UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

IL NURSING TRANSCULTURALE.
Teoria della diversità e dell'universalità nella comunicazione infermieristica.

Relatore: Chiar.ma
Dott.ssa Tiziana Traini

Tesi di Laurea di:
Greta Shehu

A.A. 2018/2019

INDICE

INTRODUZIONE 4
CAPITOLO PRIMO 7
BIOGRAFIA DI MADELEINE LEININGER 7
1.1 Teoria di Madeleine Leininger 9
1.2 Modello del Sole Nascente 12
1.3 Nursing Transculturale 15
1.4 Nursing Multiculturale 18
CAPITOLO SECONDO 19
IMMIGRAZIONE OGGI 19
2.1 Il fenomeno dell'immigrazione nel mondo 21
2.2 Residenti stranieri in Unione Europea : l'Italia 23
2.3 Distribuzione degli stranieri nelle regioni italiane 25
2.4 Immigrazione Marche 26
2.5 Accoglienza di stranieri vulnerabili e rischi sanitari connessi 27
2.6 L'assistenza infermieristica al paziente immigrato 30
2.7 I bisogni socio-sanitari e salute degli stranieri 33
CAPITOLO TERZO 36
LA COMUNICAZIONE 36
3.1 I tre livelli di comunicazione interpersonale 38
3.2 Modelli della comunicazione 40
3.3 Cinesica e prossemica 42
3.4 Comuni – Care 44
3.5 Difficoltà di comunicazione con paziente straniero 46
3.6 La figura del Mediatore Culturale e di Comunità 48
3.7 Differenti punti di vista 51
CAPITOLO QUARTO 54
STRUMENTI UTILI PER COMUNICARE ALL'INTERNO DI UN'AZIENDA SANITARIA 54
4.1 Google Traslate come traduttore in reparto 54
4.2 Mediazione telefonica 56
4.3 Schede multilingue in Pronto Soccorso 57
4.4 Servizi per gli operatori sanitari 60
CONCLUSIONI 61
SITOGRAFIA 64
RINGRAZIAMENTI 67

“Fare ciò che piace è libertà
quando ti piace ciò che fai, è felicità.”

Ai miei meravigliosi genitori, per aver creduto in me.
A mia sorella, per essere sempre al mio fianco.
A me stessa, perché finalmente ho capito quanto valgo davvero.

INTRODUZIONE

"Per operare in maniera efficace con le persone appartenenti a culture diverse, occorre innanzitutto essere consapevoli della propria eredità culturale, in modo che possa servire come strumento per comprendere le altre culture. Questa comprensione dovrebbe permettere di rispettare le differenze e le somiglianze, al fine di conoscere e di reagire in modo appropriato a quel dono meraviglioso che è la diversità tra gli esseri umani."

[Madeleine Leininger]

L' infermieristica è disciplina pratica in quanto si prefigge di rispondere al bisogno di assistenza del paziente, ma proprio per questo non può prescindere dallo studio e dalla conoscenza della persona assistita, con la sua storia, la sua cultura ma anche con le sue aspettative, perseguendo l'obiettivo di comprendere l'altro per rispondere ai suoi bisogni assistenziali con efficacia, efficienza, adeguatezza e rispettosità.

I flussi migratori fanno incontrare tra di loro persone che hanno origine, religione e lingue diverse, con abitudini di vita e tradizioni capaci di attecchire e di trasformare la cultura e la società nella quale pervengono. Per la presa in carico dei problemi sanitari del migrante, o meglio, dei "nuovi" pazienti, si stanno sviluppando approcci teorici e metodi logici, strumenti e analisi per far fronte ai bisogni sanitari. Questa è già di per sé misura di una "politica" sempre più orientata al rispetto e al dialogo tra le differenze, alla comprensione e alla responsabilità reciproca per una convivenza pacifica tra diversi, che si riconoscono tuttavia uguali. Una tematica certamente attualissima, come dimostra la ricca letteratura infermieristica che, ormai da alcuni anni, sta studiando cosa significhi per l'infermiere assistere un paziente portatore di una cultura "altra". Un argomento specialistico, di cui anche in Italia si parla ormai da alcuni anni, per un interesse legato soprattutto alle recenti ondate migratorie: qualcuno potrebbe ancora chiedersi che tipo di competenze o di responsabilità professionali deve possedere l'Infermiere per rispondere alle specifiche necessità assistenziali di un paziente straniero. In effetti, quant'è conosciuta l'infermieristica al di fuori del nostro ristretto ambito? Quanti fraintendimenti esistono ancora oggi sulla figura dell'infermiere nel nostro Paese?

Ancora oggi l'infermiere viene spesso confuso con altre figure o ancor più spesso, è legato ad uno stereotipo di molti anni indietro , ancora difficile da sradicare. Con l'abrogazione del D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225 (il cosiddetto "Mansionario" dell'infermiere), il campo proprio di attività e di responsabilità della professione

infermieristica è attualmente determinato dall'art. 2 della legge 26 febbraio 1999, n. 42 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie). Per tale norma, l'ambito delle attività e della responsabilità dell'infermiere è determinato:

•dagli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi universitari di base e post-base;

•dai contenuti del decreto ministeriale istitutivo del profilo professionale dell'infermiere;

•dal codice deontologico della professione infermieristica.

Il decreto del ministero della Sanità del 14 settembre 1994, n. 739 (Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere), assegna la responsabilità dell'assistenza infermieristica all'infermiere e, entrando nello specifico, richiama il concetto dell'autonomia dell'infermiere nell'identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della comunità, nel formulare obiettivi atti alla loro risoluzione, nel pianificare, gestire e valutare l'intervento infermieristico.

Nella prima parte dell'elaborato si parlerà del "Nursing Transculturale" : teoria fondata e sostenuta dalla famosa infermiera e antropologa statunitense Madeleine Leininger. L'approccio transculturale permette l'annullamento dell'estraneità, affronta il problema dell'alterità culturale, tanto nel momento diagnostico, chiedendosi di quale problema infermieristico soffra la persona, tanto in quello prescrittivo, chiedendosi come può aiutarlo. Si andrà ad approfondire il "Sunrise Model" o " Modello del Sole Nascente" che la stessa Leininger sviluppò al fine di fornire un'assistenza culturalmente congruente.

In seguito, nella seconda parte, si tratterà un argomento tanto attuale quanto delicato: il fenomeno immigratorio e la distribuzione degli stranieri in Italia e nel mondo, evincendo le necessità socio-sanitarie dei "nuovi" pazienti e le patologie a loro connesse. La convivenza di una pluralità di etnie in uno stesso territorio, solleva innumerevoli problemi e costituisce una sfida alla riflessione etica e giuridica generale in quanto evidenzia alcune differenze sul piano delle concezioni del mondo e della vita che mettono alla prova la consistenza dei principi di uguaglianza e di differenza.

Una delle difficoltà conseguente all'immigrazione, relativa all'assistenza infermieristica, è senza dubbio la comunicazione, trattata nel terzo capitolo: conoscere la lingua del paese ospite, consentirebbe una certa autonomia decisionale dell'utente straniero, in un contesto che non gli permette di valutare bene le situazioni relative alla propria salute. Per l'infermiere l'incapacità di comprendere la lingua dell'assistito, limita

sia la capacità di accogliere al meglio l'utente, che quella di erogare prestazioni in grado di soddisfarne le reali esigenze. Per rimediare a certe mancanze sono stati integrati i cosiddetti mediatori linguistici culturali, stranieri adeguatamente formati, in grado di tradurre la lingua degli utenti immigrati, fungendo da tramite fra operatori sanitari ed utente. Anche se, in alcune circostanze, sarebbero sufficienti, ad esempio, degli strumenti, quali schede e telefoni multilingue e traduttori automatici per abbattere la barriera linguistica. Ad essi verrà dedicato il capitolo seguente.

.

CAPITOLO PRIMO

BIOGRAFIA DI MADELEINE LEININGER

Madeleine Leininger nasce il 23 Luglio 1925 a Sutton (USA) e si diploma Infermiera presso la scuola del ST. Antony Hospital. Fu a causa di sua zia che soffriva di malattie cardiache congenite, a portarla ad intraprendere una carriera nel settore infermieristico. Diventa caposala dell'U.O. di Chirurgia e in seguito direttrice del personale infermieristico presso il reparto di psichiatria dell'ospedale di Omaha. Nel 1954 si specializza in nursing psichiatrico e circa 10 anni dopo, divenne la prima infermiera professionale a ottenere un dottorato in antropologia presso l'Università di Seattle.

Madeleine Leininger è un'infermiera transculturale certificata, membro del Royal College of Nursing in Australia e membro dell'American Academy of Nursing. La sua teoria è ora una disciplina infermieristica che è parte integrante di come gli infermieri praticano oggi nel campo sanitario.

Nel 1966 tiene all'Università di Colorado il primo corso di nursing transculturale.

Mentre lavorava in una casa di orientamento per bambini, durante gli anni '50, sperimenta quello che descrive come uno “shock culturale”, quando si rese conto che i modelli comportamentali ricorrenti nei bambini sembravano avere una base culturale. Ha identificato la mancanza di conoscenze culturali e assistenziali come l'anello mancante all'assistenza infermieristica.

La sua teoria denominata del “Cultural Care” e del “Transcultural Nursing”, si occupa dell'assistenza infermieristica per una realtà sempre più multietnica, fornendo agli infermieri un metodo adeguato per raggiungere tale obiettivo e strutturandolo in modo scientifico. L'obiettivo del “Cultural Care” era quello di scoprire le differenze e le somiglianze nell'assistenza, in relazione alle visioni del mondo, alle strutture sociali, e poi scoprire i modi per fornire agli esseri umani, di culture diverse e simili, un'assistenza congruente in base alla cultura, al fine di mantenere o riacquistare il benessere e la salute, o fronteggiare il morire in un modo culturalmente appropriato.

Tra i 1972 e il 1974, Leininger diffonde nel mondo la Società del Nursing Transculturale fondato da lei stessa. Studia, in seguito all'incontro con la celebre antropologa Margaret Mead, le relazioni tra nursing e antropologia.

Nel 1969 scrive il primo libro di Nursing Transculturale,[1] definendolo come “Un campo specialistico o branca del Nursing che ha al suo centro uno studio comparato e

[1] (Sossella, 2008)

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” [Leininger, 2002].

La teoria dell'assistenza culturale è una teoria infermieristica olistica più ampia, poiché tiene conto, al fine di elaborare una conoscenza infermieristica efficace, di diversi parametri: la struttura sociale, la visione del mondo, i valori, l'ambiente, il linguaggio, i sistemi professionali della società in cui si va ad agire.

La Leininger ha ottenuto numerosi incarichi accademici e istituzionali e prestigiosi riconoscimenti per il suo lavoro. Ha tenuto seminari, discorsi e oltre 850 keynote e conferenze pubbliche negli Stati Uniti e in tutto il mondo.

Ha scritto e pubblicato 27 libri e ha fondato il Journal of Transcultural Nursing per sostenere la ricerca della Transcultural Nursing Society, ha pubblicato oltre 200 articoli e capitoli di libri, prodotto numerose registrazioni audio e video e sviluppato un software programma.

Ha anche fondato il Journal of Transcultural Nursing e ha lavorato come redattrice dal 1989 al 1995. Ha anche avviato e promosso la certificazione mondiale delle infermiere transculturali (CTN) per la sicurezza dei clienti e l'assistenza consapevole per persone di diverse culture.

Muore a 88 anni, il 10 agosto 2012, per insufficienza respiratoria , in Omaha , Nebraska (USA), ma grazie a lei possiamo definire l'assistenza come "Un fenomeno universale, un'attività che si registra in tutte le culture; perché l'assistenza sia efficace deve organizzarsi tenendo conto del contesto in cui si esplica, non si può imporre un modello di assistenza estraneo alla cultura in cui si opera.."[2]

L'obiettivo principale della teoria di Leininger, è che l'assistenza infermieristica si adatti o abbia un significato benefico e risultati sulla salute per persone con background culturali diversi o simili.[3]

[2] (Redazione)
[3] (Angelo Gonzalo, 2019)

1.1 Teoria di Madeleine Leininger

La teoria infermieristica transculturale prevede la conoscenza e la comprensione di culture diverse rispetto alle pratiche, credenze e valori dell'assistenza infermieristica e delle malattie, con l'obiettivo di fornire servizi infermieristici significativi ed efficaci alle persone in base ai loro valori culturali e contesto di malattia di salute.

Dalla teoria della Leininger è possibile estrapolare degli aspetti fondamentali:

• *la cultura*: è l'insieme particolare di valori trasmessi, credenze, norme e pratiche di vita che vengono apprese, condivise e tramandate; guida il pensiero, le decisioni e le azioni in modi specifici; fornisce la base ai valori culturali che individuano modi di praticare di agire o di pensare secondo schemi di comportamento. Gli esseri umani sono essere culturali, capaci di sopravvivere nel tempo grazie all'abilità dell'assistere i loro simili in ogni ambiente.

• *l'assistenza*: rappresenta i comportamenti di supporto e di cura che facilitano e migliorano le condizioni di una persona; è essenziale per la sopravvivenza, lo sviluppo e la capacità di gestire gli eventi della vita di una persona: ha significati diversi a seconda delle culture, che possono essere determinati esaminando la visione del mondo, la struttura sociale e la lingua del gruppo.

• *l'assistenza culturale*: si riferisce ai valori e alle credenze che aiutano, supportano e pongono un'altra persona nelle condizioni di mantenere il benessere, migliorare le condizioni personali oppure affrontare la morte o la disabilità; può essere diversa nei significati, modelli, valori, credenze o simboli, oppure universale. E' essenziale conoscere la diversità culturale al fine di erogare le cure appropriate a paziente, famiglie e comunità.

• *la visione del mondo*: riguarda la concezione di una persona o di un gruppo basata su un modo di vedere il mondo e l'universo. E' costituita dalla struttura sociale e dal contesto ambientale.

• *i sistemi di salute o di benessere popolare*: si riferiscono all'assistenza o alle pratiche di cura che hanno un significato particolare nella cultura; queste pratiche vengono usate per guarire o per assistere le persone a domicilio oppure nella comunità e sono integrate da sistemi sanitari professionali che operano nell'ambito delle culture.

• *i sistemi di azione infermieristica*: Madeleine Leininger individua tre sistemi di azioni infermieristiche:

1. La *conservazione* dell'assistenza culturale, che si riferisce a quelle azioni e decisioni che aiutano il paziente a mantenere o preservare la salute, a guarire dalla malattia oppure ad affrontare la morte.

2. L'*adattamento* dell'assistenza culturale, che riguarda quelle azioni e decisioni che aiutano il paziente ad adattarsi, a negoziare una condizione di salute positiva o ad affrontare la morte.

3. Il *rimodellamento* dell'assistenza culturale, riguarda quelle azioni e decisioni che aiutano il paziente a ristrutturare o modificare il proprio stile di vita secondo modelli nuovi o diversi che sono significativi, soddisfacenti e di supporto per la vita da un punto di vista culturale.[4]

Ogni soggetto avvalendosi dei propri valori e dei propri modelli di comportamento, riesce a far fronte alla malattia, all'invalidità e alla morte, attraverso il care-caring:

-CARE (cura): fenomeni astratti e concreti relativi all'assistenza, al sostegno o all'abilitazione di esperienze o comportamenti verso o per altri con esigenze evidenti o previste per migliorare una condizione umana o un percorso di vita. Sono delle azioni e attività dirette ad assistere, sostenere o consentire ad un altro individuo o gruppo con bisogni evidenti o previsti di migliorare o migliorare una condizione umana o un percorso di vita o di affrontare la morte.

-CARING (assistenza infermieristica professionale) : conoscenza formale e cognitiva dell'apprendimento professionale e abilità pratiche acquisite attraverso istituzioni educative che vengono utilizzate per fornire atti di assistenza, supporto, abilitazione o facilitazione o per un altro individuo o gruppo, al fine di migliorare le condizioni di salute di un essere umano, la disabilità o di lavorare con clienti che muoiono. Prendersi cura di una soggetto in un stato di malattia al fine di farlo guarire. [5]

Concettualizzò l'assistenza infermieristica come una disciplina e professione caratterizzata dall'assistenza transculturale (transcultural human care), e che il prendersi cura è una caratteristica universale dell'assistenza infermieristica di tutte le culture. Sostenne che il prendersi cura (human care), cambiava da cultura a cultura, nel significato, nelle manifestazioni, negli schemi, nei simboli e in altri aspetti.

Essere culturalmente competenti significa valutare e capire la cultura, l'assistenza e i fattori legati alla salute e usare queste conoscenze in modi creativi con persone che seguono stili di vita simili o diversi.

[4] (Castellano, La teoria dell'assistenza transculturale, 2014)
[5] (Petiprin, 2016)

Il principale metodo adottato dalla Leininger viene chiamato "*ethnonursing*": rappresenta lo studio sistematico e la classificazione dell'assistenza , delle teorie , dei valori e delle pratiche infermieristiche come vengono percepite cognitivamente da una certa cultura tramite la lingua locale, l'esperienza , le idee e i sistemi di valori.

Possiamo pensare quindi, che differenti valori culturali comportano in maniera diretta ad avere differenti aspettative assistenziali e non meno importante è la difficoltà culturale degli infermieri che operano in culture diverse. Perciò è fondamentalmente conoscer pratiche assistenziali specifiche relative alle diverse culture , per saper riconoscere i segni di soddisfazione del paziente. [Leininger, 1979]

Differente è il concetto di "*etnoistoria*" che comprende quei fatti, eventi, istanze, esperienze passate di individui, gruppi, culture e istruzioni che sono principalmente incentrati sulle persone (*etno*) e che descrivono, spiegano e interpretano le forme di vita umane in particolari contesti culturali e per brevi o lunghi periodi di tempo.

Nel momento in cui, un estraneo tenta di comprendere o adattarsi efficacemente a un diverso gruppo culturale, è probabile che provi sentimenti di disagio, sconforto e sensazioni di abbandono, impotenza e un certo grado di disorientamento, a causa delle differenze nei valori culturali, nelle credenze e nelle pratiche; questo fenomeno prende il nome di "*shock culturale*". Lo shock culturale può portare alla rabbia e può essere ridotto cercando la conoscenza della cultura prima di incontrarla.

Differentemente, la Leininger, definisce "*l'imposizione culturale*" riferendosi agli sforzi dell'esterno, per imporre i propri valori culturali, credenze, comportamenti su un individuo, famiglia o gruppo di un'altra cultura.

1.2 Modello del Sole Nascente

Per illustrare le principali componenti della teoria dell'assistenza culturale, utilizza il “Sunrise Model” o “ Modello del Sole Nascente” . Il modello prevede l'incontro tra due mondi diversi, ovvero di due culture, dove è necessario conoscere la propria cultura per poter permettere all'altra cultura di arricchirsi ed e basato su scambi bidirezionali.

E’ un modello culturale che offre un’immagine visiva, una mappa concettuale, che serve da guida per l’esplorazione della cultura, permettendo all’infermiere di muoversi sistematicamente attraverso i principi fondamentali della teoria con l’obiettivo di fornire un’assistenza culturale competente, rispettando chiaramente i canoni e le evidenze scientifiche attuali. Conoscenza è anche questo: saper adattare la singola cultura alla più moderna scienza. Gli uomini non devono essere separati dalla propria cultura e dalla propria struttura sociale. La struttura sociale e la visione del mondo influenzano la salute attraverso il linguaggio e l’ambiente.

Congiungendo le due parti del sole si otterrà un sole pieno cioè l’universo di cui gli infermieri devono sempre tener conto per valutare la salute e l’assistenza degli esseri umani. Il sorgere del sole è l’assistenza.

Questo modello è formato da quattro livelli con un diversi livelli di astrazione: dall’1 al 4. I primi tre livelli forniscono una base di conoscenze per erogare un’assistenza infermieristica idonea da un punto di vista culturale.

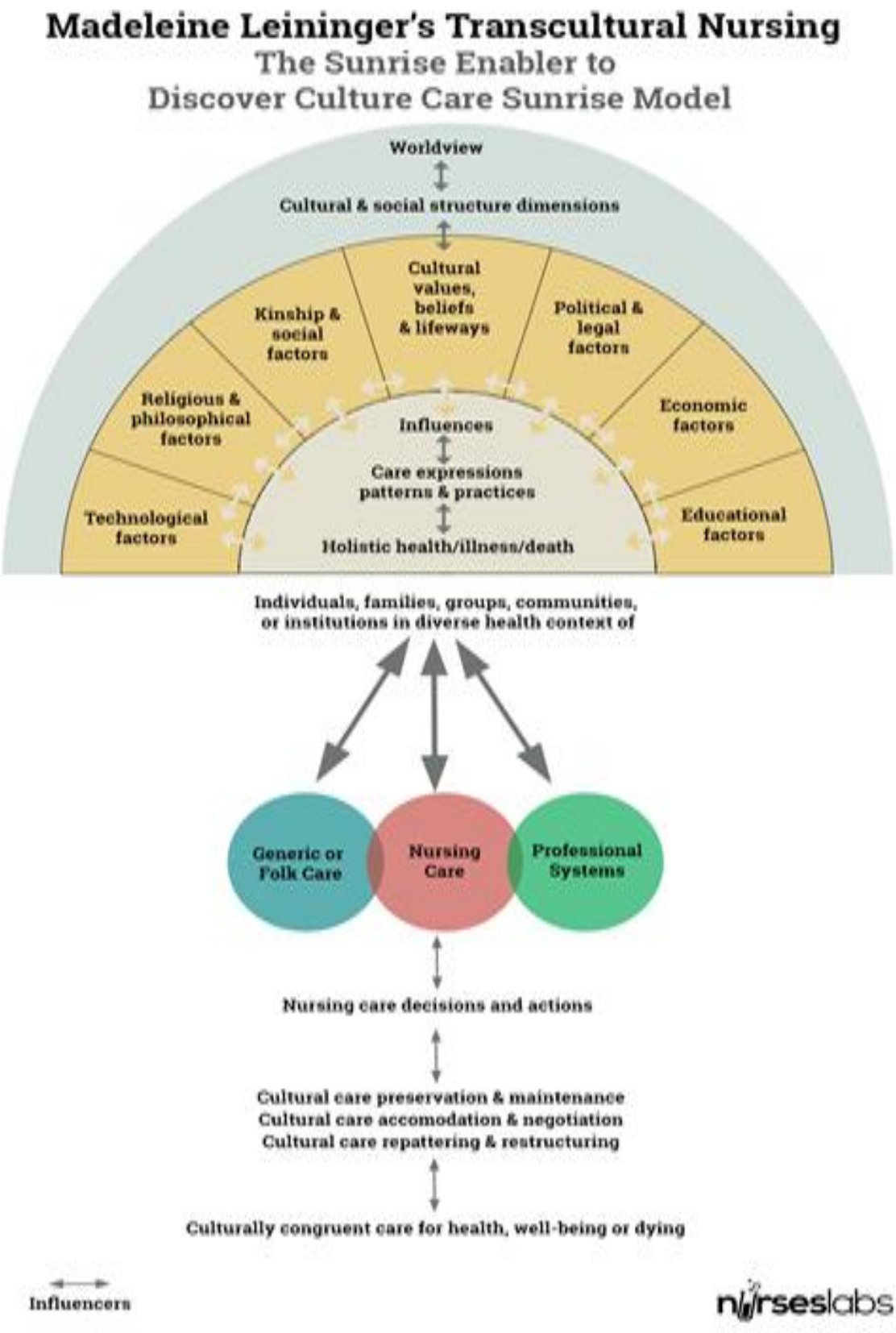

Fig.1: Il Modello del Sole Nascente

Il *primo livello* rappresenta la visione del mondo e i sistemi sociali; questo porta la natura, il significato e gli attributi dell'assistenza da tre prospettive:

-micro-prospettiva (gli individui nell'ambito di una cultura),

-media-prospettiva (fattori più complessi in una cultura specifica),

-macro-prospettiva (fenomeni che riguardano le diverse culture).

Il *secondo livello* cerca di fornire informazioni connesse agli individui, famiglie, gruppi e istituzioni nei diversi sistemi sanitari, e relative a significati ed espressioni specifiche in relazione all'assistenza sanitaria.

Il *terzo livello* fornisce informazioni riguardo ai sistemi popolari o folk, sistemi professionali compresa l'assistenza infermieristica, che operano nell'ambito di una cultura, e quindi consente l'individuazione della diversità e dell'universalità culturale.

Il *quarto livello* riguarda il piano delle azioni e decisione dell'assistenza infermieristica; secondo la Leininger l'assistenza viene erogata a questo livello, che comprende la conservazione, l'adattamento e il rimodellamento dell'assistenza culturale. A questo livello si sviluppa l'assistenza idonea dal punto di vista culturale.

L'acquisizione di competenze infermieristiche inculturali, si rileva di assoluta importanza e necessità, per l'individuazione di un setting assistenziale che tenga conto non più la singola cultura, ma come e quanto le diverse culture si possano e debbano unire fra loro.[6]

Esistono però, molteplici culture, e quindi molteplici difficoltà d'approccio con potenziali pazienti culturalmente diversi; ecco perché esiste un modello che permette di porsi alcuni interrogativi fondamentali...questo è il modello "ASKED" o modello "Campihna-Bacote":

A= AWARENESS: sono consapevole di tutti gli errori o i pregiudizi che ho verso gli altri?

S= SKILL: ho le competenze per compiere una valutazione sensibile alle diversità culturali?

K= KNOWLEDGE: sono informato sulle altre culture?

E= ENCOUNTERS: cerco l'incontro con coloro che sono diversi da me?

D= DESIRE: voglio davvero diventare culturalmente competente?[7]

Essere culturalmente competenti significa valutare e capire la cultura, l'assistenza e i fattori legati alla salute e usare queste conoscenze in modi creativi con persone che seguono stili di vita simili o diversi.

[6] (Madeleine Leininger, 2004)

[7] (Fava, 2018)

1.3 Nursing Transculturale

"Il nostro pianeta è soggetto a continue trasformazioni in molte aree geografiche. Gli infermieri dovrebbero acquisire una nuova consapevolezza di questi mutamenti ed essere sempre più informati dei problemi che ne potrebbero derivare per l'essere umano, da una prospettiva infermieristica transculturale"

[Leininger, 2004]

La Leininger, 50 anni fa ha giustamente anticipato una futura trasformazione della società basata sulle interazioni tra i diversi popoli a livello globale e inizia così a studiare l'assistenza infermieristica, basandosi su alcuni presupposti:

- l'assistenza e fondamentale per la crescita, sviluppo e sopravvivenza degli esseri umani
-spiegare e capire i ruoli di chi presta assistenza a colui che ne riceve, nelle diverse culture
- preservare e mantenere l'assistenza come attributo umano
- necessità di riflettere ed interrogarsi sulla concezione della cura e sui modi di realizzarla nel processo assistenziale .

Leininger parla di assistenza culturalmente congruente: l'obiettivo centrale dell'assistenza culturale è riferito alle decisioni e agli atti che un infermiere trova nei valori e nelle pratiche culturali di un individuo e di un gruppo per fornire un'assistenza significativa, benefica e soddisfacente finalizzata al raggiungimento della salute e del benessere.[8]

"Culture diverse percepiscono, conoscono e praticano l'assistenza in modi diversi, nonostante alcuni punti in comune nelle varie culture del mondo..."

Il confronto con persone di culture, storie, aspettative, espressioni e percezioni dei bisogni diversi, porta e porterà a continue trasformazioni della società, non solo nei comportamenti, atteggiamenti e linguaggio ma anche nell'assistenza sanitaria e infermieristica. Ciò porta ad un confronto culturale, a rileggere non solo la cultura dell'assistenza, ma anche quella professionale e a ridisegnarla in rapporto ai nuovi bisogni.

L'approccio transculturale permette l'annullamento dell'estraneità, affronta il problema dell'alterità culturale, tanto nel momento diagnostico, chiedendosi di quale problema infermieristico soffra la persona, tanto in quello prescrittivo, chiedendosi come può aiutarlo.

[8] (Wayne, 2014)

I professionisti sanitari devono acquisire conoscenze dei valori, delle credenze, forme di assistenza espresse nelle varie culture e mettere a frutto tali conoscenze per prendersi cura delle persone sane e delle malate. A volte è il paziente straniero a creare barriere con il personale che deve assisterlo, perché manca un rapporto di fiducia e nasce la paura dell'incomprensione.

Con il "Nursing Transculturale" il professionista sanitario scopre tutti i bisogni dell'assistito, anche quelli culturali e sociali; e comprende che tutte le strutture sociali, quali religione, cultura, parentela, sono legate all'assistenza e alla salute. Utilizza la "*teoria della diversità e dell'universalità dell'assistenza transculturale*" per studiare, spiegare, descrivere l'altro nella sua totalità. Il principio che deve guidare il professionista è quello del rispetto dell'essere umano, indipendentemente dall'appartenenza culturale o etnica. Il principio di *uguaglianza* d'ogni uomo in quanto uomo, sancito dalla dichiarazione dei diritti umani, deve essere auspicabile, condiviso da tutte le culture umane chiamate al reciproco riconoscimento ed alla reciproca comunicazione. Il principio di uguaglianza va integrato con quello di *differenza*, ossia del rispetto della specificità di ogni cultura.

E' importante la formazione del personale sanitario, che include oltre alla conoscenza linguistica e medica delle patologie principali dei paesi di origine o dell'impatto ambientale e pratiche attuabili nel contesto giuridico vigente, delle stesse concezioni di vita e morte, della salute e malattia. Occorre preparare il personale sanitario ad una cultura dell'accoglienza e della solidarietà nella prospettiva di una medicina transculturale, pur nell'osservanza della deontologia e della legge. È importante il rispetto di ogni uomo nella sua specificità culturale, purché tale specificità culturale non sia in contrasto con i principi di democrazia e laicità dello stato e con l'esigenza di tutelare l'integrità psico-fisica dell'individuo nel rispetto della salute ed al fine della sua promozione.

Il primo studio di ricerca sull'infermieristica transculturale fu condotta dalla Leininger agli inizi degli anni '60 con Gadsup di Nuova Guinea, con l'obiettivo di costruire una teoria che riuscisse a spiegare e a descrivere svariate culture e il rapportarsi del nursing ad esse. Secondo il suo pensiero " bisognava aiutare le infermiere a sviluppare un nuovo modo di pensare e prendere decisioni cliniche. Guardare i problemi in un'ottica culturale aiuta a generare nuovi modi di assistere la gente ".

Al fine di lavorare con efficacia e competenza con altre culture, il professionista sanitario deve conoscere almeno i maggiori fenomeni che si sviluppano in ambito transculturale:

-incontro: si verifica quando una persona proveniente da una cultura interagisce con una persona di un'altra cultura.

-inculturazione: processo con cui si impara a vivere con una particolare cultura. Un infermiere diventa inculturato quando fa propri i valori e le norme dell'assistenza infermieristica; anche il paziente si potrà definire inculturato se permetterà a lungo in un reparto di degenza , imparando le caratteristiche proprie di quel contesto. Non è un processo assoluto in quanto non tutti riescono a fare propri valori e credenze diverse.

-acculturazione: si riferisce ad un processo con cui un individuo appartenente alla cultura A, impara a relazionarsi ad alcuni valori , non tutti, della cultura B. Spesso si è attratti da una cultura, senza un motivo esplicito o chiaro e si assumono modi di vivere la nuova cultura.

Si definiscono anche il significato dei termini : "*socializzazione*" e "*assimilazione*".

-Socializzazione: processo sociale in cui un individuo appartiene ad una certa identità culturale, impara come integrare appropriatamente con gli altri, come lavorare e vivere in armonia all'interno di una società. Essa differisce dall'acculturazione poiché l'obiettivo è diverso: l'individuo vuole sentirsi membro della società.

-Assimilazione: l'appartenente a una cultura sceglie, di solito intenzionalmente, alcune caratteristiche di un'altra cultura. L'individuo è quindi attratto da diverse caratteristiche, ma non le adotta totalmente modificando il suo stile di vita.

"Quello di cui le persone hanno più bisogno per crescere, rimanere in salute e sopravvivere o affrontare la morte, è dell'umanizzazione dell'assistenza. L'assistenza è l'essenza dell'infermieristica, ne è il cuore e l'anima e rappresenta quello che di più la gente cerca nel professionista sanitario e nei servizi sanitari. I professionisti sanitari devono acquisire conoscenza dei valori, delle credenze, e delle forme di assistenza espresse nelle varie culture e mettere a frutto tali conoscenze per prendersi cura delle persone sane e dei malati "

[Leininger, 1982]

1.4 Nursing Multiculturale

Per "nursing multiculturale" si intende ciò che riguarda più culture o che concerne più tipi di culture, che attiene al multiculturalismo:

-società multiculturale;

-evento multiculturale.

E' la condizione di chi o di ciò che appartiene a più culture., è una politica che mira a tutelare l'identità culturale dei vari gruppi etnici di un paese.

Il " *nursing interculturale*" invece, composto da "*inter*" e "*culturale*", dall'inglese inter – cultural, riguarda gli scambi e i rapporti che si instaurano fra le diverse culture. Porta a un progetto finalizzato a superare la difficoltà della convivenza. Si parte dai soggetti invece che dalle culture, con la comprensione reciproca, sulla libertà che si ha nel riconoscere le difficoltà dell'altro. Detta anche, "piattaforma minima di compromesso", abbatte e supera il pregiudizio che una cultura ha sull'altra: tutto punta alla convivenza, sulla reciproca accettazione dell'altro.

La Leininger definisce l'etnocentrismo come "una tendenza, conscia ma soprattutto inconscia, a differenziare in modo molto netto il proprio gruppo dagli altri e a rivendicare un valore assoluto alla cultura del proprio gruppo nei confronti degli altri gruppi aventi culture diverse. L'atteggiamento etnocentrico presuppone un'attribuzione di valore particolare alla cultura sociale cui si fa riferimento. In questo senso, le stesse abitudini legate alle pratiche religiose o alle manifestazioni della cultura materiale (usi alimentari, sanitari, pratiche sessuali, organizzazione del tempo libero, ecc.), divengono motivo di distinzione rispetto a quelle di altre collettività. In molti casi, perciò, l'etnocentrismo si configura come rivendicazione di una (supposta) superiorità e si pone come gradino in un'ipotetica scala dell'intolleranza sociale".

Il nursing transculturale è molto di più di un modello teorico infermieristico: è uno stile di crescita e di identificazione professionale. A tal proposito, ogni infermiere, come espresso nel giuramento professionale, deve: "[…] curare tutti i malati con uguale scrupolo e impegno, indipendentemente dai sentimenti che ispirano e prescindendo da ogni differenza di razza, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica. In tutti rispetterò la legittima libertà di coscienza"

CAPITOLO SECONDO

IMMIGRAZIONE OGGI

Nella nostra realtà, la popolazione immigrata costituisce una buona fetta della popolazione presente sul suolo italiano e l'infermiere gioca un ruolo fondamentale, sia sotto l'aspetto dell'assistenza che della formazione sanitaria. Questi fenomeni importanti di migrazione, hanno reso la nostra una vera e propria società multiculturale. Gli infermieri italiani sono quotidianamente a contatto con una gamma molto ampia di culture differenti fra loro, ma fino a che punto sono consapevoli della propria competenza culturale?

Questa interculturalità e multiculturalità che si viene a creare, si ripercuote su ogni sfera del vivere quotidiano, su quella sociale, politica, lavorativa, e soprattutto sanitaria. I paesi di cittadinanza più rappresentati sono Marocco (513.374), Albania (497.761), Cina (304.768), Ucraina (224.588) e Filippine (158.308).

Nel nostro paese sono rappresentati tutti i continenti del mondo, circa 189 paesi, con gruppi abbastanza omogenei di persone immigrate giunte in Italia sulla base di reti migratorie. Ogni straniero in Italia porta con sé una cultura, tradizioni e, a volte, un'altra religione che gli impone uno stile di vita diverso da quello italiano.

Il confronto con persone di culture, storie, aspettative, espressioni e percezioni dei bisogni diversi dai nostri porta e porterà a continue trasformazioni della nostra società, non solo nei comportamenti, negli atteggiamenti, nel linguaggio, ma anche nell'assistenza sanitaria e infermieristica.

Nonostante le leggi più o meno restrittive, gli immigrati continueranno ad arrivare e a modificare il tessuto sociale e la domanda di salute sviluppando una società multietnica e multiculturale. Ciò porta ad un confronto di tipo culturale, a rileggere non solo la cultura dell'assistenza sanitaria ma anche quella professionale e a ridisegnarla in rapporto ai nuovi bisogni.[9]

Al fine di fornire un quadro programmatico della situazione immigratoria infermieristica nel mondo, ma pure per discorrere di accoglienza e bisogno assistenziale, il 24 novembre 2018, in collaborazione con l'Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) di Roma e il patrocinio del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI), l'XI Congresso nazionale dell'Associazione Infermieristica Transculturale (AIT) ha cercato di fare il punto sulle sfide

[9] (Bormani, Nursing transculturale: salute immigrati, nostra salute, 2016)

dell'Infermieristica globale, soprattutto attraverso le testimonianze degli esperti invitati e con i dati forniti dal Dossier Statistico Immigrazione 2018.[10]

[10] (Nursing transculturale, Roma ha ospitato Franklin Shaffer, 2018)

2.1 Il fenomeno dell'immigrazione nel mondo

Le Nazioni Unite, aggiornano periodicamente le situazioni demografica del mondo e i cambiamenti rilevanti che avvengono in tale ambito. A fine 2017, dei 7 miliardi e 600 milioni di persone che, costituiscono la popolazione mondiale, oltre 1 su 30 è un migrante, cioè una persona che si trova fuori del paese in cui è nato o è residente; si tratta di 258 milioni di individui, il 3,4% di tutti gli esseri umani del pianeta. In soli due anni questo numero è aumentato di 14 milioni (erano 244 milioni nel 2015); ed è destinato ancora a crescere, dal momento che la stessa ONU stima che nel 2050, quando gli abitanti della Terra saranno 9,8 miliardi (per un aumento medio di 70 milioni all'anno), i migranti saranno 469 milioni (211 milioni più degli attuali).

Dei suddetti 258 milioni di migranti, l'81,6% è rappresentato da abitanti del Sud del mondo e la stragrande maggioranza (circa *230 milioni*) è costituita da migranti cosiddetti "*economici*" e loro familiari. Una delle principali concause delle migrazioni globali è possibile individuarla nell'ineguale distribuzione dei beni e delle ricchezze a livello planetario, infatti, basti pensare che ancora oggi oltre i due quinti (43%) dell'intera ricchezza del pianeta, equivalente a 128 migliaia di miliardi di dollari Usa (Pil mondiale), è appannaggio di quel sesto di popolazione della Terra (17%, pari a 1,2 miliardi di persone) che abita il Nord del mondo, mentre i rimanenti 6,3 miliardi di persone che popolano il Sud si spartiscono il restante 57% di risorse.

Ma non sono solo le ragioni economiche a determinare le migrazioni. I cosiddetti migranti "*forzati*" sono saliti a *68 milioni* nel 2017: 2,4 milioni in più rispetto all'anno precedente. Come sottolinea anche l'Internal Displacement Monitoring Centre, di questi profughi, la parte maggioritaria è rappresentata da sfollati interni (oltre 40 milioni), mentre quelli che emigrano in altri paesi sono 23 milioni, costituiti da rifugiati (la stragrande maggioranza) e richiedenti asilo. I restanti 5 milioni sono sfollati o rifugiati palestinesi, di cui si occupa un'apposita agenzia delle Nazioni Unite (l'Unrwa).

Se, in generale**,** i primi paesi per numero di emigrati nel mondo sono l'India (con 16,6 milioni), il Messico (13 milioni), la Russia (10,6), la Cina (10) e il Bangladesh (7,5), tra i soli profughi che cercano salvezza fuori dal proprio paese 1 su 3 proviene dalla Siria (6,3 milioni di rifugiati riconosciuti, cui si aggiungono quasi 150mila richiedenti asilo, mentre altri 6,2 milioni sono gli sfollati interni), seguita da Afghanistan e Sud Sudan (ciascuno con circa 2,5 milioni di profughi espatriati), quindi da Myanmar e Somalia (ognuno con circa 1 milione).

Contrariamente a quanto comunemente si pensa, nel mondo l'accoglienza dei rifugiati grava per l'85% dei casi, sui paesi in via di sviluppo: per il quarto anno consecutivo, a causa della guerra nella confinante Siria e degli accordi con l'Ue, è la Turchia a ospitarne il numero maggiore (3,5 milioni, cui si aggiungono 300mila richiedenti asilo), seguita dal Pakistan con 1,4 milioni, dall'Uganda con 1.350.000 (aumento di 400mila unità in un anno e di cui 1 milione proviene dal Sud Sudan e 230mila dalla Repubblica Democratica del Congo), dal Libano con 1 milione, dall'Iran con 980mila.

2.2 Residenti stranieri in Unione Europea : l'Italia

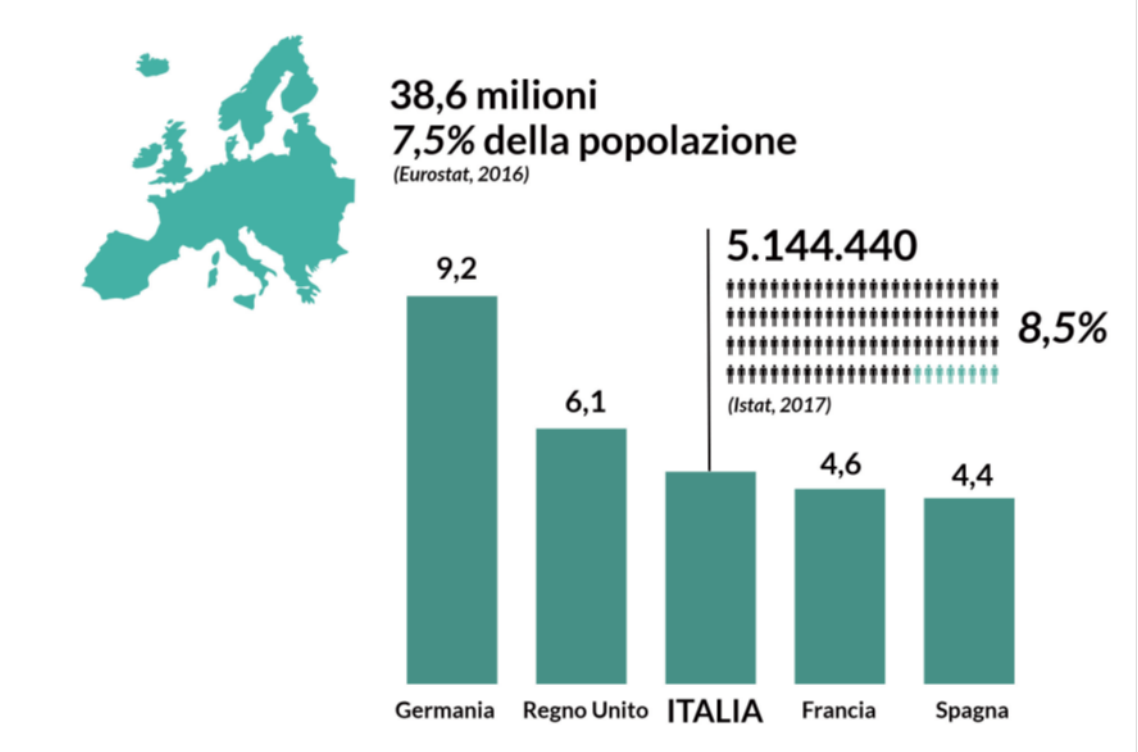

Fig.2: Popolazione straniera in Europa (Fonte: Eurostat,2016)

L'Italia è il paese del mondo con il più alto tasso di disinformazione sull'immigrazione. Non c'è da stupirsi perciò che, secondo un sondaggio del 2018 condotto dall'Istituto Cattaneo, gli italiani risultino essere i cittadini europei con la percezione più lontana dalla realtà riguardo al numero di stranieri che vivono nel paese, credendo che ve ne siano più del doppio di quelli effettivamente presenti.

In base agli ultimi dati Eurostat al 1° gennaio 2017 – i cittadini stranieri sono 38,6 milioni (di cui 21,6 non comunitari) e incidono per il 7,5% sulla popolazione complessiva, l'Italia non è né il paese con il numero più alto di immigrati né quello che ospita più rifugiati e richiedenti asilo.

Con circa 5 milioni di residenti stranieri (5.144.000 a fine 2017, secondo l'Istat), viene dopo la Germania, che ne conta 9,2 milioni, e il Regno Unito, con 6,1 milioni, mentre supera di poco la Francia (4,6 milioni) e la Spagna (4,4).

In Italia, contrariamente alle credenze dei cittadini, il numero dei stranieri è pressoché stabile intorno ai 5 milioni dal 2013; e la loro incidenza, (circa dell'8% sempre dal 2013), aumenta di pochissimi decimali l'anno, soprattutto a causa della diminuzione della popolazione italiana, sempre più anziana (gli ultra65enni sono 1 ogni 4, mentre tra gli stranieri 1 ogni 25), meno feconda (1,27 figli per donna fertile, contro 1,97 tra le

straniere) e tornata a emigrare verso l'estero (quasi 115.000 espatriati ufficiali nel corso del 2017: un dato sottodimensionato se si considera che molti, nel trasferirsi all'estero, trascurano di effettuare la cancellazione anagrafica, non essendo obbligatoria).
Aggiungendo ai residenti stranieri la quota di immigrati che, alla data della rilevazione, non erano ancora iscritti nelle anagrafi, IDOS stima in 5.333.000 il numero effettivo di cittadini stranieri regolarmente presenti in Italia, 26.000 in meno rispetto alla stima del 2016.[11]

[11] (IDOS, 2018)

2.3 Distribuzione degli stranieri nelle regioni italiane

La regione che al 31 dicembre 2017 conta maggiori presenze è la Lombardia (1.153.835 stranieri residenti, il 22,9 % del totale). Seguono il Lazio (679.474, il 13,5%), l'Emilia Romagna (535.974, il 10,6 %), il Veneto (487.493, il 9,7%), il Piemonte (423.506, il 8,4%): Nella città metropolitana di Roma si concentra il 10,8% degli stranieri residenti (556.794 persone); a Milano sono 459.109 (pari al 8,9%) e a Torino 220.403 (pari al 4,3%).

Per quanto riguarda le nazionalità di origine, i rumeni sono i più numerosi con 1.190.091 persone pari al 23,1 % del totale. Sono presenti lungo tutta la penisola, isole comprese. Risultano maggiormente concentrati nelle città di Roma, Torino, Milano, Bologna, Firenze e Venezia. Quasi il 20 % dei romeni risiede nel Lazio, oltre il15 % nella sola provincia di Roma. La seconda comunità è quella albanese con 440.465 immigrati pari al 8,6 % del totale. Risiedono in grande numero in diverse regioni: in Lombardia (92.565), Emilia Romagna (57.536), Piemonte (40.952), Lazio (24.431), Puglia (22.904), Liguria (21.720), Marche (15.904), Abruzzo (11.927), Friuli V.G. (9.670), Sicilia (8,598), Bolzano (5.323). Altre comunità numerose sono quelle provenienti dal Marocco (416.531), dalla Cina (290.681), dall'Ucraina (237.047), dalle Filippine (167.859), dall'India (151.791), dal Bangladesh (131.967), dalla Moldavia (131.814).

La popolazione straniera residente in Italia è una popolazione giovane: l'età media è pari a 34,2 anni (a fronte dei 45,9 anni della popolazione italiana). Inferiore ai 30 anni è la stima dell'età media per i cittadini nigeriani, afghani, kosovari, egiziani, ivoriani, bangladesi e pakistani. Nessuno dei questi paesi di provenienza è poverissimo, dove si muore di fame per la strada. Ed è così anche nel resto dell'Europa e del mondo. I migranti provengono prevalentemente da Paesi intermedi per livello di sviluppo. E non sono neppure di regola i più poveri dei rispettivi Paesi. Per migrare occorrono risorse, che i più poveri raramente riescono a mettere insieme.[12]

[12] (Pasquini, 2018)

2.4 Immigrazione Marche

Alla fine dell'anno 2018, gli stranieri nelle Marche erano il 9% della popolazione regionale: una percentuale pari a 136.936 cittadini. Tra il 2017 e il 2018, i cittadini stranieri residenti nelle Marche sono aumentati di 891 unità. Le donne costituiscono il 54.2% del totale (a fine 2018, le titolari di permesso di soggiorno erano 108.938). L'incidenza degli stranieri sulla popolazione regionale è tornata leggermente a crescere, attestandosi al 9%. L'aumento dell'incidenza è derivato anche dall'andamento negativo della popolazione totale marchigiana (pur restando sopra il milione e mezzo di abitanti, è diminuita di 6.482 residenti nell'ultimo anno). [13]

[13] (Dossier Immigrazione 2019, 2019)

STIMA DELLE APPARTENENZE RELIGIOSE

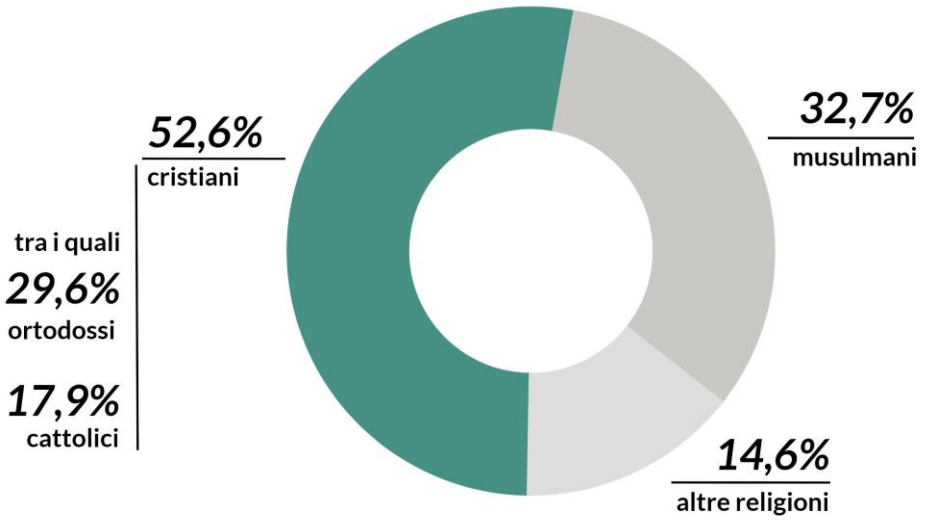

Fig.3: Appartenenze religiose nel territorio italiano (Fonte:IDOS,2017)

2.5 Accoglienza di stranieri vulnerabili e rischi sanitari connessi

Anche sotto il profilo dell'assistenza generica alla persona, in particolare connessa al sostegno delle vulnerabilità di chi, scappando da guerre e persecuzioni, ha dovuto affrontare un viaggio drammatico per arrivare in un porto sicuro, si getta di fatto la spugna.

Nelle dotazioni minime di personale, sparisce lo psicologo e diminuiscono pesantemente le ore minime settimanali dell'assistenza sociale.

In Centri di accoglienza che ospitano sino a 50 persone viene chiesta la presenza dell'assistente sociale per sole 6 ore a settimana per poter garantire ad ogni ospite l'incontro con l'assistente sociale in media per 28,8 minuti al mese (prima la media era di 86,4 minuti al mese). Senza contare il tempo da dedicare allo scrivere relazioni e al lavoro di segreteria. Più grande sarà il CAS (centro accoglienza straniera) e minore sarà la possibilità di vedere l'assistente sociale. In strutture sino a 150 ospiti la media scende a 12,8 minuti al mese. Per la mediazione culturale, attività fondamentale anche a supporto di tutte le altre figure professionali, nei centri più piccoli ogni ospite in media potrà contare sulla mediazione per 48 minuti al mese (prima la media era di 2 ore e 52,8 minuti al mese). In strutture più grandi, la media mensile di mediazione per utente scende ad appena 19,2 minuti.

Appare quindi evidente come questi servizi fondamentali diventino inesistenti o esistenti di fatto solo sulla carta; eppure il non sostenere adeguatamente fragilità sociali e psicologiche può portare a concreti rischi (anche per la sicurezza e l'incolumità) delle persone accolte e, anche, per la comunità ospitante.

Uno studio dimostra gli alti livelli di vulnerabilità che circondano l'attuale fenomeno migratorio. Queste condizioni sono cruciali per i sistemi sanitari di tutto il mondo, poiché sono direttamente collegate al peggioramento dello stato di salute e della qualità della vita. Tuttavia, lo studio della connessione tra il processo di migrazione e la salute rimane insufficiente, soprattutto per quanto riguarda il modo in cui la migrazione internazionale influenza il processo decisionale in materia di salute pubblica. Nella regione dell'America Latina e dei Caraibi, ci sono iniziative per fornire servizi sanitari ai migranti internazionali, ma sono ancora lontani dal garantire i diritti sanitari fondamentali di coloro che migrano. Questo articolo mira a sviluppare una discussione critica delle principali teorie sociali sulla migrazione e il suo contributo al processo decisionale in materia di sanità. Fino all'aprile 2017 è stata condotta una revisione narrativa accademica, i cui risultati indicano che un'azione di salute pubblica istituzionale, statale e locale è essenziale per garantire i diritti alla salute della popolazione migrante di fronte alla situazione precaria che circonda il fenomeno migratorio. Si spera che questo documento fornisca un contributo alle attuali conoscenze in America Latina, sia per l'insegnamento che per la pratica e la ricerca in sanità pubblica.[14]

Sui servizi di assistenza sanitaria si assiste ad un vero crollo delle prestazioni minime richieste a chi gestirà Centri di Accoglienza Straordinaria. In Centri di accoglienza che ospitano sino a 50 persone viene chiesta la presenza del medico per assicurare una media di 4 ore per ogni ospite all'anno, senza più l'obbligo di avere in struttura la presenza di un infermiere. Per i centri più grandi la media di presenza settimanale del medico per ospite scende a 19,2 minuti. Presenze evidentemente esigue per una costante attenzione sullo stato di salute degli ospiti dei Centri di Accoglienza Straordinaria con, di fatto, il rischio di negare il diritto fondamentale alla salute e, contestualmente, rischi sanitari non rilevati potenzialmente pericolosi per tutti (richiedenti asilo e comunità ospitante). Nei centri di grandi dimensioni sparisce quindi il presidio medico interno alla struttura. Dotazioni di personale che non garantiscono la sicurezza degli ospiti accolti, rischiando di restare in balia di connazionali senza scrupoli, e che non possono garantire il necessario presidio a tutela della positiva convivenza con il territorio.

[14] (Ajraz, 2018)

Già ora, i negati status di rifugiato, hanno raggiunto il 60% delle richieste, a cui si aggiungeranno il 30% dei permessi di soggiorno fino ad ora concessi per ragioni umanitarie.

Inoltre lo Sprar, un circuito di progetti che prevedono un percorso di formazione educativa e professionale per richiedenti asilo, non verrà ampliato ma ridotto. Sarà limitato solo a chi ha ottenuto lo status di rifugiato, oltre ai minori non accompagnati.

Chiudendo diversi Cas perché si stanno svuotando, saranno migliaia a finire in strada perché nessuna delle organizzazioni umanitarie cambierà la sua missione di accoglienza e integrazione per trasformarsi nei centri di permanenza per il rimpatrio previsti dal decreto. Si esclude che nell'arco di poco tempo lo stato potrà creare tanti centri per le espulsioni. E siccome le espulsioni non rappresentano la soluzione immediata né concreta, la maggior parte dei 160 mila migranti irregolari accolti nei Cas finiranno per essere dei senza dimora, che ovviamente possono rappresentare un fattore di rischio per la sicurezza tanto invocata.

Inoltre, secondo uno studio, la migrazione è considerata a lungo come un rischio per la salute mentale, a cui sono esposti sia i migranti che i loro discendenti. In effetti, il rischio di sviluppare la schizofrenia, in particolare, è moltiplicato per 2 a 3. Si mostra che il principale fattore comune a entrambi i fenomeni (immigrazione ed emigrazione) non è la migrazione ma l'esclusione sociale che, purtroppo, è spesso legata ad essa. Si mostra anche che questa esclusione è tanto il fatto della società ospitante che sostiene l'assimilazione culturale degli immigrati quanto quella della comunità migrante, intrappolata dal suo status di disertore culturale e dal suo conflitto di lealtà. Si conclude che la migrazione è soprattutto un'opportunità di arricchimento reciproco se si sostiene l'integrazione, quindi l'interculturalità, ovvero uno scambio di costumi e valori reciproci.[15]

Con lo scopo è di formare professionisti culturalmente competenti, sono stati introdotti dei corsi di formazione al fine di rendere il professionista in grado di: fungere da riferimento dei vari interventi assistenziali in un'ottica culturalmente integrata; favorire l'integrazione interculturale e promuovere una riflessione su tematiche salienti del mondo sanitario connesse al processo di globalizzazione e di maggiore mobilità dei cittadini e dei professionisti; promuovere la conoscenza dei vari sistemi sanitari in ottica comparata e dei paradigmi di riferimento del nursing transculturale e all'evidence based health.[16]

[15] (Dedieu SD1, [Migration, risks and opportunities]., 2019)
[16] (Corso di Alta Formazione in "Promozione della salute nella società interculturale", 2011)

2.6 L'assistenza infermieristica al paziente immigrato

Per illustrare la difficoltà dell'assistenza infermieristica al paziente immigrato, si utilizza come strumento di studio, l'indagine condotta nel 2012 nell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale (A.O.R.N) "A. Cardarelli". L'indagine in questione analizza le conoscenze, l'esperienza, le difficoltà degli infermieri nell'assistenza ai pazienti immigrati all'interno della struttura.

Sono stati coinvolti 98 infermieri in servizio a tempo indeterminato, 34 dell'UO Medicina d'Urgenza e 64 dell'UO di Pronto Soccorso. Per raccogliere le informazioni oggetto dell'indagine è stato somministrato un questionario costituito da 11 item, 10 a risposta multipla, 1 a risposta aperta. I questionari restituiti sono stati 89 (91%). L'età media degli infermieri, 47 femmine e 42 maschi, è risultata di 42,7 anni. La maggior parte degli infermieri (73) possiede il diploma di scuola regionale. L'esperienza professionale del 70% dei professionisti che hanno aderito all'indagine varia da 11 a 20 anni. Nessuno ha avuto esperienze lavorative all'estero. La maggior parte dei pazienti stranieri che hanno avuto accesso alla struttura era di origine europea. La possibilità di comunicare con operatori con una buona conoscenza della lingua inglese, operatori con una buona conoscenza della lingua originale del paziente, la disponibilità di informazioni sul SSN e sulle singole procedure, sono state le richieste più frequenti fatte dai pazienti agli infermieri .

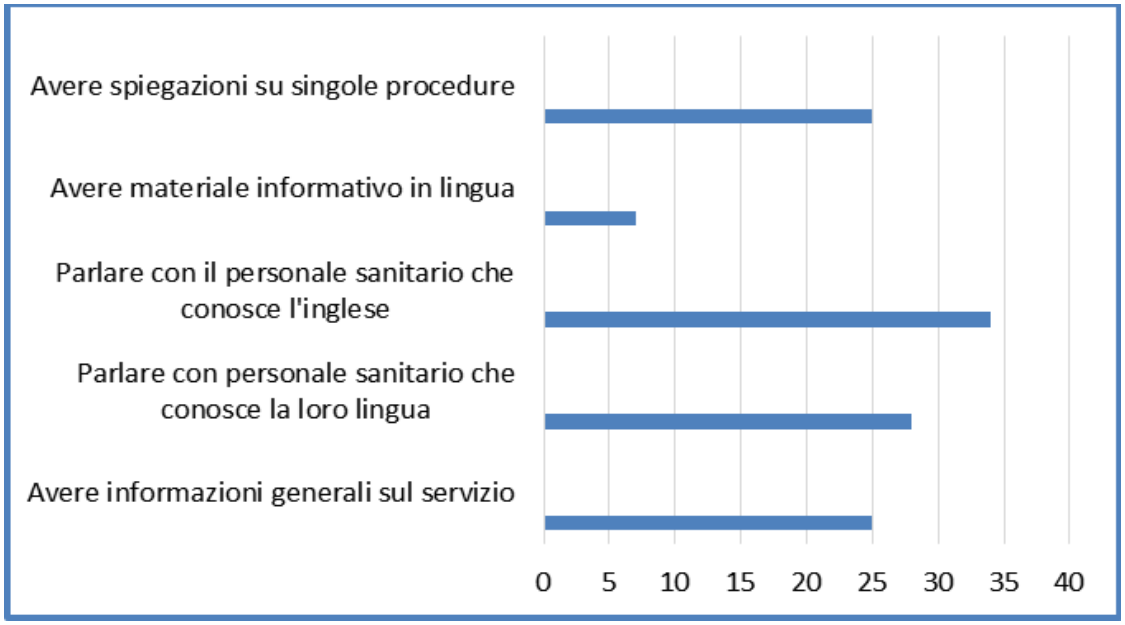

Fig.4: Richieste più frequenti dei pazienti agli infermieri (Fonte: Ipasvi)

Le maggiori difficoltà incontrate dagli infermieri sono state quelle linguistiche.

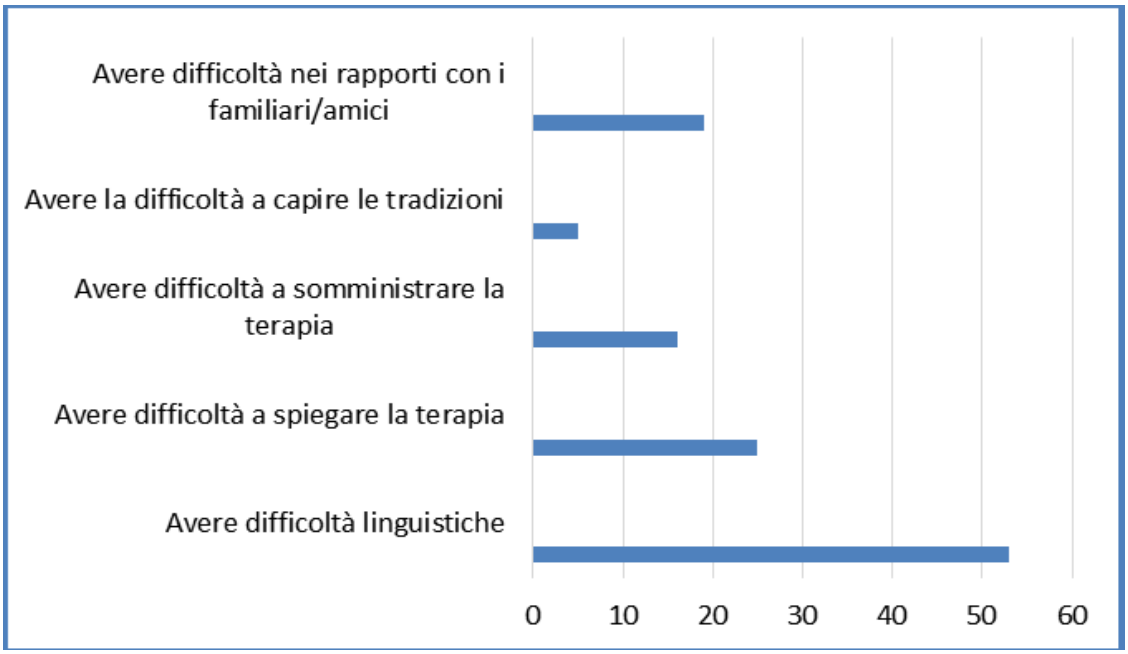

Fig.5: Le difficoltà più frequentemente incontrate dagli infermieri (Fonte: Ipasvi)

Le situazioni conflittuali registrate hanno visto coinvolti sia gli infermieri con i pazienti sia i pazienti di diverse nazionalità.

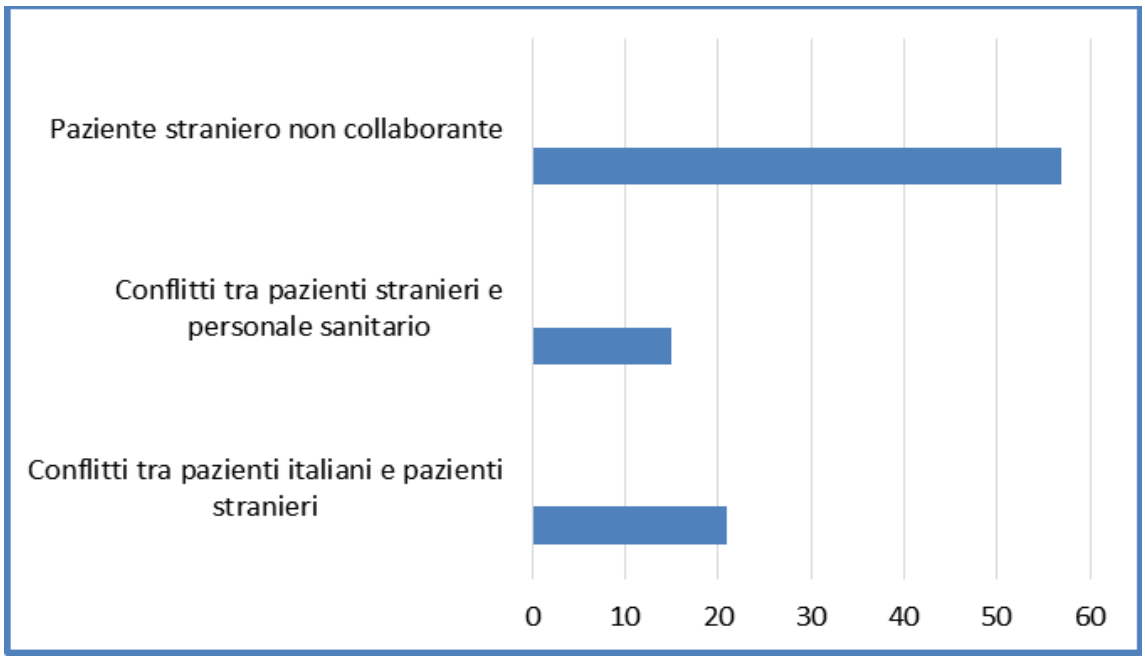

Fig.6: Le situazioni conflittuali più frequenti (Fonte: Ipasvi)

Lo studio conclude che le maggiori difficoltà sono quelle dovute alle diversità linguistiche e alla poca collaborazione da parte del paziente straniero. Poche, invece, quelle riscontrate nella comprensione delle tradizioni così come quelle legate alla conflittualità tra pazienti stranieri e infermieri.

Superare gli ostacoli conseguenti a queste difficoltà può non essere semplice: particolare importanza assumono le modalità di approccio e la relazione con il paziente straniero perché questo è determinante nella relazione infermiere-paziente.

Anche se il numero degli infermieri che hanno partecipato all'indagine è limitato, l'analisi dei dati raccolti ha portato all'attivazione di un evento formativo che offre la possibilità, anche attraverso il coinvolgimento di un mediatore culturale, di approfondire e analizzare alcuni degli aspetti di maggiore criticità (l'integrazione, il counselling, l'accessibilità ai servizi da parte dei pazienti stranieri).

Il vero contributo al miglioramento della qualità si ottiene mediante la formazione continua, che determina un accrescimento culturale del singolo professionista.[17]

Nel corso degli anni sono stati elaborati, inoltre, standard di riferimento che indicano quali dovrebbero essere le caratteristiche essenziali per un nursing culturalmente competente e le norme di buona pratica. [Douglas, Pierce]

1. Standard: Giustizia Sociale
2. Standard: Riflessioni critiche
3. Standard: Conoscenze di Nursing Transculturale
4. Standard: Pratiche interculturali
5. Standard: Sistemi sanitari e Organizzazioni
6. Standard: Difesa dei pazienti ed Empowerment
7. Standard: Forza lavoro multiculturale
8. Standard: Educazione e formazione
9. Standard: Comunicazione transculturale
10. Standard: Leadership transculturale
11. Standard: Sviluppo di politiche
12. Standard: Evidence-Based Practice e ricerca[18]

[17] (di Margherita Ascione (1), 2012)
[18] (Valentina Bressan, 2011)

2.7 I bisogni socio-sanitari e salute degli stranieri

Dall'analisi retrospettiva effettuata sulle schede cliniche degli utenti che si sono rivolti al servizio STP (servizio per Stranieri Temporaneamente Presenti) nel 2009, si evince che l'affluenza più elevata è dei cittadini provenienti dall'Asia (Bangladesh), dall'Europa Orientale (Romania: 270; Ucraina: 96; Russia: 70), dal Sudamerica (Perù) e dal Nord Africa (Egitto).

Diabete e ipercolesterolemia sono le principali patologie per cui si rivolgono al servizio ambulatoriale. La compliance a qualsiasi terapia risente fortemente della cultura musulmana, con la tendenza a non rispettare le prescrizioni terapeutiche e raccomandazioni dietetiche durante periodi come quello del Ramadan. Scontato dire che l'approccio al servizio sanitario è ostacolato anche da problemi di comunicazione, dato che la lingua prevalentemente parlata è il bengalese, per cui sarebbe opportuno l'intervento del mediatore culturale.

Per quanto riguarda gli immigrati dall' Europa dell'Est, le richieste di intervento sanitario più frequenti da parte degli uomini riguardano i traumatismi (25,9%) e le malattie dell'apparato digerente (13,8%), cardiocircolatorio (9,4%) e respiratorio (8,2%). Da parte delle donne la gravidanza, il parto e il puerperio (56,6%), le patologie a carico del sistema osteo-articolare (16,8%) e dell'apparato digerente (14,4%), oltre ai tumori (10,5%).

I ricoveri per malattie infettive e parassitarie colpiscono maggiormente le donne immigrate straniere. La percezione della malattia viene vissuta diversamente e viene espressa sotto forma di bisogni sanitari a secondo della cultura di appartenenza.

A questo si aggiunga che gli infermieri ammettono una scarsa competenza nel coinvolgere il paziente e i suoi familiari e nel gestire le criticità. Le ricerche effettuate denotano una diversa modalità di vivere la maternità e il parto da parte delle donne migranti in Italia rispetto a quanto avviene nel paese d'origine. Soprattutto per le donne africane, infatti, la maternità e il parto coinvolgono la famiglia allargata e tutte le donne della comunità. Nel paese di emigrazione questi eventi, invece, vengono vissuti in solitudine, come una malattia. Il vissuto malato della maternità e del parto ospedalizzato incidono sulla salute della donna e del bambino, ne sono indice le nascite pretermine con neonati di basso peso (i nati prematuri nelle donne immigrate sono il doppio, circa il 10,76% contro il 4,63% delle italiane) e l'alto numero di parti cesarei. Le migranti vivono durante la gestazione ed il parto un profondo senso di inadeguatezza provocato dalla condizione dell'essere straniera, dalla mancanza della famiglia allargata e dalle

difficoltà di comprensione linguistica e culturale con gli operatori dei reparti ostetrici. Questi fattori comportano ad esempio l'interruzione precoce o il non stabilirsi dell'allattamento al seno.

Dall'analisi dei dati del servizio STP del Distretto VI, si registra un leggero incremento dei tumori, sia per i maschi che per le femmine, e delle malattie del sistema cardio-circolatorio per i maschi, confermando una tendenza, al viraggio epidemiologico verso malattie più comuni della società occidentale, da imputare sia all'invecchiamento progressivo della popolazione straniera, sia all'acquisizione di stili e abitudini di vita che portano con sé specifici fattori di rischio. L'elevata frequenza dei ricoveri per traumatismi, imputabili all'elevato numero di incidenti lavorativi, in particolare se si tratta di lavoro nero, e quella delle malattie infettive denotano delle aree di criticità sanitaria specifiche dei cittadini stranieri.

Dall'elaborazione dei questionari somministrati agli utenti bengalesi emerge che la maggior parte frequenta da tempo il servizio STP. Oltre ad essere la conseguenza della selezione di quelli che parlano meglio l'italiano, questo significa da una parte che i clandestini tendono a permanere in questa condizione, dall'altra che gli operatori sanitari sono riusciti ad attuare la presa in carico dell'utente di cultura altra e, in qualche modo, a fidelizzarlo, dando una risposta ai suoi problemi di salute e rappresentando quindi un punto di riferimento efficace. Al primo accesso alla struttura l'utente si fa spesso accompagnare da un proprio familiare o da un connazionale che già conosce il servizio e ha una maggiore padronanza della lingua italiana.

I maggiori ostacoli incontrati nell'utilizzo dei servizi sono: i problemi di comunicazione (49%), la differenza religiosa (26%) e quella culturale (25%). Confrontando tali risposte con quelle degli infermieri, possiamo constatare come il problema di comunicazione sia avvertito dal 50% degli intervistati, quello culturale dal 27% e quello religioso dal 22,5%.[19]

Difficoltà tra operatori e utenti stranieri:

[19] (Maria Grazia Proietti)

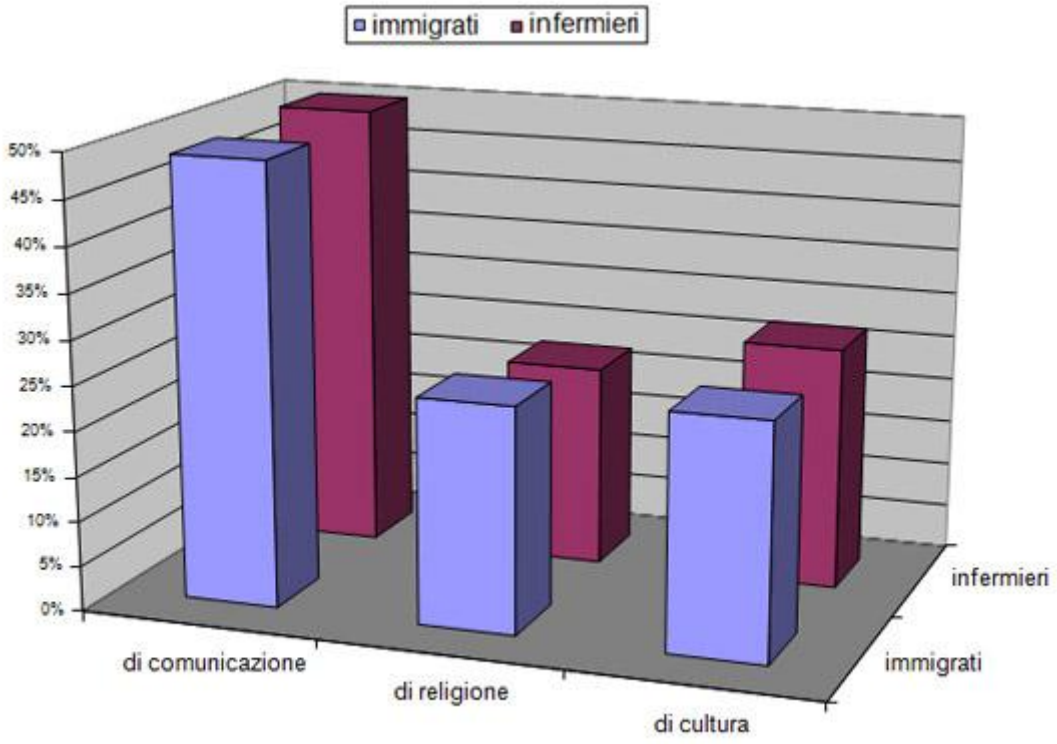

Fig.7: Ostacoli maggiormente incontrati nell'utilizzo dei servizi

I flussi migratori interessano infatti una moltitudine di popolazioni e di categorie di persone (lavoratori, studenti, rifugiati, ecc), ognuna con determinanti di salute, bisogni e livelli di vulnerabilità differenti. Inoltre, il fenomeno coinvolge direttamente un'ampia gamma di aspetti della vita quotidiana sia dei soggetti migranti che della popolazione locale. Una delle sfide della sanità pubblica è di riuscire a garantire accesso ai servizi e percorsi di tutela per tutte quelle persone che, per diversi motivi, si trovano in condizioni di fragilità sociale. È dimostrato infatti che tra i principali determinanti di salute ci sono i fattori socioeconomici che influenzano stili di vita e accesso ai servizi sanitari. Il benessere del paziente è il principale scopo soprattutto dell'assistenza infermieristica, che deve basarsi su un approccio personalizzato e rispettoso della cultura della persona assistita [Leininger, 2002].

L'infermiere deve conoscere le credenze e i valori che influenzano la relazione terapeutica per poter assicurare un'assistenza competente [Spito e Lombardi, 2008]. Si tratta di una sfida positiva e stimolante per l'infermiere, che comporta un arricchimento e un approfondimento delle dimensioni professionali che fanno riferimento alle scienze umane [Mottini, 2007].

CAPITOLO TERZO

LA COMUNICAZIONE

Comunicazione significa letteralmente "mettere in comune ".[20] Ciò che viene messo in comune nella comunicazione non sono beni material,i ma più che altro sono "messaggi" che esprimono intenzioni, sensazioni, pensieri, sentimenti, informazioni. In pratica comunicare non vuol dire trasmettere ad altri, sensazioni o situazioni, ma la rappresentazione mentale delle sensazioni, situazioni, ecc. E' necessario che si verifichino alcune condizioni di base, senza le quali, la comunicazione sarebbe impossibile:

-*prima condizione*: almeno due soggetti che entrino in contatto tra di loro, in modo anche indiretto.

-*seconda condizione*: devono esistere dei messaggi che devono essere trasmessi da un soggetto "mittente" ad uno o più soggetti "destinatario". Se non esiste nessun messaggio da trasmettere, non esiste nemmeno la comunicazione.

-*terza condizione*: deve esistere un codice comune tra i due o più soggetti che permetta la comprensione del messaggio. Se ad esempio due persone vogliono comunicare attraverso la comunicazione verbale, ma parlano due lingue diverse,non potranno mai trasmettersi messaggi, perché non li capirebbero, non verrebbero decodificati.

-*quarta condizione*: deve esistere la volontà di comunicare tra i soggetti, cioè la volontà di parlare e di ascoltare, di trasmettere e di ricevere messaggi. Se non esistesse questa volontà, si comunicherebbe con il nulla.

Lo psicologo Paul Watzlawick ed i suoi colleghi, nel 1967, hanno introdotto un'importante differenza nello studio della comunicazione umana: ogni processo comunicativo tra esseri umani, possiede due dimensioni distinte, il contenuto (ciò che le parole dicono) e la relazione (quello che i parlanti lasciano intendere, sia a livello verbale che non, sulla qualità della relazione che intercorre tra loro).

Nel 1981, lo psicologo Friedemann Schulz von Thun, dell'Università di Amburgo, ha proposto un modello di comunicazione interpersonale che distingue quattro dimensioni diverse, nel cosiddetto "quadrato della comunicazione".[21]

[20] (Zoppini, 2013)
[21] (comunicazione, 2019)

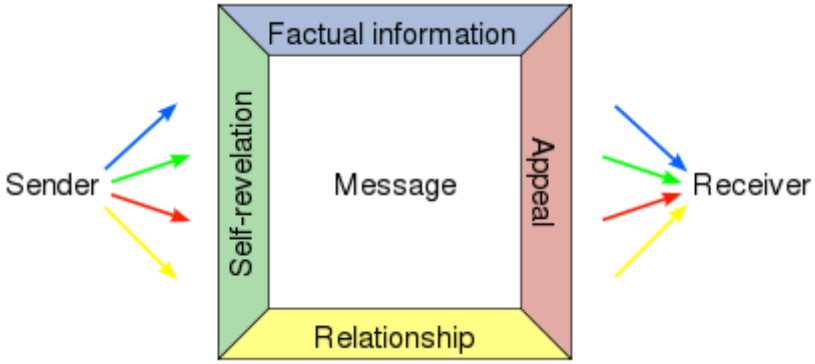

Fig.8: Il modello di Friedemann Schulz von Thun: il quadrato della comunicazione.

Contenuto: di che cosa si tratta? (lato blu del quadrato, in alto).

Relazione: come definisce il rapporto con te, che cosa ti fa capire di pensare di te, colui che parla? (lato giallo, in basso).

Rivelazione di sé: ogni volta che qualcuno si esprime rivela, consapevolmente o meno, qualcosa di sé (lato verde, a sinistra).

Appello: che effetti vuole ottenere chi parla? Ciò che il parlante chiede, esplicitamente o implicitamente, alla controparte di fare, dire, pensare, sentire. (lato rosso, a destra).

Queste quattro dimensioni si possono tener presenti sia nel formulare messaggi che nell'ascolto e nell'interpretazione dei messaggi di altri.

3.1 I tre livelli di comunicazione interpersonale

La comunicazione interpersonale, che coinvolge più persone, è basata su una relazione in cui gli interlocutori si influenzano vicendevolmente come in un circolo vizioso, ed è suddivisa in:

-*Comunicazione verbale*, che avviene attraverso l'uso del linguaggio, sia scritto che orale, e che dipende da precise regole sintattiche e grammaticali, è legato al significato convenzionale delle parole, indica ciò che si dice ;

-*Comunicazione non verbale*, la quale invece avviene senza l'uso delle parole, ma attraverso canali diversificati, quali mimiche facciali, sguardi, gesti e posture,

-*Comunicazione para verbale*, è legata a ciò che riguarda tono, volume e ritmo della voce di chi parla, pause ed altre espressioni sonore (come lo schiarirsi la voce) e non (come il giocherellare con le mani con qualsiasi cosa capiti a tiro). Indica perciò, il modo in cui qualcosa viene detto.[22]

Sulla base di uno studio sull'importanza dei diversi aspetti della comunicazione nel trasmettere oralmente un messaggio, lo psicologo e docente universitario Albert Mehrabian, formulò il modello del "55, 38, 7".

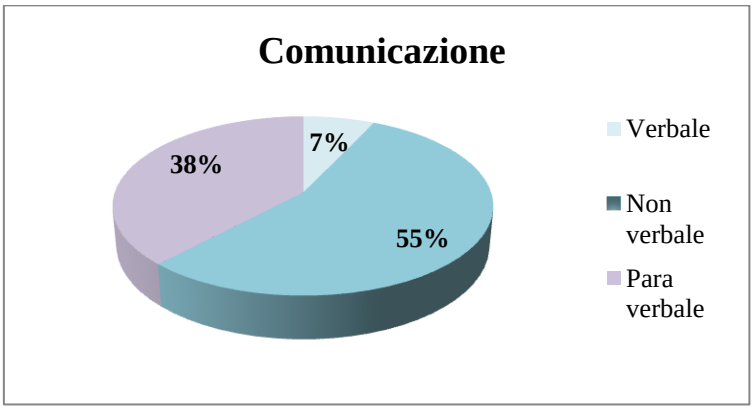

Fig.9: Modello del "55,38,7"

Secondo Mehrabian:

-il 55% del messaggio comunicativo è dedotto dal linguaggio non verbale (gesti, mimica facciale, postura);

-il 38% dagli aspetti para verbali (tono, ritmo, timbro della voce);

-il 7% dal contenuto verbale.

[22] (Laurenti, 2015)

Usare un determinato tono di voce, gestire correttamente gli spazi o mettere a proprio agio l'interlocutore sono quindi azioni che possono rafforzare il messaggio che stiamo trasmettendo con le parole. Inoltre, se i tre livelli non sono allineati daremo all'interlocutore l'impressione di essere poco chiari e coerenti, e saremo poco credibili. Saper armonizzare i tre livelli di comunicazione è fondamentale per comunicare efficacemente in ogni occasione: al lavoro, in famiglia, con gli amici, davanti a una platea di persone.

3.2 Modelli della comunicazione

Per analizzare e comprendere la comunicazione sono stati elaborati numerosi modelli diversi tra loro per natura, uso e regole a cui si riferiscono e che, come tutti i modelli, devono essere considerati come strumenti di interpretazione della realtà e perciò di semplificazione della stessa. I modelli della comunicazione hanno avuto origine da un articolo pubblicato nel 1948, dal teorico della comunicazione Harnold Lasswell, in cui l'autore proponeva il problema della comunicazione cercando di rispondere a 4 domande, ciascuna delle quali rappresenta un elemento del fenomeno e nel contempo di studio specializzato:

- Il CHI cioè l'emittente;
- DICE COSA cioè il contenuto del messaggio;
- ATTRAVERSO QUALE MEZZO cioè il mezzo di diffusione del messaggio
- CON QUALE EFFETTO cioè l'effetto che l'emittente ha sul ricevente.

1. Il modello matematico-cibernetico

Questo modello considera la comunicazione come un processo circolare. Il concetto chiave di questo modello è quello della retroazione o feedback, secondo il quale i comunicanti sono considerati emittenti e riceventi allo stesso tempo. In questo tipo di comunicazione si ha un'influenza reciproca dei comunicanti.

2. Il modello linguistico-semiologico

Questo modello parte dalla considerazione che l'atto comunicante è efficace solo quando i segni utilizzati sono patrimonio comune a tutti i comunicanti coinvolti, quindi possono essere compresi e interpretati nella totalità del loro significato. I concetti chiave di questa teoria sono:

- il codice, cioè ciò che regola e struttura i segni (simboli) mediante regole ben precise e rende possibile il loro essere patrimonio comune;
- il significante, cioè il materiale che si utilizza per comunicare che si presenta diverso per ogni linguaggio (lettere dell'alfabeto);
- il significato che corrisponde all'elemento concettuale, al valore o senso attribuito sia da chi produce quel segno che da chi lo riceve o percepisce;
- il contesto cioè la situazione contestuale all'interno della quale vengono utilizzati significante e significato.

3. Il modello psicologico-sociale

Questo modello pone come oggetto del proprio studio l'osservazione del comportamento dell'essere umano, dal quale dedurre l'atteggiamento interiore e la motivazione fondamentale. I concetti chiave di questa teoria sono:

- il comportamento, cioè ciò che risulta delle attività di un organismo che possono essere osservate;
-l'atteggiamento, cioè ciò che viene identificato con l'orientamento favorevole o sfavorevole verso l'altro o la disposizione a reagire ad una particolare situazione;
- la motivazione, cioè la regolazione del comportamento che tende a soddisfare un bisogno o a raggiungere una meta.

3.3 Cinesica e prossemica

La professione infermieristica, nell'assistere la persona è spesso sottoposta a dilemmi etico- assistenziali in quanto approcciati differentemente nelle diverse culture. Il corpo è il primo mezzo a disposizione dell'uomo per scoprire la realtà, le percezioni sensoriali; i confini corporei definiscono il sé e lo distinguono dal mondo esterno costruendo altrettanti strumenti di contatto, di codificazione e di manipolazione del reale. L'infermiere in quanto utilizzatore della comunicazione quale strumento per 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 accetti in una cultura possono essere offensivi in altre, generando incidenti pragmatici spesso tali da far abortire la comunicazione. "

La cinesica è una disciplina indotta 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. Paul Ekman e Erik Friesen sono due ricercatori che propongono cinque categorie:

1- *emblemi*: o gesti simbolici, definisce atti non verbali che hanno una traduzione verbale immediata, conosciuta e condivisa dai membri di un gruppo, classe, cultura: hanno un significato concordato. La loro funzione è di ripetere, sostituire, il discorso che accompagnano. Sono appresi nell'ambito di una data cultura: esempio il gesto di fare le corna, ruotare l'indice nella guancia per esprimere l'idea di un cibo gustoso ecc.

2- *gesti illustratori*: direttamente collegati al discorso e servono ad illustrare ciò che viene detto, sono solitamente informativi

3- *gesti dimostratori di emozioni*: movimenti dei muscoli facciali e corporei in associazione alle emozioni primarie (sorpresa, paura, collera, disgusto, tristezza, felicità). Ricerche hanno dimostrato che le espressioni del viso comunicano ciò che prova la persona in quel momento mentre i movimenti del corpo fanno capire l'intensità dell'emozione.

4- *gesti regolatori*: azioni che mantengono e regolano l'alternarsi dei turni di conversazione . nella conversazione possono indicare se l'interlocutore è interessato o meno, se desidera parlare o interrompere la comunicazione

5- *gesti adattatori*: sono inconsci. Legati all'abitudine e privi di intenzioni comunicative.

La prossemica invece, è una branca facente parte della semiologia, che studia il significato di rapporti di spazio nella comunicazione umana. Secondo il fondamento principale, la distanza che gli interlocutori mantengono tra loro sono regolate da "leggi" inconsce. Hall ha osservato che la distanza relazionale tra le persone è correlata con la distanza fisica, ha definito e misurato quindi quattro "zone" interpersonali:

-La distanza intima (0-45 cm).

-La distanza personale (45–120 cm) per l'interazione tra amici.

-La distanza sociale (1,2-3,5 metri) per la comunicazione tra conoscenti o il rapporto insegnante-allievo.

-La distanza pubblica (oltre i 3,5 metri) per le pubbliche relazioni.

Come tutti i linguaggi, anche la prossemica varia da luogo a luogo. Nel Nord Europa, per esempio, la distanza normale tra due persone che parlano è maggiore che in Italia e nei paesi mediterranei. Edward Hall, antropologo statunitense, osservò che la distanza da mantenere, interloquendo con altre persone e attraverso cui ci si sente a proprio agio, dipende dalla propria cultura. Gli arabi preferiscono stare molto vicini tra loro, quasi gomito a gomito, gli europei e gli asiatici si tengono invece fuori dal raggio di azione del braccio. In alcune regioni meridionali dell'India, dove la distanza che gli appartenenti alle diverse caste devono mantenere fra di loro è rigidamente stabilita, quando gli individui della casta più bassa (paria) incontrano i bramini, la casta più elevata, debbono tenersi a una distanza di 39 metri. Altra differenza è quella tra i sessi, i maschi si trovano più a loro agio a lato di una persona, invece le femmine di fronte.

Fig.10: La prossemica

3.4 Comuni – Care

Il linguaggio opera un' interpretazione della propria rappresentazione interna per poterla tradurre in parole. Tutto quello che si fa quando si è di fronte ad un paziente, per esempio, quando gli viene chiarito un aspetto della prescrizione terapeutica, o ciò che gli viene detto in termini di parole e contenuti, incide solo per il 7% di ciò che lui complessivamente comprenderà.

Il rimanente 93% della comunicazione passa attraverso il linguaggio del corpo e quasi il 50% di tutta la comunicazione è inconsapevole.

Migliorare la comunicazione può certamente rendere un beneficio al paziente, facilitandone il percorso di guarigione, e all'infermiere, fornendogli ulteriori punti di vista e strumenti per agevolare una professione oggettivamente fra le più complesse, sia dal punto di vista tecnico-scientifico sia dal punto di vista umano.

Una comunicazione efficace aiuta a farsi comprendere e a comprendere meglio gli altri; aiuta a raggiungere i propri obiettivi, migliora la disponibilità degli altri nei nostri confronti.

Importante è che nel rapporto tra infermiere e paziente siano presenti alcuni elementi, quali:

-fiducia: l'infermiere si deve impegnare a costruire un rapporto basato su questo sentimento, indispensabile per il benessere del paziente.

-empatia: l'infermiere deve addentrarsi nella vita del suo paziente, percepire i suoi sentimenti e restare obiettivo per poterlo aiutare a risolvere i suoi problemi.

Hildegarde Peplau, infermiera, descriveva l'assistenza come un processo interpersonale terapeutico che ha il compito di concorrere alla salute della collettività e dei singoli. Un processo inteso in questa maniera può contribuire allo sviluppo della personalità del paziente, a capirne la varietà dei problemi e a cercare una soluzione ad essi.

Anche il silenzio è una forma di comunicazione non verbale e alla luce di ciò l'infermiere dovrà analizzarne il significato in base al contesto e al soggetto che ha di fronte. Nel saper fare e nel saper essere dell'infermiere sono compresi i seguenti concetti, prestabiliti inoltre dal Patto Infermiere Cittadino del 1996.

Fig.11: Patto Infermiere Cittadino (Fonte: Ipasvi)

3.5 Difficoltà di comunicazione con paziente straniero

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), è stata istituita all'inizio del 1990 sotto la spinta di gruppi ed organizzazioni che in varie parti d'Italia si occupavano di garantire il diritto all'assistenza sanitaria ad immigrati comunque presenti sul territorio nazionale.[23] Si avverte la necessità di una cura della relazione, della conoscenza dell'altro e delle sue esigenze, garanzia di un accettabile livello di comprensione e di compliance (Taussig, 1980) tra operatore e paziente, finalizzato a una condivisione delle pratiche e dei significati dell'atto medico e dell'assistenza. La cura della relazione e la conoscenza dell'altro derivano, in primo luogo, dalla comprensione reciproca, non solo puramente linguistica ma anche, e soprattutto, culturale; in secondo luogo, dalla costruzione di comuni percorsi di «complicità» volti a capire e affrontare la malattia. I fondatori della Medicina delle Migrazioni avevano riflettuto sui cinque livelli di difficoltà comunicativa che possono sorgere tra medico e paziente straniero, su cui, già negli anni '80.

1° livello: **prelinguistico**, riguarda la difficoltà di riconoscere e di esprimere il proprio vissuto e le sensazioni interiori, nella prospettiva del modello dell'antropologia medica anglosassone, per la quale la malattia va intesa anche come costrutto simbolico, oltre che organico, e la medicina come un'interpretazione ermeneutica.

2° livello: **linguistico**, riguarda l'utilizzo di due idiomi differenti non solo nel lessico ma anche nel messaggio semantico, che non possono essere esattamente sovrapposti. Per esempio il termine "kili" in somalo, vuol dire "reni", ma "kili" in somalo identifica l'area cutanea addominale antero-laterale, mentre in italiano per reni si intende, l'area dorsale latero-rachidea. Un italiano quando dice cha ha mal di reni vuol dire che ha una lombalgia. In somalo può voler significare un dolore della regione del colon ascendente o discendente [Mazzetti, in Pasini e Picozzi, 2005, 78].

3° livello: **metalinguistico**, che si riferisce all'apparato simbolico a cui corrispondono termini specifici che dipendono dal soggetto parlante e dalla cultura di appartenenza. Ad esempio, l'interpretazione semantica del mal di cuore, proposta da Mazzetti nella sua traduzione francese «avoir mal au coeur», indica sia «avere male al cuore» sia «avere nausea o mal di stomaco»;

4° livello: **culturale**, include in qualche modo, i precedenti, in quanto mette in luce come dietro a ogni concetto ed espressione ci sia un sistema di pensiero e di rappresentazione semantica che varia in base ai soggetti e alle condizioni in cui avviene

[23] (Migrazioni)

la comunicazione. Soprattutto gli operatori sanitari dichiarano la consapevole impossibilità di apprendere tutti i riferimenti culturali dei loro pazienti, dovuta anche alla pluralità etnica del fenomeno migratorio in Italia e al continuo mutamento delle presenze con cui entrano in contatto.

5° livello: **meta culturale**, indica lo scarto che avviene tra dichiarazione cosciente del paziente e dimensione inconscia che essa sottintende: esso è ben illustrato dall'esempio di una paziente musulmana che, per seguire le regole di Ramadan nel contesto migratorio, non rispetta le prescrizioni farmaceutiche o ne deferisce l'impiego, non tanto per seguire il precetto religioso, quanto perché in esso ritrova quella forma di appartenenza identitaria, della cui conferma non ha bisogno nel contesto d'origine, dove potrebbe derogare lo Sawm (il digiuno) per seguire le terapie prescritte (Mazzetti, in Pasini e Picozzi, 2005, 82).Marya, donna berbera di circa sessant'anni, residente a Torinodal 1990, affetta da diabete mellito, è obbligata dal medico curante italiano a rinunciare al digiuno, pur dimostrando un forte risentimento; al contrario, tornata nella sua casa di Ouarzezete, in anni precedenti, per festeggiare la festa di fine Ramadan, pur senza la prescrizione del medico marocchino, si è astenuta dal digiuno rituale.

Ciò che emerge dalle difficoltà che caratterizzano il rapporto, in questi casi, medico-paziente, non è imputabile esclusivamente alla mancata conoscenza della lingua dell'altro, ma alla difficoltà di capirne il sistema di pensiero e le reti simboliche che ne caratterizzano lo stato di paziente. Si tende, tuttavia, a sottolineare l'incapacità di comunicazione linguistica tra i due attori e la necessità, di ricorrere ad un linguaggio simbolico o alternativo.

3.6 La figura del Mediatore Culturale e di Comunità

Al livello di incomprensione linguistica sono sempre associati quello culturale e quello meta culturale. Nella diversità dei livelli culturali, dunque, la traduzione non può essere soltanto linguistica ma anche semantica: in questo, il professionista sanitario assume su di sé una responsabilità maggiore rispetto a quella necessaria nel rapporto con un paziente autoctono, di cui condivide quel sistema di rappresentazioni e di saperi che supplisce anche a un'eventuale incomprensione puramente linguistica. Per questa serie di ragioni, sono oggi presenti, nella maggior parte delle strutture sanitarie, dei mediatori culturali. Si potrebbe parlare di due figure di mediazione sia linguistica che culturale: il **mediatore di comunità** e il **mediatore culturale** (professionista).

Mediatore di Comunità

Viene identificato con quell'immigrato che fa della sua competenza bi-linguistica e della conoscenza del sistema sociale (e, spesso, sanitario) del contesto d'immigrazione una ricchezza, mettendosi a disposizione dei connazionali, nella maggior parte parenti, per un aiuto o un accompagnamento in strutture pubbliche e private in cui debbano essere sottoposti a visite mediche o rivolgersi a specialisti. Egli è riconosciuto come tale non necessariamente da un diploma o da una qualifica professionale, ma, più spesso, dalla fiducia e dalla responsabilità che il gruppo gli conferisce. Si è riscontrato che, soprattutto tra gli immigrati di origine maghrebina, è quasi sempre il marito ad accompagnare la moglie e, spesso, a parlare al suo posto al medico; qualora manchi questa figura, simbolo anche di sicurezza e di controllo per la donna (soprattutto per coloro che sono giunte in Italia a seguito di ricongiungimenti familiari e che non conoscono bene o affatto la lingua italiana), sono i figli a farsi interpreti delle esigenze e delle richieste delle madri. In mancanza di un membro della famiglia, che meglio può riferire la condizione dell'interessata, rispettandone la privacy e l'intimità culturale, ci si rivolge alle giovani connazionali, istruite e inserite nel contesto d'emigrazione in forme lavorative affini a quelle svolte dai mediatori professionali (interpreti, impiegati nei centri d'accoglienza o presso l'Ufficio stranieri). Le donne dell'est Europa, invece, come coloro che provengono dall'America Latina, vengono accompagnate spesso da amiche e compagne con cui condividono il processo migratorio o che le hanno accolte e guidate all'inizio del proprio. Al contrario, gli uomini, che meglio conoscono la lingua italiana, si rivolgono alle strutture sanitarie o agli ambulatori medici autonomamente, preferendo, tuttavia, soprattutto per i musulmani, operatori sanitari dello stesso sesso (diverse sono le testimonianze di infermiere che si sono viste allontanare, seppur

gentilmente, dal paziente musulmano e, ugualmente, casi in cui medici maschi, soprattutto se ginecologi, sono stati poco graditi dalle donne in visita, accompagnate dai propri mariti).Nel caso del mediatore di comunità, dunque, ci sarebbe una perfetta coincidenza dei livelli culturali e meta culturali tra lui e il paziente (ma non necessariamente con il medico), che potrebbe generare persino meccanismi di reticenza da parte del malato o il rischio di un impoverimento o, quantomeno, di una riduzione del messaggio che il mediatore trasmette al medico. Ciò è evidente se si considerano quelle domande relative alla sfera privata e intima del paziente che mettono in gioco quel senso dell'onore(soprattutto per l'uomo) e del pudore (per la donna), compromessi di fronte auna persona della stessa cultura e, talora, dello stesso gruppo di appartenenza.

Mediatore culturale

L'altra figura di mediazione, presente all'interno della maggior parte delle strutture sanitarie, è quella del mediatore culturale, termine significativamente rispondente all'esigenza di porsi tra due realtà culturali, di trovarne un compromesso, di metterle in comunicazione. Questa figura, prima di essere istituzionalizzata, nasce, intorno agli anni '90, in seno alle associazioni etniche (come mediatore di comunità), in cui i primi immigrati, che parlano almeno due lingue si fanno interpreti e mediatori delle istanze dei nuovi arrivati. Questa figura è andata progressivamente istituzionalizzandosi all'interno dei servizi e dei centri con un'utenza anche o esclusivamente straniera; ne è derivata, inoltre, la creazione di un complesso sistema di formazione e di educazione cui partecipano, oggi, sempre più immigrati soprattutto di seconda generazione. Egli è impiegato all'interno dei servizi rivolti agli stranieri, provenienti dal suo stesso Paese o, almeno, da un'area linguistica comune. Sono protagonisti del «rito della traduzione», svolgendo un ruolo attivo all'interno del rapporto tra l'operatore e il paziente e permettendo l'accostamento di ambiti linguistici e culturali differenti. Questa tipologia di mediatore potrebbe garantire una certa oggettività al processo di mediazione, un distacco professionale. Questa figura permetterebbe di ridurre il livello di incomprensione dei due attori, tra loro estranei, pur compromettendo la riservatezza del colloquio e la privacy del paziente, che è dipendente dalla resa non solo linguistica ma soprattutto semantica del proprio vissuto a opera di un estraneo.

Attualmente i presidi sanitari dove maggiormente si riscontra l'impiego di mediatori culturali sono gli ospedali, in particolar modo i reparti di ginecologia, ostetricia, pediatria, oncologia, e in maniera minoritaria il pronto soccorso, la camera mortuaria e i reparti di malattie infettive. In alcuni casi come a Roma nell'ambito dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, il mediatore culturale assiste gli operatori sanitari e i

migranti mettendo in campo competenze di psicologia ed etnopsichiatria. Nei consultori familiari e nei centri di salute mentale, le funzioni del mediatore sono di vario tipo: dall'assistenza nell'anamnesi, alla comunicazione della diagnosi e orientamento per le terapie, dalla decodifica dei significati e delle percezioni culturalmente determinate della malattia e della cura all'attività di assistenza e accompagnamento e prevenzione di malattie ginecologiche. In questi contesti il mediatore può avere anche la funzione di identificare casi di tratta, favorendo l'emersione da situazioni di sfruttamento della prostituzione e riduzione in schiavitù di donne e minori.

3.7 Differenti punti di vista

Il "nuovo" paziente

I migranti sono portatori di visioni culturalmente specifiche del dolore, della malattia e delle relative forme di presa in carico e risorse di salute; abitudini sanitarie derivanti dal modello di sistema sanitario del paese di origine influenza sulla fruizione dei servizi e sulla compliance. Nella cultura tedesca, per esempio, il malato:

- non deve essere affaticato;
- va isolato e trattato con discrezione;
- gli si parla a bassa voce e il meno possibile;
- non gli si nasconde nulla della gravità del suo male;

nella cultura turca, invece, il malato:

- va trottato come sono;
- non va isolato dalla comunità:
- gli si parla ad alta voce, cercando di tenerlo allegro
- bisogna distrarlo dalla sua malattia e sofferenza.

Attraversano inoltre, le fasi di:

-fascino: il paziente è affascinato dal mito dell'alta tecnologia, diagnosi rapide, cure efficaci

-scetticismo: è l'incontro con la burocrazia sanitaria, code e tempi di attesa divieti di accesso, ripiego sul volontariato

-criticismo: incontro con una sanità che presuppone una diversa percezione del corpo e della cultura di salute, con una organizzazione difficile da capire

Ogni paziente, chi più e chi meno, si sente straniero in ospedale: le persone chiedono di essere informate con gentilezza e cortesia, e con una terminologia comprensibile. L'ospedalizzazione crea spaesamento, una messa in pausa della vita. Garantire sicurezza aiuta a non sentirsi abbandonati e a sapere di essere in buone mani. I pazienti, specie se migranti, hanno la sensazione di essere in balia di decisioni che altri prendono per loro e che questo sia il conto da pagare per essere curati.

Il professionista sanitario

Attraversa le fasi di:

-esotismo: i sanitari si aspettano di trovare il paziente affetto da malattie esotiche

-scetticismo: non si scoprono malattie esotiche, il paziente viene visto come un lavativo, un malato immaginario, un perditempo
-criticismo: ci si comincia ad interrogare sulla relazione con un paziente con una diversa percezione del corpo e della cultura di salute
Agire una sensibilità culturale significa innanzi tutto esercitare un ascolto attivo, ovvero esplorare con la consapevolezza, emotiva e cognitiva, delle pre-comprensioni la differenza culturale, e utilizzare questa esplorazione per costruire ponti e intrecciare dialoghi. Solo un ascolto attivo è in grado di costruire una realtà sociale nelle diverse prospettive che la costituiscono. Significa anche accogliere e valorizzare gli imbarazzi reciproci, la propria capacità emotiva di percepire che qualcosa non segue le regole a cui siamo abituati, indagarne le ragioni.

Raccomandazioni per gli operatori sanitari

1. Preparare il colloquio con il mediatore culturale: questa preparazione condiziona parecchio il successo dell'intervento; permette di precisare ciò che si aspetta dal mediatore e come si pensa di condurre il colloquio.
2. Parlare direttamente con l'utente: il contatto visuale facilita un contatto diretto, inoltre il carattere del colloquio è più piacevole quando ci si indirizza direttamente all'interessato
3. Essere "pazienti": una traduzione precisa obbliga a volte il mediatore culturale ad usare lunghe frasi di spiegazione, e può essere portato a fare domande supplementari per poter cogliere e tradurre il messaggio
4. Usare un linguaggio semplice: inoltre, incoraggiate il paziente a porre domande e ad esprimersi; capita spesso che i migranti non osino fare domande agli operatori
5. Riservare un momento con il mediatore culturale dopo il colloquio: può essere l'occasione per informarvi a proposito di certe credenze rispetto alla salute, agli usi o alle pratiche proprie alla cultura dell'utente.
La conoscenza di una lingua straniera da parte del professionista infermiere è raccomandabile per colmare i gap comunicazionali; ma ancor più aggiornare le tecniche relazionali, ad esempio il:
-contatto visivo: il guardare in maniera prolungata negli occhi può rappresentare cosa gradita, oppure qualcosa di offensivo o di lesivo della propria intimità;

-contatto fisico: ci sono culture che prevedono l'impossibilità per un uomo, seppur operatore sanitario, di eseguire un esame fisico su una donna, altre che vedono una forma di scortesia nel contatto della testa, poiché "contenitore" dello spirito, ecc.;
-spazi e distanze: la riduzione dello spazio personale è spesso recepito come un disagio;
approfondire aspetti biologici e culturali: è opportuno acquisire familiarità con le principali differenze fisiche fra i vari gruppi etnici e con le principali credenze culturali e sanitarie per progettare un piano di assistenza adeguato (ad es. non trascurare il fattore alimentazione e come il cibo possa rappresentare una ricompensa o una punizione, prevedere il digiuno, l'eliminazione di determinati alimenti o rituali particolari);
-coinvolgere l'assistito al fine di conoscere i suoi modelli di coping e di favorire i rituali che la persona ritiene utili alla propria guarigione (qualora non controindicati e/o dannosi);
-rispettare l'assistito: evitare di ridicolizzare, in forma verbale o non verbale, qualsiasi convinzione o pratica culturale e scusarsi con la persona se le credenze culturali vengono in qualche modo violate.[24]

Questi sono solo alcuni piccoli punti di una realtà molto più vasta, ma sono attuabili in qualsiasi contesto assistenziale, in caso di bisogno e possono rappresentare spunti di riflessione e, perché no, essere motori di propulsione per un aggiornamento sulla scia di una infermieristica "culturalmente sensibile".

[24] (Santo, 2016)

CAPITOLO QUARTO

STRUMENTI UTILI PER COMUNICARE ALL'INTERNO DI UN'AZIENDA SANITARIA

4.1 Google Traslate come traduttore in reparto

In assenza quindi di un parente che sia in grado di tradurre immediatamente o di un traduttore in reparto, uno dei modi più veloci ed economici che si possono usare, sempre se l'azienda o il responsabile lo permetta, è l'uso del traduttore automatico più diffuso al mondo: Google Translate. Il rischio di traduzioni errate o non congrue, è da considerarsi nell'uso di tecnologia accessibile e a basso costo. Inoltre non è possibile ancora usare il cellulare vicino ai dispositivi elettromedicali, quindi appurate una distanza di almeno 4 metri da essi e da portatori di pacemaker. Google Translate, nonostante abbia raggiunto livelli di accuratezza prossimi a quelli di un traduttore umano esperto non può, secondo gli stessi ingegneri della Google essere considerato attendibile al 100%:

"può ancora fare errori importanti, che un traduttore umano non farebbe mai, come lasciar cadere delle parole e interpretare male dei nomi propri o dei termini rari oppure tradurre delle frasi isolatamente invece che considerarle nel contesto di un paragrafo o di una pagina."[25]

Non si dispone ancora di evidenze scientifiche e razionali che ci autorizzino ad usare un traduttore automatico ma, in assenza di protocolli specifici o istruzioni operative interne all' Azienda o Clinica è bene utilizzarlo solo per scopi elementari, semplici traduzioni, per la soddisfazione di piccoli bisogni o, perché no, far sentire il paziente straniero un po' meno solo, con un saluto ad inizio turno tradotto simpaticamente da una voce digitale nella sua madrelingua. Al momento Google Translate è disponibile per 90 lingue, compresi zulu, yiddish e swahili. Alcune lingue, come l'inglese, funzionano meglio delle altre. Il problema sorge quando per alcune lingue non ci sono abbastanza documenti tradotti sul web che si possono usare per sviluppare campioni e istruire il sistema.[26]

Alla mostra dell'innovazione della tecnologia di Las Vegas, si è meritato l'Innovation Award: "ili" lanciato nel corso del Ces 2016 (Consumer Eletronics Show). E' un

[25] (Tobruk, 2018)
[26] (Baratta, 2015)

traduttore universale in tempo reale, che potrebbe rivoluzionare anche il mondo sanitario. Molto semplice l'utilizzo che prevede attualmente inglese - giapponese - cinese e viceversa, ma è già in corso, la preparazione della versione francese, tailandese e coreana, oltre che l'arabo, lo spagnolo e l' italiano. Al suo interno è presente una sorta di biblioteca lessicale pre-caricata che lavora con in chipset di sintesi vocale e non avrà bisogno di Wi-Fi.[27]

Un recente studio condotto nel 2016, indaga, attraverso uno strumento (web survey), diversi aspetti: le esperienze individuali legate alla relazione con il paziente straniero, le eventuali difficoltà nella comunicazione incontrate, i servizi di mediazione culturale presenti nel proprio contesto lavorativo e la competenza culturale circa usi e costumi di specifiche culture, con riferimento anche alla visione della morte e dell'assistenza nel fine vita. Hanno aderito all'indagine 108 infermieri. Circa le competenze linguistiche, emerge che il 75% del campione conosce lingue straniere europee, mentre solo il 2% dei rispondenti parla gli idiomi più diffusi fra gli stranieri residenti in Italia (cinese, arabo, albanese). L'85% degli operatori riscontra difficoltà legate a barriere linguistico-culturali, ma sostengono che queste spingono ad adoperarsi per fornire comunque una buona assistenza (ad esempio utilizzo della comunicazione non verbale). L'opinione comune (70% dei soggetti) è che vi sia difficoltà di comprensione e di adesione alle cure mediche da parte degli stranieri, generalmente considerati poco rispettosi verso i professionisti e poco affidabili. In ogni caso i rispondenti si mostrano consci delle diversità culturali e curiosi di approfondire determinati aspetti, reputandoli apportatori di ricchezza sia personale che professionale. Per quanto concerne il fine vita, il 62% del campione, ritiene che la propria Azienda non faciliti l'attuazione di percorsi culturalmente specifici, ma si mostra interessato ad approfondirli. Il Servizio di Mediazione culturale viene valutato utile e funzionale dall'86% del campione, ma solo il 50% ne fa uso.[28]

[27] (Alaimo, 2016)
[28] (Valguarnera, 2018)

4.2 Mediazione telefonica

Il servizio telefonico di traduzione e mediazione, è attivo 24 ore su 24, 365 giorni l'anno e sono disponibili traduttori per molte lingue (arabo, cinese, francese, rumeno, portoghese, spagnolo, ucraino, bengalese, russo, albanese, hindi, tigrino, polacco, croato, senegalese, serbo, punjabi, tigrino, lingue indo-iraniche). E' diffuso in molti poli oncologici e ospedali: lo troviamo, per esempio, all'Ospedale San Raffaele, nei centri Humanitas (l'Istituto clinico di Rozzano e il San Pio X) e all'Istituto europeo di oncologia di Milano. Il servizio è molto apprezzato: viene utilizzato per le prenotazioni, per spiegare la preparazione agli esami diagnostici e agli interventi, per facilitare il dialogo tra medico e paziente, per aiutarlo a capire la diagnosi e le cure. Ancora, è presente all'Ospedale San Martino- Ist di Genova, all'Ospedale Sant'Andrea e all'Istituto Nazionale dei Tumori Regina Elena di Roma.[29]

Triage multilingue telefonico

Grazie a speciali telefoni è possibile selezionare la lingua necessaria alla conversazione mediante pulsantiera (bandierine) o rubrica inserita nel telefono stesso; il professionista sarà messo in collegamento con un operatore madrelingua di un call center che tradurrà in simultanea ciò che dirà l'assistito: si attiva così una conversazione a 3 (sanitario-mediatore-paziente) che consente, in ogni momento della giornata, uno scambio informativo corretto ed esauriente per l'iter clinico diagnostico del paziente.

Negli stessi apparecchi telefonici è possibile attivare il servizio di mediazione programmata che consente un intervento di mediazione personalizzato.

Le lingue disponibili sono: Cinese, Russo, Spagnolo, Arabo, Portoghese, Punjabi, Tedesco, Inglese, Bengalese, SriLankese, Albanese, Francese, Ucraino, Filippino, Croato, Serbo, Rumeno. Gli utenti stranieri sono informati della presenza del servizio di Triage Multilingue Telefonico con vetrofanie contenenti il messaggio scritto nelle varie lingue.[30]

[29] (MORICONI, 2017)
[30] (Sonia Cavallin, 2009)

Fig.12: Telefoni Multilingue

4.3 Schede multilingue in Pronto Soccorso

Anche all'interno dei Servizi di Pronto Soccorso si sta assistendo all'importante fenomeno della multiculturalità, fenomeno che porta gli infermieri e tutto il personale sanitario ad affrontare e gestire alcuni problemi, quali: la lingua, la diversa cultura e il diverso concetto di salute. Il Triage rappresenta il primo momento di "incontro - scontro" con il Sistema sanitario del nostro paese. Il paziente straniero, rispetto a quello italiano, oltre al problema di salute, deve affrontare anche altre difficoltà: linguistiche, culturali e spesso anche timore di denuncia perché irregolare.

L'infermiere di triage, d'altra parte, non può ovviamente disporre di plurali competenze linguistiche e culturali. Possono generarsi conflitti correlati alle diversità che ostacolano o inibiscono un'adeguata presa in carico della persona ed aumentano il carico emotivo e di lavoro dell'operatore talvolta compromettendone la sua operatività, trasformando quindi l'incontro in uno scontro. Il nursing transculturale è un importante modello di approccio al problema, ma risulta di difficile applicazione in Triage, dove l'infermiere vive una situazione particolare, dettata da tempistiche ristrette, ritmi frenetici e un grande afflusso di pazienti.

Esistono documenti multilingue, che hanno come obiettivo quello di facilitare gli operatori nella gestione della relazione e della raccolta delle informazioni, al fine di una corretta diagnosi e di una appropriata assistenza, nei confronti dei Pazienti stranieri che

accedono ai Pronto Soccorsi aziendali. Nell'azienda socio-sanitaria territoriale di Pavia vengono utilizzate le seguenti schede multilingue:

Scheda accoglienza paziente straniero in Pronto Soccorso : in lingua italiana, spagnola, tedesca, inglese, francese, araba, romena, ucraina e albanese.

Schede valutazione Donne straniere gravide e/o neo-mamme in Pronto Soccorso: in lingua albanese, araba, francese, inglese, romena, russa, spagnola e tedesca.

Codici di accesso al Pronto Soccorso in varie lingue: albanese, araba, francese, inglese, romena, russa, spagnola, tedesca e polacca.

In Toscana, per aiutare il personale medico ed infermieristico a comunicare con le persone straniere che si rivolgono ad un ambulatorio o ad un pronto soccorso, al fine di individuare la patologia e di ottenere dai pazienti una collaborazione concreta e un comportamento adeguato, è stato realizzato un "Questionario anamnestico multilinguistico di emergenza". Strumento semplice contenente 43 tra domande e frasi di vario tipo tradotte in trenta lingue, dall'albanese al vietnamita. Il questionario si mostra al paziente, le domande in italiano sono stampate nei risvolti delle copertine e sono messe in corrispondenza con la pagina che contiene il questionario nella lingua che il paziente indica, in modo che i relativi numeri corrispondano. Per la risposta ad alcune domande è possibile anche utilizzare un semplicissimo sussidiario grafico.

Il linguaggio è estremamente semplice e consente sia una chiara descrizione dei sintomi contingenti (dolore, tosse; ad esempio "Dove le fa male?"), sia una prima definizione della storia clinica del paziente (interventi chirurgici effettuati, allergie, patologie ecc; ad esempio "Soffre di diabete?"), sia l'informazione su manovre mediche necessarie (iniezioni, assunzione di farmaci, esami diagnostici; ad esempio "Devo farle un prelievo di sangue"). Il Questionario anamnestico pubblicato è già stato utilizzato in altre province, tra le quali quella di Bergamo. E' stata realizzata negli anni scorsi anche dall'Asl di Forlì con la pubblicazione di un questionario in otto lingue, completo di tavole anatomiche.

Viene condotto uno studio che ha come fine quello di valutare l'applicabilità della Scheda Multilingue di Accoglienza in un contesto di pronto soccorso. Si valuta la capacità di questo strumento di ridurre le barriere linguistiche e favorire quindi il percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale. La Scheda Multilingue di accoglienza viene consegnata ad ogni paziente straniero dopo che è stato accettato in Triage, chiedendo cortesemente di compilarla nel tempo a disposizione in sala d'attesa. La scheda, che raccoglie dati anamnestici e sintomatici, viene poi consegnata all'equipe che prende in carico l'Utente. Ai medici ed infermieri dell'U.O. di Pronto Soccorso di

Jesolo è stato somministrato un questionario che valuta la Scheda Multilingue. I dati di quest'ultimo questionario sono stati elaborati al fine di ottenere i Risultati. E' stato scelto il Pronto Soccorso di Jesolo come setting per lo studio in quanto località ad alto flusso turistico straniero e per la presenza di interpreti professionali. Sono state raccolte 20 Schede Multilingue e 22 questionari valutativi. Gran parte del campione pensa che la scheda multilingue faciliti la comunicazione (64%) e metà ritiene che l'utente abbia potuto esprimersi meglio e si sia sentito più soddisfatto (54%- 45%). La scheda multilingue appare molto utile nel raccogliere dati anamnestici (95%) e l'eventuale terapia farmacologica assunta dal paziente (90%). La scheda si rivela utile anche nella raccolta dei sintomi del paziente (64%). Confrontando la Scheda con altri strumenti volti alla riduzione delle barriere linguistiche, troviamo in ordine di voto gli interpreti (88%), seguiti da, corsi di lingue straniere per operatori sanitari (58,8%), interpreti non professionali (52,9%) e, infine, le schede multilingue di raccolta dati (41,2%). Si evince che la Scheda Multilingue è un valido strumento per ridurre le barriere linguistiche, facilitare la presa in carico e il percorso diagnostico-terapeutico dell'utente straniero. Possono essere implementate sia in un contesto dotato di interpreti che in uno privo. L'azione da essa svolta sarà comunque la medesima, ovvero: costituire una fonte scritta, arricchente, sempre disponibile di informazioni sul paziente. In futuro, questo strumento potrebbe essere potenziato, trasformandosi da strumento cartaceo ad elettronico.[31]

[31] (Eleonora, 2015)

4.4 Servizi per gli operatori sanitari

In provincia di Bolzano il tema delle competenze linguistiche dei medici che operano sul territorio è sempre attuale. Il Centro multilingue Trevi a Bolzano e la Mediateca multilingue di Merano hanno inserito, tra le nuovi acquisizioni, anche dei testi specifici sull'apprendimento linguistico dedicato al linguaggio specialistico per medici e infermieri, in grado di arricchire un'offerta già ampia e variegata per l'utenza.

Il personale medico ed infermieristico può disporre di una serie di servizi legati principalmente al tema delle lingue. Viene garantito il prestito di materiali per l'apprendimento o approfondimento del tedesco dell'italiano, ma anche della lingua inglese, oltre a schede tematiche con suggerimenti per l'utilizzo delle diverse risorse, il prestito di materiali sul linguaggio medico, periodicamente aggiornato con i nuovi acquisti, e ad un servizio di tutoring linguistico per lo studio autonomo e le informazioni sulla preparazione all'esame di bilinguismo ed alle certificazioni linguistiche. Oltre a questi supporti, il personale può accedere ad un portale che raccoglie numerose risorse online gratuite con una sezione dedicata al linguaggio specialistico, iscriversi ad un corso online gratuito di durata trimestrale con esercizi autocorrettivi (disponibile fino al livello B2) e richiedere informazioni per un soggiorno all'estero, sia sull'offerta di corsi generali, che alle proposte di formazione linguistica riservate a medici e personale sanitario.[32]

[32] (Bolzano, 2019)

CONCLUSIONI

Appare chiaro quanto la comunicazione in ambito sanitario rivesta un ruolo fondamentale e quanto gli infermieri abbiano la possibilità di rappresentare fattori di cambiamento importanti e di stabilire dei precedenti per una buona comunicazione, una buona relazione. La malattia diventa luogo di incontro tra le persone: incontro che dipende in larga misura dalle abilità comunicativo-relazionale degli operatori coinvolti e che è inserito in contesto morale. La capacità di comunicare in modo efficace e di stabilire una relazione positiva ed armonica con il paziente e con i famigliari è indispensabile per tutti i processi assistenziali e per il loro esito. La relazione fa parte della cura e proprio essa, nella comunicazione fra infermiere e paziente, ha dimostrato produrre effetti positivi sia sullo stato dell'infermiere che su quello del paziente.

L'ascolto come paradigma di cura fornisce il presupposto indispensabile per costruire una relazione terapeutica interculturale e la messa in atto di processi di mediazione.

Desiderare di avere accanto una persona familiare in un momento di malattia e ricovero, richiedere di essere visitati, se si è donna, da una dottoressa, essere ascoltati rispetto le preferenze alimentari e sentirsi accolti e presi in carico nella preoccupazione per un proprio familiare, hanno ben poco a che vedere con questioni di alterità culturale. L'esasperata percezione della diversità culturale porta spesso a dimenticare di aver di fronte una persona, e non una cultura. È utile difenderci da questo abbaglio: prima di ogni altra cosa siamo davanti a esseri umani. Se lo ricordiamo, sarà meno difficile evitare i tranelli che possono incorrere in situazioni d'incontro e d'aiuto transculturale. Il Codice Deontologico 2019 dell'infermiere, affronta il tema dell'alterità culturale nei punti 2.3, 2.4 e 2.5:

2.3- L'infermiere riconosce che tutte le persone hanno diritto a uguale considerazione e le assiste indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale ed economica, dalle cause di malattia.

2-4. L'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo.

2.5. Nel caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. In presenza di volontà profondamente in contrasto con i principi etici della professione e con la coscienza personale, si avvale del diritto all'obiezione di coscienza.

Gli esseri umani, in quanto cittadini, secondo l'Art. 3 della Costituzione Italiana *"hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua ,di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.."* e si sottolinea nell'Art.32 *"La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale diritto della salute dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti…"*

Al livello internazionale il diritto alla salute è garantito dalla dichiarazione universale dei diritti dell'uomo:

Articolo 1

"Tutti gli esseri umani nascono liberi ed eguali in dignità e diritti. Sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in spirito di fratellanza. "

Articolo 2.

"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."

In conclusione, appare perciò chiaro ciò che la legge 10 agosto 2000, n. 251 afferma: si assegna la responsabilità dei bisogni di assistenza del paziente all'infermiere, e con essi, di conseguenza, la responsabilità di saperne interpretare e gestire le loro dimensioni socio-culturali. Si opera perciò attraverso la centralità della persona, in una visione olistica e con un approccio di personalizzazione dell'assistenza: Significa dunque riconoscere il modo particolare con cui ciascuna persona manifesta il proprio quotidiano bisogno di mangiare, muoversi, essere pulita ed agire di conseguenza, ricercando ed adottando interventi mirati. In tale ottica assume rilevanza la qualità della relazione e della comunicazione che si instaura fra infermiere e paziente e famigliari. L'infermiere, non limitandosi ad una ad eseguire interventi tecnici, nel prendersi quotidianamente cura del malato, svolge una funzione supportiva e terapeutica attraverso il dialogo allo scopo di stabilire un'interazione efficace e personalizzata, finalizzandola al:

• soddisfacimento dei bisogni

• recupero dell'autonomia e all'adattamento allo stress che ogni malattia o forma di disagio porta con sé.

La pianificazione dell'assistenza deve essere guidata dai principi del metodo scientifico, ossia l'appropriatezza, l'efficacia e l'intersoggettività, ma anche dalla coerenza che lega

queste prestazioni allo scopo ultimo dell'agire professionale, la risoluzione del bisogno di assistenza, in tutte le sue manifestazioni e con tutti i suoi significati.

“L’Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell’eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.”

La costruzione di un rapporto di fiducia, e di collaborazione, tra paziente, infermiere e mondo sanitario presuppone sensibilità nella presa in carico, dando spazio alla soggettività dell'individuo. Non si potranno mai soddisfare i bisogni di tutti, ma l’abilità e lo sforzo nella comunicazione lasciano un marchio indelebile nei pazienti, nelle loro famiglie e nei loro amici. Se comunichiamo male, forse non ci perdoneranno mai; ma se comunichiamo bene, forse non ci dimenticheranno più.

SITOGRAFIA

Ajraz, B. C. (2018, aprile 4). *Migrazione internazionale e salute: il contributo delle teorie migratorie sociali alle decisioni sulla salute pubblica.* Tratto il giorno novembre 1, 2019 da sciELO- sanità pubblica.com: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342018000200285&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Alaimo, M. (2016, gennaio 20). *Il traduttore che rivoluzionerà il mondo.* Tratto il giorno 2019 da Nurse.24: https://www.nurse24.it/infermiere/dalla-redazione/traduttore-rivoluzionera-mondo-si-potra-indossare-collana.html

Angelo Gonzalo, B. R. (2019, Settembre 10). *Madeleine Leininger: Transcultural Nursing Theory.* Tratto il giorno Ottobre 15, 2019 da Nurseslabs.com: https://nurseslabs.com/madeleine-leininger-transcultural-nursing-theory/

Baltic Cabieses, P. G. (2018, aprile 4). *Migrazione internazionale e salute: il contributo delle teorie migratorie sociali alle decisioni sulla salute pubblica*. Tratto il giorno novembre 1, 2019 da SciELO- sanità pubblica: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342018000200285&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Baratta, L. (2015, MAGGIO 15). *Come funziona Google Translate.* Tratto il giorno 2019 da LINKIESTA: https://www.linkiesta.it/it/article/2015/05/15/come-funziona-google-translate/25917/

Bolzano, R. d. (2019, agosto 4). *Centro multilingue, testi e servizi per medici e infermieri.* Tratto il giorno 2019 da LaVoce di Bolzano: https://www.lavocedibolzano.it/centro-multilingue-testi-e-servizi-per-medici-e-infermieri/

Bormani, V. (2016, 01 20). *Nursing transculturale: salute immigrati, nostra salute.* Tratto il giorno ottobre 29, 2019 da Nurse24.it: https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/dossier-la-salute-degli-immigrati-e-la-nostra-salute.html

Bormani, V. (2016, 01 20). *Nursing transculturale: salute immigrati, nostra salute.* Tratto il giorno ottobre 29, 2019 da Nurse24.it: https://www.nurse24.it/specializzazioni/territorio-e-altro/dossier-la-salute-degli-immigrati-e-la-nostra-salute.html

Castellano, M. (2014). *La teoria dell'assistenza transculturale.* Tratto il giorno ottobre 28, 2019 da SlidePlayer: https://slideplayer.it/slide/549557/

Castellano, M. (2014). *La teoria dell'assistenza transculturale.* Tratto il giorno ottobre 29, 2019 da SlidePlayer: https://slideplayer.it/slide/549557/

comunicazione. (2019). Tratto da Wikipidia: https://it.wikipedia.org/wiki/Comunicazione

Corso di Alta Formazione in "Promozione della salute nella società interculturale". (2011, 10 26). Tratto il giorno NOVEMBRE 1, 2019 da FNOPI: http://www.fnopi.it/attualita/corso-di-alta-formazione-in-promozione-della-salute-nella-societa-interculturale-id229.htm

Cro, A. (s.d.). *La comunicazione, elementi teorici ed aspetti pratici.* Tratto da CFLI: www.cfli.it › venezia › downloads › portrain › comunicazione

Dedieu SD1, K. H. (2019, 3 31). *[Migration, risks and opportunities]*. Tratto il giorno novembre 1, 2019 da PubMed: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30935488

Dedieu SD1, K. H. (2019, marzo 31). *Migration, risks and opportunities*. Tratto il giorno novembre 1, 2019 da PubMed.gov: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30935488

Ascione (Margherita 1), C. S. (2012). *L'assistenza infermieristica al paziente immigrato: l'esperienza di un'azienda ospedaliera campana.* Tratto il giorno NOVEMBRE 1, 2019 da FNOPI: http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-28-articolo-329.htm

Dossier Immigrazione 2019. (2019). Tratto il giorno novembre 1, 2019 da idos.

Eleonora, F. (2015, novembre 15). *Il paziente straniero in pronto soccorso: ausili per la comunicazione e comprensione. La scheda multilingue di accoglienza.* . Tratto il giorno 2019 da PaDUA: http://tesi.cab.unipd.it/50958/

Fava, P. (2018). *Un ritorno al "nursing transculturale".* Tratto il giorno ottobre 29, 2019 da NurseTimes: https://www.nursetimes.org/un-ritorno-al-nursing-transculturale/53668/amp

IDOS, C. s. (2018, 09 28). *IDOS.* Tratto il giorno 0ttobre 30, 2019 da Dossier statistico immigrazione 2018: http://www.cestim.it/sezioni/dati_statistici/italia/Idos/2018-10-25-dossier-idos-sintesi.pdf

Laurenti, S. G. (2015). *Il linguaggio: non verbale, paraverbale e verbale.* Tratto il giorno novembre 8, 2019 da Sveva Giribaldi Laurenti: https://sglpsicologa.blogspot.com/2016/04/linguaggio-non-verbale-paraverbale-verbale.html

Leininger Madeleine, M. R. (2004). *Infermieristica Transculturale.* Roma: CEA.

Proietti Maria Grazia, M. R. (s.d.). *I bisogni socio-sanitari degli immigrati.* Tratto il giorno 2019 da FNOPI: http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-7-articolo-82.htm

Migrazioni, L. S. (s.d.). *La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni.* Tratto da La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni: https://www.simmweb.it/chi-siamo

MORICONI, T. (2017, gennaio 18). *Come si dice tumore in cinese? Quando il paziente non parla italiano.* Tratto il giorno 2019 da OncoLine: https://www.repubblica.it/oncologia/diritti/2017/01/17/news/cancro_stranieri_immigrati_mediazione_culturale_ospedali-156213955/?refresh_ce

Nursing transculturale, Roma ha ospitato Franklin Shaffer. (2018, 11 26). Tratto il giorno ottobre 29, 2019 da Fnopi: http://www.fnopi.it/attualita/nursing-transculturale-roma-ha-ospitato-franklin-shaffer-id2526.htm

Pasquini, V. P. (2018, 11 11). *QUADERNI DI ARMADILLA SCS ONLUS.* Tratto il giorno ottobre 30, 2019 da Armadilla.coop: https://armadilla.coop/wp-content/uploads/2018/11/Quaderno-Armadilla-n.11_2018_Immigrazione.pdf

Petiprin, A. (2016). *CULTURE CARE THEORY.* Tratto il giorno novembre 1, 2019 da Nursing-Theory.org.: http://nursing-theory.org/theories-and-models/leininger-culture-care-theory.php

Redazione. (s.d.). *Madeleine Leininger.* Tratto il giorno Ottobre 12, 2019 da Operatoresociosanitario.net: https://www.operatoresociosanitario.net/teorie-del-nursing/611-madeleine-leininger

Santo, S. D. (2016, 07 29). *L'infermieristica transculturale in una società dai mille volti.* Tratto il giorno 2019 da Nurse24.it: https://www.nurse24.it/infermiere/linfermieristica-transculturale-in-una-societa-dai-mille-volti.html

Cavallin Sonia, F. N. (2009). *Strategie per facilitare la comunicazione tra paziente.* Tratto il giorno 2019 da SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA: https://www.ausl.re.it/sites/default/files/4Cavallin.pdf

Sossella, V. (2008, Agosto 5). *Madeline Leininger.* Tratto il giorno ottobre 12, 2019 da Interruzioni.com: http://www.interruzioni.com/madeleine_leininger.htm

Tobruk, D. (2018, 02 19). *Comunicare con un paziente straniero con Google Translate.* Tratto il giorno 2019 da Dimensioneinfermiere.it: https://www.dimensioneinfermiere.it/comunicare-un-paziente-straniero-google-translate/

Bressan Valentina, S. S. (2011). *La competenza culturale: modelli, standard e strumenti per l'infermiere italiano.* Tratto il giorno NOVEMBRE 2, 2019 da FNOPI: http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-20-articolo-240.htm

Valguarnera, F. (2018, 05 28). *Sanità transculturale: l'infermiere nell'approccio assistenziale al paziente straniero.* Tratto il giorno 2019 da Laborcare: http://www.laborcare.it/?q=content/sanit%C3%A0-transculturale-l%E2%80%99infermiere-nell%E2%80%99approccio-assistenziale-al-paziente-straniero

Wayne, G. V. (2014, agosto 24). *Madeleine Leininger: Transcultural Nursing Theory*. Tratto il giorno novembre 1, 2019 da NursesLabs.com: https://nurseslabs.com/madeleine-leininger-transcultural-nursing-theory/

Zoppini, L. (2013, maggio 12). *" La comunicazione nella professione sanitaria:ostacoli nei rapporti sanitario/paziente-parente".* Tratto il giorno 2019 da ANìMO: https://www.associazione-animo.it/phocadownload/2013/maggio/CN_Taormina_2013/pdf_12052013_11.pdf

RINGRAZIAMENTI

Giunta al termine di questo traguardo, desidero ringraziare la mia relatrice, nonché tutor universitaria, la Dott.ssa Tiziana Traini, che ha accolto fin da subito la mia richiesta di tesi aiutandomi nella progettazione e curandone i dettagli.
Inoltre, ringrazio le tutor: la Dott.ssa Andreucci e la Dott.ssa Simonetti, e il Direttore Stefano Marcelli per l'aiuto fornitomi in tutti questi anni, per le capacità che hanno stimolando il mio interesse per gli argomenti trattati e la grande conoscenza che mi hanno donato.

Le prime persone che voglio ringraziare per questa vittoria sono i miei genitori, esemplari: senza di voi non sarei qui a festeggiare questo traguardo.
Grazie per avermi sostenuta e incoraggiata nei momenti in cui più avevo bisogno di voi, per esserci stati nonostante tutto e per avermi trasmesso i valori, quelli veri, di una famiglia.

Grazie a mio padre, uomo più unico che raro, per tutti i sacrifici e le battaglie che ha affrontato; per tutte le volte che mi ha dato quella "pacca sulla spalla" dicendomi fiero: "brava, continua così". Grazie per aver creduto in me. La tranquillità e la pazienza che oggi mi caratterizzano, sono sicura di averle riprese da te..

Grazia a mia madre, grande donna: forte e combattiva esteriormente ma allo stesso tempo dolce e fragile d'animo. A te devo tutto: la mia vita, la mia personalità e la mia dignità. Ci sei sempre stata per me, nei bei momenti e in quelli un po' meno. Grazie per avermi permesso di sognare e allo stesso tempo, per avermi sempre spronata a fare di più e di meglio, è grazie a te che sono la donna che sono oggi; grazie per avermi insegnato che l' impegno e forza di volontà, ripagano sempre… e che l'amore che c'è tra noi è il più puro in assoluto.

Grazie a mia sorella, Fabiola, bellissima e accattivante, stai vivendo una fase della tua vita che determinerà la persona che sarai in futuro. Il mio opposto ma contemporaneamente la persona che più mi rispecchia. Grazie per farmi vedere punti di vista alternativi dai miei e per tutte le volte che mi hai permesso di tenere la luce accesa la sera, mentre tu dormivi e io studiavo, prima di un esame. Per avermi sopportata nei miei momenti di ansia pre-esame e di sclero post- turno in ospedale ma soprattutto per non avermi uccisa tutte le volte che portavo via i trucchi quando andavo a dormire fuori.

Ringrazio poi, una persona speciale, la mia dolce metà, Alessandro, per avermi sempre appoggiata e sostenuta in ogni decisione che ho preso, per aver creduto in me prima ancora che ci credessi io; per esserti preso cura di me sotto ogni punto di vista e per amarmi, ogni giorno, come se fosse il primo. Grazie per avermi concesso di vivere spensierata e per avermi dato i miei spazi. Grazie per tutti i ricordi belli che ho con te, per le nostre vacanze, o meglio avventure, e per non avermi voltato le spalle quando ti rispondevo male in questo periodo così vulnerabile . La determinazione e l'umiltà che ti contraddistinguono, ti fanno onore: pregi sicuramente ereditati dai tuoi genitori.. che ringrazio profondamente per avermi accolta come una figlia, senza distinzioni e pregiudizi; a Rosa per tutti pranzi e i dolci che mi ha cucinato, in qualsiasi ora del giorno e della notte e ad Enzo, per tutte le volte che mi fa riportare a casa una cassetta pieno di frutta e verdura "BONA".

Ringrazio la mia complice, la mia scoperta più grande e inestimabile: Melissa, amica, sorella, mamma e anche un po' nonna! Forse tu, più che ringraziamenti, meriti degli insulti: per tutte le volte che mi hai preso in giro chiamandomi "albanesotta", per tutte le volte che mi davi buca quando dovevamo andare a ballare, per tutte le volte che ti chiamavo alle 11 di mattina esausta dai miei mille impegni e tu rispondevi: "amica, sto dormendo". Ma un grazie te lo voglio concedere perché te lo meriti: grazie per essere astemia, ci hai fatto molto comodo in questi durissimi anni. Grazie di cuore amica mia, per essere sincera e spontanea, per rimproverarmi quando ho torto e sostenermi quando ho ragione; per avermi capita e accettata dall'inizio per quel che sono. Soprattutto grazie di far parte della mia vita, hai conquistato da subito la mia più totale fiducia e ora sei un pezzo del mio cuore.

Un doveroso ringraziamento va anche alle mie compagne di viaggio, da oggi colleghe, Maria Rita, Sara e Cristina che, insieme a Melissa, ha formato il gruppo più ambiguo della storia. Ognuna completamente diversa dalle altre, ci siamo fatte forza e coraggio a vicenda, sia verbalmente che fisicamente, in qualche serata finita male. Grazie perché ognuna di voi ha condiviso il proprio letto con me, povera pendolare quale sono stata, ma soprattutto il caffè, che puntualmente mancava. Chi l'avrebbe mai detto…tutte avete contribuito a rendere questi 3 anni speciali e indimenticabili. Non dimenticherò mai le serate universitarie organizzate all' Orange House e gli infiniti aperitivi al Lorenz, con i buoni dell'Ersu.

Adela, amica della Scuola Superiore e compaesana, nonostante la distanza che ci ha allontanate, non le abbiamo permesso di dividerci, e mai lo farà. Grazie per essere al mio fianco oggi, insieme a Noemi, la nostra preziosissima Chef! Grazie per aver curato la nostra amicizia con la tua amorevole dolcezza.

Inoltre, un grazie di cuore, va ai prossimi futuri sposi, Matteo e Pamela: per essere entrati nella mia vita, ma soprattutto nel mio cuore, improvvisamente… prima ancora che io me ne accorgessi. Questa nuova amicizia con voi, ha portato solo del bene nella mia vita, sono diventata "zia" del piccolo Leonardo e testimone di nozze in un colpo solo! Non esiste gioia e riconoscenza più grande!

Infine, ringrazio tutti le persone che hanno avuto un peso determinante nel conseguimento di questo risultato, punto di arrivo e contemporaneamente di partenza della mia vita. Concludo con una poesia che mi ha toccato particolarmente:

"I fiumi non bevono la propria acqua; gli alberi non mangiano i propri frutti. Il sole non brilla per se stesso; ed i fiori non disperdono la propria fragranza per se stessi. Vivere per gli altri è una regola della natura. La vita è bella quando tu sei felice, però la vita è molto meglio quando gli altri sono felici per merito tuo.
La nostra natura è di essere al servizio : chi non vive per servire, non serve per vivere!"