



UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea in

INFERMIERISTICA

La cultural competence e l'Infermiere di famiglia

Relatore:

Chiar.mo

Dott. Giordano Cotichelli

Tesi di Laurea di:

Vittoria Bisraoui Huaman

Anno Accademico 2019-2020

Indice

- 1) Abstract
- 2) Introduzione
 - a. Background sociale
 - b. Fattori che influenzano l'accesso ai servizi sanitari
 - c. La Cultural Competence
 - d. La cultura in ambito sanitario
 - e. Nursing Cultural Competence
 - f. L'infermiere di famiglia e comunità
- 3) Obiettivo
- 4) Materiali e metodi
- 5) Risultati
- 6) Discussione
 - a. Confronto dei risultati della ricerca
 - b. Limiti della ricerca
- 7) Conclusione
- 8) Bibliografia e Sitografia
- 9) Ringraziamenti

Abstract

L'infermiere di famiglia per poter svolgere il suo compito deve potersi avvalere di competenze avanzate sia dal punto di vista pratico che intellettuale.

Come far arrivare la sanità pubblica dentro le nostre case? Può un infermiere avere le conoscenze per gestire diverse famiglie? Sembra che ad accogliere a sé il significato di sanità pubblica e famiglia sia proprio l'infermiere di famiglia, una figura nuova sull'orizzonte Italiano, il quale, racchiude in sé anni di esperienza, un bagaglio culturale molto ampio formato da informazioni non sempre trasmissibili dai libri. Il primo prerequisito è la cultural competence, senza di essa non può esserci un infermiere di famiglia, essa può essere interpretata come l'ammontare delle conoscenze teoriche e pratiche, ma solo l'esperienza potrà aiutare gli infermiere a raggiungere l'apice di un'assistenza completa, che non pensi solo al benessere fisico dell'assistito ma che dia una sicurezza a 360°.

Per approfondire tale tematica è stata condotta una revisione narrativa della letteratura, bibliografica e sitografica, soprattutto quest'ultima, poiché l'argomento è di recente interesse. Nonostante a livello legislativo tale figura abbia ottenuto un riconoscimento ufficiale, nella realtà assistenziale non gli viene ancora attribuita l'importanza che merita.

La ricerca condotta mi ha portato a interrogarmi su: "Che cos'è la cultural competence?" e sono giunta a questa conclusione:

la cultural competence è ciò che sei, dalla tua cultura familiare, istruzione ricevuta, all'incontro con i pazienti nel lavoro quotidiano. E' una competenza in continua evoluzione basata sull'interiorità e l'esperienza di ognuno di noi.

Parole chiave: Cultural competence, infermiere di famiglia, health 21, assistenza territoriale, FNOPI.

Introduzione

In una realtà che richiede soluzioni immediate e le risorse a disposizione sono sempre limitate, è fondamentale andare a ricercare l'anello debole della catena per indirizzare sforzi e risorse economiche in modo mirato. L'implementazione dell'assistenza territoriale può rappresentare la chiave per il miglioramento di tutta l'offerta di assistenza sanitaria, poiché gli ambiti di questa sono interconnessi.

Se si riuscissero a soddisfare le esigenze dei cittadini direttamente nelle loro case otterremmo un enorme risparmio di tempo e risorse.

L'attuale sistema sanitario denota una posizione vacante che si interponga tra l'ospedale e l'assistito, in questo ambito; l'infermiere di famiglia potrebbe rappresentare il ponte tra la sanità ospedaliera e un'assistenza continuativa al paziente.

La sanità pubblica necessita di molto tempo per potersi evolvere, deve avere la certezza di progredire ed offrire un sistema sanitario sempre all'avanguardia; per tale motivo i progetti che vedono protagonista l'infermiere di famiglia devono essere sempre maggiori, così da avere un quantitativo sufficiente di informazioni che confermino la validità di tale figura.

Dalle ricerche svolte si evince come nel mondo questa figura sia già stata presa in considerazione con progetti a lungo termine e master specifici per tale categoria. Fra le nazioni che hanno deciso di inserire l'infermiere di famiglia osserviamo come l'Italia, attraverso progetti attuati sia in Toscana che in Trentino abbia riscontrato numerosi benefici, dalla diminuzione degli accessi impropri al pronto soccorso, all'aumento del livello di soddisfazione dell'assistito.

Background sociale

Il diritto alla salute è un principio universale sancito dalla nostra costituzione, art.38, e ribadito dalla legge 833/78. L'art. 32 della costituzione italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Tuttavia, la situazione non è così lineare.

Il nuovo assetto sociale vede una presenza sempre maggiore di immigrati che ha dato vita a una nuova tipologia di pazienti; questo comporta una riorganizzazione ed ampliamento dei corsi di formazione a tutte le figure professionali, per garantire un'adeguata conoscenza e consapevolezza di tutte le dinamiche che regolano la negoziazione tra il personale sanitario e il paziente straniero. La percezione della salute può cambiare da una cultura all'altra, infatti, in letteratura la malattia è una componente universale dell'esperienza umana e si traduce in una molteplicità di linguaggi, credenze, comportamenti e di pratiche che possono essere intesi solo facendo riferimento alla cultura di origine.

Meccanismi comuni per la società occidentale come trattamenti medici, visite periodiche, follow up e il calendario delle vaccinazioni possono essere sconosciuti alla popolazione straniera, è quindi necessario informarla sulle possibilità e i meccanismi del sistema sanitario di cui possono usufruire, pur rispettando l'idea che ogni gruppo culturale ha delle proprie percezioni di salute e malattia.

L'infermiere di famiglia e comunità diventa quindi una risorsa per il servizio sanitario che può così progettare degli interventi in grado di rispondere alle reali esigenze del soggetto. Ciò rende necessario ottimizzare gli interventi che contribuiscono a garantire una risposta più razionale e coordinata alla tutela della salute dei cittadini stranieri, favorendo e facilitando un tipo di comunicazione che permetta loro di usufruire dei servizi aziendali.

La qualità delle cure erogate subisce una forte influenza negativa per le difficoltà che sorgono tra il servizio sanitario e il paziente straniero, tra cui ad esempio la scarsa conoscenza della lingua italiana da parte del cittadino straniero, la quale impedisce la chiarezza nell'esposizione dei sintomi e la completa assenza di strumenti per comunicare

con questa tipologia di pazienti. Ciò porta a un aumento del tempo necessario a effettuare l'accertamento e l'anamnesi, con conseguente ritardo nella diagnosi dei segni e sintomi, aumentando così i tempi di attesa per i pazienti e in molti casi anche la sofferenza.

Pertanto, il servizio sanitario italiano per riuscire a far fronte in modo adeguato alle esigenze del cittadino straniero deve aprirsi a nuove prospettive culturali e avvalersi di una nuova figura strategica che faccia da mediatore, l'infermiere di famiglia e comunità.

Fattori che influenzano l'accesso ai servizi sanitari

Come descritto da Ignazio Marino nell'articolo:” Le differenze sociali ostacolano l'accesso alle cure mediche: è necessario agire per eliminare le disuguaglianze”, *“ci sono certamente il patrimonio genetico, l'ambiente e il Servizio Sanitario tra le variabili che determinano l'accessibilità alle cure, ma i fattori che sicuramente influiscono in maniera maggiore si ritrovano nella disparità sociale, nella professione e nel reddito, nella provenienza geografica ed anche nel livello di scolarità, come già sottolineato in passato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel suo dossier dal titolo Determinanti sociali della salute, i fatti, 2008.”*

La cultural competence è molto più ampia del termine stesso perché non vuol dire solo riconoscere la diversità culturale della persona straniera, ma è anche valida per un italiano che ha un livello di istruzione inferiore e reti sociali poco sviluppate.

Questo non significa che gli operatori sanitari devono conoscere tutte le culture e diventare esperti antropologi, ma evidenzia che il paziente rappresenta un'occasione per mettere in atto una capacità di ascolto e una sensibilità nell'approccio olistico che la nostra medicina ha dimenticato.

L'obiettivo al quale dobbiamo tendere, anche se utopistico, è quindi quello di superare le barriere linguistiche e culturali per assicurare a tutti gli assistiti il libero accesso ai servizi sociosanitari, fornire ai professionisti un servizio che consenta di capire con chiarezza sintomi per giuste diagnosi e garantire a pazienti appartenenti a diverse culture una vera e propria educazione alla salute.

La gestione del momento assistenziale può essere critica in ragione delle differenze culturali, e spesso la causa è proprio la mancata identificazione di questi fattori.

L'intellettuale Geddes da Filicaia sostiene che ad un medesimo problema debba equivalere un medesimo trattamento, a prescindere dalla realtà culturale a cui il paziente appartiene. L'infermiere deve dunque conoscere i propri pazienti dal punto di vista culturale ed essere una figura imparziale. Questo senso di equità, tuttavia, si scontra spesso con il senso della *pietas*. Un infermiere non deve permettere che la propria sensibilità prevalga nei confronti di un paziente, dando a quest'ultimo, ad esempio, la precedenza nei trattamenti, senza effettivamente constatare se la sua situazione sia più o meno grave rispetto a quella di altri pazienti.

ART. 21 codice deontologico: Capo IV Rapporti con le persone assistite

Art. 21 – Strategie e modalità comunicative

Come riporta il Codice deontologico, "l'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci".

I fattori che influenzano l'accesso alla sanità pubblica si interpongono tra operatore sanitario, paziente straniero e fruibilità dei servizi socio sanitari. Fra esse possiamo prendere in analisi le aree:

- prelinguistiche;
- linguistico - comunicative;
- culturali;
- comportamentale;
- metalinguistiche;

Le barriere culturali sono le più complesse perché determinate sia da fattori interni, come per esempio caratteristiche legate al modo di pensare, ai principi relazionali e religiosi, ed esterni, come per esempio la gestualità, i saluti, l'abbigliamento e gli odori.

Quelle comportamentali invece possono influire negativamente sull'accesso ai servizi sanitari, mentre per capire quelle meta-linguistiche bisogna considerare l'associazione di un termine linguistico ad un linguaggio simbolico. Per esempio, nel mondo occidentale, alla diagnosi di cancro viene attribuito il significato simbolico di malattia mortale; in altri paesi lo stesso significato viene attribuito a diagnosi di tubercolosi, diarrea, anemia.

La Cultural Competence

Perché la cultura è importante

Al giorno d'oggi si sente spesso parlare di cultura, essa è una caratteristica propria della specie umana che la distingue dalle altre specie viventi. La si può definire come un insieme di comportamenti e idee che vengono acquisite dagli esseri umani in quanto membri di una determinata società. Questo processo di acquisizione ha inizio sin dall'infanzia e se ne distinguono due tipi: socializzazione e inculturazione. Per socializzazione si intende il processo attraverso il quale un individuo impara a vivere in un determinato gruppo sociale in quanto membro di tale gruppo, acquisendo le regole e le abilità necessarie alla convivenza con gli altri. Per inculturazione, invece, si intende il processo attraverso il quale un individuo assimila determinati modi di dire e di fare in quanto considerati appropriati in una determinata cultura. Questi due processi, uniti ad una rielaborazione soggettiva delle esperienze, portano ad un delineamento della personalità dell'individuo. La cultura è dunque importante in quanto permette all'individuo di avere una maggiore consapevolezza della propria identità, portandolo ad una maggiore apertura verso eventuali differenze culturali. La cultura di un individuo è senza dubbio legata al suo paese di provenienza, dove ha avuto modo di evolversi localmente. Spesso queste evoluzioni si scontrano con altre differenti evoluzioni, motivo per cui la conoscenza della propria e dell'altrui realtà culturale emerge come strumento indispensabile per comprendere il mondo nel quale viviamo, ormai sempre più globalizzato.

La cultura in ambito sanitario

I concetti di cultura e salute sono strettamente correlati, tanto che il concetto di salute stesso è di derivazione prettamente culturale. Nel 1948, l'OMS ha definito la salute come un "completo stato di benessere fisico, psichico e sociale e non solo come assenza di malattia". Secondo l'OMS, dunque, la salute non dipende esclusivamente dalla medicina ma anche da fattori socioculturali. Spesso inoltre, ad un determinato panorama culturale corrispondono determinati trattamenti e cure, basti pensare alla medicina tradizionale cinese, la quale differisce molto dalla medicina occidentale.

Secondo la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI (acronimo di Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'Infanzia) lo sviluppo di un'assistenza sanitaria culturalmente competente è diventato un tema d'interesse internazionale e questo si riflette anche sulla letteratura infermieristica (Jeffreys, Dogan, 2012); tuttavia in Italia è un aspetto poco sviluppato anche a partire dalla formazione di base (Festini, Focardi et al., 2009).

L'infermiere si confronta quotidianamente nel proprio lavoro con persone o gruppi di individui che portano con sé un determinato patrimonio culturale (Williamson, Harrison, 2010; Perng, Watson, 2012) che ne influenza la percezione di salute e le diverse manifestazioni di bisogno.

Il problema nasce però dal fatto che non tutti gli infermieri possiedono un background e supporto teorico adeguati (Festini et al., 2009) per definirsi culturalmente competenti e questo influisce sulla qualità delle prestazioni erogate. In letteratura sono presenti diversi modelli infermieristici utili per orientare un'assistenza efficace (Campinha-Bacote, 2002; Higginbottom, Richter et al., 2011; Kersey-Matusiak, 2012). Esistono inoltre standard indicanti le caratteristiche essenziali per un nursing culturalmente competente (Douglas, Pierce et al., 2011).

Nursing Cultural Competence

In un mondo ormai sempre più globalizzato, la Cultural Competence si afferma come requisito fondamentale per l'infermiere, il quale deve diventare un vero e proprio mediatore culturale. Difatti la Cultural Competence può essere definita come la capacità di interagire efficacemente con persone di culture differenti. L'infermiere deve conoscere il background culturale dei propri pazienti al fine di poterli curare al meglio. Inoltre, con i costanti flussi migratori, le probabilità di incontrare persone appartenenti a realtà culturali diverse dalla propria sono altissime e diviene dunque necessario adeguarsi al complesso panorama sanitario odierno. È importante considerare i valori culturali di un individuo, in quanto a questi corrispondono determinati bisogni, i quali, se non considerati adeguatamente a livello assistenziale, potrebbero creare problemi di malasanità. Basti pensare alla percezione del dolore nella religione islamica. È probabile che una persona di credo musulmano tenda a lamentarsi di meno, in quanto il dolore viene percepito positivamente, come un segno di Allah, il quale indica alla persona la parte del corpo da curare. Dunque, nel caso in cui a questa persona venga posta la domanda “quanto le fa male da 1 a 10?”, quest'ultima potrebbe potenzialmente rispondere con un numero basso. Compito dell'infermiere è dunque conoscere queste sfumature culturali al fine di poter svolgere al meglio il suo mestiere.

Lo sviluppo di società multietniche segna sempre più la necessità di rivedere le dinamiche con le quali avviene l'incontro fra domanda e offerta in termini di salute. Per i professionisti sanitari, e in particolar modo per gli infermieri, è sempre più necessario fornire cure culturalmente appropriate e competenti.

La competenza culturale potrebbe essere quindi vista come strumento essenziale per l'assistenza e la promozione della salute, sottolineando maggiormente la centralità del paziente (Basso, Perocco, 2003) anche nel nostro Paese.

Le quattro componenti della Cultural Competence.

Al fine di misurare il livello di Cultural Competence di una persona, la Diversity Training University International (DTUI) ha individuato quattro componenti fondamentali:

- Consapevolezza, ovvero consapevolezza delle proprie reazioni ad un mondo culturale diverso. Ciò comprende anche la consapevolezza del proprio mondo culturale e del mondo culturale altrui.
- Atteggiamento, ovvero atteggiamento verso le differenze culturali. Ciò fa trasparire la formazione della persona, se abbia fatto riflettere quest'ultima sulle proprie credenze riguardo alle differenze culturali.
- Conoscenza, ovvero conoscenza delle diverse pratiche culturali e visioni del mondo. Un esempio di ciò è sapere che l'uso di determinati termini gergali obsoleti riferiti a una persona potrebbero risultare sgradevoli alla componente società.
- Competenze, ovvero il raggiungimento di competenze migliorando il proprio livello di Cultural Competence. Ciò include, ad esempio, esercizi comunicativi verso realtà culturali differenti e l'apprendimento di gesti e altre forme di comunicazione non verbale che tendono a variare da cultura a cultura.

La Cultural Competence come strumento di promozione della salute.

L'OMS definisce la promozione della salute come un "processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla". Una persona è dunque più consapevole del proprio stato di salute e conosce gli eventuali trattamenti. Ciò la rende in grado di aiutare eventuali richiedenti e in questo modo di diffondere tali conoscenze, promuovendo la salute. Ciò può avvenire sia individualmente sia tramite l'ausilio di determinate figure professionali, come per esempio l'infermiere di famiglia.

L'infermiere di famiglia e comunità

Data la previsione di un aumento nel prossimo decennio del numero di anziani o pazienti portatori di una malattia cronica grave, si sta cominciando ad attribuire la giusta importanza all'assistenza domiciliare e alla residenzialità fondata sulla rete territoriale con dei piani di potenziamento di tale area sociosanitaria e socioassistenziale. Ad oggi il problema più allarmante è la forte disomogeneità nello sviluppo e affermazione di questa figura che possiamo riscontrare nelle diverse regioni italiane.

Inoltre, un dato che sottolinea l'importanza di questa figura è la sua comprovata valenza dal punto di vista dell'efficacia e dell'appropriatezza assistenziale: dove l'infermiere di famiglia/comunità è già attivo infatti (ad esempio dal 2004 in Friuli-Venezia Giulia, seguita dalla Toscana affianca una micro-équipe ai medici del territorio e altre Regioni, successivamente questo modello venne introdotto anche in Piemonte, Liguria, Lazio ecc.) ha già dato risultati eccellenti.

E' stata riscontrata una riduzione del 20% dei "codici bianchi" al pronto soccorso e del 10% delle ospedalizzazioni; inoltre sono stati possibili interventi più rapidi sul territorio con una riduzione dei tempi di percorrenza dal 33 al 20%, oltre ad un maggior gradimento da parte dei cittadini.

Affinché la risposta del Sistema sanitario sia realmente coerente con le esigenze dei suoi utenti e sia in grado di riconoscere e soddisfare i loro bisogni assistenziali, è importante soffermarsi su ciò che i cittadini chiedono.

La FNOPI (Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche), nel documento: "position statement" in cui parla di questa figura infermieristica, afferma che un cittadino su due ritenga il numero di infermieri insufficiente per garantire l'assistenza non solo in ospedale ma anche sul territorio.

I cittadini chiedono soluzioni che promuovano la figura del professionista nella realtà quotidiana della persona, vorrebbero essere assistiti da un infermiere nella farmacia dei servizi, poter disporre di un infermiere di famiglia/comunità, avere la possibilità di consultare un infermiere esperto in trattamento di ferite/lesioni cutanee e un infermiere a

disposizione nei plessi scolastici per bambini e ragazzi che ne abbiano bisogno. Vorrebbero avere un infermiere di fiducia convenzionato come il medico di famiglia affinché lavori in sinergia con quest'ultimo ed entrambi possano assicurare un'assistenza h24.

Ciò che emerge da questi dati è la sensazione di solitudine e abbandono dell'utenza che porta allo sviluppo della necessità di una figura a cui far riferimento, che accompagni gli assistiti nel percorso al di fuori dalle mura ospedaliere, che sappia comunicare e consigliare le strategie terapeutiche giuste adatte alle differenti condizioni dei nuclei familiari che si prende in carico.

Definire la cultural competence attraverso gli scenari di intervento dell'infermiere di famiglia. Per capire cosa intendiamo per cultural competence possiamo fare un percorso attraverso gli ambiti di competenza e attività dell'infermiere di Famiglia facendo riferimento al documento redatto dall'OMS, SALUTE 21 del 1998 nel quale vengono definiti 21 obiettivi per il XXI secolo che articolano le aspirazioni di politica regionale e intendono fornire un quadro di riferimento per l'azione di ciascuno dei 51 stati membri europei, in modo che ognuno possa adeguare la propria politica e strategie sanitarie in linea con quelle di Health 21. Per comprendere l'importanza di questo documento è fondamentale avere ben presente e in modo costante quale sia il suo unico scopo ricorrente: " il raggiungimento del pieno potenziale di salute per tutti" attraverso:

1. Promozione e protezione della salute delle persone lungo tutto l'arco della vita
2. Riduzione dell'incidenza e sofferenza causate dalle principali malattie e lesioni.

Da questo punto di partenza possiamo enunciare il principio etico di tale documento che si basa su 3 valori fondamentali:

1. La salute come diritto umano fondamentale;
2. Equità in salute e solidarietà nelle attività tra i paesi, gruppi di persone e sessi diversi;
3. Partecipazione e responsabilità dei singoli, gruppi, comunità, istituzioni, organizzazioni e settori nello sviluppo della salute.

Per la prima volta viene introdotta nello scenario mondiale questa figura e ne vengono delineati il profilo e gli ambiti di competenza: principio basilare su cui fonda le radici

questa poliedrica figura è l'integrazione tra teoria e pratica: un perfetto connubio tra competenze culturali, psicosociali, relazionali, abilità pratiche e tecniche per poter far fronte ai differenti problemi di salute e pluri-patologie, il tutto riconosciuto da un titolo accademico post base e relativa qualifica di infermiere di famiglia.

È proprio l'obiettivo 18 a vedere come protagonista questa nuova figura, come una risorsa essenziale dell'equipe sanitaria multidisciplinare per lo sviluppo delle risorse umane: medico e infermiere di famiglia vengono riconosciuti come il "perno della rete dei servizi" e elementi indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi prefissati ma necessitano di una formazione e preparazione sul campo che gli garantiscano di acquisire le necessarie conoscenze di base e opportune abilità.

Dunque iniziamo il nostro percorso andando a analizzare in prima istanza il titolo attribuito a questa figura che può essere fuorviante: l'infermiere non si occupa solo di famiglie intese come nucleo chiuso di soggetti ma si farà carico del continuum assistenziale dei componenti della comunità, dalla promozione della salute prenatale allo stadio finale della vita attraversando le difficili fasi di adattamento alla malattia e alla disabilità cronica.

Chiarito questo possiamo entrare nello specifico andando a definire il ruolo e gli ambiti di intervento:

- Cura dei problemi sanitari delle famiglie in uno stadio precoce attraverso una diagnosi tempestiva;
- Indirizzare le famiglie ai servizi sociali adatti alle loro specifiche esigenze grazie alla conoscenza della salute pubblica e delle tematiche sociali;
- Assistenza infermieristica domiciliare, favorendo dimissioni precoci dagli ospedali, interponendosi tra famiglia e medico di base, sostituendosi a quest'ultimo negli ambiti che lo competono;
- Aiuto a individui e famiglie ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress, trascorrendo la maggior parte del tempo lavorativo a domicilio dei pazienti con le loro famiglie;
- Collaborazione con le comunità, affinché incrementino le proprie risorse e funzionalità;

- Attribuzione della stessa importanza alle sofferenze fisiche e psicologiche delle famiglie, vissute come unità di base della società, consapevole che in particolari situazioni il raggiungimento del benessere psicologico si deve anteporre al trattamento clinico della malattia;
- Ogni infermiere sarà responsabile di un gruppo di famiglie.

Da ciò ricaviamo una nuova visione di assistenza sanitaria, la quale si pone come obiettivo di mantenere nel tempo o migliorare, l'equilibrio psicofisico della famiglia, evitando malesseri e dispiaceri futuri.

Si identificano 4 principali tipologie di intervento:

- 1) Prevenzione primaria
 - a. Nella prevenzione primaria gli infermieri verificano la possibile presenza di fattori potenzialmente dannosi e attraverso l'educazione sanitaria, aiutano le famiglie a costruirsi le proprie risorse difensive, per evitare che questi la colpiscano;
- 2) Prevenzione secondaria
 - a. Ha un ruolo attivo nei programmi di screening di vaccinazione;
 - b. Diagnosi precoce delle malattie, eventuale ricorso a personale esperto, agendo da connettore tra famiglie(paziente) a specialisti
- 3) Prevenzione terziaria
 - a. Riabilitazione e ricostruzione delle risorse difensive
- 4) Assistenza diretta o interventi in caso di crisi
 - a. Favorisce meccanismi di adattamento alla malattia, per ottenere a seconda del caso, cura, riabilitazione, cure palliative e/o sostegno.

Questa nuova figura non dovrà solo saper fornire assistenza, prendere decisioni, sviluppare una comunicazione efficace, ma saper essere leader, manager e una guida per la comunità, avvalendosi della cultural competence.

Obiettivo

L'obiettivo della mia ricerca è definire quali siano le abilità necessarie, gli ambiti assistenziali specifici di competenza e le funzioni di una figura che dovrebbe rappresentare il punto di riferimento per l'utenza nel territorio (distretto, domicilio, comunità); come delineato dall'OMS.

La ricerca ci ha permesso di avere una panoramica della realtà mondiale e come sta evolvendo questa figura in Italia, ma soprattutto quali sono le competenze fondamentali affinché questa figura possa agire in un contesto così eterogeneo. Una risorsa basilare potrebbe risiedere nell'utilizzo delle competenze culturali, utili sia all'infermiere che lavora in ambito ospedaliero ma ancora di più a coloro che operano nel territorio. Avere consapevolezza delle differenze culturali della popolazione alla quale si andrà a erogare l'assistenza potrebbe garantire omogeneità di offerta dell'assistenza infermieristica a tutti i cittadini del territorio.

Materiali e metodi

Formulazione del quesito: metodologia PICO

P (problema) mancanza di una figura che agisca da connettore tra le famiglie e l'assistenza sanitaria

- Competenze specifiche che deve possedere questa figura: cultural competence

I (interventi) analisi dei modelli applicati in altri contesti mondiali

C (confronto) comparazione dei modelli applicati e come sono stati gestiti

O (outcome):

- 1) primario: trovare modelli compatibili con la struttura sanitaria italiana
- 2) secondario: incremento della cultural competence a livello di specializzazione e formazione infermieristica

Metodi di ricerca delle evidenze (parole chiave, stringa di ricerca, banche dati consultate);

Ai fini dello studio è stata effettuata una revisione della letteratura internazionale tramite motore di ricerca scientifico Pubmed e Google Libri che mi ha permesso di conoscere e approfondire questa realtà. Lo scopo è individuare realtà multiculturali territoriali dove l'infermiere di famiglia possa mettere in atto le sue competenze permettendogli di costruire relazioni terapeutiche con un bacino di utenza eterogeneo dal punto di vista dell'età anagrafica e della provenienza geografica.

La revisione narrativa della letteratura qui elaborata ha preso in considerazione una serie di articoli relativi al ruolo dell'Infermiere di Famiglia in relazione alla *cultural competence* utilizzando le keywords: *Family Health Nurse, cultural competence, trans culturali nursing AND transcultural nursing, cultural, visiting health nurse, community health workers*.

Il tempo impiegato per l'elaborazione dello studio copre l'intervallo di tempo compreso fra luglio 2020 e settembre 2020. Gli articoli scelti sono stati individuati per semplicità di comprensione e traduzione dalla lingua inglese originale, per specificità nell'illustrazione del tema di studio, per conformità della disciplina infermieristica in relazione al ruolo dell'infermiere di famiglia nella società e per attendibilità delle fonti.

Gli articoli di difficile traduzione dall'inglese, con risultati privi di qualsiasi risvolto pragmatico, lontani dalla concettualizzazione prettamente infermieristica o troppo datati, gli articoli con riferimento alla professione medica od ostetrica piuttosto che a quella puramente infermieristica o troppo specifici sul piano sperimentale per contesti clinici sono stati esclusi dal progetto di revisione.

Gli studi considerati si incentrano su entrambe le macroaree di analisi di modelli organizzativi o progetti che vedono inclusa questa figura assistenziale e le competenze specifiche che questa deve possedere al fine di poter agire in ambito territoriale.

Alcuni articoli pongono maggiore attenzione agli ambiti di competenza dell'attività infermieristica che si è rivelata utile nella prevenzione primaria, secondaria e terziaria e nell'affrontare diverse tematiche culturalmente importanti che affliggono le società di diverse aree mondiali.

Altri offrono una panoramica più specifica sul ruolo, i rischi psicologici correlati a questo tipo di lavoro e alla necessità di un'adeguata formazione post laurea, nelle aule e sul campo per poter lavorare nel territorio. Da qui emerge la necessità di un sostegno economico da parte delle istituzioni affinché questa figura venga riconosciuta ufficialmente.

Alcuni articoli presi in esame trattano l'argomento da una prospettiva più lontana ma sono stati ugualmente utili per comprendere maggiormente le principali problematiche e ostacoli sia culturali che politici che vede l'inserimento dell'infermiere di famiglia come figura costante nel territorio nazionale. I materiali scelti sono stati rielaborati secondo la metodologia di uno studio qualitativo descrittivo fenomenologico, dal momento che la *cultural competence nell'infermiere di famiglia* rappresenta l'oggetto di uno studio trasversale (che richiede una certa elasticità nel tessere una rete interdisciplinare fra le teorie infermieristiche, il counseling psico-relazionale e l'antropologia culturale)

I filtri applicati sono : la limitazione della data di pubblicazione degli articoli in un arco temporale di 10 anni, vista la recente introduzione di questa figura in ambito assistenziale e l'accessibilità alle fonti (free full text).

Gli strumenti utilizzati come oggetto epistemologico di riferimento a sostegno della tesi di valutazione ed implementazione della *cultural competence* fra i professionisti infermieri sono tabelle riassuntive.

In qualità di revisione narrativa della letteratura, quanto scritto è stato organizzato secondo uno schema delineato in fasi: la prima fase ha previsto la scelta e l'identificazione dell'argomento di studio e la definizione del quesito di ricerca e successiva identificazione delle stringhe di ricerca con gli articoli di letteratura scientifica ad esse correlati, comprendendo lo stile di citazione da adottare (in questo caso è stato adottato lo stile bibliografico di citazione Harvard); a seguire vi è la seconda fase, in cui sono stati esposti l'introduzione, il corpo centrale della revisione con l'esposizione e l'elaborazione dei risultati degli studi presi in analisi e la loro organizzazione in tabelle ; come ultima, la terza fase in cui la revisione è stata controllata e completata con la sezione degli allegati. Questo sistema ha consentito la stesura di una rassegna critica dei lavori pubblicati selezionati per uno specifico argomento, in tal caso la *cultural competence* nella professione infermieristica dell'infermiere di famiglia , con l'intento di delimitare il più possibile un argomento potenzialmente osservabile da numerose prospettive disciplinari.

Le fasi di elaborazione, revisione critica e analisi dei risultati quantitativi e qualitativi della ricerca si sono tutte dispiegate nei mesi di agosto e settembre 2020.

È stato inoltre consultato il sito dell'Associazione Italiana Infermieri di Famiglia e Comunità, utile per aggiornarmi sul progresso legislativo dell'inserimento di questa figura nel sistema sanitario nazionale.

Risultati

Le tabelle qui riportate sono state strutturate riportando le seguenti informazioni relative agli articoli selezionati rispetto alle stringhe di ricerca che hanno fornito materiale: autore, titolo, anno di pubblicazione, messaggio principale.

I risultati dello studio possono essere assimilati pragmaticamente all'insieme sistematico delle informazioni ottenute tramite la lettura critica degli articoli selezionati e l'implementazione di queste con la ricerca bibliografica, che ha rivelato importanti informazioni sul ruolo di questa figura e i diversi ambiti di intervento. Si è raggiunta quindi una visione globale sul tema che ci permette di elaborare un nuovo possibile piano di ricerca per la creazione di un progetto concreto attuabile nel territorio nazionale.

Qui di seguito è riportata la tabella riassuntiva degli studi di letteratura scientifica adottati per la revisione narrativa trattata:

1° stringa – nursing cultural competence and family health nurse

risultati trovati: 77

filtri applicati: 2 → *free full text, in the last 10 years.*

Tabella: criteri di inclusione → dopo aver analizzato i 77 forniti da Pubmed in relazione alla prima stringa di ricerca ho deciso di riportare in tabella quelli che trattavano entrambi gli argomenti di Cultural competence e Infermiere di famiglia e comunità in modo coerente e centrato, in linea con l'obiettivo della mia ricerca.

In lingua originale italiana la ricerca non ha prodotto alcun risultato per tutte le stringhe di ricerca.

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Con la recente crescita delle famiglie multiculturali nelle zone rurali sud-coreane, l'importanza del ruolo degli infermieri in grado di fornire un'assistenza sanitaria, basata sulla consapevolezza culturale e un atteggiamento empatico nei confronti delle famiglie, è cresciuta notevolmente. Questo studio mirava a esaminare i livelli di competenza culturale, empowerment ed empatia degli infermieri in visita. Il supporto istituzionale, attraverso un'educazione sistematica regolare, può migliorare la qualità assistenziale culturalmente competente degli infermieri.</p>	<p>8 gennaio 2018</p>	<p>Fattori che influenzano la competenza culturale degli infermieri in visita per il sostegno alla famiglia multiculturale rurale in Corea del Sud</p>	<p>Min Hyun Suk, Won-Oak Oh, YeoJin Im</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Questo studio mira ad esplorare le difficoltà del sistema sanitario nell'identificazione, valutazione e diagnosi di persone anziane con demenza aventi background linguistici e culturali diversi. Un' adeguata preparazione interculturale dei professionisti della salute è fondamentale al fine di diagnosticare i deficit cognitivi, superando eventuali ostacoli che possono essere rappresentati da una scorretta interpretazione dei sintomi da parte delle famiglie e dalla scarsa preparazione dei medici.</p>	29 novembre 2018	<p>Demenza e gruppi di immigrati: uno studio qualitativo delle sfide legate all'identificazione, valutazione e diagnosi della demenza</p>	<p>Mette Sagbakken, Ragnhild Storstein Spilker, T Rune Nielsen</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>L'evoluzione in atto della società e del sistema sanitario francese, richiedono all'infermiere privato di adeguare le proprie capacità cliniche, culturali e organizzative al fine di migliorare la qualità assistenziale, affinché l'infermieristica pratica privata possa così diventare una specialità a sé stante sulla base del modello dell'OMS di "infermiere di famiglia".</p>	<p>2016 Jul-Aug</p>	<p>Assistenza infermieristica a domicilio, sfide e prospettive</p>	<p>Brigitte Lecointre</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Il BOP è stato concepito come un modello di assistenza incentrato sulle famiglie aborigene australiane e isolane, guidato da operatori sanitari indigeni che, attraverso visite domiciliari, svolgono attività di promozione della salute della famiglia per dare ai bambini il miglior inizio di vita. Al fine di ciò è fondamentale il rapporto tra gli operatori e le famiglie per superare eventuali questioni familiari e culturali e rispondere ai bisogni assistenziali.</p>	<p>2018 Mar 24</p>	<p>Attuazione del programma Baby One (BOP): una valutazione qualitativa della promozione della salute dei bambini incentrata sulla famiglia nelle remote comunità aborigene australiane</p>	<p>Sandra Campbell, Janya McCalman, Michelle Redman MacLaren, Karla Canuto, Kristina Vine, Jenny Sewter, Malcolm McDonald</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Questo studio mira ad analizzare le prestazioni degli infermieri della Estratégia Saúde da Família (Strategia per la salute della famiglia) sulle pratiche sanitarie radicate nelle culture africane e indigene. Da ciò è emerso che gli infermieri non sono consapevoli del contesto religioso e storico dei gruppi etnici assistiti e non apprezzano i metodi di cura utilizzati. L'obiettivo del programma è di promuovere il lavoro infermieristico nella prospettiva della diversità culturale e della completezza dell'assistenza sanitaria.</p>	2016 Sep-Oct	Prestazioni degli infermieri sulle pratiche sanitarie indigene e afro-brasiliane	<p>Maria do Rosário de Araújo Lima, Maria Luísa de Almeida Nunes, Berta Lúcia Pinheiro Klüppel, Soraya Maria de Medeiros, Lenilde Duarte de Sá</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
Lo studio, condotto sulle pratiche degli infermieri di Family Health Strategy nei confronti delle comunità Quilombola in Brasile, con un'interfaccia sulle competenze culturali e politiche, ha fatto emergere l'importanza che gli infermieri creino strategie che minimizzino le difficoltà riscontrate su problemi strutturali e territoriali che si configurano come barriere per l'incontro tra utenti professionali e per le prestazioni della pratica professionale.	2020 Jul 8	Pratica infermieristica nelle comunità quilombola: un'interfaccia tra competenza culturale e politica	Lilian Cristina Rezende, Carolina da Silva Caram, Beatriz Santana Caçador, Maria José Menezes Brito

Tabella nr.1:Prima stringa di ricerca (2020) tabella di nostra elaborazione (t.n.e.)

Seconda stringa di ricerca: “Family health nurse” AND “Culture”

No filtri applicati

1 risultato

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Questo studio ha lo scopo di sviluppare la pratica infermieristica familiare nelle strutture di assistenza primaria nella regione dell'Islam o nel nord-est della Thailandia. La sanità pubblica e l'assistenza infermieristica primaria offrono un grande potenziale per la prevenzione primaria e secondaria del cancro e delle malattie non trasmissibili attraverso approcci basati sulla comunità e sulla famiglia. Il modello offre una base non solo per la pianificazione e l'attuazione dell'assistenza familiare per aiutare a prevenire il cancro e altre malattie, ma anche per l'educazione degli infermieri e degli operatori sanitari che lavorano nelle comunità. Si è inoltre rivelato in linea con il modello di infermiere di famiglia promosso dall'OMS.</p>	2014	<p>Sviluppo di un modello infermieristico familiare per la prevenzione del cancro e di altre malattie non trasmissibili attraverso un'indagine di apprezzamento</p>	<p>Darunee Jongudomkarn Colin Macduff</p>

Tabella nr.2: Seconda stringa di ricerca (2020) (t.n.e.)

Terza stringa di ricerca: “Family Health Nurse”

2 filtri

7 risultati

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Questo studio è stato multicentrico con un approccio qualitativo, che ha cercato di identificare gli elementi che possono aumentare o ridurre i carichi di lavoro dell'infermiere di famiglia. Gli elementi che maggiormente influenzano l'incremento dei carichi di lavoro sono la precarietà e i deficit dell'ambiente di lavoro, dei materiali e delle attrezzature, sommati al deficit numerico della forza lavoro e all'eccesso di domanda sanitaria. Il lavoro di squadra, il riconoscimento del lavoro svolto, il legame con gli utenti e le buone relazioni interpersonali, contribuiscono a ridurre i carichi di lavoro.</p>	<p>2020 gennaio</p>	<p>Carico di lavoro degli infermieri: luci e ombre nella strategia per la salute della famiglia</p>	<p>Daiane Biff, Denise Elvira Pires de Pires, Elaine Cristina Novatzki Forte, Letícia de Lima Trindade, Rosani Ramos Machado, Felipa Rafaela Amadigi, Magda Duarte Dos Anjos Scherer, Jacks Soratto</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Lo studio mira ad analizzare i rischi psicosociali legati al lavoro degli infermieri di Family Health e le strategie gestionali per minimizzarli. Tra i rischi psicosociali legati al contesto lavorativo sono stati individuati: formazione professionale insufficiente, rapporti interpersonali compromessi e violenza psicologica; così come quelli relativi al contenuto del lavoro: attrezzature di lavoro insufficienti, mancanza di risorse umane e carico di lavoro pesante. Il supporto familiare, la spiritualità, la musica e la lettura sono stati identificati come strategie adeguate a gestire tali rischi.</p>		<p>Rischi psicosociali legati al lavoro dell'infermiere di famiglia e strategie di gestione</p>	<p>Lázaro Clarindo Celestino, Laura Andrian Leal, Olivia Cristina Alves Lopes, Silvia Helena Henriques</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Nell'area suburbana di Tabriz, è stato istituito un sistema sanitario responsabile e reattivo per fornire servizi di assistenza integrata alle persone in un bacino di utenza un pagamento pro capite identificato, al fine di superare i problemi esistenti e trovare un percorso per la realizzazione dell'assistenza sanitaria universale. Ogni squadra sanitaria era composta da un medico generico e da un'infermiera di famiglia che ha coperto circa 4000 persone per fornire servizi di prevenzione, promozione e trattamento soprattutto nel campo delle malattie non trasmissibili.</p>	<p>2019 gennaio</p>	<p>Il modello del complesso sanitario come inizio di una nuova riforma sanitaria primaria in Iran: parte B: il protocollo di intervento</p>	<p>Jafar Sadegh Tabrizi, Majid Karamouz, Homayoun Sadeghi-Bazargani, Alireza Nikniaz, Leila Nikniaz, Roya Hasanzadeh, Jalal Hanaee, Mostafa Farahbakhsh</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>L'obiettivo di questo studio è identificare la conoscenza degli infermieri di famiglia sul problema dell' abuso di alcool in Amazonia e le forme utilizzate per la gestione. Si è riscontrata la necessità di riformare i corsi di infermieristica ed eseguire la formazione continua per i membri del team sanitario familiare, e fornire loro il supporto necessario riguardo a questo importante tema e alle sue conseguenze, per gli individui e le loro famiglie, così come per la società nel suo insieme.</p>	2011 agosto	Infermiere di famiglia in Amazonia: concetti e gestione dei temi riguardanti l'uso di alcool	Rodrigo Otávio Moretti-Pires, Sidnei Bruno Guedes Ferro, Fátima Büchele, Hadelândia Milon de Oliveira, Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
Vedi tabella 2	2014	Sviluppo di un modello infermieristico familiare per la prevenzione del cancro e di altre malattie non trasmissibili attraverso un'indagine di apprezzamento	Darunee Jongudomkarn, Colin Macduff

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
Vedi sopra	Vedi sopra	Assistenza infermieristica a domicilio, sfide e prospettive	Brigitte Lecointre

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>La sorveglianza integrata dello sviluppo della prima infanzia è stata sperimentata nel sud-est di Sydney dai servizi sanitari locali. Gli ostacoli includono una bassa alfabetizzazione della salute dei genitori e bassi tassi di partecipazione ai servizi sanitari tradizionali per l'infanzia e la famiglia. L' integrazione ha aiutato le famiglie provenienti da ambienti CALD ad accedere alla sorveglianza dello sviluppo attraverso i servizi sanitari per l'infanzia e la famiglia, ma ha richiesto flessibilità e adattamenti da parte di tutti i soggetti coinvolti. Le famiglie con bambini identificati con problemi di sviluppo sono state indirizzate a infermieri</p>	<p>22 Aprile 2020</p>	<p>"Migliorare l'accesso alla sorveglianza dello sviluppo della prima infanzia per i bambini provenienti da un background culturalmente e linguisticamente diverso (CALD)"</p>	<p>Karen Edwards, Tania Rimes, Rebecca Smith, Ritin Fernandez, Lisa Stephenson, Jane Son, Vanessa Sarkozy, Deborah Perkins, Valsamma Eapen, Sue Woolfenden</p>

Tabella nr.3: Terza stringa di ricerca (2020) (t.n.e.)

Quarta stringa di ricerca: "Family Health Nurse" AND "Cultural competence"

1 risultato, nessun filtro applicato

Stesso risultato ottenuto dalla quinta stringa di ricerca: "Family Health Nurse" AND "Transcultural Nursing"

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Questo articolo si concentra sulle strategie di insegnamento-apprendimento per l'integrazione della competenza culturale nel primo corso di base clinica in Assistenza primaria rivolto ad adulti di mezza età e anziani. Questo corso è obbligatorio per gli studenti laureati iscritti al programma Adult Health Nurse Practitioner Program, Gerontology Nurse Practitioner Program e il Family Health Nurse Practitioner Program presso la University of Pennsylvania School of Nursing. I molteplici approcci strategici appresi (es. critica di vignette cliniche multiculturali e valutazione culturale dell'agenzia clinica) sono risultati efficaci per l'integrazione delle competenze culturali all'interno di ciascuno dei programmi di infermiere professionista.</p>	May-Jun 2008	Competenza culturale nel curriculum del master - un esempio di corso	Deborah Cross, Ann Marie Walsh Brennan, Valerie T Cotter, Rosalyn J Watts

Tabella nr.4: Quarta stringa di ricerca (2020) (t.n.e.)

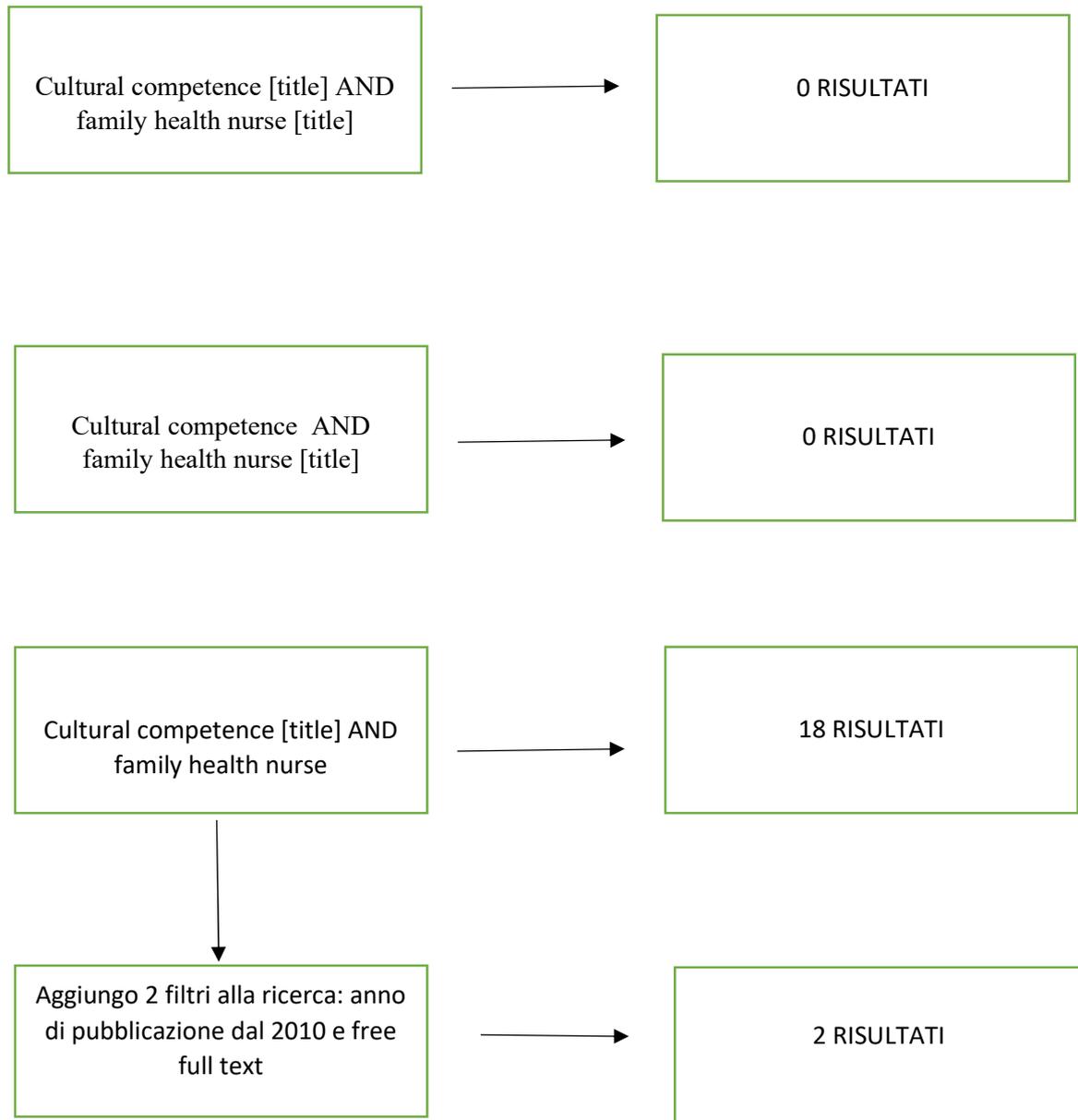


Diagramma di flusso n.1: “Ricerca primaria” (2020 nostra elaborazione)

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Questo articolo tratta la necessità di assistenza comunitaria per le persone con demenza, gravi malattie mentali, assistite in contesti domiciliari e gli aspetti culturali legati alla demenza e alla salute mentale; negli Stati Uniti. Il punto critico del piano di assistenza è la competenza culturale per questo si forniscono implicazioni per la pratica per le organizzazioni che desiderano coinvolgere le famiglie in un sistema completo di assistenza domiciliare per la demenza.</p>	31 gennaio 2015	Risultati positivi per la salute mentale negli individui con demenza: il ruolo essenziale della competenza culturale	Bindiya Jha, Julie Seavy, David Young, Alice Bonner

Tabella nr.5: Quinta stringa di ricerca (2020) (t.n.e.)

Nell'articolo trovato grazie alla precedente ricerca, il termine Visiting nurse viene usato come sinonimo di Family Health Nurse, quindi ho deciso di inserirlo nella stringa di ricerca

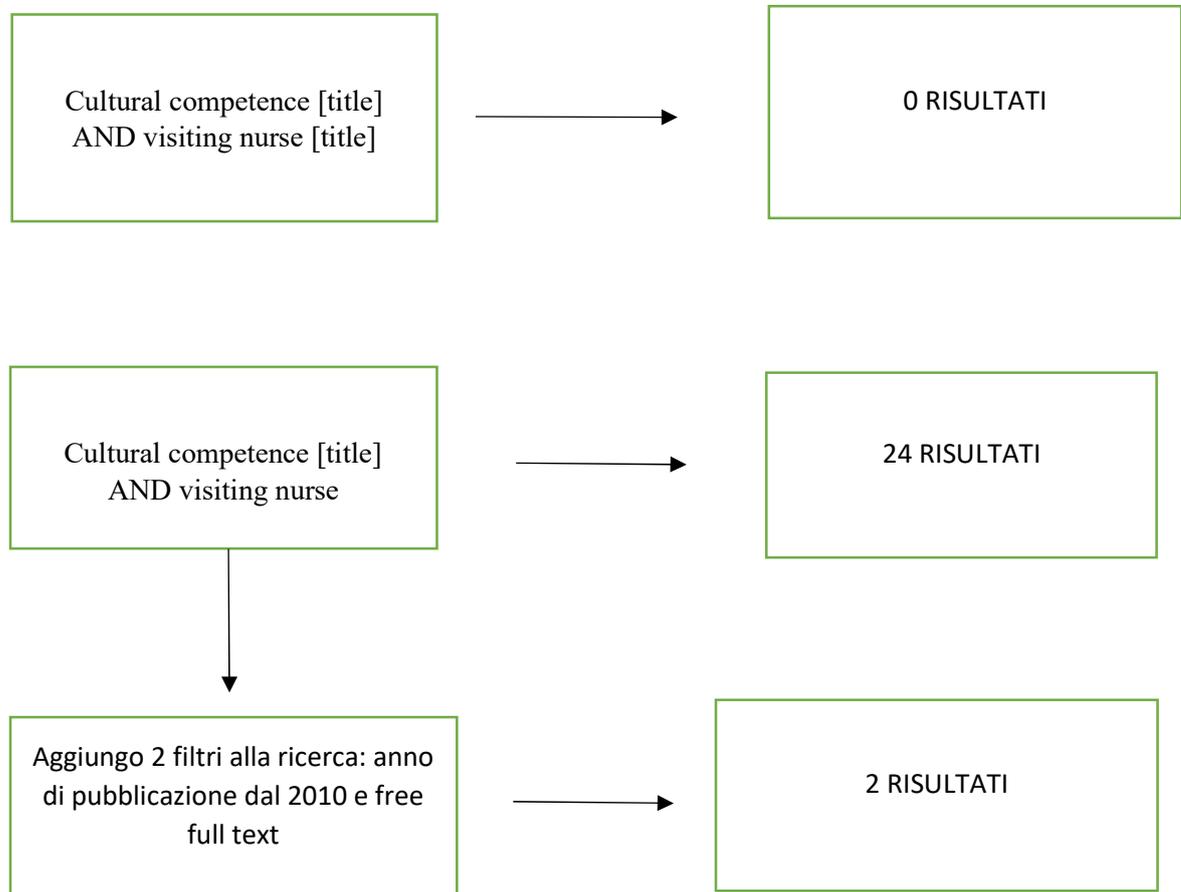


Diagramma di flusso n.2: "Visiting nurse" (2020 nostra elaborazione)

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Gli interventi degli operatori sanitari di comunità (CHW) migliorano i risultati di salute dei pazienti provenienti da comunità svantaggiate. Viene dimostrato che l'integrazione nelle cliniche di assistenza primaria di operatori sanitari di comunità con formazione e competenze culturali è utile per ridurre le disparità nei sistemi di erogazione dell'assistenza verso pazienti provenienti da comunità svantaggiate.</p>	<p>2015 gennaio Epub 2014 1 luglio.</p>	<p>Competenza culturale e percezione dell'efficacia degli operatori sanitari della comunità nel ridurre le disparità sanitarie</p>	<p>Linda M Mobula, Mekam T Okoye, L Ebony Boulware, Kathryn A Carson, Jill A Marsteller, Lisa A Cooper</p>

Tabella nr.6: Sesta stringa di ricerca (2020) (t.n.e.)

Nell'articolo trovato grazie alla precedente ricerca, il termine Operatori sanitari di comunità → community health workers viene usato come sinonimo di Family Health Nurse, quindi ho deciso di inserirlo nella stringa di ricerca

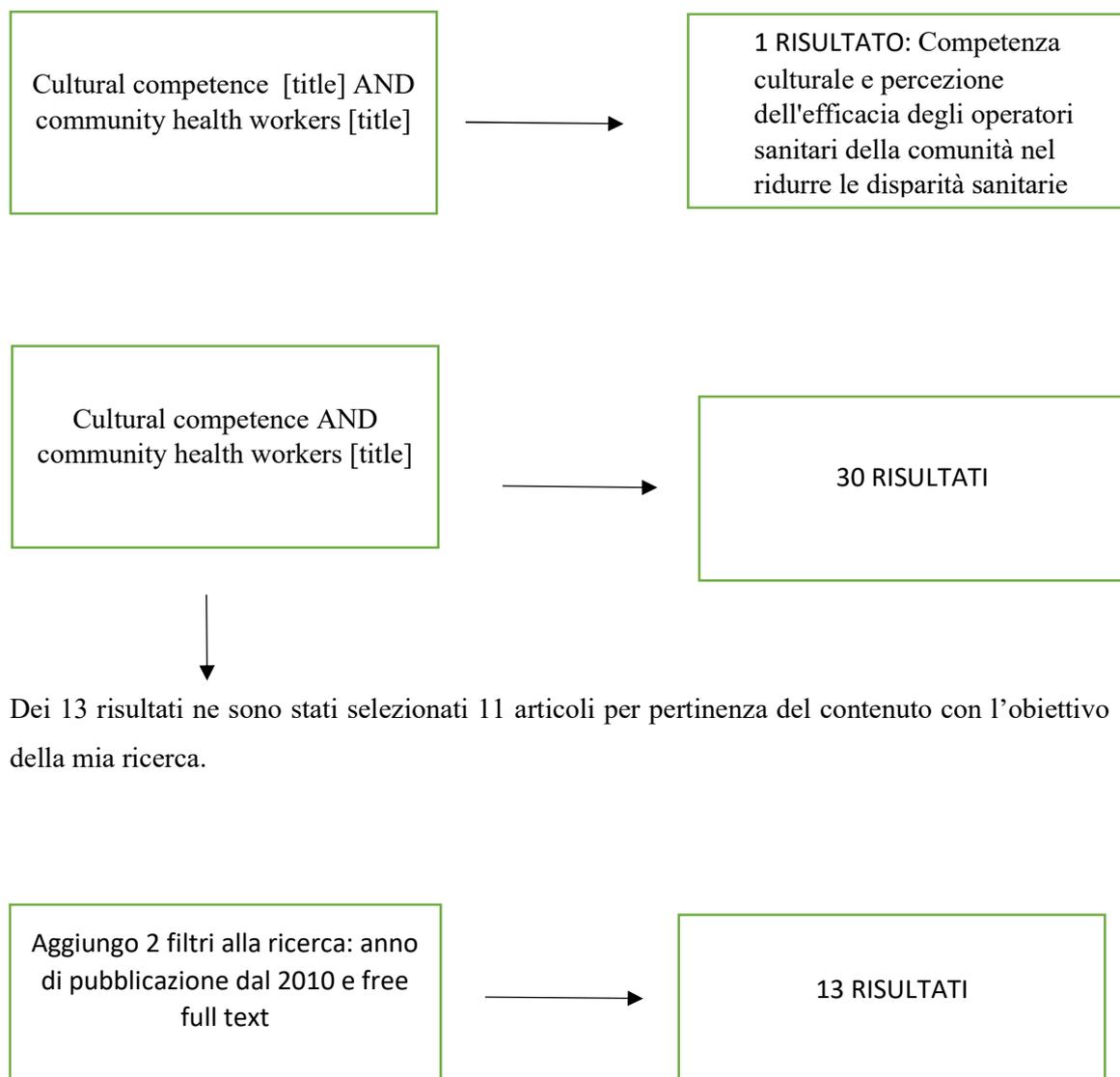


Diagramma di flusso n.3: "Community health workers" (2020 nostra elaborazione)

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>In questo articolo si vogliono descrivere i ruoli e le responsabilità dei CHW nelle Hawaii, dove svolgono funzioni importanti nel mantenimento della salute e dei servizi sanitari pubblici essenziali. Si dovrebbe incrementare la partecipazione professionale dei CHW alla ricerca, valutazione e difesa della comunità.</p>	<p>2019 Jun</p>	<p>Community Health Workers in Hawaii: A Scoping Review and Framework Analysis of Existing Evidence</p>	<p>David A Stupplebeen 1, Alexis T Barnett-Sherrill 2, Tetine L Sentell 1</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
In questo articolo si vuole dimostrare come la presenza dei CHW nelle strutture sanitarie, può aiutare altri membri del team sanitario ad acquisire competenze utili nel lavoro di squadra interprofessionale, competenza culturale nella cura del paziente, comunicazione efficace, fornitura di cure attente ai costi e difesa della salute sia individuale che comunitaria._	2016 aprile	Operatori sanitari di comunità e educazione dei residenti in medicina di famiglia: affrontare i determinanti sociali della salute	Kate McCalmont 1, Jeffrey Norris, Agustina Garzon, Raquel Cisneros, Heather Greene, Lidia Regino, Virginia Sandoval, Roberto Gomez, Janet Page-Reeves, Arthur Kaufman

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Questo documento esamina le influenze sociali, culturali e istituzionali che facilitano o ostacolano le capacità degli ASHA operatori sanitari di comunità incaricati di fornire prevenzione sanitaria nelle comunità e di collegarle al settore sanitario di fornire servizi in modo efficace. Il loro lavoro ha fornito un senso di autostima e motivazione alla popolazione, mentre le norme, le convinzioni della comunità, gli atteggiamenti e le pratiche del sistema sanitario ne hanno limitato l' operato.</p>	<p>1 luglio 2017</p>	<p>In che modo gli operatori sanitari di comunità femminili affrontano le sfide lavorative e perché ci sono ancora lacune nelle loro prestazioni: uno sguardo alle lavoratrici sanitarie di comunità nella salute materna e infantile in due distretti indiani attraverso un quadro di determinismo reciproco</p>	<p>Enisha Sarin, Lunsford Sarah Smith</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Con questo studio si vuole dimostrare l'importanza della condivisione dei compiti tra medici o infermieri e operatori sanitari di comunità, per condurre uno screening sulle persone a rischio di malattie cardiovascolari. infatti Viene sottolineata l'importanza della profonda conoscenza della comunità, propria dei CHW che riceve i servizi, dalla fase di progettazione alla realizzazione</p>		<p>La formazione e le esperienze di lavoro sul campo degli operatori sanitari di comunità che conducono screening non invasivi basati sulla popolazione per le malattie cardiovascolari in LMIC</p>	<p>Shafika Abrahams-Gessel 1, Catalina A Denman2, Carlos Mendoza Montano3, Thomas A Gaziano4, Naomi Levitt, Alvaro Rivera-Andrade, Diana Munguia Carrasco, Jabu Zulu, Masuma Akter Khanam, Thandi Puoane</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Gli operatori sanitari comunitari (CHW) sono sempre più riconosciuti come una componente integrante della forza lavoro sanitaria necessaria per raggiungere gli obiettivi di salute pubblica nei paesi a basso e medio reddito (LMIC). Molti fattori contestuali influenzano le prestazioni dei CHW e sono stati identificati: funzionalità del servizio sanitario, risorse umane, livello del processo decisionale, costi dei servizi sanitari, la struttura di governo e coordinamento.</p>	<p>Gli operatori sanitari della comunità come strategia integrale nel programma REACH USA per eliminare le disuguaglianze sanitarie</p>	<p>Gli operatori sanitari della comunità come strategia integrale nel programma REACH USA per eliminare le disuguaglianze sanitarie</p>	<p>Shannon Cosgrove, Martha Moore-Momroy, Carolyn Jenkins, Sheila R Castillo, Charles Williams, Erlinda Parris, Jacqueline H Tran, Mark D Rivera, J Nell Brownstein</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Prove crescenti indicano che gli operatori sanitari di comunità (CHW) contribuiscono alla promozione di comportamenti sani e la riduzione delle disparità di salute. Il loro contributo è stato utile per soddisfare le diverse esigenze della comunità, costruire la capacità della comunità e dei singoli di affrontare malattie croniche</p>	<p>7 marzo 2015</p>	<p>In che modo il contesto influenza le prestazioni degli operatori sanitari di comunità nei paesi a basso e medio reddito? Prove dalla letteratura</p>	<p>Maryse C Kok, Sumit S Kane, Olivia Tulloch, Hermen Ormel, Sally Theobald, Marjolein Dieleman, Miriam Taegtmeier, Jacqueline EW Broerse, Korrie AM de Koning</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Con questo articolo si vuole valutare l'efficacia e l'attuazione del programma di intervento creato per rendere la cura e l'assistenza nei paesi occidentali, accessibili anche agli immigrati anziani. Secondo questo piano, gli operatori sanitari delle comunità etniche, culturalmente competenti fungono da collegamento tra gli anziani immigrati e l'assistenza sanitaria locale e i servizi di assistenza sociale.</p>	<p>15 marzo 2013</p>	<p>Assistenza culturalmente sensibile agli immigrati anziani attraverso operatori sanitari di comunità etniche: progettazione e sviluppo di un programma di intervento basato sulla comunità nei Paesi Bassi</p>	<p>Ilona Verhagen, Wynand Jg Ros, Bas Steunenbergh, Niek J de Wit</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>L' intervento dei CHW con conoscenze sulla storia, la cultura e le norme delle comunità in cui operano può migliorare la disparità sull' erogazione delle cure palliative per i pazienti afroamericani con tumori maligni avanzati. Questi operatori fungono da pontetra paziente e medico-oncologo capace di fornire tali cure.</p>	<p>2019 marzo;</p>	<p>Prospettive delle parti interessate sull'uso degli operatori sanitari di comunità per migliorare l'uso delle cure palliative da parte degli afroamericani affetti da cancro</p>	<p>Fabian M Johnston, Joseph H Neiman, Lauren E Parmley, Alison Conca-Cheng, Karen M. Freund, Thomas W Concannon, Thomas J Smith 4, Lisa A Cooper</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Corso di formazione sul cancro nella comunità dell' Alaska per operatori sanitari basato sulla teoria dell'empowerment e sui principi dell'apprendimento degli adulti</p>	<p>2017 settembre</p>	<p>Co-creazione di un corso sul cancro educativo a distanza culturalmente reattivo con e per gli operatori sanitari della comunità dell'Alaska: motivazioni da un sondaggio tra le parti interessate chiave</p>	<p>Katie Cueva, Laura Revels, Regina Kuhnley, Melany Cueva, Anne Lanier, Mark Dignan</p>

MESSAGGIO PRINCIPALE	ANNO DI PUBBLICAZIONE	TITOLO	AUTORE
<p>Viene dimostrato, valutando un programma per immigrati filippini con ipertensione, come i CHW facilitano l'adozione da parte dei pazienti di comportamenti sani, impiegando tecniche di comunicazione interpersonale per costruire rapporti di fiducia fornendo supporto sociale e assistendo il cambiamento del comportamento sanitario. Quindi il loro lavoro può aiutare a rispondere alla richiesta nazionale di migliorare l'accesso, la fornitura e la qualità dell'assistenza sanitaria.</p>	<p>2015 maggio;</p>	<p>Partners in health: un quadro concettuale per il ruolo degli operatori sanitari della comunità nel facilitare l'adozione da parte dei pazienti di comportamenti sani</p>	<p>Carina Katigbak 1, Nancy Van Devanter, Nadia Islam, Chau Trinh-Shevrin</p>

Tabella nr.7: Settima stringa di ricerca (2020) (t.n.e.)

"Family health nurse*" [title] AND cultural competence → 0 risultati

Cultural competence [title]AND Family health nurse*[title]→ 0 risultati

Comparazione della ricerca: n° risultati ricerca grezza e aggiungendo [title]

stringa di ricerca → n. risultati → Applicazione 2 filtri: free full text, data di pubblicazione dal 2010

ARGOMENTO RICERCATO	N° RISULTATI	RISULTATI FILTRATI
Cultural competence AND nurse	3499	479
Ulcers AND nurse	11424	4354
Ethic AND nurse	36918	7722
Religion AND nurse	9504	820

Tabella n. 8: “Comparazione termini” (2020) (t.n.e.)

Aifec, associazione italiana infermiere di famiglia e comunità

La nascita dell'AIFeC nel 2009 ha rappresentato una svolta importante in Italia, l'associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità ha l'obiettivo di promuovere e sviluppare i principi dell'assistenza sanitaria primaria, basata sulla centralità del cittadino, l'ottimizzazione e la qualità degli interventi, il sostegno ai professionisti nelle attività di ricerca per l'evoluzione dell'assistenza sanitaria di base per l'individuo, la famiglia e la collettività. Inoltre contribuisce a redigere attraverso gruppi di lavoro, raccomandazioni, protocolli e linee di indirizzo per le cure primarie.

Nella sezione news eventi del sito è presente un articolo interessante sulla Legge 17 luglio 2020, n. 77, che rappresenta il riconoscimento ufficiale dell'IFeC per lo Stato Italiano.

LEGGE 17 luglio 2020, n. 77

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

“Non siamo al traguardo di una corsa ma alla partenza, però la corsa è ufficiale e riconosciuta. Si tratta ora di non perdere l’opportunità!”

I gruppi regionali AIFeC e i colleghi “sul campo” hanno fornito il loro contributo promuovendo un sistema sanitario nuovo e orientato ad una cultura della salute moderna e innovativa dimostrando che la vicinanza alla popolazione, con azioni proattive e di prossimità, è in grado sia di produrre esiti di salute importanti e apprezzati dalle persone sia di attivare il capitale sociale e il Welfare generativo di comunità.

Attualità

La pandemia ha enfatizzato il bisogno di nuovi paradigmi e visioni centrati sulla prevenzione, l’integrazione e l’inter-settorialità. Concetti che da più di quarant’anni cercano di emergere ma sono soffocati da logiche opportunistiche e di mercato. Il valore economico della salute è la base della nostra democrazia, fondata sul lavoro e sulla tutela dei cittadini.

I punti prioritari sulla quale l’associazione vuole incentrare l’attenzione sono:

1. Il cambio della congiunzione tra famiglia- comunità: Nel documento della Conferenza Stato Regioni l’oggi IFeC viene definito come Infermiere di famiglia o di comunità, mentre nella legge del 17 luglio la definizione è quella di Infermiere di famiglia e di comunità. Riteniamo che una congiunzione faccia la differenza poiché la famiglia e la comunità non possono essere viste come unità distinte e differenziate. Non deve esistere il concetto di separazione tra i due ambiti ma va promossa l’unitarietà del sistema sociale e delle sue interazioni con strategie di azione condivise perché la famiglia è l’unità funzionale di ogni comunità.
2. Formazione omogenea a libero arbitrio regionale: è necessario predisporre un percorso formativo regionale rapido ed efficace omogeneo su tutto il territorio. Si deve tenere conto delle competenze *avanzate* che ogni professionista deve avere

per affrontare un campo d'azione così complesso e impegnativo che deve far fronte ai bisogni dei cittadini e interfacciarsi con le organizzazioni socio sanitarie.

3. il posizionamento nel sistema organizzativo: Dal momento che nel documento non è chiara la collocazione all'interno dei servizi distrettuali, l'associazione propone che l'IFeC venga collocato con incarico di funzione all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione, con un rapporto gerarchico diretto con i Dipartimenti delle Professioni Sanitarie.

In conclusione auspichiamo che tutti colgano l'occasione importante per dare una svolta ai nostri servizi socio – sanitari: Dobbiamo lavorare tutti per una sanità nuova che veda veramente al centro il cittadino come unico e vero attore della propria vita e del proprio futuro.

Discussione

L'idea di interconnettere la figura dell'infermiere di famiglia alla cultural competence è stata formulata a partire dallo spontaneo, naturale e dinamico sodalizio che si sviluppa fra loro.

Risulta inevitabile, infatti, giungere a questa soluzione di studio per cui la cultural competence, come elemento principale del bagaglio formativo infermieristico, è studiato secondo l'orientamento teorico e pratico e possa servire a migliorare l'attività assistenziale dell'Infermiere di famiglia.

Vengono messi in relazione gli scenari assistenziali riscontrati negli articoli selezionati con gli obiettivi del documento HEALTH 21

Per aiutare a capire il nuovo concetto di infermiere di famiglia, l'ampiezza, la profondità e lo scopo del suo ruolo, le conoscenze, le tecniche avanzate e gli atteggiamenti richiesti per gestirlo, può essere utile compiere un percorso attraverso gli articoli selezionati frutto della ricerca online. Questi rappresentano degli esempi di applicazione del ruolo dell'infermiere di famiglia in molteplici realtà, nella quale differenti gruppi di persone presentano problemi e bisogni assistenziali. Al termine si dovrebbero comprendere in modo univoco e chiaro gli ambiti di competenza di questa nuova figura.

Come premessa possiamo evidenziare la particolarità del ruolo che gli viene affidato: la straordinaria capacità di essere coinvolto in tempi diversi nell'arco della vita delle famiglie e dei singoli individui. All'infermiere operante in una realtà ospedaliera può capitare di assistere una stessa tipologia di paziente o di compiere quotidianamente un lavoro ben definito e scandito da protocolli e linee guida. Ed è proprio questa la differenza sostanziale perché l'infermiere di famiglia deve essere capace di interagire contemporaneamente con persone appartenenti a gruppi etnici differenti, portatori di diverse culture o affetti da diverse patologie.

Mentre in ospedale è tutto scandito, il lavoro è prestabilito. Per fare l'infermiere di famiglia l'OMS dice che serve una formazione post base.

La cultural competence non è statica, è un processo, una competenza in continua evoluzione.

Questa competenza è frutto di una mentalità aperta alla diversità, basata sul riconoscimento di poter imparare continuamente, ogni giorno di lavoro può essere un'occasione per poter diventare un professionista con competenze tecniche e culturali sempre maggiori.

Inoltre deve saper instaurare rapporti di cooperazione con la comunità e le agenzie sanitarie, quindi saper passare da una relazione stretta di fiducia che si instaura con il singolo alla gestione di rapporti professionali, toccando temi economici e sociali.

Analizzando gli articoli i temi principali sono risultati essere i seguenti:

1) Ambito trattamento di minoranze etniche e ineguaglianze nella salute

L'infermiere di famiglia si mostrerà sensibile alla cultura e alla religione di chi gli sta di fronte, utilizzerà queste conoscenze per rendere efficace il suo piano di educazione sanitaria. Cercherà di comprendere le abitudini e i costumi di questa parte della popolazione, farà in modo che questi si inseriscano nel tessuto sociale e si sentano parte della comunità nella quale vivono.

Non lavora da solo ma attinge anche ai trattamenti locali per trovare soluzioni. In questo modo rende la società autoctona più forte fornendo occasioni di apprendimento e evoluzione dei loro metodi di cura. Avrà un atteggiamento oggettivo in modo che la comunità veda ciò come un'occasione per apprendere ed evolversi e non si senta giudicata e in questo modo evitare scetticismo da parte delle popolazioni locali.

2) Ambito demenza degli anziani

L'infermiere deve essere una figura di conforto e supporto per le famiglie, le quali devono sentirsi a proprio agio nel confidarsi con lui/lei. Dovrà avere competenze sanitarie per trattare la demenza ed essere perspicace nel capire quando è necessario intervenire. Dovrà inoltre possedere competenze linguistiche e culturali nel caso di pazienti stranieri nonché capacità di comunicazione e mediazione culturale. Ulteriori requisiti fondamentali sono: pazienza, autocontrollo, affidabilità e saper attivare i giusti servizi.

3) Ambito promozione salute dei bambini

L'infermiere di famiglia deve lavorare a stretto contatto con le famiglie in dolce attesa al fine di comprenderne i bisogni e le necessità. Infatti, queste famiglie appartengono a determinati background con differenti pratiche culturali ed assistenziali per la cura del bambino. Deve supportare entrambi i genitori, in quanto entrambi possono cadere in depressione e sentirsi inadeguati al nuovo ruolo che ricoprono. Deve inoltre identificare eventuali abitudini e stili di vita potenzialmente dannosi per l'infante, ad esempio fumare o abitudini alimentari scorrette.

4) Ambito gestione malattie non trasmissibili

L'infermiere di famiglia deve essere empatico nei confronti del paziente, deve essere una figura di supporto e conforto in modo che questi si possa. L'infermiere deve fornire cure aggiornate, conoscere il paziente a 360 gradi in modo da potergli fornire le cure più adeguate possibili, nonché rispettarne le credenze in modo tale da poterlo preparare psicologicamente all'eventuale morte. Non deve inoltre abbandonare la famiglia del paziente in quanto ha comunque bisogno di supporto.

Inoltre non deve trascurare il proprio dolore e i propri sentimenti ma deve riconoscersi il bisogno di addolorarsi, consapevole del rapporto con il paziente. Deve legittimarsi il fatto di stare male, in modo da rielaborare il trauma ed evitare un eventuale burn-out.

5) Ambito problema sociale dell'alcolismo

Nell'affrontare questa tematica, che rappresenta un vero e proprio problema sociale a livello globale, l'infermiere mostra abilità specialistiche nel riconoscere che, un problema come l'abuso di alcool nasconde al suo interno problemi psico-sociali. Deve innanzitutto individuare la necessità della collaborazione con il medico di famiglia e terapisti specializzati, in seguito conquistare la fiducia dei membri della famiglia in crisi al fine di riuscire a compiere un monitoraggio costante e una valutazione a lungo termine delle strategie pianificate. L'infermiere otterrà l'appoggio della famiglia che avrà il compito di supportare l'assistito nei momenti di ricaduta, riconoscendola come una valida alleata per un monitoraggio costante dei progressi del paziente.

Da ciò emerge che la cultural competence è un fattore inscindibile dalla figura dell'infermiere di famiglia. Deve far parte della sua essenza. Da parte dell'infermiere di famiglia ci deve essere la volontà e la curiosità di imparare e migliorarsi al fine di fornire

un servizio assistenziale che sia il migliore possibile ed abbattere le barriere fra le famiglie della comunità e la sanità pubblica. Da ciò emerge che la cultural competence non è una qualità statica dell'infermiere ma è in continua evoluzione, è una skill che trova applicazione in tutti gli ambiti di competenza dell'infermiere.

L'infermiere di Famiglia all'estero ha un impatto notevole e consolidato sull'assistenza territoriale, in termini di efficacia assistenziale nel gestire il complesso e dinamico sistema che ruota intorno alla famiglia, attivando sinergie multidisciplinari, in un'ottica di risparmio delle risorse e appropriatezza degli interventi. Oggigiorno si avverte sempre più l'importanza di un lavoro di equipe, che fonda le proprie radici nella comunione di informazioni tra i vari professionisti, i quali collaborano mantenendo ciascuno l'autonomia nel proprio ambito di competenza.

Lo scopo di aver messo in relazione i termini riportati nella tabella NR. 8 è di enfatizzare il divario quantitativo tra il numero degli articoli scritti in riferimento a argomenti generali e ampi quali religione e etica, e di quanto ancora poco si concentri l'interesse nei confronti di un tema nascente ma così importante come l'infermiere di famiglia.

Non voglio dire che questi temi non debbano essere trattati perché ne va riconosciuta l'importanza sia dal punto di vista morale che la loro implicazione nella pratica clinica, ma voglio cercare di far spostare l'attenzione anche su altri temi perché se vogliamo che avvenga veramente un cambiamento nella pratica e che si riesca a dare maggiore importanza a questa figura in ambito territoriale, se ne deve parlare affinché entri e diventi comune nelle nostre teste e si affermi nel vasto panorama infermieristico come un attore cardine dell'assistenza sul territorio per la comunità e famiglie. E questo fatto viene confermato dai numeri che sono ancora pochi (degli infermieri) e la conoscenza della popolazione sulla effettiva risorsa che rappresenta di questa figura è molto scarsa anche se come è stato dimostrato, la comunità ne sente inconsciamente l'esigenza, dal momento che viene abbandonata nella fase post ospedalizzazione o non ne riesce addirittura a accedere alle cure sanitarie.

Parlare, informare, fare ricerca possono essere delle strategie chiave per cambiare il sistema e "riequilibrare la bilancia" dando il giusto peso e importanza a questa nuova professione che in questo ultimo periodo da progetto tanto idealizzato e sperato nel corso di questi 20 anni, è diventata una realtà effettiva.

Limiti della ricerca

- l'infermieristica è una scienza in continua evoluzione
- Gli aspetti valutati sono in fase di definizione.
- In tutto il mondo occidentale è in atto un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, dovuto al cambiamento del modello ospedalocentrica

Senza dubbio questo è un momento di crescente autonomia della professione infermieristica ed è sempre più richiesta la figura dell'infermiere di famiglia, chiamato ad offrire un significativo contributo nel perseguire gli obiettivi volti a promuovere e a conservare la salute della popolazione lungo tutto l'arco della vita. Questo aspetto implica la conoscenza delle capacità e delle culture delle famiglie prese in carico e della multiculturalità della comunità. Esso si realizza anche con sistematici incontri e continui follow-up tendenti a sviluppare obiettivi comuni e condivisi, e a valutarne il raggiungimento.

Conclusione

A seguito delle ricerche e dei risultati ottenuti, si può concludere affermando che la cultural competence è una vera e propria ‘rivoluzione dal basso’. E’ difatti un concetto che parte dagli infermieri stessi e dalla loro attività assistenziale quotidiana. Sono proprio loro a fare la differenza, affermandosi come colonne portanti di questo cambiamento. Un cambiamento globale, che tuttavia nasce in ambito locale. Ciascun infermiere, e in particolare ciascun infermiere di famiglia, potrà infatti contribuire a questa evoluzione nel proprio piccolo, rivelandosi inoltre come indicatori sociali dello stato culturale del paese in cui vivono. Quest’ultimo aspetto ci permette di avere una panoramica sulle eventuali differenze riguardo la figura dell’infermiere di famiglia nelle diverse aree del mondo, e al tempo stesso di trovare spunti per l’implementazione della suddetta figura nel nostro ambito sanitario. Ciò ci permette inoltre di delineare le caratteristiche fondamentali di questa professione, in particolare capacità di adattamento e competenze interdisciplinari e culturali. Questi sono requisiti fondamentali, al fine di poter rispondere al meglio ad una professione e una società in continua evoluzione. E’ essenziale, inoltre, che ci sia un atteggiamento di apertura mentale nei confronti dell’altro al fine di poter adattare al meglio il proprio stile assistenziale ad una diversa dimensione culturale. Consentire al paziente di esprimere la propria identità culturale significa infatti potenziarne l’autonomia decisionale e permettergli di comprendere efficacemente i servizi che gli vengono forniti. Il paziente va considerato a 360 gradi. Un approccio antropologico di questo tipo si pone infatti come ponte tra quello che è stato fatto finora e quello che si può potenziare e migliorare in ambito sanitario. Dunque, considerando i pazienti come persone attive per pensiero ed esigenze, quali sono le risorse che la società odierna ha a disposizione? In questo ambito la cultural competence si propone come mezzo di arricchimento e miglioramento dell’assistenza infermieristica, come veicolo di umanità verso i pazienti. Una qualità versatile, applicabile a qualsiasi ambito e a qualsiasi paziente. La cultural competence, inoltre, permette all’infermiere di dare sempre la priorità al benessere dei pazienti, spesso vittime delle irregolarità del sistema sanitario. Quest’ultimo può essere rappresentato come una bilancia: in un piatto vi è la salute dei cittadini, nell’altro le iniquità della sanità, le ingiustizie e le barriere che ostacolano

l'accesso dei pazienti alle cure sanitarie. L'infermiere, grazie alla cultural competence, riesce a riconoscere queste discriminanti e a riequilibrare il sistema, mettendosi dalla parte dei cittadini e dando loro il giusto peso. Questa visione metaforica cela, tuttavia, una realtà ben più complessa, in quanto la suddetta omeostasi è solamente uno stato temporaneo, considerato l'ambito complesso e mutevole in questione. Il lavoro dell'infermiere nella comunità deve dunque essere costante e sempre attento alle necessità dei suoi assistiti. Le competenze che gli vengono richieste sono eterogenee, pertanto la sua formazione deve essere specializzata e aggiornata, al fine di poter essere sempre pronto a nuove sfide e cambiamenti. L'infermiere, e in particolare l'infermiere di famiglia, si pone inoltre come 'ponte' tra l'azienda che fornisce il servizio e la popolazione stessa. Se questo 'ponte' crollasse, entrambe le parti rimarrebbero scollegate e perderebbero la loro funzione. Da ciò si evince l'importanza dell'infermiere di famiglia, figura che, tuttavia, come dimostrato nel presente operato, non viene considerata abbastanza. Ciò danneggia la popolazione stessa, costretta ogni giorno ad affrontare numerose malattie, sia fisiche, e dunque più facili da riconoscere, che psicologiche. Queste ultime sono malattie silenziose, che colpiscono l'anima e logorano il paziente dall'interno se non riconosciute in tempo. Molto spesso le persone provano vergogna nel chiedere aiuto, complice lo stigma creato dalla società nei confronti delle malattie mentali, della depressione e delle dipendenze, le quali in realtà risultano essere le principali cause di sofferenza e suicidio negli ultimi anni in Italia. Inoltre, malattie come il cancro, ritenute comuni nella società occidentale, in alcune realtà culturali vengono considerate come opera del demonio e dunque chi ne è affetto, spesso viene emarginato, perdendo il proprio ruolo nella società. In altri casi, la vergogna e la mancanza di riferimenti spingono i malati a rimanere in silenzio per paura di non essere capiti. Eventuali problemi economici, inoltre, non fanno altro che aggravare la situazione. Altri, invece, preferiscono imparare a convivere con la loro malattia piuttosto che affrontarla da soli, lasciando che questa si impadronisca della loro vita e li faccia cadere nel buio di un'esistenza che non può più essere chiamata vita, ma sopravvivenza. Molti permangono in questo limbo per anni, finché il rispettivo male non si manifesta sotto forma di problema clinico serio che necessita ospedalizzazione. Ed è solo giunti a questo punto che si cerca di agire. Ma potrebbe essere troppo tardi. E' proprio qui che si vuole incentrare il mio discorso: grazie alla figura dell'infermiere di famiglia, si può agire

prima. Quest'ultimo è infatti una figura di riferimento, un aiuto, un conforto. Molto spesso molti di noi ne hanno sentito inconsciamente la necessità, senza sapergli dare un nome. Magari nel cuore della notte, correndo al pronto soccorso per problemi ai quali neanche noi sappiamo dare una causa, né tanto meno riusciamo a spiegare una volta raggiunto lo sportello del triage. Una guida che ci possa dire che tutto andrà bene. Questo è l'infermiere di famiglia.

BIBLIOGRAFIA

- aa.vv.(2014) “Dati statistici sull’immigrazione in Italia dal 2008 al 2013 e aggiornamento 2014”, Dipartimento per le politiche del personale dell’amministrazione ufficio centrale di statistica
- Cotichelli, G. (2013) Disuguaglianze nella salute e professioni infermieristica. Risorse e criticità per l’equità del sistema sanitario, emissione Franco Angeli
- Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. (2010). Community Health nursing: Promoting and protecting the public (7th ed.) Philadelphia: Lippincott.
- Ashford, D. A., Kaiser, R. M., Bales, M. E., Shutt, K., Planning against biological terrorism: Lessons from outbreak investigations. *Emerging Infectus Diseases*,
- Bodenheimer, T., MacGregor, K., & Sharifi, C. (2005). Helping patients manager their chronic conditions. Retrived January 10, 2007.
- Wheeler, B. J. (2011). Health promotion of the newborn and family. In M. J Hockenberry & D.Wilson (Eds.), *Wong’s nursing care of infants and children*.
- Jeffrey M R, Dogan E (2012). Evaluating the influence of cultural competence education on students’ transcultural selfefficacy perceptions. *J Transcult Nurs*
- Festini F e Focardi S et al. (2009). Providing transcultural to children and parents: an exploratory study from Italy. *J Nurs Scholarsh*
- Williamson M, Harrison L (2010). Providing culturally appropriate care: a literature review. *Int J Nurs Stud*
- Campinha-Bacote J C (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare service: a model of care. *J Transcult Nurs*

- Higginbottom G M A, Richter M S et al. (2011). Identification of nursing assessment models/tools validated in clinical practice for use with diverse ethno-cultural groups: an integrative review of the literature. BMC Nursing
- Kersey-Matusiak G (2012). Competent care: are we there yet? Nursing management April 2012
- Douglas M K e Pierce J H et al. (2011). Standards of practice for culturally competent nursing care: 2011 update. J Transcult Nurs
- – Bjarnason D, Mick J, Thompson J A, Cloyd E (2009). Perspectives on transcultural care. Nurs Clin North Am
- Purnell L, Davidhizar R E et al. (2011). A guide to developing a culturally competent organization. J Transcult Nurs
- Wood M (2010). Cultural safety and the socioethical nurse. Nurs Ethics
- Papadopoulos I (2006). The Papadopoulos, Tilki and Taylor model of developing cultural competence. In: Transcultural health and social care. Development of culturally competent practitioners
- Misra-Hebert A D, Isaacson J H (2012). Overcoming health care disparities via better cross-cultural communication and health literacy
- Basso P, Perocco F (2003). Gli immigrati in Europa. Disuguaglianze, razzismo, lotte. Milano: Franco Angeli.
- OMS, SALUTE 21 del 1998
- Cipolla C, Marcadelli S, Rocco G, Stievano A (2017) Infermiere di famiglia e di comunità. Proposte di policy per un nuovo welfare, FrancoAngeli editore

SITOGRAFIA

- <https://www.profignaziomarino.com>
- <https://books.google.it>
- www.fnopi.it
- www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/
- www.scholar.google.com/
- www.aifec.it
- www.ipasvi.it
- www.infermiereonline.org
- www.nurse24.it/
- www.nursetimes.org/
- www.ospedaliriuniti.marche.it
- www.ansa.it
- www.ncbi.nlm.nih.gov
-

Ringraziamenti

Un ringraziamento speciale alla mia famiglia che ogni giorno mi hanno sostenuto e spronato. Il loro esempio di dedizione al sacrificio, all'impegno quotidiano ed entusiasmo nei confronti della vita mi hanno ispirato a dare il massimo anche nei momenti più delicati di questo percorso triennale. Grazie per avermi insegnato umiltà e rispetto verso il prossimo, valori che porterò sempre nel cuore.

Grazie al professor Giordano Cotichelli, relatore di questo elaborato e fonte di ispirazione continua. Mi ha accompagnato con entusiasmo nella stesura di questo lavoro e fatto vedere la mia "diversità" dell'essere portatrice di 3 culture (occidentale, araba, latino-americana), come un valore aggiunto e patrimonio inestimabile.

A Eros Peroni, luce costante in questi 3 anni, risorsa di forza e sostegno con il suo amore. Mi insegna ogni giorno ad affrontare ostacoli e paure con il sorriso, senza arrendermi mai.

Un profondo grazie al dottor Claudio Cantelli che per primo ha sempre creduto in me, il suo affetto e sostegno mi hanno permesso di raggiungere questo prezioso traguardo.

A Elisa, abbiamo iniziato questa avventura insieme, grazie per essere stata una presenza gioiosa e amorevole nei momenti di soddisfazione ma anche di sconforto.

Un grazie alla mia famiglia acquisita, Guido Fariello e Carmelina Vicente per essere sempre stati sempre pronti a festeggiare con grande gioia ed emozione ogni mio piccolo traguardo.

Un grazie sentito a tutti i tutor, infermieri, amici che mi hanno accompagnato durante la formazione.

Bisraoui Huaman Vittoria

Ancona, Novembre 2020