutata, scarsamente riconosciuta, essendo molto meno “evidente” rispetto a una malattia che colpisce il fisico. Questo gruppo enfatizza, molto più degli altri, i *comportamenti individuali* – legati a uno stile di vita scorretto - che, se messi in atto ripetutamente, sono considerati come causa dell’insorgere della malattia

(fumo, alcol, cattiva alimentazione, ecc). Se però, le badanti dell'Est-Europa sottolineavano maggiormente la *cura* di aspetti emotivi-psicologici nel malato, piuttosto che di aspetti relativi al suo corpo e ai suoi bisogni, i partecipanti del Sud America evidenziano esattamente l'opposto. Pur senza sottovalutare gli aspetti prettamente emotivi e psicologici nel paziente, è tuttavia sulle dimensioni attinenti la cura del *corpo e dei bisogni del malato*, che insistono molto i sud-americani: curare infatti, significa far fronte alle necessità concrete che l'ammalato pone, significa prestare un'attenzione speciale all'alimentazione della persona che si assiste, ecc. In questo gruppo, inoltre, emergono due aspetti peculiari: 1) viene sottolineata l'importanza, oltre che dell'attitudine a svolgere professioni di assistenza, anche della "*motivazione personale*": si può infatti svolgere un lavoro di cura solo se lo si fa volentieri e se si è veramente motivati a farlo, altrimenti è meglio scegliere altri tipi di professione; 2) oltre gli aspetti di difficoltà, vengono messi in luce anche gli *aspetti di gratificazione*: poter notare come le cure prestate al malato siano state efficaci e abbiano portato a dei miglioramenti è un qualcosa che gratifica molto l'operatore, così come il riconoscimento da parte dei familiari o del paziente stesso dell'efficacia del proprio operato.

Tra le *badanti italiane*, rispetto al tema della *salute*, si evidenzia, in primo luogo una quantità nettamente minore di concetti, relazioni e definizioni rispetto agli altri due gruppi; in secondo luogo, è da sottolineare la ricorsività, tra le italiane, nel considerare il benessere come direttamente assimilabile all'"efficienza" dell'individuo, alla sua "autonomia personale" e all'indipendenza. Al contrario la rappresentazione della *malattia* in questo gruppo risulta complessa e articolata, anche rispetto alle altre due etnie, essendo stata dibattuta in maniera dettagliata e con riferimento a una gran varietà di temi e sotto-temi. Oltre a proporre l'idea che la malattia sia una dimensione che possa selettivamente riguardare la *sfera somatica* e la *sfera psicologica* dell'individuo, le italiane pongono una particolare attenzione sugli "effetti" che la malattia è in grado di produrre nell'individuo, descritti ed elencati in gran numero: si tratta di effetti negativi nella maggior parte dei casi (rende deboli, egoisti, porta a lamentarsi di continuo, ecc), nonostante compaia anche l'idea che la malattia possa generare alcuni cambiamenti "in positivo", permettendo una *revisione* di se stessi e un effetto indirettamente positivo sul proprio carattere e sulla propria personalità. Rispetto al tema della *cura* le badanti italiane, presentano gli aspetti di maggiore originalità rispetto agli altri due gruppi. Emerge ampiamente l'importanza del "*dialogo*" con il malato, aspetto questo, probabilmente a causa delle minori competenze linguistiche, molto meno approfondito dai colleghi e colleghe migranti. Compare solo in questo gruppo l'idea che prendersi cura di qualcuno significhi far sì che egli viva la sua vita al meglio delle possibilità che gli sono permesse dalla sua patologia e agire in modo da ritardare il più possibile il decorso di malattie che non possono essere del tutto guarite. A differenza degli altri due gruppi, le italiane non fanno riferimento né alla giusta attitu-

dine, né alla giusta motivazione personale necessarie a svolgere questo mestiere: viene invece messa in evidenza l'idea che si possa lavorare bene con certi pazienti, ma non con altri, a seconda della personalità e del carattere dell'operatore. Le badanti italiane sono le uniche a indicare come, in una professione così impegnativa come la loro, sarebbe necessario, da una parte, un "sostegno psicologico" all'operatore, per elaborare e metabolizzare il peso dell'essere continuamente a contatto con la sofferenza altrui e dall'altra, una "formazione sugli aspetti psicologici", che risultano di primaria importanza nella relazione con il malato, di cui spesso non si ha alcuna cognizione.

Il ruolo della famiglia nei tre gruppi etnici

Nei *focus group intra-etnici* le informazioni relative all'ambito delle relazioni familiari sono dibattute in modo approfondito solo nel gruppo delle badanti italiane.

Le badanti provenienti dall'*Europa dell'Est*, infatti, accennano solamente tra le righe alla tematica attinente all'influsso delle relazioni cui l'individuo partecipa sulla *salute*: secondo loro anche la qualità delle relazioni in cui il soggetto è inserito andrebbe in qualche modo a modificare, in positivo o in negativo, il proprio benessere psico-fisico. A questo proposito fanno solo un breve riferimento a quanto l'intrattenere relazioni sane e positive nell'ambito familiare abbia un effetto benefico sulla salute, mentre è interessante notare come non compaia affatto il riconoscimento dell'importanza di altri tipi di relazioni sociali (amicali, lavorative, ecc). In relazione al tema della *malattia*, le badanti dell'Est-Europa considerano perlopiù gli "effetti" negativi che la condizione patologica del membro di una famiglia ha sul sistema familiare e sulle relazioni tra l'individuo malato e i suoi parenti stretti: viene sottolineato, in particolare, il dispiacere che comporta per i figli il non esser più riconosciuti o ricordati dai genitori ammalati di Alzheimer.

Nel gruppo delle badanti provenienti dal *Sud America* risulta completamente assente qualsiasi riferimento alle *relazioni familiari* nell'ambito di una rappresentazione di *malattia* e *cura*, mentre rispetto all'idea di *salute* sottolineano gli effetti benefici su di essa di relazioni interpersonali sane e soddisfacenti sia all'interno del contesto familiare, dove la salute trae vantaggio da un "clima armonioso", sia in senso più ampio, dove la salute viene a essere determinata da un benessere che attiene in generale alla positività delle relazioni sociali che l'individuo vive.

Le badanti *italiane*, invece, se nel discutere la definizione di *salute* rimandano in termini generici al ruolo della famiglia limitandosi solo a qualche rapido accenno relativo agli effetti che le relazioni sociali in genere producono sullo stato di benessere soggettivo, quando approfondiscono il concetto di *malattia*, sottolineano ampiamente il ruolo delle *relazioni familiari*. L'idea di fondo è che ci sia un rapporto di "reciproca interdipendenza tra l'individuo in stato di malattia e il contesto familiare" nel quale egli è inseri-

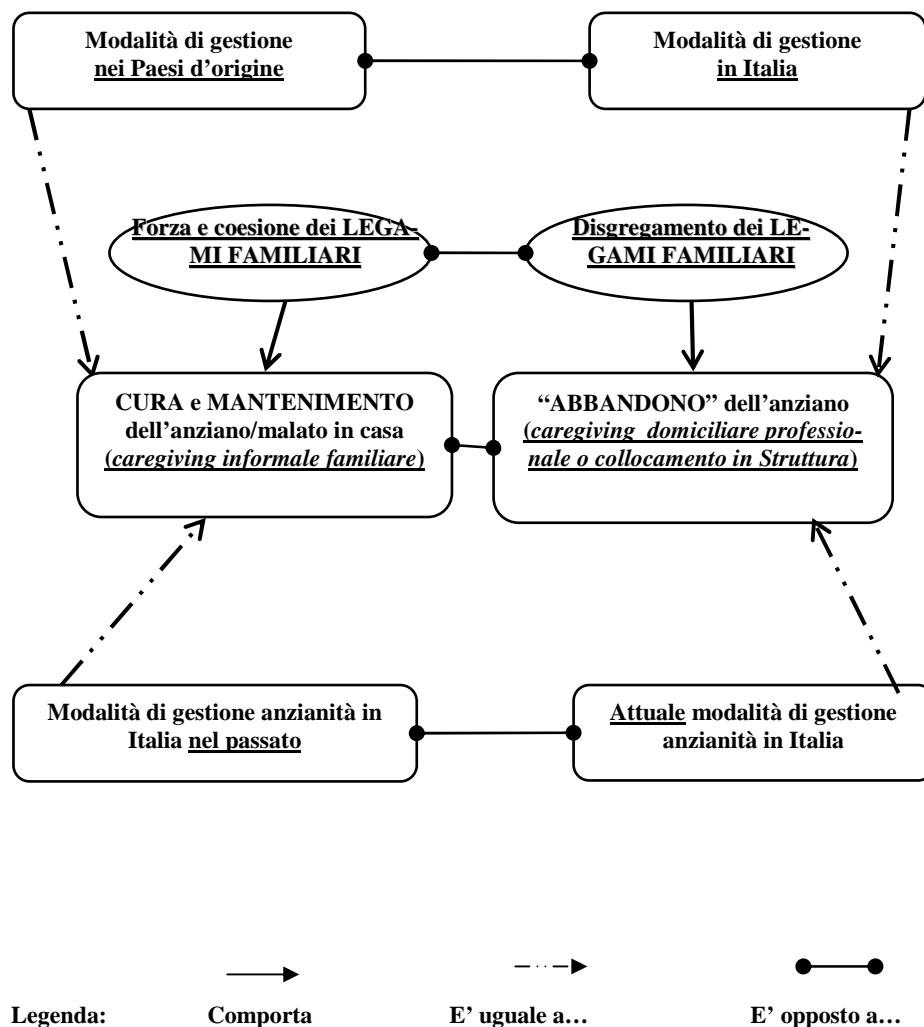
to. Da una parte le relazioni familiari in alcuni casi possono causare la malattia negli individui, con un probabile riferimento in particolar modo alla malattia mentale (una gestione inadeguata dei propri figli da parte dei genitori, infatti, porterebbe i bambini ad “ammalarsi fin da piccoli”). Dall'altra parte, più spesso, viene sottolineato come la malattia comporti degli effetti notevoli sulla famiglia, influenzando negativamente l'individuo, ma molto anche il contesto familiare. Il nucleo familiare, inoltre, viene più volte indicato come il “*primo e più importante contesto*” che si trova a dover affrontare la malattia di un individuo e il suo apporto risulta indispensabile ai fini della possibilità di fronteggiare tale evento. In concomitanza con questo concetto, sempre esclusivamente in questo gruppo, è stato messo in evidenza che la gestione della malattia di un individuo da parte della sua famiglia non è un processo esente da possibili difficoltà, complicazioni e insuccessi e dal fatto che talvolta sono i familiari stessi del malato a non riuscire ad accettarne la malattia. Questi aspetti sono le motivazioni principali per cui, secondo le badanti italiane, sarebbe opportuno un *sostegno* tanto all'individuo che sta vivendo e affrontando la dura esperienza della malattia, tanto alla famiglia in cui la persona è inserita, di modo che la gestione di alcune patologie non rimanga a carico *in toto* del nucleo familiare.

Nei *focus group inter-etnici* il tema delle *relazioni familiari* è stato ampiamente dibattuto nella discussione dei concetti di salute e malattia, in parte riprendendo aspetti già emersi nei focus group intra-etnici, in parte evidenziando nuove linee di pensiero, derivate direttamente dal confronto multiculturale. Rispetto all'idea di *salute*, da un lato, è ribadita la dipendenza della salute dall'“armonia familiare”, dall'altro lato emerge una valorizzazione dei legami interpersonali, in primis quelli con i propri parenti e congiunti, considerati “necessari anche in salute”, non solo in situazioni di difficoltà. Rispetto al concetto di *malattia*, invece è sottolineato nuovamente sia il tema delle conseguenze/ effetti negativi che una patologia a carico di un individuo comporta in tutti i membri del suo sistema familiare (es. le lamentele continue del malato, la mancanza di riconoscimento dei propri cari, ecc), sia la centralità – e le relative difficoltà - della famiglia chiamata a essere il punto di riferimento fondamentale per la persona malata nella gestione dell'evento malattia.

L'aspetto più originale che si evidenzia nel dibattito tra operatori socio-assistenziali provenienti da diversi paesi è la frequenza, da parte dei badanti migranti, di un raffronto critico tra la forte valorizzazione dell'anziano/malato nei propri contesti di appartenenza, che porta a mantenerlo e curarlo all'interno della famiglia per tutta la sua vita, e la tendenza opposta in Italia, dalla quale essi prendono le distanze, ad “abbandonare” l'anziano/malato, non permettendogli di vivere nella famiglia e delegando ad estranei o a strutture il compito della sua gestione e cura. È molto interessante notare come, rispetto a questa questione, non potendo fare riferimento a esperienze di vita in altri contesti, come i partecipanti migranti, le badanti

italiane rispondano utilizzando anch'esse la modalità del paragone, ricordando come anche in Italia in passato fossero diffusi stessi valori di unità della famiglia e di valorizzazione degli anziani/malati che con il tempo e il mutamento di alcune condizioni (in passato, ad esempio, le donne non lavoravano e potevano così prendersi cura dei propri parenti anziani) si sono purtroppo andati perdendo. Come mostrato nella Figura 1, è stato possibile evidenziare la co-presenza di due filoni di pensiero nei badanti stranieri e italiani.

Figura 1. Confronto tra i partecipanti dei focus group inter-etnici rispetto al tema delle relazioni familiari



In sintesi, da un lato emerge, da parte degli operatori migranti un'enfatizzazione della differenza nella modalità di gestione della malattia/anzianità nei propri Paesi d'origine e quelle diffuse in Italia, che sottolinea il mantenimento in casa del malato/anziano a causa di una rete parentale molto unita nei paesi d'origine vs l'abbandono del malato/anziano e suo ricovero in strutture in Italia. Dall'altro lato, le operatrici italiane fanno riferimento a modalità di gestione della condizione della malattia/anzianità molto differenti in Italia nel passato rispetto al tempo attuale: il valore della famiglia e il mantenimento in casa del malato "nonno" in passato vs l'allontanamento del malato/anziano nel presente.

Conclusioni

Questo lavoro di ricerca qualitativa si è proposto come un approfondimento delle conoscenze dei sistemi cognitivi legati ai temi di salute e malattia di cui sono portatori coloro - italiani e migranti - che svolgono professioni assistenziali all'interno delle famiglie, come il mestiere di badante.

Dai risultati emergono interessanti stimoli per ulteriori riflessioni legate sia al confronto tra il modello culturale di salute, malattia e gestione della patologia appreso nel contesto di appartenenza e quello proprio del contesto di accoglienza, sia al differente valore assegnato alla famiglia dai diversi sotto-gruppi etnici nella rappresentazione della salute e della malattia.

In *primo luogo* è interessante notare che alcune definizioni comuni in tutte le etnie relative al "che cosa" sia la salute risultano essenzialmente di due tipi che si potrebbero definire - compatibilmente con quanto rilevato da Herzlich (1973) - come "*fenomeno positivo*", o piuttosto come "*fenomeno negativo*". In maniera molto simile nei tre gruppi, infatti, da una parte emergono definizioni mirate a sottolineare come la salute comporti la presenza di alcuni indici positivi come uno stato generale di benessere psico-fisico o una condizione di autonomia ed efficienza nel poter espletare tutte le attività del quotidiano. D'altra parte, si rilevano concettualizzazioni sulla salute che pongono al centro la parola "mancanza", come se la salute fosse un qualcosa non agevolmente definibile di per sé, ma si dovesse definire solo in rapporto al suo opposto: la salute, in questo senso, è solamente assenza di malattia e viene apprezzata spesso nel momento in cui essa viene a mancare. Questi risultati sembrano andare nella direzione di una globalizzazione, ovvero di un processo di "omogeneizzazione" (Berry, 2006, 2008) di alcuni concetti-chiave all'interno delle comunità composte da individui appartenenti a differenti culture, che può rappresentare, secondo Scilligo (2003), uno degli esiti più rischiosi della moderna "identità multiculturale", che potrebbe comportare la scomparsa di identità locali assorbite dentro un'identità di tutti e di nessuno, con conseguenziale diffusione su scala planetaria della cultura e delle tecniche occidentali.

In *secondo luogo*, valutando in maniera trasversale quanto è emerso nei tre focus group intra-etnici, si evidenziano alcune linee di riflessione specifiche e diversificate per ogni area di provenienza: la linea concettuale della “forza interiore” e dell’accentuazione degli aspetti psicologici tanto nella salute, quanto nella malattia e nella cura da parte delle badanti Est-europee; l’enfatizzazione, nel gruppo dei Sudamericani, dell’importanza di alcuni aspetti attinenti alle relazioni interpersonali e alla dimensione affettivo-motivazionale; la linea concettuale che, nelle Italiane, porta al centro la questione dell’“autonomia personale”. Ulteriori indagini potrebbero focalizzarsi su questi e altri elementi che, in questo contributo, sono stati esplorati a un livello più generico e che probabilmente meriterebbero uno spazio ulteriore di approfondimento e comprensione.

In *terzo e ultimo luogo*, rispetto al ruolo della famiglia sono emersi alcuni elementi di riflessione da approfondire. Innanzitutto si rileva la sottolineatura, sebbene in termini generici, da parte delle operatrici straniere dell’importanza dei legami familiari per lo stato di benessere psico-fisico individuale, come se l’“armonia familiare” rappresentasse la *conditio sine qua non* possa svilupparsi una condizione di salute personale, difficilmente pensabile al di fuori di essa. Sul versante opposto, invece, le italiane sottolineano le implicazioni delle relazioni familiari solo nel discutere delle rappresentazioni della malattia e della cura, che risultano in effetti imperniate in gran parte sul tema della famiglia cui, invece, non si fa alcun riferimento diretto in relazione alla salute, come se il ruolo della famiglia assumesse effettiva e imprescindibile centralità solo come sostegno nella gestione delle situazioni negative. Infine, nei focus inter-etnici si rileva la costruzione di un doppio canale che vede la polarizzazione di due dimensioni: un “qui e ora” in cui l’accudimento dei propri cari malati o anziani è estromesso dall’ambito familiare e affidato alla gestione di terzi vs un “lì e allora” in cui era la famiglia a farsi carico dei soggetti più deboli all’interno di essa. La suggestione che ne deriva è relativa all’esistenza nel pensiero collettivo di una dimensione “altra” – intesa sia come “altro luogo”, sia come “altro tempo” rispetto a quello in cui si è costretti a vivere - in cui sia possibile prendersi cura affettuosamente e rispettosamente delle componenti malate o anziane del proprio contesto familiare.

Tra i possibili limiti di questa ricerca qualitativa se ne possono individuare sicuramente due principali. Il primo riguarda una possibile tendenza al “conformismo” da parte dei partecipanti che, in un contesto gruppale, potrebbero essere portati a dire non ciò che pensano veramente, ma a dare risposte socialmente desiderabili e opportune, che potrebbe essere aggirata in futuro incrociando i dati con una seconda metodologia, come interviste singole o questionari auto-somministrati (Bovina, 1998; Corrao, 2000). Il secondo limite, imprescindibile nella ricerca qualitativa, è la questione della non generalizzabilità dei risultati (Zammuner, 2003). Allo stesso tempo, collocandosi in un ambito teorico ancora aperto e inesplorato (Velotti e Zavatti-

ni, 2008) le riflessioni scaturite nell'ambito di questo contributo potrebbero rappresentare un nuovo punto di partenza per la conduzione di studi che, con altre ipotesi e differenti metodologie, potrebbero indagare ulteriormente questi o altri temi connessi.

Riferimenti bibliografici

- Angelino, E. (2007). Lost in translation: la prospettiva transculturale nella promozione della salute, non solo un problema di linguaggio. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 29, 55-57.
- Aranda, M. P., Knight, B. G. (1997). The influence of ethnicity and culture on the caregiving and coping process: A socio-cultural review and analysis. *The Gerontologist*, 37, 342-354.
- Beheri, W. H. (2009). Diversity Within Nursing: Effects on Nurse-Nurse Interaction, Job Satisfaction, and Turnover. *Nursing Administration Quarterly*, 33, 216-226.
- Berry, J. W. (2006). Mutual intercultural relations among immigrants and ethno-cultural groups in Canada. *International Journal of Intercultural Relations*, 30, 719-734.
- Berry, J. W. (2008). Globalization and acculturation. *International Journal of Intercultural Relations*, 32, 328-336.
- Bovina, L. (1998). I focus group. Storia, applicabilità, tecnica. In: C. Bezzi (a cura di), *Valutazione*. Perugia: Giada.
- Caritas (2007). *Immigrazione. Dossier statistico 2007*.
- Cesareo, V. (2000). *Società multietniche e multiculturalismi*. Milano: Vita e Pensiero.
- Corrao, S. (2000). *Il focus group*. Milano: Franco Angeli.
- Dilworth-Anderson, P., Williams, I. C., Gibson, B. E. (2002). Issues of Race, Ethnicity, and Culture in Caregiving Research: A 20-Year Review (1980-2000). *The Gerontologist*, 42, 237-272.
- Dreachsli, J. L., Hunt, P. L., Sprainer, E. (2000). Workforce diversity: implications for the effectiveness of health care delivery teams. *Social Science & Medicine*, 50, 1403-1414
- Flick, U. (2000). Qualitative Inquiries into Social Representations of Health. *Journal of Health Psychology*, 5, 315-324.
- Fondazione Andolfi (2003). *Le colf straniere: culture familiari a confronto*, Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati, Dipartimento degli Affari Sociali- Presidenza del Consiglio dei Ministri, ONC-CNEL
- Fortier, J. P., Bishop, D. (2003). Setting the agenda for research on cultural competence in health care. In: C. Brach (a cura di), *Final report: Setting the agenda for research on cultural competence in health care*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Garrouette, E. M., Sarkisian, N., Arguelles, L., Goldberg, J., Buchwald, D. (2006). Cultural Identities and Perceptions of Health Among Health Care Providers and Older American Indians. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 111-116.
- Glaser, B., Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago: Aldine.

- Gozzoli, C., Regalia, C. (2005). *Migrazioni e famiglie. Percorsi, legami e interventi psicosociali*. Bologna: Il Mulino.
- Herzlich, C., Graham, D. (1973). *Health and Illness. A social Psychological Analysis*. London: Academic Press Inc.
- Hsiao, F. H., Klimidis, S., Minas, H., Tan, E.S, (2006). Cultural attribution of mental health suffering in Chinese societies: The views of Chinese patients with mental illness and their caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 998-1006.
- Jovchelovitch, S. (2004). Contextualiser les focus groups: comprendre les groups et les cultures dans la recherche sur les representations. *Bulletin de Psychologie*, 57, 245-252.
- Kirmayer, L.J. (2001). Cultural Variations in the Clinical Presentation of Depression and Anxiety: Implications for Diagnosis and Treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 22-28.
- Kitzinger, J., Markovà, I., Kalampalikis, N. (2004). Quest-ce que les focus groups?. *Bulletin de Psychologie*, 57, 237-243.
- Krueger, R.A. (1994). *Focus Group. A Pratical guide for Applied Research*. London: Sage.
- Leininger, M. (1991). The theory of culture care diversity and universality. In: M. Leininger (a cura di), *Culture care diversity and universality: A theory of nursing* (pp. 5-68). New York: National League for Nursing.
- Leininger, M., McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice*. New York: McGraw-Hill Medical.
- Li, L. W., Fries, B. E. (2005). Elder Disability as an Explanation for Racial Differences in Informal Home Care. *Gerontologist*, 45, 2, 206 - 215.
- Miller, B., Campbell, C., Farran, C., Kaufman, J., Davis, L. (1995). Race, Control, Mastery and caregiver distress. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, 6, 374-382.
- Minguzzi, C. (2002) (a cura di) *Il futuro possibile*, Dipartimento per le Pari Opportunità e Comune di Roma.
- Moscovici, S. (1961/1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Universitaires de France.
- Pinquart, M., Sörensen, S. (2005). Ethnic Differences in Stressors, Resources, and Psychological Outcomes of Family Caregiving: A Meta-Analysis. *Gerontologist*, 45, 90-106.
- Raimondi, F., Ricciardi, M. (2004) (a cura di) *Lavoro migrante: esperienza e prospettiva*. Roma: Derive Approdi.
- Sandelin Benko, S., Sarvimaki, A. (1999). A Study of Swedish Geriatric Nursing Personnel Utilizing the Nurse Self-Description Form. *Scandinavian Journal of Caring*, 13, 67-71.
- Scilligo, P. (2003). L'Identità Multiculturale. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, 9, 85-95.
- Shihadeh, E. (1991). The prevalence of husband-centered migration: Employment consequences for married mothers. *Journal of Marriage and the family*, 53, 432-444.
- Velotti, P., Zavattini, G. C. (2008). Le professioni d'aiuto nelle società multietniche: differenze e similitudini nelle rappresentazioni della salute e della malattia. *Ciclo Evolutivo e Disabilità*, 11, 101-111.

- Wallhagen, M. I., Yamamoto-Mitani, N. (2006). The Meaning of Family Caregiving in Japan and the United States: A Qualitative Comparative Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 17, 65-73
- Watson, R., Hoogbruin, A. L., Rumeu, C. (2003). Differences and similarities in the perception of caring between Spanish and UK nurses. *Journal of Clinical nursing*, 12, 85-92.
- Wells, J. N., Cagle, C. S., Bradley, P., Barnes, D. M. (2008). Voices of Mexican American Caregivers for Family Members With Cancer: On Becoming Stronger. *Journal of Transcultural Nursing*, 19, 223-233.
- Zammuner, V. L. (2003). *I focus group*. Bologna: Il Mulino.

Note:

1. Questo studio è stato realizzato all'interno del progetto di ricerca "Culture della cura a confronto: la diversità come risorsa per la costruzione di identità professionali condivise", finanziato con i Fondi COFIN 2006 (Protocollo: 2006115379_002)
2. Alcuni imprevisti incorsi al momento dello svolgimento degli incontri hanno leggermente modificato la numerosità dei partecipanti a ogni gruppo: il focus group con gli est-europei è stato condotto con un partecipante in più rispetto al previsto (11 anziché 10 partecipanti); il focus group con i sudamericani al contrario è stato condotto con un partecipante in meno (9 anziché 10); il gruppo con gli italiani è stato condotto infine con il numero esatto di partecipanti attesi (10).