



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'EMERGENZA  
DELL'IMMIGRAZIONE**

Relatore:

**Federico Cotticelli**

Tesi di Laurea di:

**Yuraan Somauroo**

A.A. 2019/2020



## INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	pag.2
<b>CAPITOLO 1</b>	pag.3
1.1. Definizione	pag.3
1.2. Le cause della migrazione	pag.3
1.3. Analisi del fenomeno in Italia	pag.5
<b>CAPITOLO 2</b>	pag.8
2.1. Centri di accoglienza	pag.8
2.2. Tipologie di centri di accoglienza	pag.8
2.3. Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati	pag.9
<b>CAPITOLO 3</b>	pag.11
3.1. Diritto alle cure	pag.11
3.2. L'accesso ai servizi sanitari	pag.12
3.3. Difficoltà all'accesso dei servizi sanitari	pag.15
3.4. I principali problemi di salute del migrante	pag.15
3.4.1. La salute mentale del migrante	pag.17
3.5. Rischio infettivo	pag.17
3.6. Il ruolo dell'infermiere	pag.21
3.6.1. L'infermiere nei centri di accoglienza	pag.22
3.6.2. L'infermiere ambulatoriale	pag.23
<b>CAPITOLO 4</b>	pag.24
4.1. L'infermiere transculturale	pag.24
4.2. Le problematiche attitudinali dell'infermieristica interculturale	pag.26
4.3. Le principali problematiche cliniche dell'infermieristica Interculturale	pag.30
4.4. La formazione all'infermieristica transculturale	pag.33
<b>CONCLUSIONE</b>	pag.36
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	pag.37



## INTRODUZIONE

Nell'ultimo decennio abbiamo assistito ad un incremento del flusso migratorio in Europa e soprattutto in Italia, divenendo l'argomento principale dei giornali e dei notiziari riportando le drammatiche immagini di soccorso nel mediterraneo, spingendo l'UE a trovare nuove soluzioni per risolvere questo fenomeno. Viviamo in una società difficile, in tempi di crescente e reciproca intolleranza nei confronti della diversità, in qualunque colore e forma essa è percepita. Quando poi la diversità ha l'aspetto del migrante, anche se malato o rifugiato e dunque bisognoso di cura e solidarietà, nei giornali come nei discorsi della gente comune sembra registrarsi un abbassamento della soglia nella mozione etica verso l'altro, di crisi se non di rigetto della domanda di cura per chi è "troppo" diverso da noi. Ma questo triste dato di fatto non vale solo nei riguardi dell'alterità dei migranti. Come infermieri, è ovvio che non possiamo disinteressarci di questo fenomeno sociale: percepiamo ogni giorno questa "crisi dell'assistenza" in quanto siamo a contatto diretto – come nessun altro operatore sanitario – con il malato e con il suo modo vitale. Ma non possiamo disinteressarcene per un motivo ancora più valido: abbiamo il diritto-dovere di opporre a questa tendenza sociale la nostra storia millenaria, le nostre competenze culturali e metodologiche, la nostra più intima vocazione che è espressamente quella dell'assistenza, del farsi prossimo alle necessità dell'altro, prendendoci cura dei suoi bisogni assistenziali. Da questi concetti nasce la volontà di indagare su quali siano le modalità di accoglienza, i problemi di salute del migrante e qual è il ruolo infermieristico in questa emergenza.



# CAPITOLO 1

## 1.1. Definizione

L'immigrazione indica in generale l'ingresso e l'insediamento, in un paese o in una regione, di persone provenienti da altri paesi o regioni. Insieme con la corrispondente emigrazione rientra nel fenomeno più ampio delle migrazioni internazionali e interne. A partire dagli anni '70 in molti paesi industrializzati, in cui la popolazione non cresce più o addirittura diminuisce, si è verificata una massiccia immigrazione da paesi sottosviluppati in molti dei quali, al contrario, l'incremento demografico prosegue con ritmo veloce. Tale fenomeno ha interessato gli Stati Uniti e diversi paesi dell'Europa occidentale, in particolare la Germania (il paese con maggior numero di immigrati dell'UE), la Spagna, l'Italia, la Francia e la Gran Bretagna; in totale, gli immigrati nell'Europa comunitaria ammontano a circa 28.000.000.[1]

## 1.2. Le cause della migrazione sono numerose e vanno da sicurezza, demografia e diritti umani fino al cambiamento climatico.

Il 1° gennaio 2019 erano 21,8 milioni i cittadini di paesi terzi che risiedevano nell'UE, pari al 4,9% della popolazione dei 27 paesi membri. Nella stessa data erano invece 13,3 milioni i cittadini europei residenti in un paese membro diverso da quello di provenienza.

Perché le persone migrano verso l'Europa e tra i paesi UE?

### Fattori di spinta e di attrazione

I fattori di spinta sono i motivi che spingono le persone a lasciare il proprio paese. I fattori di attrazione sono invece i motivi per cui le persone si spostano verso un determinato paese. Ci sono tre principali fattori di spinta e di attrazione: fattori socio-politici, fattori demografici ed economici e fattori ambientali.

## **Fattori socio-politici**

Tra i motivi socio-politici che spingono le persone a scappare dal proprio paese ci sono le persecuzioni etniche, religiose, razziali, politiche e culturali. Anche la guerra o la minaccia di un conflitto e la persecuzione da parte dello stato sono fattori determinanti per la migrazione. Coloro che fuggono da conflitti armati, violazioni dei diritti umani o persecuzioni possono essere definiti profughi o migranti umanitari. Questa loro condizione influenza la loro destinazione, in quanto ci sono paesi che hanno un approccio più liberale di altri per quanto riguarda l'accoglienza dei richiedenti asilo. Questi migranti vengono accolti solitamente nel paese più vicino che accetta richiedenti asilo.

Negli ultimi anni le persone arrivano in Europa per fuggire da conflitti, terrore e persecuzione nel paese d'origine. Nel 2019, nell'UE è stato riconosciuto lo statuto di protezione a 295.800 richiedenti asilo, oltre un quarto dei quali provenienti dalla Siria, seguiti da profughi afgani e iracheni.

## **Fattori demografici ed economici**

I cambiamenti demografici determinano come le persone si spostano e migrano. Fattori come l'invecchiamento o la crescita della popolazione possono influire sia sulle opportunità lavorative nei paesi d'origine sia sulle politiche d'immigrazione nei paesi di destinazione.

L'immigrazione demografica ed economica è legata a condizioni di lavoro, disoccupazione e stato di salute generale dell'economia di un paese. Tra i fattori di attrazione ci sono salari più alti, maggiori possibilità di lavoro, miglior qualità di vita e opportunità di studio. Se le condizioni economiche non sono favorevoli e sono a rischio di ulteriore declino, le persone tenderanno a spostarsi verso paesi con prospettive migliori.

Secondo l'Organizzazione Internazionale del Lavoro delle Nazioni Unite, nel 2017 erano circa 164 milioni i lavoratori migranti nel mondo, cioè le persone che si spostano

per trovare lavoro, pari ai due terzi dei migranti internazionali. Quasi il 70% si trovava in paesi ad alto reddito, il 18,6% in paesi a reddito medio-alto, il 10,1% in paesi a reddito medio-basso e il 3,4% in paesi a basso reddito.

## **Fattori ambientali**

L'ambiente è da sempre una delle cause della migrazione: le persone scappano da disastri naturali come inondazioni, uragani e terremoti. Con i cambiamenti climatici si prevede un peggioramento degli eventi climatici estremi e quindi un aumento del numero di persone in movimento. Secondo l'Organizzazione mondiale per le migrazioni "i migranti ambientali sono coloro che a causa di improvvisi o gradualmente cambiamenti ambientali, che colpiscono negativamente la loro vita o condizioni di vita, sono obbligati a lasciare la propria abitazione, temporaneamente o in modo permanente, e che si spostano in un'altra area del proprio paese o all'estero." Fattori come crescita della popolazione, povertà, sicurezza umana e conflitti rendono difficile calcolare con precisione il numero di migranti ambientali presenti nel mondo. Le stime variano dai 25 milioni a un miliardo di migranti ambientali entro il 2050.[2]

### **1.3. Analisi del fenomeno in Italia**

La Commissione Nazionale per il Diritto d'Asilo ha aggiornato al 2018 le proprie statistiche sulle domande di protezione internazionale e gli esiti in Italia. Il Quaderno statistico 1990-2018 offre una panoramica dell'andamento dei flussi migratori legati al fenomeno dell'asilo, fotografando l'andamento del fenomeno a livello nazionale a partire dal 1990, anno in cui l'Italia è diventata a tutti gli effetti un 'Paese d'Asilo'. I richiedenti asilo nel 2018 sono stati 53.596, in forte calo rispetto agli oltre 130.000 richiedenti registrati nel 2017. Molto elevato il numero delle richieste esaminate pari a 95.576.

Per quanto riguarda le nazionalità il quadro dell'anno 2018 è il seguente:

- Pakistan: 7.368 domande (14%);
- Nigeria: 6.336 domande (12%);

- Bangladesh: 5.026 domande (9%);
- Senegal: 2.867 domande (5%);
- Ucraina: 2.517 domande (5%);
- Mali: 2.266 domande (4%);
- Altre nazioni: 27.216 domande (51%)

Molto elevata anche la percentuale dei dinieghi che sfiora il 60%, a cui si aggiunge un altro 8% di richieste respinte per irreperibilità del richiedente. Nel complesso nel 2018 le Commissioni hanno riconosciuto uno dei tre benefici di protezione a 31.429 persone: 7.096 status di rifugiato, 4.319 protezioni sussidiarie e 20.014 umanitarie. In percentuale, rispetto al totale di domande d'asilo esaminate lo status di rifugiato rappresenta una quota del 7%, la sussidiaria del 5% e l'umanitaria del 21%. Tutti e tre i benefici sono in diminuzione rispetto al 2017 (quando erano stati rispettivamente l'8%, il 9% e il 25%).

In Italia ricordiamo che il diritto di asilo è garantito dall'art.10 comma 3 della Costituzione: *“Lo straniero, al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto d'asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni stabilite dalla legge”* ma sono esclusi dalla protezione gli stranieri già assistiti da un organo o da un'agenzia delle Nazioni Unite diversi dall'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati.

L'Italia riconosce tre tipi di protezione a chi presenta la domanda una volta entrato sul suolo nazionale.

➤ Asilo:

Lo status di rifugiato in un paese straniero è riconosciuto a chi dimostra un fondato timore di subire nel proprio paese una persecuzione per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, secondo la definizione della Convenzione di Ginevra del 1951.

➤ Sussidiaria:

Protezione riconosciuta a persone che, pur non possedendo i requisiti per il riconoscimento dello status di rifugiato, sono protette in quanto a rischio di subire un danno grave (condanna a morte, tortura, minaccia alla vita in caso di guerra interna o internazionale) al rientro nel loro Paese d'origine.

➤ Umanitaria:

La protezione umanitaria può essere rilasciata dal Questore qualora ricorresse “seri motivi di carattere umanitario o risultanti da obblighi costituzionali o internazionali dello Stato italiano”, anche in caso di diniego alla richiesta di asilo. La durata varia dai sei mesi ai due anni.[3][4]

## **CAPITOLO 2**

### **2.1. Centri di accoglienza**

I cittadini stranieri entrati in modo irregolare in Italia sono accolti nei centri per l'immigrazione dove ricevono assistenza, vengono identificati e trattenuti in vista dell'espulsione oppure, nel caso di richiedenti protezione internazionale, per le procedure di accertamento dei relativi requisiti. Queste strutture si dividono in: centri di primo soccorso e accoglienza (Cpsa), centri di accoglienza (Cda), centri di accoglienza per richiedenti asilo (Cara) e centri di identificazione ed espulsione (Cie), e al loro interno troviamo sempre la figura dell'infermiere per fornire assistenza sanitaria, in molti casi si tratta di volontari.

### **2.2. Tipologie di centri di accoglienza**

Il Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo (CARA) è una struttura in cui vengono accolti i migranti appena giunti in Italia irregolarmente che intendono chiedere la protezione internazionale. Sono gestiti dal ministero dell'Interno attraverso le prefetture, che appaltano i servizi dei centri a enti gestori privati attraverso bandi di gara. Le convenzioni variano e lo Stato versa all'ente gestore una quota al giorno a richiedente asilo. Con quella cifra devono essere garantiti l'alloggio, i pasti, l'assistenza legale e sanitaria, l'interprete e i servizi psicosociali. Nel Cara i migranti rimangono per il tempo necessario affinché una delle dieci commissioni territoriali competenti per l'esame delle domande di asilo esamini la richiesta di protezione internazionale. Al termine dell'iter può essere riconosciuto lo status di rifugiato, che equipara lo straniero al cittadino italiano, oppure una forma di protezione diversa: sussidiaria o per motivi umanitari. Oppure si può ricevere il diniego, al quale si può fare ricorso. Se la protezione non viene riconosciuta, al termine dell'iter il richiedente asilo diniegato lascia il Cara con

l'ordine di lasciare il territorio nazionale in pochi giorni. Diventa così un migrante irregolare.

I CDA “garantiscono prima accoglienza allo straniero rintracciato sul territorio nazionale per il tempo necessario alla sua identificazione e all'accertamento sulla regolarità della sua permanenza in Italia. Lo straniero irregolare che richiede la protezione internazionale viene invece inviato nei centri di accoglienza per richiedenti asilo”. I Cda servono ad accogliere per un periodo limitato i migranti il cui status giuridico non è ancora definito. I CPSA sono strutture istituite nel 2006 al fine di garantire immediato soccorso e prima accoglienza agli stranieri appena giunti in Italia e prima di un loro trasferimento presso gli altri Centri presenti (CDA o CARA o CIE) in base alle caratteristiche giuridiche del singolo migrante.<sup>8</sup> Gli stranieri giunti in modo irregolare in Italia che non fanno richiesta di protezione internazionale o non ne hanno i requisiti sono trattenuti nei Centri di Identificazione ed Espulsione (CIE), istituiti per evitare la dispersione sul territorio di chi è in via di espulsione e consentire l'esecuzione del relativo provvedimento da parte delle Forze dell'ordine. Il tempo di permanenza (18 mesi al massimo - link al decreto legge n.89/2011 convertito dalla legge n.129/2011) è funzionale alle procedure di identificazione e a quelle successive di espulsione e rimpatrio.

### **2.3. Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati**

Lo SPRAR è il primo sistema pubblico di accoglienza per titolari e richiedenti protezione internazionale, costituito dalla rete degli enti locali che, per la realizzazione di progetti di accoglienza integrata, accedono al Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo. Si tratta di alloggi di prima e di seconda accoglienza. È stato introdotto dalla legge n. 189/2002. Il periodo di permanenza assistita all'interno di un centro di accoglienza del sistema SPRAR ha durata non superiore a complessivi sei mesi, prorogabili ulteriormente per circostanze eccezionali e debitamente motivate, previa autorizzazione del Ministero dell'Interno tramite il Servizio centrale, fino a un massimo di ulteriori 6 mesi o di 9 mesi per i nuclei familiari che versano in condizioni di oggettiva difficoltà. Per le persone appartenenti alle categorie vulnerabili, titolari di protezione internazionale e umanitaria, i tempi di accoglienza possono essere prorogati,

sulla base di comprovate esigenze, previa autorizzazione del Ministero dell'Interno tramite il Servizio centrale dello Sprar. Il Servizio Centrale è la struttura di coordinamento dello Sprar, ha sede a Roma e la gestione è dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI).[5][6][7]

## CAPITOLO 3

### 3.1. Diritto alle cure

Il continuo fenomeno migratorio in Italia hanno portato non solo persone ma anche nuove culture, religioni, preoccupazioni e abitudini di vita differenti dalle nostre che hanno contribuito ad un cambiamento sociale e culturale. A partire dalle direttive fondamentali stabilite dalla Conferenza Internazionale della Sanità (New York, 1946) e fatte proprie dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la salute è, infatti, definita come *uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I Governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi per farvi parte devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate.*

L'art. 32 della costituzione italiana afferma che “ *La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti...*” prevede che la salute, oltre che interesse della collettività, è un diritto inalienabile dell'individuo, appartenente all'uomo in quanto tale, dal momento che deriva dall'affermazione del più universale diritto alla vita e all'integrità fisica, di cui rappresenta una delle principali declinazioni.

Il Testo Unico sull'Immigrazione (Decreto legislativo, 25 luglio 1998, n.286 e succ. mod.) ha dato piena attuazione anche per i cittadini stranieri al diritto alla salute nella duplice accezione prevista dall'art.32 della Costituzione (ossia diritto fondamentale della persona e interesse per la collettività). Questo comporta che il diritto alla salute non può subire limitazioni fondate sulla cittadinanza e che a tutti coloro che vivono sul territorio dello Stato devono essere prestate le cure idonee a garantire il massimo livello di tutela della salute pubblica. Anche una consolidata giurisprudenza costituzionale afferma che l'assistenza sanitaria ha natura di servizio pubblico strettamente legata ad un diritto pieno e incondizionato della persona in quanto tale al di là della cittadinanza . Quindi, in quanto diritto fondamentale della persona umana ai

sensi dell'art.2, comma 1, T.U. Immigrazione il diritto alla salute è riconosciuto ad ogni straniero comunque presente nel territorio dello Stato e in frontiera, in tutte le sue accezioni:

- come diritto di ogni individuo alla propria integrità psicofisica;
- come diritto alla non compromissione dell'ambiente, la cui salubrità è il presupposto per poter mantenere la propria integrità psicofisica;
- come diritto a non essere sottoposto a cure mediche contro la propria volontà, se non nei casi e nei modi in cui la legge consenta trattamenti sanitari obbligatori;
- come diritto a ricevere i trattamenti sanitari di prevenzione e di cura, anche gratuitamente per chi non sia economicamente in grado di sostenerne i costi. In particolare, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è condizionato da esigenze di bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti, salva comunque la garanzia di un nucleo irriducibile di tutele del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana che impone di interrompere situazioni prive di tutela che possono pregiudicare l'attuazione di quel diritto. Tale nucleo irriducibile di tutela della salute quale diritto fondamentale della persona deve essere riconosciuto anche ai cittadini stranieri, qualunque sia la posizione rispetto alle norme che regolano l'ingresso e il soggiorno nello Stato, anche se il legislatore può prevedere diverse modalità di esercizio di tale diritto. In questo senso, la Corte costituzionale ha pronunciato in numerose occasioni l'illegittimità di alcune disposizioni che condizionavano la possibilità di accedere a determinate prestazioni assistenziali o al possesso di un livello minimo di reddito o alla durata del soggiorno nel Paese . [8][9]

### **3.2. L'accesso ai servizi sanitari**

Dall'indagine ISTAT su "Condizione e integrazione dei cittadini stranieri", condotta negli anni 2011 e 2012, si stima che il 10,5% della popolazione straniera residente, di età compresa tra 18 e 64 anni, effettui visite mediche in assenza di disturbi e sintomi (mediamente in un mese). La prevalenza è lievemente inferiore rispetto alla popolazione

italiana, che è del 15%. Il rapporto si inverte se si considerano i ricoveri in urgenza: le persone provenienti da Paesi definiti a “Forte Pressione Migratoria” (PFPM) vi fanno ricorso in modo significativamente più consistente rispetto alla popolazione italiana. Nel 2013, si sono registrati circa 543 mila ricoveri di cittadini stranieri, pari al 5,7% dell’ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese. Le forti differenze dell’ospedalizzazione tra le varie Regioni riflettono la diversa distribuzione dei cittadini stranieri nel territorio. Il ricorso degli immigrati ai servizi di ospedalizzazione, se si escludono i ricoveri legati a gravidanza e parto e ai traumatismi, è inferiore rispetto agli italiani. Il ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza ha ancora dimensioni molto rilevanti: il 34% delle donne che ricorrono all’interruzione volontaria di gravidanza in Italia sono straniere. Il tasso di abortività delle donne straniere è del 19 per 1000, cioè tre volte maggiore rispetto alle donne italiane (e quattro volte per le più giovani), il che rende necessaria una corretta informativa sulle modalità per evitare una gravidanza indesiderata, coerenti con la propria visione religiosa e morale.

Per gli stranieri regolarmente soggiornanti vige l’obbligo di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (DLvo 25 luglio 1998, n. 286, art. 34). Esso riguarda tutti i soggetti regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno per i seguenti motivi o trovandosi in una delle seguenti condizioni:

- lavoro subordinato;
- lavoro autonomo;
- motivi familiari;
- asilo politico (compresi i rifugiati);
- asilo umanitario - protezione temporanea;
- protezione sociale;
- minori stranieri;
- donne in stato di gravidanza e di puerperio fino a un
- massimo di sei mesi dalla nascita del figlio.

Per i casi di permesso, che consentano lo svolgimento di attività lavorative, sussiste la facoltà di autocertificare la propria condizione di disoccupato iscritto nelle liste dei centri per l’impiego.

Invece per quanto riguarda l'accesso ai servizi della persona straniera privo del permesso di soggiorno, non preclude alle persone straniere di ricevere, nei presidi pubblici e accreditati di ogni ASL, le seguenti prestazioni:

- cure ospedaliere urgenti ed essenziali, ancorché continuative, comprese quelle erogate in regime di day hospital e pronto soccorso;
- cure ambulatoriali urgenti ed essenziali, ancorché continuative per malattia e infortunio, compresi i programmi di medicina preventiva e di riabilitazione post-infortunistica, gli interventi di riduzione e prevenzione del danno rispetto ai comportamenti a rischio, nonché i programmi di tutela della salute mentale.

Agli stranieri irregolarmente presenti, in sede di prima erogazione dell'assistenza, deve essere attribuito un codice regionale individuale di accesso a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente), riconosciuto su tutto il territorio nazionale. Detto codice identifica la persona migrante anche per il rimborso delle prestazioni effettuate da parte delle strutture pubbliche e private accreditate. La struttura sanitaria deve procedere, in assenza di documenti di identità, alla registrazione delle generalità fornite dall'assistito (Circ. Ministero della Sanità 24 marzo 2000, n. 5). Il rilascio del codice STP ha validità semestrale ed è rinnovabile in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale.

In analogia a quanto previsto per i cittadini italiani, gli STP sono completamente esenti dalla partecipazione alla spesa sanitaria per quanto riguarda:

- ricoveri ospedalieri urgenti;
- prestazioni ambulatoriali urgenti ad accesso diretto (pronto soccorso, guardia medica, ecc.);
- visite medico-generiche in strutture pubbliche;
- interventi di prevenzione delle malattie e profilassi finalizzati alla tutela della salute pubblica;
- vaccinazioni obbligatorie;
- prestazioni previste nei protocolli della maternità;
- prestazioni a tutela dell'infanzia;
- soggetti con malattie croniche e invalidanti, nonché con malattie rare; in questo caso il codice di esenzione sarà indicato, a cura del medico prescrivente [10][11]

### **3.3. Difficoltà all'accesso dei servizi sanitari**

Avere teoricamente diritto all'assistenza sanitaria non significa automaticamente che le persone lo sappiano, né che abbiano potuto far valere questo diritto nella realtà. Alcuni studi hanno evidenziato la presenza di svariati tipi di ostacoli all'accesso dei servizi sanitari, quali:

- Barriere giuridico/legali, relative all'incertezza sui diritti assistenziali delle persone straniere;
- Barriere economiche;
- Barriere linguistiche;
- Barriere comunicative;
- Barriere organizzative;
- Barriere culturali.[12][13]

### **3.4. I principali problemi di salute del migrante**

I dati sulla salute della popolazione immigrata irregolare sono frammentari a causa della natura del fenomeno, elusivo e dinamico, guardando alla gran parte delle storie personali di migrazione, passate e presenti, si può affermare in generale che, superata la prima fase di stress fisico provocato dalle pesanti condizioni di viaggio, lo stato di salute degli immigrati al loro arrivo sia sostanzialmente buono, per lo meno se lo si considera in base all'assenza di patologie organiche o infettive. A tale proposito si è parlato di "effetto migrante sano", che può trovare una plausibile spiegazione nel fatto che chi arriva è passato attraverso una sorta di processo di selezione. Nel tempo questo effetto positivo tende a ridimensionarsi e alla lunga può persino svanire del tutto, dando vita a quello che è stato definito "effetto migrante esausto": una alimentazione carente o inadeguata, il ricovero in alloggi malsani e di fortuna, il cambio radicale di stili di vita, con l'assunzione di comportamenti a rischio, l'essere soggetto a discriminazioni, razziali e non, le difficoltà di comprensione linguistica e culturale contribuiscono a un drastico peggioramento delle condizioni complessive di salute. A ciò si aggiunge, di

frequente, la riluttanza ad avvicinare i servizi sanitari; tale riluttanza può a sua volta derivare dalla difficoltà, a causa anche della cultura d'origine o di un livello d'istruzione molto basso, di orientarsi nell'insieme di norme e strutture che regolano le prestazioni dei servizi sanitari oppure, nel caso della componente senza permesso di soggiorno, dal timore legato allo status giuridico irregolare.

La maggior parte delle patologie rilevate deriva dal percorso della migrazione forzata:

- Traumi, sofferenze della guerra, tortura, violenze di varia natura, anche sessuali ecc. subiti prima della fuga;
- Le condizioni estreme del viaggio, spesso di lunga durata, violenze, stupri, detenzione ecc. Alcuni dei problemi presenti all'arrivo sono infatti rappresentati da ferite, ustioni, disidratazione, ipotermia, colpi di calore/sole, sindromi da annegamento, parassitosi, lesioni muscolo-scheletriche;
- Una volta in Italia, il sovraffollamento nei centri di accoglienza, le possibili carenze igienico-sanitarie, il perdurare di condizioni di vita disagiate, l'incertezza dello stato giuridico, la discriminazione, favoriscono lo sviluppo di malattie – cosiddette sociali – che possono rappresentare un problema di sanità pubblica e lo sviluppo di patologie psichiatriche che compromettono il percorso di inclusione sociale.

Al fine di svolgere una indagine osservazionale sui problemi di salute dei profughi, Il Ministero della Sanità ha disposto che attraverso l'Istituto Superiore della Sanità, il Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute, in collaborazione con le Regioni, avviasse una indagine sulle eventuali emergenze sanitarie riscontrabili nei “centri per immigrati”. L'indagine ha coinvolto 139 centri per immigrati distribuiti in tredici regioni. La popolazione totale osservata è stata di 5.362 soggetti, ed il periodo di monitoraggio è stato avviato nel maggio del 2011 e concluso nel giugno 2013. I risultati prodotti sono stati pubblicati nel Rapporto Osservasalute 2014 e affermano che gli operatori sanitari hanno riscontrato la presenza di tredici sindromi quali: diarrea con presenza di sangue senza segni di sanguinamento da altre sedi, infezione respiratoria con febbre, sospetta tubercolosi polmonare, gastroenterite senza la presenza di sangue, malattia febbrile con rash cutaneo, meningite encefalite, encefalopatia/delirio, linfadenite con febbre, sindrome botulino-simile, sepsi o shock

non spiegati, febbre ed emorragie che interessano almeno un organo o apparato, ittero acuto, morte da cause non determinate.[14]

### **3.4.1. La salute mentale del migrante**

I rifugiati e le persone che richiedono asilo rappresentano il gruppo psicologicamente più svantaggiato perché costretti a migrare e per la frequente esposizione a gravi eventi traumatici, tra cui violenze estreme e stupri specialmente durante il percorso migratorio e nel periodo post-migratorio. Da segnalare la pratica, sempre più frequente, della tortura perpetrata nei “campi di accoglienza” in Libia, Sudan, Niger ecc. La scarsa “accessibilità” ai servizi psichiatrici può causare il peggioramento dei disturbi e il frequente ricorso ai servizi psichiatrici d’urgenza, con l’instaurarsi di pericolosi circoli viziosi. Il disagio psichico, anche se non immediatamente identificabile, rappresenta una vera e propria emergenza, per cui è necessario riconoscerlo precocemente ed affrontarlo, fin dalla primissima accoglienza, con specifiche competenze e con l’indispensabile supporto della mediazione interculturale. La condizione post-migratoria, l’incertezza dello stato giuridico e del futuro aumentano il rischio di problemi psicologici come disordini da stress post-traumatico (PTSD), disturbi dell’umore, ansia, attacchi di panico, insonnia, incubi e flashback. Per donne e minorenni il disagio può essere acuito dall’aver subito violenze sessuali quand’anche non siano vittime di tratta. Per questo è necessario “ascoltare” in modo “culturalmente competente” i migranti, metterli in grado di esprimere la paura e le emozioni e di superare il senso di umiliazione. Vi è unanimità nel ritenere che la mediazione interculturale è di fondamentale importanza nei percorsi sanitari e, in particolare, per il riconoscimento della sofferenza psichica.[15]

### **3.5. Rischio infettivo**

Solitamente si ritiene che le malattie maggiormente frequenti tra gli immigrati siano quelle infettive. In realtà si tratta di una rappresentazione senz’altro sovradimensionata, che non di rado dà adito a paure e a stigmatizzazioni ingiustificate.

- In Italia, negli ultimi 10 anni, il numero di casi di TBC in persone nate all’estero è aumentato parallelamente all’incremento della loro numerosità: dal 2003 al

2012 la percentuale del numero dei casi di TBC registrati in cittadini nati all'estero è passata da circa il 37% al 58% del totale dei casi notificati. Analizzando, però, l'incidenza di casi di TBC notificati a persone nate all'estero rispetto alla popolazione residente straniera, si osserva un forte decremento con valori quasi dimezzati nell'arco del decennio di osservazione a fronte di una sostanziale stabilità dell'incidenza nel complesso della popolazione. In altri termini, il numero dei casi di TBC nei migranti aumenta molto meno del loro incremento numerico. La condizione di "immigrato" rappresenta in qualche modo un fattore di rischio di sviluppare la tubercolosi per la maggiore prevalenza di infezione latente negli immigrati che provengono da aree ad alta endemia, ma soprattutto per le condizioni di vulnerabilità e di precarietà, oltre che per le obiettive difficoltà di accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi e cura che caratterizzano lo status d'immigrato. Gli stranieri che provengono da paesi ad alta incidenza possono aver acquisito l'infezione prima di partire ma non hanno come destino ineluttabile quello di ammalarsi e diventare contagiosi: ricordiamo, infatti, che solo il 10% delle persone che acquisiscono l'infezione sviluppa in seguito la malattia tubercolare diventando contagioso per altri. Nel caso del migrante, il rischio di riattivazione dell'infezione una volta a destinazione è più elevato a causa di una serie di fattori: le condizioni di vita (denutrizione o cattiva nutrizione, scarsa igiene), di lavoro e di alloggio (permanenza in luoghi chiusi, sovraffollati e scarsamente arieggiati e illuminati). Non a caso l'incidenza della malattia al momento dell'arrivo in Italia (agli sbarchi per esempio) è molto bassa e tende ad aumentare sino a pareggiare l'incidenza nella popolazione generale italiana dopo alcuni anni di permanenza in Italia. È necessario quindi che la vera attenzione sia posta nel modificare quei determinanti di salute come le condizioni abitative, di accoglienza e di lavoro che sembrano essere il vero fattore cruciale per consentire alle persone immigrate di mantenere il proprio stato di salute. Di converso, agevolare l'orientamento dello straniero affetto verso gli opportuni percorsi di diagnosi e cura, assicurando la presa in carico ed evitando la stigmatizzazione, consentirebbe di circoscrivere eventuali focolai infettivi, a beneficio della salute di tutti.

- Per quanto riguarda l'HIV-AIDS anche in questo caso, non si intende negare l'evidenza. Molti degli immigrati che transitano sul suolo italiano provengono da paesi in cui l'infezione continua ad avere una tristemente elevata prevalenza. Rispetto alla popolazione italiana, quella straniera residente in Italia risulta avere un'incidenza dell'infezione (seppur con una diminuzione del numero assoluto dei casi) di quasi quattro volte superiore alla popolazione italiana, sebbene un'analisi di incidenza normalizzata per fascia di età porterebbe verosimilmente ad una minore differenza di incidenza. È peraltro superfluo ricordare come l'offrire alloggio e accoglienza, per la specifica modalità di trasmissione della malattia, non rappresenta un rischio per la popolazione residente. Sono i comportamenti cosiddetti a rischio (mancato utilizzo dei dispositivi di protezione – come i guanti – nel personale sanitario, rapporti sessuali non protetti, scambio di siringhe) a esporre le persone ad un eventuale contagio, non certo il semplice contatto o la condivisione dello stesso suolo di residenza con persone sieropositive. Varrebbe pertanto la pena, invece di porre lo stigma sulla popolazione immigrata, incrementare gli sforzi per educare la popolazione alla prevenzione e a tenere comportamenti corretti e protettivi nei confronti del contagio (quale che sia la fonte, italiana o straniera).
  
- Nell'ordinanza di Alassio viene infine citata la scabbia. Si tratta di una malattia di così banale riscontro che la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità fatica a fornire stime precise della sua incidenza. Sulla distribuzione, non vi sono dubbi: si tratta di una malattia globale, diffusa in ogni paese di ogni continente (compreso il nostro), e mantenuta in vita da condizioni di vita precarie e dalla scarsa igiene. È tipica di fasce sociali svantaggiate, di individui senza fissa dimora, di persone con grave disabilità psichiatriche e di comunità chiuse, proprio perché la scarsa igiene personale e il sovraffollamento abitativo sono i primi fattori di rischio per il contagio. Non vi sono fattori etnici o geografici predisponenti. Stesso discorso vale per altre simili infestazioni, come la pediculosi. Il fatto che spesso i migranti allo sbarco presentino queste patologie è semplicemente dovuto alle condizioni abitative e di vita che hanno conosciuto prima della partenza dal Nord Africa (dove spesso vengono detenuti o ammassati in centri di raccolta in attesa della partenza). Si ricorda peraltro

come la terapia della scabbia sia estremamente semplice e richieda un breve trattamento topico (oltre che, ovviamente, la correzione dei fattori di rischio, pena la facile reinfezione) e che, per la prevenzione del contagio, siano sufficienti semplici dispositivi di barriera come i guanti usa e getta nel caso di un contatto diretto relativamente prolungato (come durante le visite mediche) ed il vecchio, insuperato, intramontabile e infallibile lavaggio delle mani. A fronte dei casi segnalati agli sbarchi e nei centri di accoglienza nei mesi passati, non vi è evidenza alcuna che essi abbiano esitato in epidemie tra gli italiani o tra gli operatori sanitari, a riprova del basso impatto sanitario di questi episodi patologici.

- E' giunta ultima in ordine di tempo, l'infezione da virus Ebola. Non si insisterà mai a sufficienza su quanto improbabile sia - e i fatti lo dimostrano - l'arrivo del virus in Italia attraverso lo sbarco di immigrati. Il virus Ebola è estremamente letale e nella più parte dei casi provoca malattia sintomatica e poi morte nell'arco di pochi giorni dall'infezione. Questo vanifica la possibilità che una persona infettata si avventuri nel travagliato viaggio via terra e poi via mare che dovrebbe condurlo in Italia. In secondo luogo, si deve tener conto del fatto che generalmente i viaggi migratori hanno la durata di mesi, spesso anni, mentre il periodo massimo di incubazione è di 21 giorni. Nel corso di questo tempo, l'infezione avrebbe quindi abbondantemente concluso la sua evoluzione, conducendo o al decesso o alla sopravvivenza (e guarigione) della persona colpita. L'attuale epidemia dei paesi dell'Africa occidentale fatica, purtroppo, a concludersi. Sebbene non con l'intensità che ha conosciuto nel corso dell'anno trascorso, l'infezione continua a circolare e casi sporadici continuano ad essere segnalati nei tre paesi colpiti. La recente pubblicazione dei primi promettenti risultati del trial clinico condotto in Guinea sull'utilizzo del vaccino ricombinante, pur aprendo nuovi ottimistici scenari, non consentirà nell'immediato una vittoria sull'epidemia e non giustifica un abbassamento della guardia rispetto al suo potenziale di diffusione. Tuttavia, anche nell'ipotesi remota che un individuo infetto sbarchi in Italia, si deve ricordare come le modalità di contagio richiedano il contatto con i liquidi biologici della persona per provocare l'infezione (motivo per cui una persona infetta ma asintomatica

non è contagiosa), e non la semplice permanenza sulla stessa barca o sullo stesso autobus. Nel nostro paese, un eventuale caso sarebbe rapidamente identificato come sospetto e posto in isolamento ospedaliero, precauzione questa più che sufficiente a evitare il rischio dello sviluppo di un'epidemia in Italia. Nei fatti, dall'inizio dell'epidemia, i soli casi di Ebola notificati nel nostro paese sono stati quelli di operatori umanitari infettatisi nel corso delle loro missioni sul terreno e evacuati in Italia per ricevere le cure necessarie (esitate peraltro nella guarigione completa).

Gli interventi di salute pubblica per ridurre il rischio di patologie infettive, devono avere dunque sia una prospettiva nel breve periodo (occupandosi dei migranti appena giunti in Italia e ospitati nei Centri di accoglienza) sia una a lungo termine (rivolgendosi alle persone che si sono stabilite e cominciano a integrarsi nel nostro Paese). Tra le prime misure rientrano: un sistema di sorveglianza e di allerta precoce, che preveda una valutazione dello stato di salute dei migranti all'ingresso e un suo monitoraggio nei centri di immigrazione; procedure che favoriscano l'accesso ai servizi sanitari per le popolazioni migranti che consentano la diagnosi precoce di eventuali patologie e una continuità di cura e strategie vaccinali in grado di proteggere bambini e adulti e assicurare una continuità con la loro pregressa storia vaccinale. Da ricordare infine che l'art. 35 del Testo Unico (D. Lgs. n. 286/1998) stabilisce che siano assicurate le vaccinazioni anche ai cittadini stranieri non in regola con le norme concernenti l'ingresso e il soggiorno nel nostro paese.[16][17][18][19]

### **3.6. Il ruolo dell'infermiere**

Il ruolo infermieristico trova poco spazio nel processo di accoglienza previsto dalla normativa e si riduce all'incontro nei servizi sanitari quali ambulatori, pronto soccorso o ricoveri ospedalieri.

### ***3.6.1. L'infermiere nei centri di accoglienza***

Una volta arrivati sulle coste si effettuano i primi soccorsi e i primi aiuti umanitari; successivamente si procede con i foto segnalamenti e li vengono consegnati ai centri di prima accoglienza, i CAS. L'infermiere qui si occupa dell'assistenza sanitaria e, in particolare, di individuare tutti quelli che sono i bisogni fondamentali di ogni persona e di saper rispondere a questi bisogni in maniera adeguata tenendo in considerazione le difficoltà comunicative che inevitabilmente sussistono, le differenze culturali, le differenze dei costumi: tutto ciò crea un'assistenza e un approccio diversissimi rispetto all'assistenza improntata su una persona italiana. Le prestazioni infermieristiche che si vanno ad attuare sono varie, dalla rilevazione dei parametri vitali alle somministrazioni terapeutiche, dalle medicazioni fino alla messa in atto di elementi burocratici come i collegamenti tra il centro di accoglienza e l'ASL di riferimento che avrà l'impegno nell'attuare tutti gli step, dalle visite specialistiche all'ottenimento della tessera temporanea di permanenza, ovvero il cosiddetto STP che è la prima tessera sanitaria valida per un determinato periodo di tempo, in genere 6-7 mesi.

Ricapitolando l'infermiere all'interno del centro di accoglienza dovrà:

- somministrazione dei farmaci prescritti dal medico avendo cura di comunicare agli operatori i nominativi e gli orari della somministrazione in infermeria;
- in caso di infortunio, nel provvedere alle cure di primo soccorso e, se necessario, all'accompagnamento dell'infortunato in ospedale, annotando l'infortunio nel registro di infermeria;
- nel tenere costantemente aggiornato il registro di infermeria (dovranno risultare indicati tutti gli interventi sui singoli ospiti) ed inoltre custodire tutti i documenti e le certificazioni di carattere medico;
- nell'informare il medico di ogni mutazione dello stato fisico del malato, senza prendere iniziative non pertinenti alla professionalità;
- nel prenotare, presso centri pubblici, le visite specialistiche e gli esami diagnostici disposti dal medico e nell'accompagnare ed assistere, se necessario, gli ospiti alle visite mediche specialistiche e in caso di ricovero in ospedale.[20]

### ***3.6.2 L'infermiere ambulatoriale***

Ha come obiettivo generale di ampliare e migliorare l'offerta di servizi alla persona nei distretti si elencano in seguito le prestazioni che vengono erogate negli ambulatori infermieristici :

- **Procedure diagnostiche**

- Rilievo e monitoraggio parametri vitali
- Misurazione glicemia capillare
- Controllo urine mediante utilizzo di strisce reattive (glicosuria, ematuria, ecc.)
- Elettrocardiogramma

- **Procedure terapeutiche**

- Terapia iniettiva (intramuscolo, endovena, sottocute)
- Medicazioni di lesioni vascolari, piede diabetico
- Bendaggi semirigidi e molli
- Medicazione e sorveglianza ferite chirurgiche
- Rimozione punti di sutura
- Gestione stomie.
- Gestione/sostituzione catetere vescicale
- Gestione catetere venoso centrale (cambio medicazione, eparinizzazione)

- **Educazione sanitarie e/o all'autocura**

- Insegnamento di tecniche e modalità di autogestione della propria condizione (p.e. somministrazioni terapeutiche, misurazioni parametri vitali, semplici medicazioni, gestione stomia ecc....)
- Collaborazione alla progettazione e attuazione di interventi di promozione / educazione alla salute

## CAPITOLO 4

### 4.1 L'infermiere transculturale

Madeleine Leininger, antropologa e infermiera statunitense, è riconosciuta come fondatrice dell'infermieristica transculturale. Durante la metà degli anni '50, lavorando in qualità d'infermiera, si accorse che la cultura era assente dall'assistenza infermieristica e che le diversità, così palesi nella vita quotidiana, non erano per nulla percepite. Per dare risposta a questo problema, per avvicinarsi alle esigenze di ogni tipo di cultura, per cercare di abbattere le barriere culturali e linguistiche, in ambito infermieristico è nata l'infermieristica transculturale. Secondo il pensiero di M. Leininger: "l'assistenza infermieristica, se lasciata a sé stessa, porta all'etnocentrismo come modo intenzionale di imporre i propri valori, credenze e pratiche su altri in quanto l'operante li ritiene superiori o migliori". Definisce il Nursing transculturale come: "Una branca del Nursing fondata sullo studio comparato e sull'analisi dei diversi comportamenti sanitari delle diverse culture, finalizzate a sviluppare un sapere scientifico e umanistico capace di consentire la realizzazione di pratiche assistenziali specifiche per ogni cultura e universali". La teoria è stata anche definita come "Diversità e universalità dell'assistenza transculturale", rappresentata dal modello del "sole nascente". I tre maggiori principi della teoria di Leininger sono:

- a) Tra le culture del mondo esistono diversità ed universalità nell'ambito dell'assistenza. La scoperta di queste conoscenze deve guidare gli infermieri per una migliore assistenza alle persone appartenenti ad altre culture. 15
- b) Nel mondo i fattori sociali come la religione, l'economia, la politica, la tecnologia, l'educazione, la parentela, la lingua, le condizioni ambientali, la storia etnica influenzano fortemente i significati, le espressioni e i modelli di assistenza culturale nelle diverse culture. Conoscere questi fattori è importante per offrire un'assistenza olistica e significativa.
- c) Le tre maggiori azioni e decisioni assistenziali per arrivare ad un'assistenza culturalmente congruente per la salute ed il benessere degli assistiti sono:

- La conservazione dell'assistenza culturale. Si riferisce a quelle azioni e decisioni che aiutano i pazienti, in una determinata cultura, a mantenere o preservare la salute, a guarire dalla malattia oppure ad affrontare la morte.
- L'adattamento dell'assistenza culturale. Si riferisce a quelle azioni e decisioni che aiutano i pazienti, in una data cultura, a adattarsi o a negoziare una condizione di salute positiva oppure ad affrontare la morte.
- Il rimodellamento dell'assistenza culturale. Si riferisce a quelle azioni e decisioni che aiutano i pazienti a ristrutturare o modificare il loro stile di vita secondo modelli nuovi o diversi che sono significativi, soddisfacenti e di supporto per la vita da un punto di vista culturale.

Analizzando la Teoria secondo i quattro concetti di meta paradigma del nursing:

- la persona è capace di prendersi cura degli altri e di interessarsi a loro; sebbene l'assistenza degli esseri umani sia universale, i modi di erogarla variano nelle diverse culture;
- l'ambiente non viene definito in modo specifico, tuttavia vengono trattati i concetti di visione del mondo, struttura sociale e contesto ambientale; l'ambiente è strettamente correlato al concetto di cultura;
- la salute si riferisce ad una condizione di benessere o di guarigione culturalmente costituito, definito, valutato e praticato da singoli individui o gruppi per essere in grado di svolgere le attività quotidiane; la salute comprende sistemi sanitari, pratiche sanitarie, modelli di promozione e mantenimento della salute; è universale in tutte le culture, tuttavia è definita da ognuno in maniera diversa, in modo da rispecchiare i valori e le credenze specifiche;
- l'assistenza infermieristica è definita un'arte umanistica e una scienza che si basa su comportamenti, funzioni e processi personalizzati al fine di promuovere e mantenere la salute oppure di far guarire da una malattia; l'assistenza infermieristica ha un significato fisico, psico-culturale e sociale per le persone ed usa tre sistemi d'azione (conservazione, adattamento e rimodellamento dell'assistenza culturale) per erogare l'assistenza infermieristica che maggiormente si adatta alla cultura della persona.

L'infermieristica transculturale è una disciplina che fornisce le nozioni necessarie per offrire un'assistenza sanitaria valida e culturalmente sensibile. Lo scopo è la promozione ed il rispetto delle esigenze di assistenza culturale degli esseri umani. Perché l'assistenza alle persone sia terapeutica è necessario che le conoscenze professionali si adattino alle credenze, culture, valori degli assistiti. Se l'assistenza non va incontro alle esigenze dei "nuovi" utenti possiamo aspettarci scarsa collaborazione e insoddisfazione da parte degli assistiti. Per lavorare in campo transculturale non è semplicemente necessario essere consapevoli e sensibili rispetto alle diversità, questo è il punto di partenza ma è necessario acquisire conoscenze culturali, concetti, principi, teorie di assistenza per essere competenti; bisogna poi saper utilizzare le competenze acquisite, anche in modo creativo, per poter ottenere interventi culturalmente congruenti e responsabili. Il termine "assistenza culturalmente congruente" è stato coniato, per la prima volta, da Leininger negli anni '60 per definire l'obiettivo della teoria dell'assistenza culturale, ora viene utilizzato universalmente dalle discipline sanitarie, sociali e scientifiche. [21][22]

#### **4.2. Le problematiche attitudinali dell'infermieristica interculturale**

Se l'assistenza è una prassi per definizione relazionale, l'assistenza interculturale è eminentemente un affare di attitudini interpersonali. Di conseguenza, è facile attendersi che i più grandi problemi nei confronti dell'assistenza a pazienti migranti siano proprio conseguenti ad un cattivo approccio all'alterità culturale dell'altro. D'altronde, ogni operatore sanitario che abbia avuto esperienza d'incontro con pazienti portatori di culture altre concorderà con Colasanti e Geraci (2001, 213-220) nell'affermare che esistono almeno cinque livelli di "incomprensione" tra sanitario e paziente migrante:

- Problemi a livello di comunicazione:
  - 1) prelinguistico;
  - 2) linguistico;
  - 3) Metalinguistico.
- Problemi a livello interpretazione delle differenze culturali:
  - 4) nei costumi antropologici;

- 5) nei diversi riferimenti ideologici sui valori esistenziali, filosofici e religiosi.

Secondo Camilleri e Cohen (1989) esistono due grandi tipologie di errori nell'approccio all'alterità dell'altro, che vanno da una sua assente considerazione ad una sua presa in carico difettosa, o erronea. Per quanto concerne l'assente considerazione dell'alterità dell'altro, in generale, questa mancanza è data dal fenomeno dell'etnocentrismo: o non si è a conoscenza che esistono codici culturali, perché forse nemmeno si sa cosa si intenda per cultura in senso antropologico, oppure, come avviene più spesso, lo sappiamo in astratto, ma in realtà non abbiamo alcuna idea di cosa stiamo parlando. Come vedremo nel quarto e quinto punto, è una difficoltà molto presente tra gli infermieri ed un serio problema di tipo formativo. Questo tipo di ignoranza si manifesta su aspetti differenti del problema dell'alterità. Innanzitutto, possiamo ignorare i codici culturali ossia dei contenuti e del sistema di artefatti, significati e valori proprio di un determinato ambiente culturale. La non attenzione alle specificità culturali dell'altro – come, ad esempio, le più elementari nozioni legate alle più grandi religioni – può dar luogo a gravi malintesi, che minano alla radice la fiducia che dovrebbe caratterizzare ogni relazione sanitaria. È il caso di quell'infermiera che rispondendo ad un paziente del Maghreb che le aveva chiesto di far venire un Imam rispose: “Non saprei dove comprarlo”, perché credeva si trattasse di un frutto esotico. Un altro aspetto di questa sottile negazione dell'alterità risiede nel disconoscimento dei suoi campi simbolici di riferimento. In altre parole, anche ammettendo di conoscere alcuni contenuti della sua cultura, non riusciamo a cogliere gli aspetti strutturali del suo processo di comunicazione, non siamo in grado di interpretarne i significati, che restano semplicemente al di fuori della nostra mappa percettiva. Inoltre, ed è un errore più sottile del precedente, ma non meno pericoloso, possiamo ignorare il modo proprio con il quale il migrante si rapporta alla propria cultura. Di fatto, il modo di concepire le relazioni interpersonali nel mondo occidentale ci predispone a considerare l'altro come un individuo dotato di autonomia decisionale e di tensione verso l'indipendenza. In tal modo siamo orientati a disporci al rapporto con il migrante considerando anch'esso come un “puro individuo”, impostando con lui una relazione di reciprocità duale. Al contrario, il migrante può manifestare gradi differenti di adesione alle proprie

radici culturali, con dipendenze più o meno forti rispetto ai campi sociali e relazionali nei quali vive. Di conseguenza, è buona prassi considerare sempre la sua qualità di attore sociale ed il suo potere decisionale in funzione del gruppo di appartenenza nel quale è inserito: ad esempio moglie-marito; donna-uomo; figlio-madre; giovani-anziani, ecc. Quest'ultimo tipo di ignoranza ci invita a considerare la comunicazione non orientata verso un solo punto (il migrante percepito come elemento singolo della comunicazione) ma verso l'intera rete relazionale nella quale esso è integrato (cfr. Diasio 2001, Terranova Cecchini, Tognetti Bordogna 1992). Agli occhi dell'occidentale un tale imperativo relazionale potrebbe sembrare una perdita di tempo rispetto al contatto diretto ed esplicito al quale siamo abituati. In realtà è un grande guadagno sia in termini di tempo che in termini di efficacia relazionale. Viceversa, sbagliaremmo nuovamente la relazione con l'altro per la ragione abituale: voler comunicare con un altro immaginario. Il secondo aspetto di una presa in carico difettosa dell'alterità dell'altro consiste nell'interpretazione erronea della sua alterità. Per quanto riguarda questo tipo di approccio erroneo occorre focalizzare l'attenzione sui rischi del processo di categorizzazione. Come ormai sappiamo, tale processo ha una funzione primaria non solo in ambito scientifico, ma in ogni atto umano ed è sostanzialmente inevitabile – anche nelle sue manifestazioni un tempo più biasimate come ad esempio i pregiudizi. Detto questo occorre essere chiari ed espliciti nel condannare le malefatte di un certo tipo di categorizzazione nei riguardi dell'interculturale. Questo avviene ogni volta che, sulla base di informazioni troncate o addirittura “manipolate”, ci costruiamo un ritratto-tipo del “migrante” che esclude le sue caratteristiche particolari. Proiettata sulla persona che abbiamo di fronte, la categoria così creata (uno stereotipo, una categoria diagnostica o prescrittiva, un protocollo assistenziale ecc.) non può che alterare la nostra comunicazione con “pregiudizi” più o meno innocenti. Di fronte a noi, di nuovo, non creiamo le condizioni per il riconoscimento di un soggetto reale, ma di un soggetto immaginario. Non permettiamo all'altro la ricostruzione di una propria ed autonoma percezione identitaria, ma lo rivestiamo di quella più comoda – perché meno problematica, meno invasiva, meno disarmonica – per noi, come nel racconto della seguente esperienza di una caposala alle prese con i primi pazienti di colore. Riflettere sulla dimensione culturale del bisogno di assistenza ci obbliga a porre in luce i

meccanismi con cui includiamo l'alterità del paziente nelle nostre categorie predefinite, nei nostri pregiudizi. Ma attenzione: al contrario di quanto si credeva un tempo, non si tratta affatto di pretendere la loro eliminazione, ma piuttosto di renderli espliciti nel processo che porta alla comprensione di una data situazione. Possiamo aver fatto uno sforzo e passare dalla categoria "migrante" o "straniero" alla categoria "africano", o ancora alle categorie "senegalese" piuttosto che "wolof", ma certo questo non potrà essere sufficiente all'incontro con le identità multiple della persona che abbiamo di fronte, che non sarà mai il "senegalese-tipo" o il "wolof-tipo". Inoltre, una categorizzazione esclusivamente di matrice culturale o etnica impedisce di fare intervenire le variabili sociologiche (ad esempio i campi sociali di vita e di relazioni quotidiane del soggetto) e psicologiche (i suoi vissuti e le sue predisposizioni nei confronti della polarizzazione del suo processo migratorio verso i poli della chiusura-esclusione o dell'integrazione-adattamento) che invece, lo abbiamo ripetuto più volte, sono determinanti nella formulazione delle competenze personali e culturali dell'assistenza (vedi primo capitolo). Ciò che è ancora più grave è che – come in una sorta di effetto Pigmalione sul quale ritorneremo – la cattiva comunicazione tende a creare il cattivo partner poiché ovviamente una relazione difettosa – superficiale, pregiudiziale, frettolosa – peggiora la disponibilità relazionale del soggetto. Quando si raggiunge questa consapevolezza attitudinale, si può realizzare un cambiamento qualitativo importante nelle nostre relazioni con gli stranieri. Ci rendiamo conto che essi sono per nulla elementi statici nei confronti del loro stesso processo di integrazione, ma vivono un difficile percorso che li porta a confrontarsi continuamente con multiple appartenenze culturali e sociali di provenienza. Sono inseriti in una spirale che li può portare (ma non sempre, e non necessariamente) ad una progressiva distanza dai modelli di comportamento tradizionali, mentre al tempo stesso, si rafforza la loro qualità di attori – cioè di liberi interpreti – nei confronti dei condizionamenti socio-culturali nei quali sono inseriti (ma anche qui, non sempre, e non necessariamente).

### **4.3. Le principali problematiche cliniche dell'infermieristica**

#### **Interculturale**

Possiamo distinguere classicamente due grandi tipologie di “scenari assistenziali” problematici. Il primo scenario è quello della percezione della diversità culturale tout court. Infermiere e paziente si incontrano e si scoprono differenti quand’anche entrambi, assistente ed assistito, fossero portatori della medesima impronta culturale. Di fatto, l’appartenere alla stessa cornice culturale non significa affatto che abbiano lo stesso modo di percepire e risolvere i propri bisogni assistenziali – per le innumerevoli “identità particolari” che rendono ciascun essere umano unico ed irripetibile. Prepararsi a questo tipo di difficoltà significa operare un’auto-etnografia rigorosa che cerchi di mettere a fuoco quegli elementi di non-ovvietà, ovvero quei comportamenti e quelle attitudini relative alla nostra tradizione e quindi storiche, non universali, che risaltano dall’incontro con l’altro, sapendole però giudicarle criticamente. Quante delle difficoltà che incontriamo, ad esempio, visitando una donna che indossa lo hidjab, il velo coranico, sono concretamente dovute alla presenza del velo stesso e quanto, al contrario, sono la manifestazione di un disagio dovuto alle nostre rappresentazioni, alle nostre difficoltà di capire? Un altro esempio riguarda il pregiudizio, molto diffuso tra i sanitari, che il migrante faccia fatica a comprendere le spiegazioni diagnostico-terapeutiche. Ma questa è spesso una profezia che si autorealizza (il cosiddetto “effetto Pigmalione”). Davanti alla difficoltà di instaurare con il migrante una relazione comprensiva, i sanitari si rifugiano spesso in un’attitudine più tecnica e l’aspetto relazionale tende ad essere sottovalutato». L’impazienza dell’infermiere nel fornire istruzioni, il silenzio o l’imbarazzo che riscontra rispetto a cose per lui “normali” od evidenti sono spesso motivo di malintesi: le supposte sono mangiate, le dosi dei farmaci non sono rispettate, né tantomeno si ha riguardo per la frequenza delle somministrazioni, le indagini diagnostiche o gli interventi chirurgici saltano perché il malato non rispetta il digiuno o le procedure di preparazione, la terapia s’interrompe al primo segno di guarigione e la malattia ha una ricaduta. Noi sanitari occidentali dimentichiamo spesso che la nozione del tempo è un dato culturale. Ignoriamo che la velocità, la proiezione interessata nell’avvenire è una caratteristica tipicamente contemporanea e che il migrante è invece spesso una persona radicata nel presente. Egli può avere delle difficoltà a cogliere l’idea

di un'azione a lungo termine, come ad esempio la cura meticolosa e prolungata di un'ulcera o una misura preventiva. Una relazione non comprensiva favorisce ed anzi determina malintesi tra paziente e curante, e spesso, implica l'inefficacia delle cure, non a causa della cattiva volontà del migrante, ma per la mancanza di conoscenze, la mancanza di curiosità (e l'etnocentrismo) del curante. Il secondo scenario riguarda invece il "conflitto di valori", e concerne casi assistenziali nei quali, a causa della differente cornice di riferimento, i protagonisti si scontrano sul significato morale che un particolare atto assistenziale ha per uno o per entrambi di loro, come ad esempio il rifiuto di alcune pratiche terapeutiche quali trapianti o donazioni di organi, oppure la stessa richiesta da parte dei pazienti di pratiche ritenute ingiuste per gli operatori, come ad esempio l'escissione-infibulazione delle donne, l'infanticidio, l'eutanasia o il suicidio (come nel sutee indiano), ecc. Mentre nel primo scenario la caratteristica dell'alterità concerne unicamente il cosa, il come, il quando, il dove e con chi della pratica assistenziale, nel secondo concerne il perché, il significato ultimo di una data pratica e quindi investe direttamente e prioritariamente il piano valoriale, ossia il significato che tale pratica acquista per quella persona in relazione al contesto generale della sua identità culturale. Un esempio classico di difficoltà in ordine ai valori delle pratiche assistenziali è la soglia del pudore che avvolge l'esposizione del proprio corpo alle cure del sanitario, in specie se del sesso opposto a quello del paziente. È noto che una simbolica sociale e culturale impregna le modalità di presentazione agli altri del proprio corpo, nei modi di ostentazione del corpo nella vita sociale, nei significati, nelle percezioni, come nell'uso tecnico delle membra. Ogni situazione sociale dispone di un'etichetta corporale che le è propria, alla quale gli attori obbediscono spontaneamente, senza riflettere in quanto tutt'uno con la vita quotidiana. Le interazioni tra gli attori sono ritualizzate, come si è imparato studiando la gestualità, la prossemica, la mimica, ecc. Ma da un luogo all'altro, da una cultura all'altra queste etichette differiscono notevolmente. Nelle nostre società occidentali il senso del pudore legato all'esposizione del corpo si è rapidamente modificato negli ultimi decenni. E di certo è molto attenuato nelle situazioni sanitarie. In caso di cure mediche, il corpo della persona subisce una sottile, ma determinante trasformazione. Non è più il corpo della vita quotidiana e del desiderio, ma è un corpo sintomatico, cioè espressione di un'alterazione di una malattia che deve essere

rintracciata e identificata. È un corpo ottenuto dalla somma di parametri, di diagrammi, di termini nosologici, certo distanti dalla percezione identitaria del soggetto malato, che tuttavia acconsente in genere senza troppo disagio all'esposizione ed alla manipolazione del proprio corpo da parte di tecnici della salute. Un altro esempio classico di conflitto di valori può essere la differente percezione dei rituali che accompagnano il processo del morire. I migranti provengono spesso da comunità umane nelle quali la morte continua ad avere un senso, diversamente che nel mondo occidentale. Si tratta di un fatto naturale della vita indissolubilmente legato alla familiarità di un mondo nel quale, parallelamente, lo stesso invecchiamento non è una maledizione. Come un tempo nella cultura occidentale, le società tradizionali dei migranti assegnano dei ruoli precisi a tutti i protagonisti, suggeriscono i gesti e gli atteggiamenti tanto del morente quanto di coloro che assistono. In questi contesti si percepisce ancora, viva e vitale, una elaborazione culturale della morte che certo non ne elimina la sofferenza, ma permette di inserirla in un quadro condiviso di significati, e con ciò, di pensarla, viverla ed affrontarla per quello che è: un momento certo nella vita dell'uomo, che entra nella morte così come è entrato nella vita. Certo il mantenimento delle radici culturali implica la preoccupazione che i diversi riti siano fatti secondo tradizione. Così il malato musulmano può non essere spaventato dall'avvicinarsi della morte, ma dalla paura di morire solo, dalla paura che non siano recitate le preghiere necessarie alla pace della sua anima, o che la toilette mortuaria sia lasciata a qualcuno che ignora come debba essere fatta. Occorre che egli reciti la Chahada prima di prendere congedo dal mondo. In essa, sulla soglia della morte, egli afferma un'ultima volta la sua fiducia in Dio: «Tutto è nelle mani di Dio. Non c'è Dio al di fuori di Allah e Mohammed è il suo profeta». Pronunciando queste parole, sacre fra tutte, il malato tiene il suo indice alzato (l'unicità di Dio), indicando con ciò la sua alleanza con Dio. Se il malato non è in grado di recitare la preghiera, un Imam o un altro uomo di preghiera, o un familiare possono farlo al suo posto, tenendo alzato al cielo l'indice del morente.

#### **4.4 La formazione all'infermieristica interculturale**

I flussi migratori da un lato obbligano, dall'altro – diciamo noi – favoriscono lo sviluppo di un settore clinico – quello appunto dedicato agli aspetti culturali dell'assistenza – ancora oggi pressoché sconosciuto. Nei prossimi anni dovremo affrontare anche nell'infermieristica nuove problematiche epidemiologiche legate a problemi di sanità pubblica e l'infermiere sarà chiamato ad appropriarsi di nuovi strumenti conoscitivi ed operativi. Credo risulti evidente lo scarto tra le potenzialità offerte dall'infermieristica interculturale e le problematiche di chi lavora quotidianamente in corsia. Questo spazio è esattamente lo spazio che dovrà essere superato dalla formazione. Detto nei termini della teoria dei bisogni dell'assistenza, i migranti ci mostrano un aspetto del bisogno assistenziale che non avevamo a sufficienza colto nei nostri pazienti isoculturali. Anche se ne eravamo consapevoli a livello teorico da alcuni decenni (a partire dagli scritti della Henderson), non avevamo idea di cosa volesse dire prendere sul serio la dimensione socio-culturale dei bisogni assistenziali. Ora, di fronte alle variopinte manifestazioni di quest'alterità nelle richieste assistenziali dei nostri pazienti stranieri, siamo consapevoli che non possiamo limitare la nostra assistenza agli aspetti “bio-fisiologici” del bisogno, ma siamo obbligati ad interpretare ogni singola situazione assistenziale, entrando nei significati che questa assume per i protagonisti in gioco, consapevoli delle potenzialità, ma anche dei limiti, della nostra competenza disciplinare. E questo a beneficio di tutti i nostri assistiti, siano essi stranieri o meno. Infatti, l'infermieristica interculturale studia in primis l'influenza di un particolare contesto socio-culturale sulla percezione, risoluzione e significato dei bisogni assistenziali. In questa sua prima contestualizzazione di tipo descrittivo essa utilizza oltre agli strumenti classici dell'infermieristica, anche strumenti mediati dall'antropologia culturale, dall'etnologia e dalla psico-sociologia. Ma l'infermieristica interculturale ha anche un aspetto tipicamente prescrittivo che va ben oltre l'analisi descrittiva relativa alle situazioni assistenziali. Partendo dalle premesse teoriche e metodologiche dell'infermieristica generale, l'approccio interculturale ha un mandato principale che è quello di contribuire alla risoluzione di una particolare dimensione del bisogno di assistenza infermieristica, quella inerente al suo significato

simbolico e spirituale, denominata appunto “socio-culturale”. A quale livello devono essere della formazione infermieristica devono essere collocate le competenze interculturali? A parere di chi scrive, una prima risposta è che esse devono essere fornite al livello della formazione di base dell’infermiere, ossia nei corsi di laurea. Di fatto, è impensabile che a fronte delle tendenze migratorie in atto i professionisti dell’assistenza non siano forniti delle competenze teoriche, metodologiche e strumentali necessarie per affrontare un aspetto così importante per la salute del paziente migrante. Ma sarebbe un grave errore anche perché tradiremmo quel diritto-dovere culturale nei confronti della nostra società di cui dicevamo all’inizio. Certo lo studio dell’approccio interculturale all’assistenza non può e non deve concludersi al primo livello della formazione infermieristica, ma credo sia necessario ed auspico che venga sviluppato in corsi di formazione complementare, in master universitari, anche interfacoltà, e in progetti di ricerca interdisciplinari. D’altro canto, sono le stesse competenze necessarie al suo corretto esercizio a richiederlo, competenze che – come abbiamo visto – non sono semplicemente attinenti all’ambito tecnico-scientifico in senso stretto, ma rientrano a pieno titolo in quelle che potrebbero essere definite competenze trasversali a molte delle professioni che si occupano direttamente, ognuna dalla propria peculiare prospettiva, dell’integrazione dei migranti. Per quanto riguarda nello specifico noi infermieri, nutro un fiducioso ottimismo. Da tempo siamo consapevoli che il cuore dell’assistenza sia la nuda compresenza all’altro in una situazionalità nella quale – senza necessariamente dire o fare niente – v’è il rischio che nulla di noi stessi resti escluso.

Quindi riassumendo per acquisire delle competenze transculturali:

- **Apprendere una lingua straniera:** è impensabile conoscere tutte le lingue ed è sempre più presente nei setting assistenziali la figura dell’interprete/mediatore culturale; nonostante questo, la conoscenza di una lingua straniera da parte del professionista infermiere è raccomandabile per colmare i gap comunicazionali;
- **aggiornare le tecniche relazionali:** è fondamentale conoscere come alcune tra le più frequenti sfumature delle attività assistenziali comprendano elementi che assumono valori differenti da persona a persona, ad esempio:

**-contatto visivo:** il guardare in maniera prolungata negli occhi può rappresentare cosa gradita, oppure qualcosa di offensivo o di lesivo della propria intimità;

**-contatto fisico:** ci sono culture che prevedono l'impossibilità per un uomo, seppur operatore sanitario, di eseguire un esame fisico su una donna, altre che vedono una forma di scortesia nel contatto della testa, poiché "contenitore" dello spirito, ecc.;

**-spazi e distanze:** la riduzione dello spazio personale è spesso recepito come un disagio;

- **approfondire aspetti biologici e culturali:** è opportuno acquisire familiarità con le principali differenze fisiche fra i vari gruppi etnici e con le principali credenze culturali e sanitarie per progettare un piano di assistenza adeguato (ad es. non trascurare il fattore alimentazione e come il cibo possa rappresentare una ricompensa o una punizione, prevedere il digiuno, l'eliminazione di determinati alimenti o rituali particolari);
- **coinvolgere l'assistito:** al fine di conoscere i suoi modelli di coping e di favorire i rituali che la persona ritiene utili alla propria guarigione (qualora non controindicati e/o dannosi);
- **rispettare l'assistito:** evitare di ridicolizzare, in forma verbale o non verbale, qualsiasi convinzione o pratica culturale e scusarsi con la persona se le credenze culturali vengono in qualche modo violate.

Questi sono solo alcuni piccoli punti di una realtà molto più vasta, ma sono attuabili in qualsiasi contesto assistenziale in caso di bisogno e possono rappresentare spunti di riflessione e, perché no, essere motori di propulsione per un aggiornamento sulla scia di una infermieristica "culturalmente sensibile".[23][24]

## CONCLUSIONE

Come ci ricorda anche l'articolo 4 del Codice Deontologico: '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', sottolineando proprio che l'assistenza infermieristica viene attuata a tutti, senza distinzione di nessun genere e garantendo il diritto alla salute nel rispetto della cultura e della persona in toto. La salute presuppone un processo di adattamento, esprime la capacità di adattarsi alle modifiche dell'ambiente, di crescere e di invecchiare, di guarire quando si subisce un danno, di soffrire e di attendere più o meno serenamente la morte. La scienza infermieristica ha come suo centro di interesse fondamentale la persona nel suo continuum salute malattia nel senso olistico, avendo come campo applicativo la pratica terapeutica interpersonale che mira a garantire l'autonomia nella cura di sé e la possibilità di vivere al massimo lo stato di benessere. L'incontro tra infermiere e paziente è sempre l'incontro di due universi culturali distinti, indifferentemente dalla cultura di provenienza di entrambi ed è doveroso, per esprimere al meglio la propria professionalità, che l'infermiere capisca i valori, gli usi, le abitudini e la costruzione del sé dell'altro. Attraverso questo elaborato è emerso come i bisogni di salute siano molteplici e differenziati a seconda dell'etnia di provenienza e delle credenze individuali e attraverso l'analisi degli studi effettuati da Madeleine Leininger, abbiamo potuto comprendere la necessità che il professionista infermiere consideri per prima cosa i valori umani fondamentali del paziente e in seguito, agisca in maniera atta a proteggerne la dignità, la privacy e le scelte. Per avere questa visione olistica e attuare un'assistenza efficace è necessario dunque avere un approccio transculturale, non dimenticando mai che ***“la salute degli immigrati è anche la nostra salute”***.

## BIBLIOGRAFIA

1. <https://www.treccani.it/enciclopedia/immigrazione>, 2006
2. <https://www.europarl.europa.eu/news/it/headlines/world/20200624STO81906/perche-le-persone-migrano-esplorare-le-cause-dei-flussi-migratori>, 2020
3. <https://www.unhcr.org/it/risorse/carta-di-roma/fact-checking/rifugiati-italia-chiarezza-sui-numeri/>, 2018
4. <https://www.interno.gov.it/it/temi/immigrazione-e-asilo/protezione-internazionale>
5. <https://web.archive.org/web/20180215121150/http://www.camera.it/parlam/leggi/021891.htm>
6. <http://www.osservatoriomigranti.org/?sprar>
7. <https://www.interno.gov.it/it/temi/immigrazione-e-asilo/sistema-accoglienza-sul-territorio/centri-limmigrazione>
8. [http://www.asgi.it/wp-content/uploads/2015/02/2103\\_26gen\\_scheda\\_sanita.pdf](http://www.asgi.it/wp-content/uploads/2015/02/2103_26gen_scheda_sanita.pdf)
9. [http://www.trevisolavora.it/guidastranieri/sezioni.asp?id\\_categoria=204#:~:text=La%20Costituzione%20italiana%20\(art.,Servizio%20Sanitario%20Nazionale%20\(S.S.N](http://www.trevisolavora.it/guidastranieri/sezioni.asp?id_categoria=204#:~:text=La%20Costituzione%20italiana%20(art.,Servizio%20Sanitario%20Nazionale%20(S.S.N)
10. [http://bioetica.governo.it/media/1391/p128\\_2017\\_immigrazione-e-salute\\_it.pdf](http://bioetica.governo.it/media/1391/p128_2017_immigrazione-e-salute_it.pdf)
11. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_297\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_297_allegato.pdf)
12. <http://www.unife.it/medicina/ostetricia/studiare/minisiti/fisiopatologia-del-puerperio/discipline-demoetnoantropologiche/materiale-lezioni/barriere%20nel%20accesso%20ai%20servizi%20e%20fruibilita.pdf>
13. <https://www.juragentium.org/topics/global/it/giunti.htm>
14. <https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2017/03/ro-2014.pdf>
15. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato6458624.pdf>
16. <https://www.inmp.it/ita/News-e-media/Archivio-Notizie/Tubercolosi-AIDS-e-scabbia-tra-i-migranti-evidenze-epidemiologiche>
17. <https://www.saluteinternazionale.info/2015/09/malattie-infettive-e-immigrazione-facciamo-chiarezza/>
18. [http://bioetica.governo.it/media/1391/p128\\_2017\\_immigrazione-e-salute\\_it.pdf](http://bioetica.governo.it/media/1391/p128_2017_immigrazione-e-salute_it.pdf)
19. <https://www.epicentro.iss.it/migranti/InfettiveIntro>

20. [http://www.prefettura.it/FILES/allegatinews/1148/Allegato\\_A.pdf](http://www.prefettura.it/FILES/allegatinews/1148/Allegato_A.pdf)
21. Leininger M., McFarland M.R., Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice, Mc Graw-Hill Company, USA, 3 ed., 2002.
22. Leininger M.M. Teoria dell'assistenza culturale e Metodo di ricerca etnoinfermieristico. In: Infermieristica transculturale concetti, teorie, ricerca e pratica. A cura di Ledonne G., Nocchi M. Milano: Casa Editrice Ambrosiana ed. 2004.
23. [https://www.researchgate.net/publication/327057623\\_Le\\_problematichedellassistenza\\_infermieristica\\_ai\\_pazienti\\_migranti\\_e\\_la\\_formazione\\_allinfermieristica\\_interculturale\\_Attila\\_VIII\\_Consensus\\_Conference\\_sullImmigrazione\\_VI\\_Congresso\\_Nazionale\\_S](https://www.researchgate.net/publication/327057623_Le_problematichedellassistenza_infermieristica_ai_pazienti_migranti_e_la_formazione_allinfermieristica_interculturale_Attila_VIII_Consensus_Conference_sullImmigrazione_VI_Congresso_Nazionale_S)
24. <https://www.nurse24.it/infermiere/infermieristica-transculturale-in-una-societa-dai-mille-volti.html>