



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LA RILEVAZIONE DELLE PERCEZIONI,
DELLE CONOSCENZE E DELLA
COMPETENZA CULTURALE DEGLI
STUDENTI IN INFERMIERISTICA
DELL'UNIVPM.
UNO STUDIO OSSERVAZIONALE MONOCENTRICO**

Relatore: Chiar.ma

Dott.ssa Tiziana Traini

Tesi di Laurea di:

Sirin Abdelwahed

A.A. 2022/2023

*Ai miei genitori, linfa della mia esistenza,
e colonne portanti della mia vita.
A voi che ci avete sempre creduto, fin dal primo giorno.
Spero di avervi reso orgogliosi di me.*

*Alle mie sorelle e mio fratello,
il mio regalo più grande.*

*A mio marito,
l'eterno amore della mia vita.*

Ed infine, alla mia determinazione, per non avermi mai fatto mollare.

INDICE

| | | |
|-------------|---|----|
| 1. | INTRODUZIONE..... | 1 |
| 2. | OBIETTIVI DELLO STUDIO | 8 |
| 2.1. | OBIETTIVO GENERALE | 8 |
| 2.2. | OBIETTIVO SPECIFICO..... | 8 |
| 3. | MATERIALI E METODI..... | 9 |
| 3.1. | DISEGNO DI STUDIO | 9 |
| 3.2. | CONSIDERAZIONI ETICHE..... | 9 |
| 3.3. | POPOLAZIONE E CENTRI | 9 |
| 3.4. | CRITERI DI INCLUSIONE | 9 |
| 3.5. | CRITERI DI ESCLUSIONE..... | 10 |
| 3.6. | PROCEDURE DI STUDIO | 10 |
| 3.7. | STRUMENTI DI RACCOLTA DATI..... | 10 |
| <u> </u> | 3.7.1. Questionario Cultural Competence Assessment (CCA) (Allegato 1) | 10 |
| <u> </u> | 3.7.2. Descrizione dello Strumento di raccolta dati | 11 |
| 3.8. | RACCOLTA DATI..... | 12 |
| 3.9. | DIMENSIONE DEL CAMPIONE | 12 |
| 3.10. | ANALISI STATISTICA | 12 |
| 4. | RISULTATI..... | 13 |
| 4.1. | ANALISI DESCRITTIVE DELLE RISPOSTE AL QUESTIONARIO CCA..... | 13 |
| <u> </u> | 4.1.1. Caratteristiche socio-demografiche degli studenti | 13 |
| <u> </u> | 4.1.2. Analisi delle risposte agli items del questionario CCA..... | 14 |
| 5. | DISCUSSIONE..... | 22 |
| 6. | CONCLUSIONI | 26 |
| | BIBLIOGRAFIA | 30 |
| | SITOGRAFIA | 31 |
| | <i>Allegato 1</i> | 32 |
| | INDAGINE SULLA COMPETENZA CULTURALE DEGLI STUDENTI IN INFERMIERISTICA | 32 |
| | <i>Allegato 2: Richiesta autorizzazione raccolta dati</i> | 36 |

1. INTRODUZIONE

Le dinamiche attuali indicano una rapida transizione delle società europee verso una realtà sempre più multiculturale. In questo scenario, la diversità culturale si configura come un terreno fertile, presentando sia nuove sfide che opportunità per le comunità che accolgono immigrati e migranti. Inoltre, evidenzia in maniera inequivocabile l'importanza di fornire un'assistenza sanitaria improntata alla sensibilità culturale. In Italia la presenza di persone immigrate è in forte aumento e questo implica una ripercussione su ogni sfera del vivere quotidiano, su quella sociale, politica ma anche, ed in particolare, su quella sanitario-assistenziale in quanto l'immigrato, soprattutto quello proveniente dal sud del mondo, nonostante l'iniziale effetto migrante sano, è una persona estremamente esposta alle patologie. Più immigrati significa dunque, diversi e nuovi bisogni assistenziali, che la medicina e l'infermieristica non possono ignorare. (Fogno, A. (2007) "L'incontro con l'altro (straniero) nell'assistenza infermieristica", Tesi di Laurea in Pedagogia, Bologna-Università Alma Mater Studiorum, s.d.)

Le istituzioni universitarie, consapevoli del loro ruolo nella costruzione di una società equa e giusta, assumono una parte significativa di questa responsabilità. Questo si traduce concretamente nell'integrazione di elementi culturali nei curricula infermieristici.

Partendo dalla prospettiva della teoria del nursing transculturale di Madeleine Leininger e dei suoi elementi costitutivi, si esplora il concetto di cultura e la sua interazione con la salute e la malattia del paziente. In particolare, si distinguono le differenze tra conoscenza emica, interna alla cultura e difficile da comprendere per individui estranei, e etica, che rappresenta un'osservazione esterna della cultura visibile a tutti. Il fine ultimo della teoria è rappresentato dall'assistenza culturalmente congruente, un obiettivo al quale tutti gli operatori sanitari dovrebbero aspirare. Il metodo di ricerca utilizzato dall'autrice, il metodo di ricerca etnoinfermieristico, si concentra sull'analisi delle altre culture, in particolare degli aspetti emici, al fine di fornire un'assistenza ottimale. Questo metodo mette in luce le differenze e le similitudini nell'assistenza umana (cura) tra le credenze, i valori e le pratiche di individui o gruppi culturalmente simili o diversi. L'analisi dei bisogni di salute dei migranti è imperativa per comprendere l'incidenza di patologie a cui

sono maggiormente esposti, tra cui le patologie infettive (come tubercolosi e HIV) o malattie prevenibili con i vaccini. Inoltre, è essenziale valutare l'incidenza di patologie non trasmissibili, come quelle su base ischemica (ictus o infarto miocardico acuto), diabete di tipo 2, neoplasie e malattie legate alla salute mentale.

La conoscenza delle teorie dell'infermieristica transculturale di Madeleine Leininger consente all'infermiere di prendere coscienza delle diversità culturali proprie di ogni persona al fine di interpretare accuratamente il comportamento del cliente sano o malato. Tra le molteplici attività svolte dall'Infermiere, riveste notevole importanza quella di intermediario posto tra l'utente e le istituzioni sanitarie. In questo ruolo, difficile da interpretare, l'infermiere si trova tutti i giorni impegnato anche nella gestione dei conflitti culturali con l'utenza, nel tentativo di soddisfare le esigenze di un'utenza multietnica e conseguentemente pluriculturale: pensare e agire in una prospettiva mondiale, è la sfida lanciata dal terzo millennio. (Manara, D.F. (2004) "Infermieristica interculturale", Roma: Edizioni Carocci-Faber.)

Madeleine Leininger, l'infermiera antropologa americana che ha contribuito alla nascita e alla diffusione del nursing transculturale, aveva compreso sin dagli anni Sessanta quanto fosse importante lo studio comparato e l'analisi di diverse culture in rapporto alle pratiche di assistenza connesse al vivere in salute o in malattia, alle credenze e ai valori, allo scopo di fornire alle persone un'assistenza infermieristica efficace e significativa, in linea con i loro valori culturali e con il contesto di provenienza. La Leininger è stata infatti la prima a chiedersi quale ruolo assume la cultura nelle aspettative che si nutrono nei confronti del personale infermieristico e dell'assistenza infermieristica e la sua Teoria della diversità e universalità dell'assistenza culturale, il Modello del Sole Nascente e il Metodo di ricerca etno-infermieristico, rappresentano le più importanti conquiste dell'assistenza infermieristica. Ripercorrendo gli scritti della Leininger, in quasi cinquant'anni di ricerche e pubblicazioni, si ritrova un fine ultimo e una ferrea volontà di offrire agli infermieri un approccio transculturale al nursing, una guida, un riferimento concettuale rilevante ed esauriente, adattabile e applicabile in tutto il mondo, che permetta il progredire della conoscenza infermieristica. (Manara, D.F. (2004) "Infermieristica interculturale", Roma: Edizioni Carocci-Faber.)

Per quanto riguarda le strategie assistenziali, Leininger individua tre modalità

fondamentali per guidare le valutazioni, le decisioni e le azioni infermieristiche:

- Conservazione/mantenimento della cultura del prendersi cura;
- Adattamento e/o negoziazione della cultura del prendersi cura;
- Ristrutturazione o riformulazione della cultura del prendersi cura.

Queste tre modalità derivano sia da conoscenze di assistenza specifiche della cultura (emic) che da conoscenze professionali (etic), acquisite attraverso la ricerca e l'impiego della teoria della cultura assistenziale rappresentata nel modello del "Sole Nascente". In tutte e tre le modalità, è fondamentale la partecipazione e la cooperazione tra infermiere e paziente al fine di identificare, pianificare, attuare e valutare ogni intervento assistenziale in modo transculturale. L'adattamento e la negoziazione della cultura assistenziale si riferiscono alla capacità di intraprendere azioni deliberate, sia di natura prettamente assistenziale sia di facilitazione, o azioni che integrino vari aspetti delle credenze, dei valori o delle pratiche culturali al fine di apportare benefici al paziente. Leininger definisce questo comportamento come negoziazione o adattamento dell'assistenza culturale. La conservazione o mantenimento dell'assistenza culturale riguarda le azioni di facilitazione o le decisioni che considerano come proteggere o preservare i valori culturali e i concetti di vita del paziente, riconoscendoli come elementi benefici dell'assistenza. Leininger fa riferimento al concetto di ricampionamento o ristrutturazione dell'assistenza culturale, indicando esplicitamente l'adozione di "nuove pratiche di assistenza infermieristica". Queste pratiche consistono nell'incorporare differenti o nuovi sistemi culturali di assistenza, al fine di garantire benefici al paziente. Il Codice Deontologico dell'Infermiere del 2019 fa riferimento all'interculturalità nell'Art. 3:

- Art. 3: RISPETTO E NON DISCRIMINAZIONE *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.*

Il codice sottolinea anche l'importanza del dialogo rispettoso come soluzione per risolvere eventuali conflitti valoriali.

Gli attuali sistemi sanitari in Italia non risultano appropriati a dare una risposta efficace e

soddisfacente ai bisogni di queste persone. Se l'accessibilità formale è, infatti, stabilita dalla normativa, la fruibilità reale è determinata, invece, dalla "capacità culturale" dei servizi di adeguare le risposte alle necessità di questa nuova parte della popolazione. Tra le difficoltà maggiori a dare una risposta adeguata annoveriamo, ancor più di problemi finanziari o organizzativi, aspetti culturali: la difficoltà a confrontarsi con la diversità, superando pregiudizi e stereotipi. Perché questo sia fattibile è necessario un approccio antropologico che richiede di confrontarsi con persone portatrici di culture diverse. Riconoscere le similitudini e le differenze tra culture può aiutare a fornire cure appropriate e competenti alle persone e alle comunità. La "competenza culturale", o una "assistenza culturalmente congruente", secondo le definizioni di Madeleine Leininger (che per prima si è occupata di etnoinfermieristica, o infermieristica transculturale), è una pratica che richiede non solo la conoscenza delle diversità culturali presenti nei sistemi di valori dei diversi gruppi di popolazione, ma di integrare tale diversità nel sistema delle proprie opinioni e del proprio agire professionale. Aspetto non semplice, in quanto nei professionisti sanitari generalmente predominano disinformazione e pregiudizi nei confronti dell'utenza straniera. Come tutte le altre, la "competenza culturale" deve essere acquisita e sviluppata nella formazione dei professionisti sanitari, e va perciò inserita nei percorsi formativi fin dall'inizio dello stesso. Non è sufficiente, per orientarsi, la sola indicazione contenuta nel Codice deontologico dell'infermiere: "L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona". (Leininger, M., McFarland, M.R. (2008) "Infermieristica Transculturale – concetti, teorie, ricerca e pratica", V edizione, Milano: CEA Casa Editrice Ambrosiana., s.d.)

La popolazione di cittadinanza straniera al 1° gennaio 2023 è di 5 milioni e 50 mila unità in Italia, in aumento di 20 mila individui (+3,9%) sull'anno precedente. L'incidenza degli stranieri residenti sulla popolazione totale è dell'8,6%, in leggero aumento rispetto al 2022 (8,5%). Quasi il 60% degli stranieri, pari a 2 milioni 989 mila unità, risiede al Nord, per un'incidenza dell'11%, la più alta del Paese. Risulta attrattivo per gli stranieri anche il Centro, dove risiede un milione 238 mila individui (25% del totale) con un'incidenza del 10,6%, al di sopra della media nazionale. (Istat, Indicatori demografici, (2023), s.d.)

Il Mediterraneo costituisce una delle principali rotte migratorie verso l'Europa, nonché una delle più pericolose. In questa sede, verrà essenzialmente trattata la rotta del Mediterraneo centrale.

Durante il 2023 si è registrato un importante incremento degli arrivi in Italia rispetto al 2022 (105.131) e al 2021 (67.477). Infatti, sono arrivate 87.026 persone fino al 31 luglio, di cui il 16,8% minori e il 10,5% donne. La gran parte di queste è sbarcata in Sicilia (72.264), Calabria (8.585) e Puglia (2.234), mentre una percentuale più modesta è arrivata sulle coste di Abruzzo (447), Campania (537), Lazio (442), Liguria (586), Marche (395), Toscana (962) e Sardegna (421). Lo sbarco nelle regioni elencate, in porti molto distanti dalla località del salvataggio, è stato disposto dal Ministero dell'Interno, sulla base del decreto legge n. 1/2023, convertito in l. 15/2023 (cd. "Decreto Piantedosi"). Sono arrivati via mare, durante l'anno corrente, soprattutto cittadini ivoriani (13,1%), guineani (12%), egiziani (11,2%), bangladesi (9,7%), pakistani (9,1%), tunisini (7%) e siriani (6%). (Albani M. et al., Dossier statistico immigrazione, Roma, IDOS Edizioni, (2023), p.63, s.d.)

In sede Ue e Unhcr si ragiona da tempo sulla principale alternativa al modello emergenziale, quelle vie "complementari" che la Commissione Ue definisce: "vie sicure e regolamentate per i rifugiati che prevedono l'ammissione legale e il soggiorno legale in un Paese terzo, dove le loro esigenze di protezione internazionale siano soddisfatte... potendo anche mantenersi e raggiungere soluzioni sostenibili e durature per il reinsediamento o il soggiorno legale". Possono considerarsi nell'ambito delle vie complementari i "corridoi umanitari", realizzati per la prima volta in Italia nel 2017 grazie al protocollo sottoscritto dai Ministeri dell'Interno e degli Esteri insieme alla Comunità di Sant'Egidio, alla Federazione delle chiese evangeliche e alla Tavola valdese. Quest'esperienza, ancora attiva, ha coinvolto partner come la Caritas e altre associazioni della società civile, e si è allargata, sia pure in maniera episodica e sperimentale, ad altri Paesi Ue come Francia e Belgio. Il punto di forza del modello è chiaro: sfuggire alla logica dell'emergenza per fluidificare e regolarizzare i flussi migratori, favorendo un matching virtuoso tra i beneficiari e le comunità di accoglienza e quindi, in prospettiva, agevolando l'incontro tra domanda e offerta di lavoro. Soprattutto, però, valorizzando le risorse umane e sociali di comunità che accompagnano i migranti nel loro percorso di integrazione: parola-chiave per gestire strategicamente i flussi migratori e vincere la

battaglia contro l'irregolarità e la devianza connessa a fenomeni di marginalità. Le rotte del Mediterraneo si confermano così le più pericolose al mondo. Non è un caso che la commissaria per i diritti umani del Consiglio d'Europa nel giugno 2023 abbia auspicato "un'azione collettiva" di Italia e Ue "per porre fine alla perdita di vite umane in mare, anche attraverso la condivisione delle responsabilità per un'adeguata capacità di soccorso. (Albani M. et al., Dossier statistico immigrazione, Roma, IDOS Edizioni, (2023) p.51, s.d.)

Vari studi hanno evidenziato che i migranti, esposti alle insidie di una vita marginale sono destinati ad un sensibile e rapido peggioramento delle condizioni di salute il cosiddetto "effetto migrante esausto". I migranti tendono ad adottare gli stili di vita simili a quelli degli strati economici e socialmente più poveri del paese ospitante, caratterizzato da un maggior livello di deprivazione materiale e psicologica. Alloggi di scarsa qualità, cattiva alimentazione, contatti con agenti patogeni o allergici sconosciuti nei Paesi di origine, fumo o abuso di alcool, dure condizioni lavorative sono tutti fattori che incidono rapidamente sul patrimonio di buona salute che i migranti portano con sé. A questo si aggiunge la ridotta possibilità o capacità di accesso ai servizi sanitari nel nostro Paese. (Libertà civili, "Sani" o "esausti"? Lo stato di salute dei migranti in Italia, (2017), a.VIII, n.579, pp.125-130)

Lo stato di salute dei migranti è generalmente valutato in relazione a quello della popolazione ospite. Le stime sulla mortalità tendono ad essere più basse nei rifugiati e migranti rispetto alla popolazione ospitante europea per neoplasie, disturbi mentali, disturbi endocrini e digestivi; ma risultano più elevate per: infezioni, cause esterne, malattie del sangue e cardiovascolari. Sicuramente il campo in cui c'è più ricerca e prove disponibili sono le malattie trasmissibili. Inefficienza dei sistemi sanitari del paese di origine, vivere in precarie condizioni igienico sanitarie ed assunzione di acqua contaminata prima e durante il viaggio migratorio aumenta il rischio di riscontrare una grande varietà di infezioni (batteriche, virali e parassitarie) anche per malattie prevenibili con il vaccino. Il gruppo a più alto rischio è quello dei bambini rifugiati e migranti, perché il processo di migrazione può interrompere il loro programma di immunizzazione, il che comporterebbe non ricevere tutte le vaccinazioni raccomandate. Si vede spesso che le barriere linguistiche, informative, culturali ed economiche possono influenzare la vulnerabilità dei rifugiati e migranti verso le malattie prevenibili con il vaccino. (World

Health Organization, Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region.)

L'apprendimento clinico professionalizzante infermieristico, rivolto a uno studente infermiere è guidato da uno specifico progetto formativo, questi risulta efficace se coglie, accresce e orienta ciò che la persona già possiede naturalmente. L'apprendimento è posto quindi, in primo luogo, sotto la diretta responsabilità dello studente. La struttura formativa si impegna, attraverso qualificanti metodi, nel collocare lo studente nelle condizioni di condividere, contattare, organizzare, realizzare e valutare il proprio percorso formativo. L'insegnamento clinico è l'aspetto della formazione infermieristica attraverso il quale gli studenti, facenti parte di un gruppo ed in contatto diretto con persone sia sane che malate e/o con una collettività ed in contatto diretto con persone sia sane che malate e/o con una collettività, apprendono a pianificare, fornire e valutare l'assistenza infermieristica globale richiesta, sulla base delle conoscenze e capacità acquisite; lo studente impara non solo ad essere un membro del gruppo, ma anche guida del gruppo, capace di organizzare l'assistenza infermieristica globale, compresa l'educazione sanitaria individuale e per piccoli gruppi, nell'istituzione sanitaria o nella collettività.

(<https://www.centrodiexcellenza.eu/ricerca/progetti/valutazione-della-percezione-da-parte-degli-studenti-della-loro-competenza-clinica-con-la-versione-italiana-della-ncs-incs-test/>)

Per misurare la competenza culturale, nell'ambito della ricerca infermieristica, sono stati sviluppati ed utilizzati quattro strumenti principali: l'Inventory for Assessing the Process of Cultural Competence among Health Care professional (IAPCC) (Campinha-Bacote, J. (1999). "A model and instrument for addressing cultural competence in health care" *Journal of Nursing Education*, 38, 203-207.), la Cultural Self-Efficacy Scale (CSES) (Bernal, H. & Froman, R. (1987) "The confidence of community healthnurses in caring for ethnically diverse populations" *IMAGE: The Journal of Nursing Scholarship*, vol. 19, pp. 201-203.), il Cultural Attitude Survey V Modified (CAS-M) (Rooda, L.A. (1993) "Knowledge and attitudes of nurses toward culturally different patients: Implications for nursing education" *Journal of Nursing Education*, vol. 32, no. 5, pp. 209-213.) il Cultural Competence Assessment (Schim, M.S., Doorenbos, A.Z., Miller, J., Benkert, R. (2003)

“Development of a Cultural Competence Assessment Instrument”, Journal of Nursing Management, vol.11, no. 1, pp. 29-40.)

Nonostante l'aumento della popolazione straniera in Italia negli ultimi anni e le relative problematiche assistenziali, finora non è stato condotto alcuno studio per valutare il livello di competenza culturale tra gli studenti.

Lo scopo di questo elaborato è investigare il punto di vista e le conoscenze degli studenti di infermieristica dell'UNIVPM di Ascoli Piceno, in relazione al crescente scenario multiculturale che influenzerà sempre più le future modalità di assistenza. Tale contesto non si limita esclusivamente agli immigrati, ma abbraccia tutte le vulnerabilità presenti nella nostra società.

2. OBIETTIVI DELLO STUDIO

2.1. OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo primario dello studio è quello di rilevare il livello di competenza culturale e le percezioni e conoscenze degli studenti di infermieristica dell'UNIVPM della sede di Ascoli Piceno, in relazione al crescente scenario multiculturale che influenzerà sempre più le future modalità di assistenza.

2.2. OBIETTIVO SPECIFICO

Obiettivo secondario è quello di valutare le variabili associate alla competenza culturale degli studenti di infermieristica

3. MATERIALI E METODI

3.1. DISEGNO DI STUDIO

Studio osservazionale di tipo prospettico monocentrico, no-profit e non prevede approcci terapeutici o diagnostici.

3.2. CONSIDERAZIONI ETICHE

Lo studio è stato effettuato nel rispetto della riservatezza dei dati personali, come previsto dalla vigente normativa, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica clinica (Decreto Ministero della sanità 14 luglio 1997), nonché a quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (Regolamento UE n. 679/2016; D. Lgs 196/2003, così come adeguato dal D. Lgs. n. 101/2018) non esponendo i partecipanti a nessun rischio.

3.3. POPOLAZIONE E CENTRI

Lo studio è stato realizzato dal 20 Gennaio 2024 al 20 Marzo 2024 e ha coinvolto tutti gli studenti del II e del III anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'UNIVPM, sede di Ascoli Piceno.

3.4. CRITERI DI INCLUSIONE

I soggetti inclusi nella popolazione oggetto di indagine sono tutti gli studenti iscritti al II e III anno del CdL in Infermieristica dell'UNIVPM, sede di Ascoli Piceno, che hanno frequentato il tirocinio nell'anno accademico 2023-2024 e che hanno accettato volontariamente di partecipare all'indagine, previa informazione sulle modalità e finalità dello studio.

3.5. CRITERI DI ESCLUSIONE

Sono stati esclusi gli studenti del primo anno di corso che non hanno ancora iniziato la frequenza del tirocinio nell'anno accademico 2023-2024

3.6. PROCEDURE DI STUDIO

Ciascun partecipante è stato invitato a compilare il questionario online “Cultural Competence Assessment” (CCA), in ogni sua parte, nel tempo massimo di 20 minuti. Il questionario è stato caricato nella piattaforma “Google moduli”, dalla quale è stato creato un link di re-indirizzamento per renderlo disponibile a tutti gli studenti.

È stata richiesta un'autorizzazione per lo svolgimento dello studio al Presidente CdL Infermieristica Ascoli Piceno e al Direttore ADP CdL Infermieristica Ascoli Piceno. (Allegato 2)

3.7. STRUMENTI DI RACCOLTA DATI

3.7.1. Questionario Cultural Competence Assessment (CCA) (Allegato 1)

Il CCA è un questionario auto-riportato che si basa sul modello tridimensionale dell'assistenza culturalmente competente (Schim, M.S., Doorenbos, A.Z., Miller, J., Benkert 2003).

Il questionario CCA comprende due sottoscale:

- la cultural awareness and sensitivity (CAS)
- la cultural competence behaviors (CCB)

3.7.2. Descrizione dello Strumento di raccolta dati

Cultural Competence Assessment (CCA)

Il CCA (All. 1) contiene una sezione introduttiva che spiega l'obiettivo dello studio e chiede la collaborazione dei partecipanti, assicurando loro la privacy dei dati e il diritto di ritirarsi dall'indagine in qualsiasi momento.

Comprende un totale di 28 domande suddivise in tre sezioni:

La prima sezione mira a raccogliere informazioni socio-demografiche sul partecipante, quali età, genere, anni di esperienza lavorativa come infermiere e nell'attuale unità operativa, livello di formazione e ruolo ricoperto. È inoltre inclusa una domanda specifica riguardante la partecipazione ad eventi formativi sulla competenza culturale.

La seconda sezione è divisa in due parti: la **CAS** (11 domande) mira a identificare le convinzioni del partecipante riguardo alle implicazioni delle differenze razziali, etniche e linguistiche sulla percezione della salute e sull'assistenza; la **CCB** (14 domande) invece cerca di rilevare i comportamenti adottati dall'intervistato durante le interazioni con i pazienti di diverse culture ed etnie. Le risposte sono valutate su una scala Likert a 7 punti, che varia da "fortemente in accordo" a "fortemente in disaccordo" per la CAS e da "sempre" a "mai" per la CCB.

La terza sezione nelle domande 26 e 27 mira a rilevare la tipologia di pazienti stranieri o altre "alterità" con il quale il partecipante si è trovato ad interagire negli ultimi 12 mesi ed il grado di competenza che egli ritiene di avere nell'interagire con persone di cultura diversa. La domanda 28 è quella conclusiva con la quale viene chiesto al partecipante di valutare il proprio livello di competenza culturale percepito durante l'assistenza a pazienti stranieri. Il punteggio è espresso su scala Likert a 5 punti (da 1=molto competente a 5=molto incompetente).

3.8 RACCOLTA DATI

Il questionario essendo stato distribuito con la modalità di somministrazione elettronica che consiste nell'auto-compilazione di un supporto informatico somministrato tramite Internet, ha permesso nella piattaforma "Google moduli", l'accesso in tempo reale ai dati parziali, al riepilogo complessivo delle risposte, all'analisi dei risultati ed alla gratificazione della tendenza dei dati.

Tutti i dati raccolti online, sono stati trascritti successivamente in un data-base formato excel. Da questo supporto è stato possibile effettuare l'elaborazione finale e l'analisi statistica dei dati.

3.9. DIMENSIONE DEL CAMPIONE

L'endpoint primario dello studio è quello di valutare il livello di competenza culturale degli studenti di infermieristica del II e III anno del CdL Infermieristica di Ascoli Piceno, pertanto, considerando un numero complessivo di studenti attivi per quanto riguarda il tirocinio clinico del II e III anno di corso, contestualizzabile in 100 unità, si ipotizza di ottenere una percentuale di adesioni allo studio di almeno il 50% del campione selezionato, con un minimo di 50 questionari restituiti ed adeguatamente compilati.

3.10. ANALISI STATISTICA

I dati estrapolati dalla compilazione del questionario tramite link collegato a Google Moduli sono stati inseriti su un foglio di calcolo utile per creare un database dal software Microsoft Excel®. Tramite lo stesso, i dati sono stati elaborati con metodi di sintesi di statistica descrittiva per consentire una visione globale delle variabili che descrivono il fenomeno in studio. Nello specifico, prendendo in considerazione la totalità delle rilevazioni registrate, sono state calcolate le frequenze percentuali dei singoli item componenti ciascun fattore accompagnate da tabelle riassuntive.

4. RISULTATI

I risultati vengono esposti partendo dall'analisi delle risposte ottenute dal questionario CCA.

4.1 ANALISI DESCRITTIVE DELLE RISPOSTE AL QUESTIONARIO CCA

4.1.1. Caratteristiche socio-demografiche degli studenti

Il campione di studio include gli studenti iscritti al secondo e terzo anno dell'anno accademico 2023/2024, ai quali è stato proposto il questionario CCA, da compilare su base volontaria e anonima. Questo approccio ha consentito la raccolta di 50 questionari.

La maggioranza dei partecipanti è di genere femminile (74%), con l'82% rientrante nell'intervallo di età compreso tra 19 e 25 anni, nella struttura ospedaliera "C. & G. Mazzoni" Ascoli Piceno (70%) e nella struttura ospedaliera "Madonna del Soccorso" San Benedetto del Tronto (30%). Poco più della metà del campione ha partecipato ad eventi formativi sulla diversità culturale (54%) (Tabella 1)

Tabella 1. Caratteristiche generali del campione

| Caratteristiche | N | (%) |
|--|----------|------------|
| Campione complessivo | 50 | (100) |
| Anno di corso | | |
| II | 26 | (52) |
| III | 24 | (48) |
| Sede di tirocinio | | |
| S.O. "C. & G. Mazzoni" Ascoli Piceno | 35 | (70) |
| S.O. "Madonna del Soccorso" San Benedetto del Tronto | 15 | (30) |
| Genere | | |
| Maschio | 13 | (26) |
| Femmina | 37 | (74) |
| Età | | |
| 19-25 | 41 | (82) |
| 25-35 | 8 | (16) |
| Superiore a 35 | 1 | (2) |
| Partecipazione ad eventi sulla diversità culturale | | |
| No | 27 | (54) |
| Si | 24 | (48) |

Tabella 1: Caratteristiche socio-demografiche degli studenti

4.1.2. Analisi delle risposte agli items del questionario CCA

La distribuzione di frequenza della sottoscala CAS è stata sintetizzata tramite un diagramma a barre come di seguito illustrato (vedi Grafico 1)

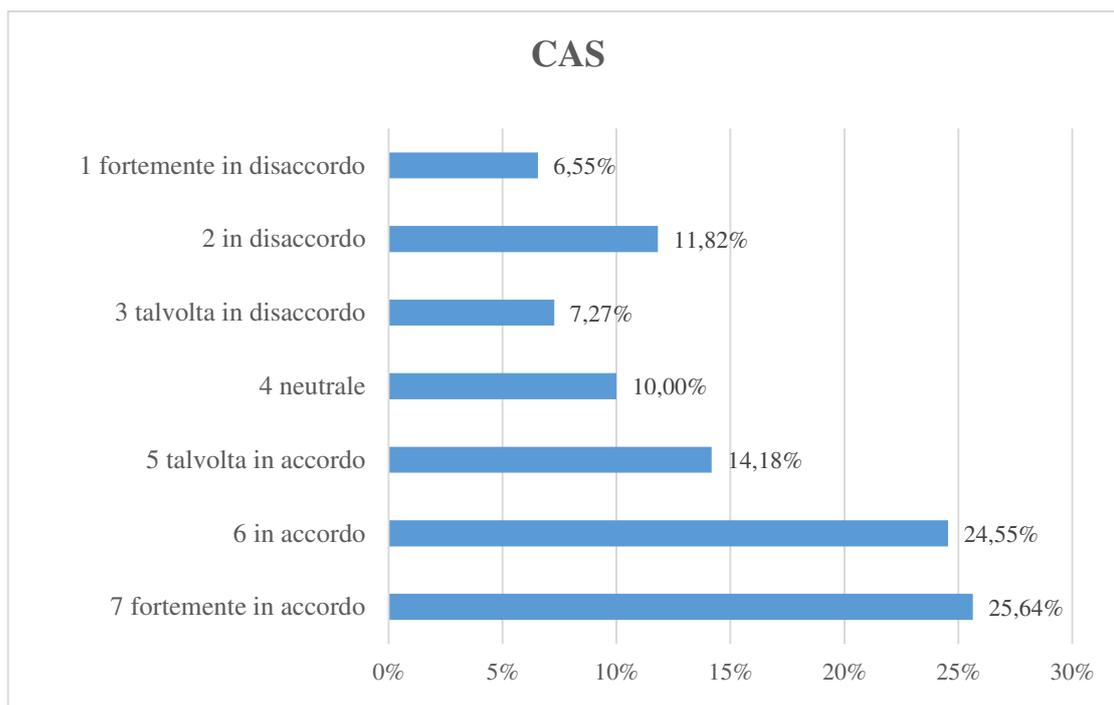


Grafico 1 Distribuzione di frequenza della sottoscala CAS

Nel dettaglio le risposte ai singoli item componenti ciascun fattore della sottoscala CAS sono state analizzate tramite il calcolo delle frequenze percentuali inserite in una tabella riassuntiva come di seguito riportato (vedi Tabella 2):

| | ITEMS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-----------|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1 | <i>La razza è il fattore più importante nel determinare la cultura di una persona</i> | 22% | 28% | 4% | 12% | 26% | 4% | 4% |
| 2 | <i>Le persone con un background culturale comune agiscono e pensano allo stesso modo</i> | 6% | 28% | 18% | 16% | 20% | 10% | 2% |
| 3 | <i>Molti aspetti legati alla cultura influenzano la salute e l'assistenza sanitaria</i> | 4% | 4% | 4% | 10% | 18% | 42% | 18% |
| 4 | <i>Gli aspetti della diversità culturale necessitano di essere accertati per ogni individuo, gruppo e organizzazione</i> | 2% | 4% | 6% | 16% | 6% | 38% | 28% |
| 5 | <i>Se conosco la cultura di una persona, non ho bisogno di accertare la sua preferenza personale per i servizi sanitari</i> | 22% | 28% | 18% | 10% | 16% | 2% | 4% |
| 6 | <i>Le credenze spirituali e religiose sono aspetti importanti di molti gruppi culturali</i> | 2% | 2% | 6% | 4% | 8% | 48% | 30% |
| 7 | <i>I singoli individui possono identificarsi in più di un gruppo culturale</i> | 0% | 4% | 4% | 14% | 16% | 40% | 22% |
| 8 | <i>Le barriere linguistiche sono le uniche difficoltà per gli immigrati di recente arrivo in Italia</i> | 14% | 32% | 8% | 8% | 18% | 12% | 8% |
| 9 | <i>Credo che tutti dovrebbero essere trattati con rispetto, non importa quale sia il proprio patrimonio culturale</i> | 0% | 0% | 4% | 6% | 4% | 8% | 78% |
| 10 | <i>Capisco che le persone di culture diverse possono definire il concetto di "assistenza sanitaria" in modi differenti</i> | 0% | 0% | 4% | 8% | 10% | 42% | 36% |
| 11 | <i>Penso che conoscere i diversi gruppi culturali aiuti direttamente il mio lavoro con le persone, famiglie, gruppi e organizzazioni</i> | 0% | 0% | 4% | 6% | 14% | 24% | 52% |

Tabella 2 Frequenze percentuali dei singoli item della sottoscala CAS

La distribuzione di frequenza della sottoscala CCB è stata sintetizzata tramite un diagramma a barre come di seguito illustrato (vedi Grafico 2)

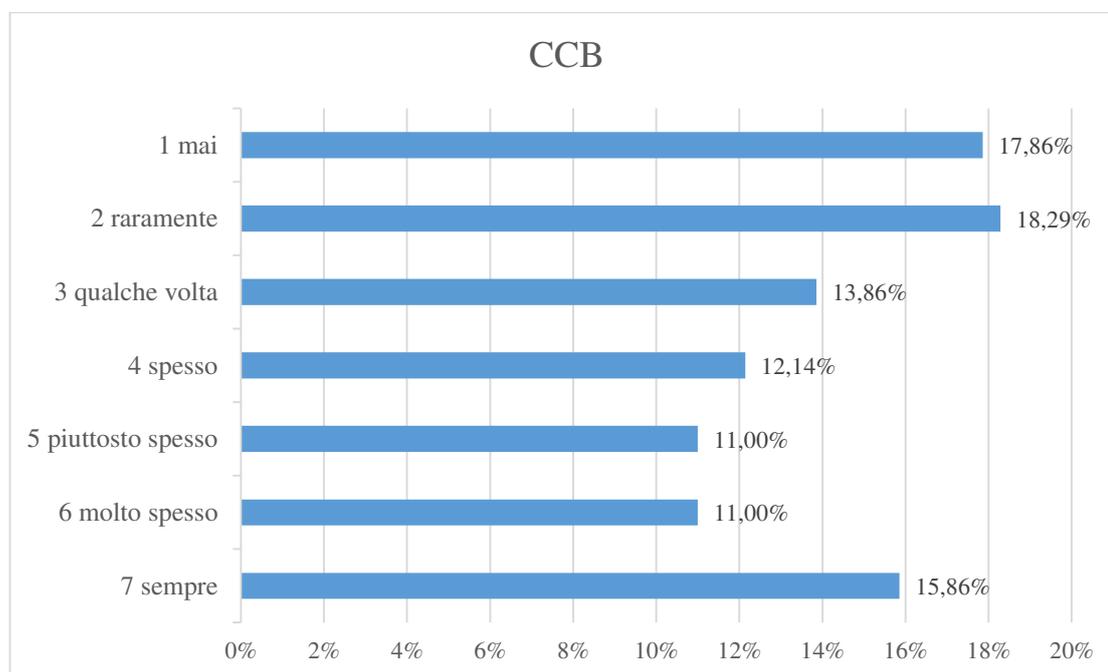


Grafico 2 Distribuzione di frequenza della sottoscala CCB

Nel dettaglio le risposte ai singoli item componenti ciascun fattore della sottoscala CCB sono state analizzate tramite il calcolo delle frequenze percentuali inserite in una tabella riassuntiva come di seguito riportato (vedi Tabella 3):

| | ITEMS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------|---|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1 | <i>L'accertamento culturale è incluso quando vengono effettuate le valutazioni individuali o organizzative, nei setting di tirocinio frequentati?</i> | 20% | 20% | 12% | 14% | 16% | 6% | 12% |
| 2 | <i>Se vengono identificate persone nuove nel contesto di tirocinio clinico, viene praticata anche l'informazione sui bisogni culturali?</i> | 14% | 36% | 14% | 10% | 6% | 14% | 6% |
| 3 | <i>Si hanno a disposizione libri ed altro materiale fra le</i> | 38% | 26% | 10% | 14% | 8% | 2% | 2% |

| | | | | | | | | |
|-----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| | <i>risorse che aiutano ad apprendere il background delle persone provenienti da differenti culture</i> | | | | | | | |
| 4 | <i>Vengono utilizzate più risorse per apprendere il patrimonio culturale delle persone provenienti da altre culture?</i> | 26% | 34% | 16% | 6% | 8% | 6% | 4% |
| 5 | <i>Viene chiesto alle persone di parlare del significato che attribuiscono ai concetti di salute e malattia</i> | 36% | 22% | 10% | 8% | 16% | 2% | 6% |
| 6 | <i>Viene chiesto alle persone di parlare delle loro aspettative nei confronti dei servizi sanitari</i> | 28% | 30% | 14% | 14% | 8% | 2% | 4% |
| 7 | <i>Si Evitano generalizzazioni stereotipate riferite a gruppi specifici di persone</i> | 16% | 14% | 26% | 10% | 6% | 14% | 14% |
| 8 | <i>E' facilitato il riconoscimento delle potenziali barriere all'accesso ai servizi sanitari, che potrebbero essere incontrate dalle persone di diverse culture</i> | 16% | 30% | 24% | 12% | 10% | 6% | 2% |
| 9 | <i>Se vengono identificate barriere di accesso ai servizi sanitari, è facilitata la rimozione degli ostacoli incontrati dalle persone di cultura differente</i> | 16% | 12% | 22% | 20% | 10% | 10% | 10% |
| 10 | <i>Quando le persone rilevano barriere che riguardano me studente, io rimuovo ciò che può essere di ostacolo alle persone di cultura differente</i> | 6% | 8% | 18% | 14% | 14% | 16% | 24% |
| 11 | <i>Accetto volentieri i commenti dei pazienti su come mi relaziono con le persone provenienti da culture differenti</i> | 4% | 2% | 10% | 14% | 12% | 20% | 38% |

| | | | | | | | | |
|-----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 12 | <i>Trovo il modo di adattare i miei comportamenti professionali alle diverse preferenze individuali e culturali</i> | 6% | 2% | 0% | 16% | 10% | 24% | 42% |
| 13 | <i>Documento l'accertamento della dimensione culturale delle persone se erogo assistenza diretta nella compilazione della documentazione didattica</i> | 10% | 10% | 12% | 8% | 14% | 18% | 28% |
| 14 | <i>Documento gli adattamenti che opero per le singole persone assistite, quando fornisco servizio direttamente alla persona assistita</i> | 14% | 10% | 6% | 10% | 16% | 14% | 30% |

Tabella 3 Frequenze percentuali dei singoli item della sottoscala CCB

Riguardo alla domanda numero 26 relativa all'assistenza prestata dagli studenti negli ultimi 12 mesi ai vari gruppi etnici (ispanici, caucasici, afro-americani, indiani, asiatici, arabi) gli studenti hanno indicato di aver prestato assistenza prevalentemente ai soggetti di etnia Bianco/Caucasica (72%), seguiti da quelli Afro-Americano/Africano (64%) ed Araba (44%) . In minore percentuale l'assistenza è stata rivolta all'etnia asiatica (34%), Latino-Ispanica (34%), all'etnia indiana (28%) (Grafico 3).

Inoltre, come riportato nella Tabella 4, ed in relazione alla domanda numero 27 del questionario, è emerso che, tra le varie categorie di persone maggiormente assistite dagli infermieri negli ultimi 12 mesi, ben il 64% è costituito da soggetti con disturbi mentali, seguiti dai tossicodipendenti/Alcolisti 62%, dai soggetti professanti differenti credi religiosi (48%), dai disabili (44%), dai senzatetto (36%), e dagli omosessuali (10%). (Grafico 4)

Tabella 4. Diversity experience (esperienze di diversità)

| | N. | (%) |
|---|-----------|------------|
| <i>Gruppi Razziali/Gruppi Etnici</i> | | |
| Ispanico/Latini | 17 | (34) |
| Bianco/Caucasico | 36 | (72) |
| Afro-Americani/Africani | 32 | (64) |
| Indiani | 14 | (28) |
| Asiatici | 17 | (34) |
| Arabi | 22 | (44) |
| <i>Categorie di persone assistite</i> | | |
| Soggetti affetti da disturbi della sfera mentale ed affettiva | 32 | (64) |
| Soggetti disabili/Portatori di Handicap | 22 | (44) |
| Senzatetto /senza fissa dimora | 18 | (36) |
| Tossicodipendenti/Alcolisti | 31 | (62) |
| Omosessuali/Bisessuali o Transgender | 5 | (10) |
| Soggetti professanti differenti credo religiosi | 24 | (48) |

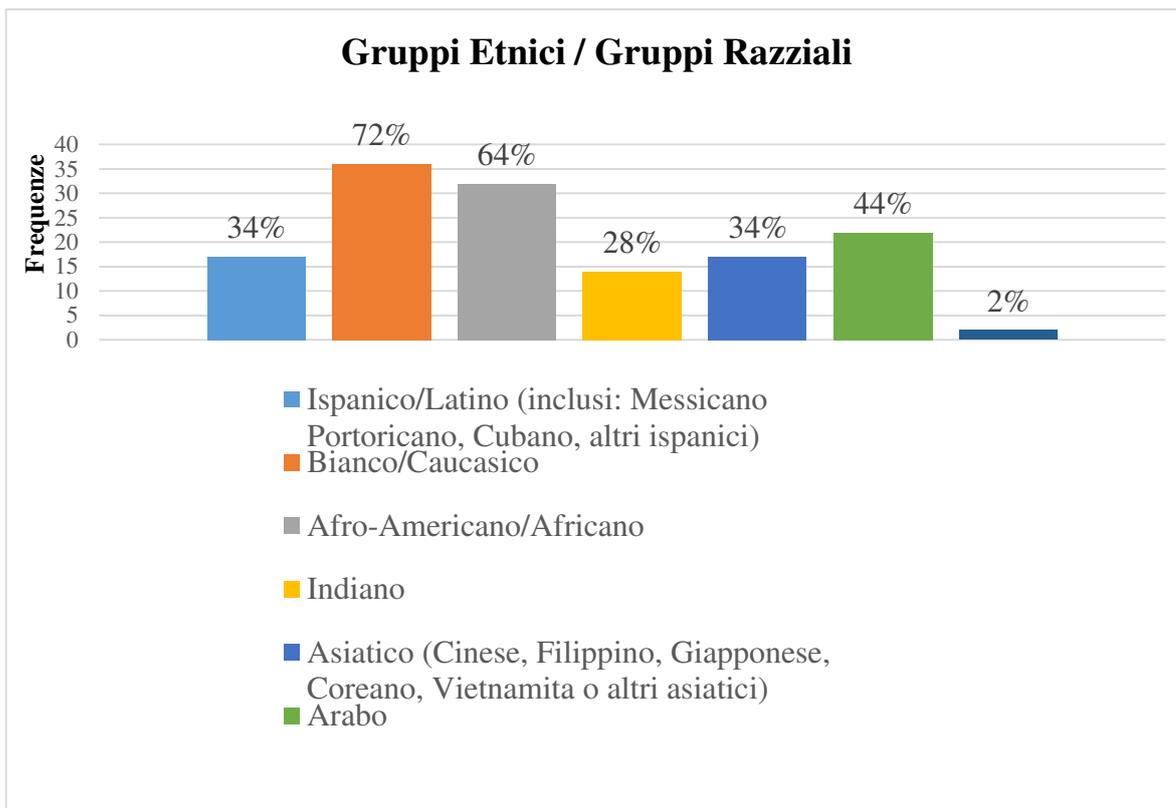


Grafico 3 Frequenza assoluta delle etnie maggiormente incontrate. (Domanda n. 26 del CCA).

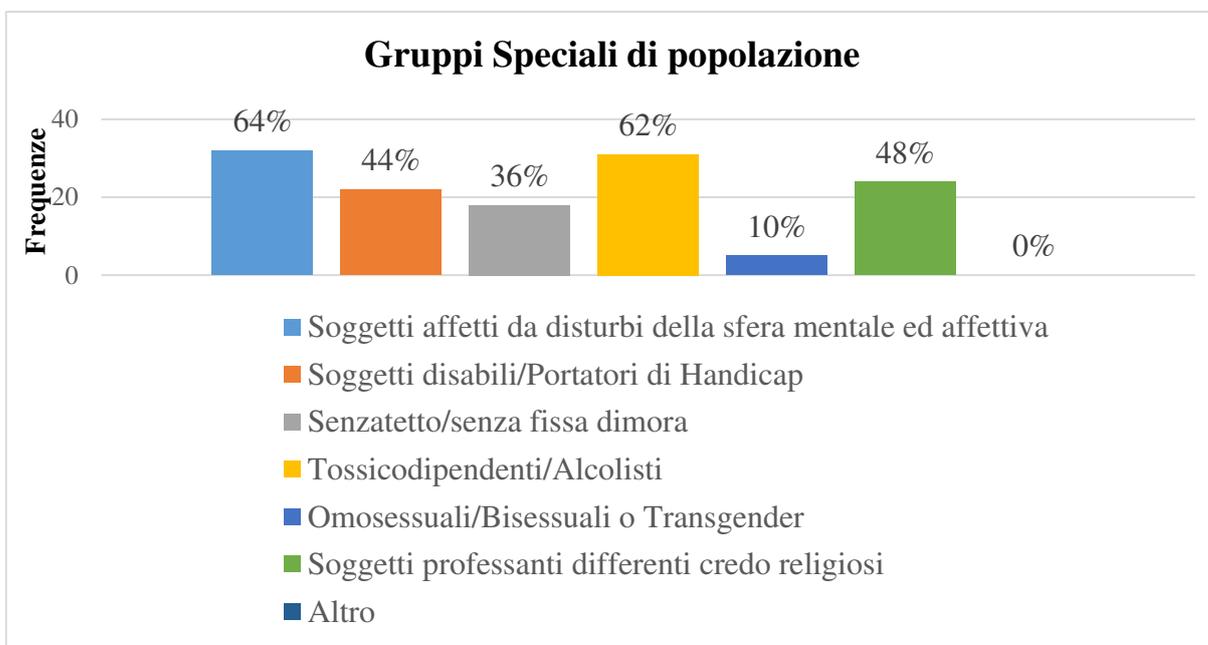


Grafico 4 Frequenza assoluta per assistenza prestata a gruppi specifici di popolazione (Domanda n. 27 del questionario)

Alla domanda n. 28 del questionario, riguardante la competenza percepita e così formulata: “nel complesso, quanto si sente competente a lavorare con persone che provengono da culture differenti dalla sua”, i partecipanti hanno dichiarato infine, di non possedere un ottimo livello di competenza culturale.

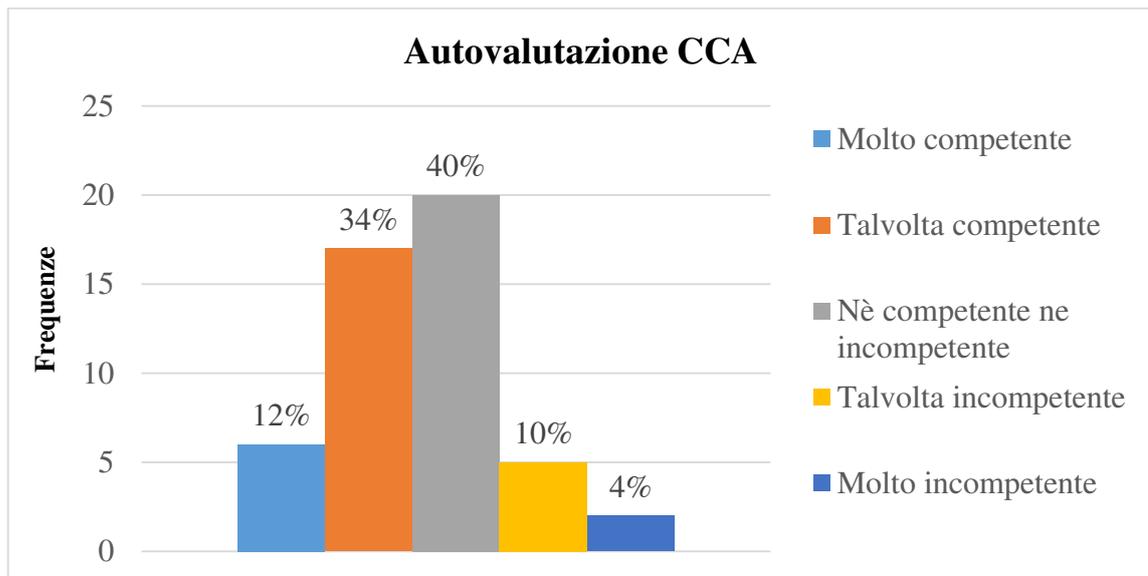


Grafico 5 Frequenza assoluta degli operatori per opzione di risposta: (Domanda 28 del CCA).

5. DISCUSSIONE

L'obiettivo primario di questo studio è stato quello di valutare la competenza culturale degli studenti del CdL in Infermieristica, oltre a fornire importanti spunti di riflessione sull'esperienza della *diversità*, *consapevolezza* e *sensibilità* culturale, nonché sui comportamenti necessari, cioè le attività che il professionista deve possedere e mettere in atto durante la sua attività assistenziale, utilizzando abilità cognitive, affettive e psicomotorie.

I risultati relativi alla “*diversità culturale*” hanno evidenziato che la maggior parte degli studenti, nell'ultimo anno, ha prestato assistenza ai bianchi/caucasici, seguiti dagli afro americani/africani, dagli arabi, dagli asiatici, dai latino-ispatici ed infine dagli indiani. Questi dati sono lievemente in controtendenza con i dati ISTAT (2023) riferenti alle etnie

residenti nel nostro paese i quali confermano che dei 3 milioni 961 mila stranieri residenti in Italia, circa un quarto sono di cittadinanza Romena e quasi un decimo (9,1%) Albanese, a cui seguono la cittadinanza Marocchina (8,8%), Ucraina (4,9%), Cinese (4,0%) Indiana (3,7%), Filippina (3,7%), Moldava (3,3%), Bangladese (2,8%) e Peruviana (2,3%); tutte insieme, queste cittadinanze rappresentano circa i due terzi della popolazione straniera. Dall'analisi dei dati è emerso inoltre, che una percentuale poco oltre la metà (54%) del campione degli studenti, non ha partecipato ad eventi formativi riguardo la competenza culturale.

Tuttavia, gli studenti ritengono di avere una discreta consapevolezza e sensibilità culturale. La *“consapevolezza culturale”* è un concetto cognitivo che implica la non esistenza di una sola realtà da contemplare. La consapevolezza non richiede solo l'esistenza di un fatto o un insieme di fatti ma anche una conoscenza e un riconoscimento (letteralmente ripensamento) di quei fatti. (Schim, Stephanie & Doorenbos, Ardith & Benkert, Ramona & Miller, June. (2007). Culturally Congruent Care. Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society. 18. 103-10.) Il costrutto di consapevolezza riconosce il rischio di “incompetenza inconscia” descritto in altri modelli di competenza culturale (Campinha-Bacote, J. (2003a). Cultural desire: The key to unlocking cultural competence. Journal of Nursing Education, 42(6), 239-240.) e fornisce una strada per superare alcune delle limitazioni riscontrate tra gli studenti di infermieristica. (Eliason, M. J. (1998). Correlates of prejudice in nursing students. Journal of Nursing Education, 41, 117-120).

Nel settore sanitario, possedere la “consapevolezza culturale” significa conoscere il modo in cui ciascun gruppo culturale si esprime e si manifesta (Doorenbos, A.Z., Schim, M.S., Benkert, R., Borse, N.N. (2005) “Psychometric Evaluation of the Cultural Competence Assessment Instrument Among Health Care Providers”, Nursing Research, vol. 54, no. 5, pp. 324-330.).

Prendere atto che possano esserci delle differenze fra i vari stili di vita, valori, pratiche e credenze, all'interno dello stesso gruppo e tra gruppi della stessa cultura (Shim et al., 2007), è essenziale per l'accertamento e la realizzazione del piano sanitario (Schim, M.S., Doorenbos A.Z., Borse N.N. (2006) “Cultural Competence Among Hospice Nurses”, Journal of Hospice and Palliative Care, vol. 8, no. 5, pp. 302-307.). Tuttavia, è impossibile

conoscere tutte le erudizioni e le diversità all'interno di una stessa cultura. Inoltre, non è consigliato memorizzare fatti circa le comuni differenze tra gruppi culturali, in quanto la variabilità all'interno di ciascun gruppo potrebbe essere rilevante; allo stesso tempo, formulare idee generali, può portare istintivamente a generare degli stereotipi, compresa la formulazione di idee generali sulla cultura, basandosi esclusivamente su conoscenze acquisite da alcuni individui o su un piccolo campione di soggetti che condividono la stessa cultura. E' importante però, essere consapevoli dell'esistenza di alcuni "modelli" di differenza, al fine di permettere la valutazione e il dialogo tra l'utente e l'operatore sanitario (Schim, Stephanie & Doorenbos, Ardith & Benkert, Ramona & Miller, June. (2007). Culturally Congruent Care. Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society. 18. 103-10.).

Alcuni degli items inclusi nella prima parte del questionario sono stati appositamente concepiti per esaminare questo concetto, evidenziando una tendenza al disaccordo su alcuni stereotipi. In media, gli studenti non ritengono che la razza sia l'unico fattore predominante nel determinare la cultura di una persona, né che le persone con un background culturale comune agiscano e pensino in modo uniforme. Sono altresì consapevoli che la lingua non costituisca l'unica barriera per gli immigrati di recente arrivo in Italia e, pertanto, è necessario considerare le preferenze personali riguardo ai servizi sanitari offerti ai soggetti appartenenti a una determinata cultura.

La "**sensibilità culturale**" è un costrutto affettivo che comprende valori, convinzioni ed atteggiamenti (Schim, Stephanie & Doorenbos, Ardith & Benkert, Ramona & Miller, June. (2007). Culturally Congruent Care. Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society. 18. 103-10.). Nella concretezza del concetto di sensibilità culturale vi sono gli atteggiamenti delle persone verso loro stesse e gli altri, così come la loro apertura a nuove esperienze e nuovi vissuti.

Sensibilità culturale significa approcciare la persona assistita con umiltà e disponibilità, piuttosto che assumere una posizione dominante (Schim, Stephanie & Doorenbos, Ardith & Benkert, Ramona & Miller, June. (2007). Culturally Congruent Care. Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society. 18. 103-10.). Purtroppo, gran parte della cultura occidentale è egocentrica ed alla stessa viene attribuito un alto valore al concetto di "trattare gli altri

come noi stessi vorremmo essere trattati”. Secondo Hsieh come citato in (Schim, Stephanie & Doorenbos, Ardith & Benkert, Ramona & Miller, June. (2007). Culturally Congruent Care. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*. 18. 103-10.), questo è un errore culturale, poiché la propria cultura viene utilizzata come standard di paragone verso tutte le altre. Questa contestabile prospettiva è anche definita "la regola d'oro" delle culture occidentali cristiane. Diversamente, quando ci avviciniamo agli altri con un atteggiamento di umiltà culturale, siamo in grado di dimostrare la sensibilità culturale “trattando gli altri come loro vorrebbero essere trattati”. (Lester, N. (1998). Cultural competence: A nursing dialogue. Part two. *American Journal of Nursing*, 98(9), 36-42). Dall'indagine condotta emerge che gli studenti hanno dimostrato una sensibilità culturale significativa. Essi riconoscono il diritto di tutti ad essere trattati con rispetto, indipendentemente dal loro background culturale. Comprendono che ciascuno può vivere l'esperienza assistenziale in modi diversi e ritengono che la conoscenza dei vari gruppi culturali possa migliorare il servizio offerto.

Dall'analisi dei dati della scala CCB emerge quali attività gli studenti svolgono più frequentemente, tra cui evitare generalizzazioni stereotipate, accettare i commenti dei pazienti sulle relazioni interculturali, riconoscere le barriere che limitano l'accesso ai servizi sanitari, adattare i comportamenti professionali alle diverse preferenze individuali e culturali, e identificare i bisogni culturali durante le valutazioni. Questi dati sono estremamente interessanti, poiché il riconoscimento puntuale e appropriato dei diversi gruppi culturali, con convinzioni, valori e costumi unici, costituisce una base su cui basare una corretta pianificazione assistenziale.

Un aspetto da considerare attentamente riguarda le barriere linguistiche che spesso si presentano tra gli studenti e le persone assistite. Pertanto, sarebbe auspicabile disporre di una varietà di risorse che permettano di ridurre tali "distanze" e favorire la comunicazione. Oltre a garantire la disponibilità di varie fonti per l'aggiornamento su questo argomento, sarebbe opportuno potenziare anche il percorso formativo degli studenti al fine di sviluppare e mantenere comportamenti culturalmente competenti. Infatti, il livello di formazione svolge sicuramente un ruolo fondamentale tra i fattori che influenzano la competenza culturale.

Tramite questa ricerca è emerso che la maggior parte degli studenti si ritiene talvolta competente e talvolta né competente né incompetente. La consapevolezza culturale è il primo passo e viene considerato anche come il “cuore” del processo finalizzato al divenire culturalmente competenti. L’individuo deve “andare oltre” la consapevolezza culturale e continuare il processo per diventare culturalmente competenti (Berlin, A., Johansson, S.E., Tornkvist, L. (2006) “Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin – Primary Child Health Nurses’ opinion”, *Scandinavian Journal of Caring Science*, vol. 20, no. 2)

6. CONCLUSIONI

Negli ultimi decenni, l'Italia ha subito una sostanziale trasformazione del suo tessuto sociale, passando da essere un paese di emigranti a diventare un luogo di arrivo per immigrati. Questo cambiamento ha portato il Paese a riflettere (come già avvenuto in passato) la diversità etnica, trasformandosi in una nazione multietnica. Di conseguenza, l'arrivo di nuove popolazioni ha inciso profondamente sulla richiesta di salute indirizzata ai servizi sanitari, evidenziando la necessità per le organizzazioni di adottare nuovi approcci e di porre maggiore attenzione alla formazione di conoscenze e competenze specifiche per i professionisti del settore sanitario. La situazione complessiva sta rapidamente evolvendo anche a causa dei cambiamenti demografici dell'immigrazione: il crescente invecchiamento degli immigrati, la concentrazione in lavori più impegnativi e pericolosi, e l'incremento significativo di donne e bambini richiedono un maggior coinvolgimento dei servizi sanitari, sociali e del settore educativo.

La professione infermieristica viene sempre più interessata a rendere un servizio di qualità. La complessità costantemente crescente dell’assistenza sanitaria, l’emergere di nuovi problemi di salute e la necessità di implementare nuove conoscenze sviluppate grazie alla ricerca hanno portato a un’evoluzione della professione infermieristica che mette in luce l’importanza del percorso formativo in sede accademica. (Weerasekara, I. H. (2023). *Instruments evaluating the quality of the clinical learning environment in*

nursing education: An updated systematic review. Nurse Education in practice.) Sempre più università e aziende sanitarie devono affrontare le specifiche vulnerabilità degli immigrati, che rischiano più di altri di non ricevere un'assistenza adeguata nella diagnosi, nella cura e nei servizi di prevenzione. Questa situazione è dovuta al loro status di minoranza, alla loro posizione socio-economica, alla difficoltà di comunicazione e alla scarsa conoscenza del sistema sanitario. Tuttavia, è possibile ridurre questa disparità nell'accesso alle cure e ai servizi mediante la creazione di servizi sanitari competenti sul piano etnoculturale. Questi servizi devono essere in grado di superare le barriere linguistiche e culturali che minacciano l'appropriatezza delle cure e la qualità dei servizi per questi gruppi di minoranza. Questo approccio deve basarsi sull'analisi dei bisogni condotta a livello locale e comparata a livello europeo. Le aree prioritarie per l'intervento riguardano principalmente le seguenti:

- Le barriere linguistiche e culturali nella comunicazione clinica.
- L'adeguatezza linguistica e culturale dell'informazione e dell'educazione per il paziente.
- La competenza degli studenti e degli operatori sanitari nell'ambito interculturale.

Le barriere linguistiche e culturali nella comunicazione non solo limitano l'accesso e l'uso appropriato dei servizi, ma contribuiscono anche a una qualità inferiore delle cure e dell'assistenza, a una bassa soddisfazione del paziente e, in ultima analisi, a risultati di salute più scadenti. In secondo luogo, un'informazione ed educazione inadeguata o insufficiente dei pazienti e dei cittadini immigrati è la principale causa di accessi e utilizzi impropri dei servizi, di scarsa conformità e collaborazione durante e dopo le cure, e in generale di un basso coinvolgimento dei pazienti e delle comunità immigrate. Sarebbe raccomandabile quindi, investire maggiori risorse, finalizzate all'implementazione di programmi formativi specifici sulla competenza culturale, attraverso l'approfondimento del nursing transculturale, che potrebbero favorire lo sviluppo della sensibilità e della consapevolezza culturale. All'interno di una struttura sanitaria complessa come quella attuale, la mediazione linguistico-culturale riveste un ruolo di grande importanza. I mediatori e gli strumenti di mediazione non forniscono soltanto un servizio di interpretariato tra pazienti e personale sanitario, ma sono in grado anche di individuare le potenziali aree di conflitto e di offrire il supporto necessario per affrontarle e risolverle.

Le barriere culturali rappresentano uno dei principali ostacoli nell'ambiente accademico, influenzando negativamente l'apprendimento degli studenti e la creazione di un ambiente inclusivo. Affrontare queste barriere fin dai banchi dell'università è essenziale per promuovere la diversità, l'equità e l'inclusione nell'istruzione superiore.

Le proposte per affrontare queste barriere sono:

- **Sensibilizzazione e formazione:** L'università dovrebbe offrire programmi di sensibilizzazione e formazione sulle diverse culture presenti nella comunità accademica. Questi programmi possono includere workshop, seminari e sessioni di sensibilizzazione per educare gli studenti e il personale su questioni culturali, stereotipi e pregiudizi. L'integrazione della formazione infermieristica culturale nella categoria delle materie elettive risulta insufficiente. Se i laureati non scegliessero la materia durante i loro studi, avrebbero una ridotta opportunità di mettere in pratica le conoscenze e le competenze necessarie per fornire un'assistenza culturalmente competente. (Betül Tosun, 2021)
- **Supporto agli studenti internazionali:** Fornire supporto specifico agli studenti internazionali può contribuire a superare le barriere culturali. Questo può includere programmi di orientamento culturalmente sensibili, servizi di consulenza interculturale e risorse linguistiche per facilitare l'adattamento e l'integrazione degli studenti provenienti da altri paesi.
- **Iniziative di scambio culturale:** Promuovere iniziative di scambio culturale all'interno dell'università può favorire l'interazione tra studenti di diverse culture e background. Eventi e attività che celebrano la diversità possono creare opportunità per l'incontro e lo scambio di esperienze tra studenti di diversa provenienza. Sebbene possa essere difficile facilitare tali esperienze di apprendimento, coinvolgere gli studenti in interazioni significative e guidate con individui provenienti da contesti diversi può migliorare la comunicazione interculturale e aumentare la loro agilità culturale, ponendo così le basi per una futura pratica infermieristica avanzata che promuova la salute. (Melissa J. Mokel, 2020)
- **Sostenere la ricerca sulla diversità culturale:** Investire nella ricerca sulla diversità culturale e sull'efficacia delle strategie per affrontare le barriere culturali

nell'istruzione superiore può fornire una base empirica per lo sviluppo di interventi efficaci. Inoltre, incoraggiare la pubblicazione di studi che esplorano tematiche legate alla diversità culturale può contribuire alla diffusione delle migliori pratiche.

Affrontare le barriere culturali fin dai banchi dell'università richiede un impegno continuo da parte delle istituzioni accademiche, del personale e degli studenti. Integrando strategie mirate all'inclusione e alla valorizzazione della diversità culturale, le università possono creare un ambiente accogliente e rispettoso, promuovendo il successo di tutti gli studenti, indipendentemente dal loro background culturale.

Secondo l'articolo 7 del Capo II del Codice Deontologico degli Infermieri *“L’Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell’ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività “.*

È essenziale abbandonare l'idea che l'incontro con la diversità sia solo un incontro con una cultura. In realtà, è prima di tutto un incontro con una persona, con la sua individualità e i suoi bisogni specifici. Trascurare questa ovvietà può limitare la possibilità di approfondire l'analisi delle dinamiche coinvolte nella relazione di cura all'interno di un contesto culturale.

BIBLIOGRAFIA

- Libertà civili, “Sani” o “esausti”?* *Lo stato di salute dei migranti in Italia*, (2017), a.VIII, n.579, pp.125-130. (s.d.).
- Albani M. et al., *Dossier statistico immigrazione*, Roma, IDOS Edizioni, (2023) p.51. (s.d.).
- Albani M. et al., *Dossier statistico immigrazione*, Roma, IDOS Edizioni, (2023), p.63. (s.d.).
- Berlin, A., Johansson, S.E., Tornkvist, L. (2006) “Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin – Primary Child Health Nurses’ opinion”, *Scandinavian Journal of Caring Science*, vol. 20, no. 2. (s.d.). 160-168.
- (s.d.). Bernal, H. & Froman, R. (1987) “The confidence of community healthnurses in caring for ethnically diverse populations” *IMAGE: The Journal of Nursing Scholarship*, vol. 19, pp. 201-203.
- Betül Tosun, A. Y.-M.-S. (2021). Addressing the effects of transcultural nursing education on nursing students’ cultural competence: A systematic review. *Nurse Education in Practice*, Volume 55.
- (s.d.). Campinha-Bacote, J. (1999). “A model and instrument for addressing cultural competence in health care” *Journal of Nursing Education*, 38, 203-207.
- Campinha-Bacote, J. (2003a). Cultural desire: The key to unlocking cultural competence. *Journal of Nursing Education*, 42(6), 239-240. (s.d.).
- Doorenbos, A.Z., Schim, M.S., Benkert, R., Borse, N.N. (2005) “Psychometric Evaluation of the Cultural Competence Assessment Instrument Among Health Care Providers”, *Nursing Research*, vol. 54, no. 5, pp. 324-330. (s.d.).
- Eliason, M. J. (1998). Correlates of prejudice in nursing students. *Journal of Nursing Education*, 41, 117-120. (s.d.).
- Fogno, A. (2007) “L’incontro con l’altro (straniero) nell’assistenza infermieristica”, *Tesi di Laurea in Pedagogia*, Bologna-Università Alma Mater Studiorum. (s.d.).
- (s.d.). <https://www.centrodiexcellenza.eu/ricerca/progetti/valutazione-della-percezione-da-parte-degli-studenti-della-loro-competenza-clinica-con-la-versione-italiana-della-ncs-incs-test/>.
- Istat, *Indicatori demografici*, (2023). (s.d.).
- Leininger, M., Mc Farland, M.R. (2008) “*Infermieristica Transculturale – concetti, teorie, ricerca e pratica*”, V edizione, Milano: CEA Casa Editrice Ambrosiana. (s.d.).
- Lester, N. (1998). Cultural competence: A nursing dialogue. Part two. *American Journal of Nursing*, 98(9), 36-42. (s.d.).
- Manara, D.F. (2004) “*Infermieristica interculturale*”, Roma: Edizioni Carocci-Faber. (s.d.).
- Melissa J. Mokel, L. C. (2020). Educational outcomes of an online educational intervention teaching cultural competency to graduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, Volume 46.
- (s.d.). Rooda, L.A. (1993) “Knowledge and attitudes of nurses toward culturally different patients: Implications for nursing education” *Journal of Nursing Education*, vol. 32, no. 5, pp. 209-213.
- Schim, M.S., Doorenbos A.Z., Borse N.N. (2006) “Cultural Competence Among Hospice Nurses”, *Journal of Hospice and Palliative Care*, vol. 8, no. 5, pp. 302-307. (s.d.).
- Schim, M.S., Doorenbos, A.Z., Miller, J., Benkert, R. (2003) “Development of a Cultural Competence Assessment Instrument”, *Journal of Nursing Management*, vol.11, no. 1, pp. 29-40. (s.d.).

- Schim, Stephanie & Doorenbos, Ardith & Benkert, Ramona & Miller, June. (2007). Culturally Congruent Care. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society / Transcultural Nursing Society*. 18. 103-10. (s.d.).
- Weerasekara, I. H. (2023). Instruments evaluating the quality of the clinical learning environment in nursing education: An updated systematic review. *Nurse Education in practice*. (s.d.).
- (s.d.). *World Health Organization, Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region*. No public health without refugee and migrant health, Copenhagen, (2018).

SITOGRAFIA

Codice Deontologico Infermieri, visitato il 7 febbraio 2024, raggiungibile al sito <<https://www.fnopi.it/wp-content/uploads/2019/10/codice-deontologico-2019-correzione-1-agosto.pdf>>

Infermieristica Transculturale, visitato il 3 febbraio 2024, raggiungibile al sito <<https://www.dimensioneinfermiere.it/infermieristica-transculturale-madeleine-leininger>>

Valutazione della percezione da parte degli studenti della loro competenza clinica, visitato il 23 febbraio 2024, raggiungibile al sito <<https://www.centrodiexcellenza.eu/ricerca/progetti/valutazione-della-percezione-da-parte-degli-studenti-della-loro-competenza-clinica-con-la-versione-italiana-della-ncs-incs-test/>>

Allegato 1

INDAGINE SULLA COMPETENZA CULTURALE DEGLI STUDENTI IN INFERMIERISTICA

Gentile Studente,

Mi chiamo Sirin Abdelwahed, frequento il III° anno del Corso di Laurea in Infermieristica UNIVPM, nella sede Ascoli Piceno. Sono prossima laureanda nella sessione di Aprile 2024.

Per l'elaborato della mia tesi di laurea ho pensato di somministrare il questionario Cultural Competence Assesment® (Schim S.M, Doorenbons A.Z., Benkert R & Miller J., 2003), modificato, al fine di rilevare, attraverso uno studio osservazionale, la competenza culturale degli studenti infermieri. Il questionario proposto rispetta le regole dell'anonimato e segue tutte le indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica (decreto Ministero della Sanità 14 Luglio 1997), nonché da quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (Regolamento Europeo UE n. 679/2016; D. Lgs. n. 196/2003, così come adeguato dal D. Lgs. n. 101/2018) e non esporrà gli utenti a nessun rischio.

Ti chiedo gentilmente di rispondere a tutte e le domande contenute nel questionario, barrando con una crocetta la risposta scelta.

Dati del Compilatore

| | | |
|---|--|--|
| Anno di corso | (2) | (3) |
| Sede di tirocinio | (1) S.O. "C. & G. Mazzoni" Ascoli Piceno | (2) S.O. "Madonna del Soccorso" San Benedetto del Tronto |
| Genere | (1) Maschio | (2) Femmina |
| Età | (1) 19-25 | |
| | (2) 25-35 | |
| | (3) Superiore a 35 | |
| Hai mai partecipato ad eventi formativi sulla diversità culturale? | (1) SI | (2) NO |
| Se hai avuto una formazione sulle tematiche della multiculturalità, quale tra le seguenti opzioni descrive meglio la tipologia di tale evento formativo? <i>(Contrassegna le risposte che ritieni applicabili)</i> | (1) Formazione Universitaria | |
| | (2) Conferenze/Seminari | |
| | (3) Altro _____ | |

| Scala di valutazione: | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1=fortemente in accordo; 2=in accordo; 3=talvolta in accordo; 4=neutrale; 5=talvolta in disaccordo; 6=in disaccordo; 7=fortemente in disaccordo | | | | | | | |
| <i>Per ciascuna delle seguenti affermazioni, metta una "X" nella casella che meglio descrive le sensazioni riguardo alla frase</i> | | | | | | | |
| 1. La razza è il fattore più importante nel determinare la cultura di una persona. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. Le persone con un background culturale comune agiscono e pensano allo stesso modo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Molti aspetti legati alla cultura influenzano la salute e l'assistenza sanitaria. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. Gli aspetti della diversità culturale necessitano di essere accertati per ogni individuo, gruppo e organizzazione. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. Se conosco la cultura di una persona, non ho bisogno di accertare la sua preferenza personale per i servizi sanitari. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Le credenze spirituali e religiose sono aspetti importanti di molti gruppi culturali. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. I singoli individui possono identificarsi in più di un gruppo culturale. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8. Le barriere linguistiche sono le uniche difficoltà per gli immigrati di recente arrivo in Italia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Credo che tutti dovrebbero essere trattati con rispetto, non importa quale sia il proprio patrimonio culturale. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. Capisco che le persone di culture diverse possono definire il concetto di "assistenza sanitaria" in modi differenti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Penso che conoscere i diversi gruppi culturali aiuti direttamente il mio lavoro con le persone, famiglie, gruppi e organizzazioni. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Scala di valutazione: | | | | | | | |
| 1=sempre; 2=molto spesso; 3=piuttosto spesso; 4=spesso; 5=qualche volta; 6=raramente; 7=mai | | | | | | | |
| <i>Per ciascuna delle seguenti affermazioni, metta una "X" nella casella che meglio descrive le sensazioni riguardo alla frase</i> | | | | | | | |
| 12. L'accertamento culturale è incluso quando vengono effettuate le valutazioni individuali o organizzative, nei setting di tirocinio frequentati?. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Se vengono identificate persone nuove nel contesto di tirocinio clinico, viene praticata anche l'informazione sui bisogni culturali? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Si hanno a disposizione libri ed altro materiale fra le risorse che aiutano ad apprendere il background delle persone provenienti da differenti culture. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Vengono utilizzate più risorse per apprendere il patrimonio culturale delle persone provenienti da altre culture? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Viene chiesto alle persone di parlare del significato che attribuiscono ai concetti di salute e malattia. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Viene chiesto alle persone di parlare delle loro aspettative nei confronti dei servizi sanitari. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 18. Si Evitano generalizzazioni stereotipate riferite a gruppi specifici di persone. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. E' facilitato il riconoscimento delle potenziali barriere all'accesso ai servizi sanitari, che potrebbero essere incontrate dalle persone di diverse culture | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Se vengono identificate barriere di accesso ai servizi sanitari, è facilitata la rimozione degli ostacoli incontrati dalle persone di cultura differente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Quando le persone rilevano barriere che riguardano me studente, io rimuovo ciò che può essere di ostacolo alle persone di cultura differente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Accetto volentieri i commenti dei pazienti su come mi relaziono con le persone provenienti da culture differenti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Trovo il modo di adattare i miei comportamenti professionali alle diverse preferenze individuali e culturali. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Documento l'accertamento della dimensione culturale delle persone se erogo assistenza diretta nella compilazione della documentazione didattica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. Documento gli adattamenti che opero per le singole persone assistite, quando fornisco servizi direttamente alla persona assistita. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

26. Negli ultimi 12 mesi, quali dei seguenti gruppi razziali/etnici hai incontrato nell'ambiente sanitario o fra gli assistiti e le loro famiglie?

Indica con una 'X' ogni risposta che ritieni applicabile.

- Ispanico/Latino (inclusi: Messicano Portoricano, Cubano, altri ispanici)
- Bianco/Caucasico
- Afro-Americano/Africano
- Indiano
- Asiatico (Cinese, Filippino, Giapponese, Coreano, Vietnamita o altri asiatici)
- Arabo
- Altri (specificare)_____

27. Negli ultimi 12 mesi quali dei seguenti gruppi di persone hai incontrato fra gli assistiti e le loro famiglie, o all'interno dell'ambiente assistenziale?

Indica con una 'X' ogni risposta applicabile.

- Soggetti affetti da disturbi della sfera mentale ed affettiva
- Soggetti disabili/Portatori di Handicap
- Senzatetto/senza fissa dimora
- Tossicodipendenti/Alcolisti
- Omosessuali/Bisessuali o Transgender
- Soggetti professanti differenti credo religiosi
- Altro (specificare)_____

28. Nel complesso, quanto ti senti competente ad assistere persone che provengono da culture differenti dalla tua?

| Molto competente | Talvolta competente | Nè competente nè incompetente | Talvolta incompetente | Molto incompetente |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allegato 2: Richiesta autorizzazione raccolta dati

Ascoli Piceno, 17 Gennaio 2024

Al Presidente CdL Infermieristica AP
Prof. Stefano Raffaele Giannubilo

Al Direttore ADP CdL Infermieristica Ascoli Piceno
Dott. Stefano Marcelli

CDL Infermieristica UNIVPM
Sede di ASCOLI PICENO

OGGETTO: Domanda di autorizzazione alla raccolta dati per elaborazione Tesi di Laurea

La sottoscritta **SIRIN ABDELWAHED** (matricola n. 1093999), iscritta al III° anno del Corso di Laurea in Infermieristica dell'UNIVPM, sede di Ascoli Piceno, laureanda sessione di Aprile 2024

CHIEDE

La VS autorizzazione a condurre un'indagine esplorativa con finalità di raccogliere dati inerenti il livello di competenza culturale negli studenti iscritti al corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, nella sede periferica di Ascoli Piceno, per la realizzazione della propria tesi di laurea.

La survey avrà le caratteristiche di uno studio osservazionale di tipo longitudinale. La raccolta dei dati è prevista nel periodo **20 gennaio – 20 marzo 2024** e verrà realizzata in aderenza alla vigente normativa, attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica (decreto Ministero della Sanità 14 Luglio 1997), nonché a quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (Regolamento Europeo UE n. 679/2016; D. Lgs. n. 196/2003, così come adeguato dal D. Lgs. n. 101/2018) e non esporrà gli utenti a nessun rischio.

I dati raccolti dalla presente indagine, utilizzando il questionario "Cultural Competence Assesment®", validato a livello internazionale (Schim S.M, Doorenbons A.Z., Benkert R & Miller J., 2003), saranno trattati nel rispetto della riservatezza dei dati personali, successivamente soggetti ad elaborazione statistica e quindi trasformati in forma totalmente anonima e, in questa forma, eventualmente inseriti in pubblicazioni a carattere scientifico.

Ringrazio cordialmente e porgo Distinti saluti

SI AUTORIZZA

Dott. Stefano Marcelli
Direttore ADP CdL Infermieristica Ascoli Piceno

Prof. Stefano Raffaele Giannubilo
Presidente CdL Infermieristica Ascoli Piceno

Dott.ssa Tiziana Traini
Relatore Tesi di Laurea

Sirin Abdelwahed
Studentessa UNIVPM