



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**PROBLEMATICHE ASSISTENZIALI NEI
CONTESTI MULTICULTURALI.
LO SVILUPPO DELLA COSCIENZA CULTURALE
E L'APPROCCIO TRANSCULTURALE**

Relatore:
Prof.ssa Tiziana Traini

Tesi di laurea di:
Rubio Jaime David

Anno Accademico
2019-2020

Indice

Capitolo 1

L'immigrazione

1.1 I flussi migratori	2
1.2 Analisi della situazione odierna	3
1.3 L'accoglienza	7

Capitolo 2

Il contesto nazionale

2.1 Piano nazionale di integrazione.....	12
2.2 L'accesso ai servizi sanitari.....	15

Capitolo 3

Il multiculturalismo

3.1 Il concetto di cultura nella professione infermieristica	23
3.2 La diversità culturale e l'influenza sulla salute e il benessere	27
3.3 La malattia vissuta.....	30
3.4 Le M.G.F.....	33

Capitolo 4

Problematiche assistenziali

4.1 Gli errori (stereotipizzazione, generalizzazione, etnocentrismo).....	39
4.2 Il nursing transculturale.....	45
4.3 Il nucleo metafisico	47
4.4 La competenza culturale.....	53
4.5 Il rapporto infermiere assistito	58
4.6 I bisogni primari della popolazione immigrata.....	62

Capitolo 5

4.1 Problema.....	64
4.2 Obiettivo della tesi	64
4.3 Materiali e metodi	64
4.4 Risultati	65

4.1 Progetto educativo	66
4.2 Conclusioni.....	77
4.3 Bibliografia.....	78
4.4 Allegati	80

Introduzione

Da secoli il mondo affronta i continui flussi migratori, i mutamenti culturali, l'evoluzione dell'uomo e delle sue tecnologie adattate al fine di permettere una migliore esistenza e condivisione delle vite che viviamo. Oggi giorno l'evoluzione e quei adattamenti ci hanno portato ad instaurare società multiculturali in cui si è frequentemente ed inevitabilmente a contatto con ciò che ci appare come diverso dal modello culturale di cluster a cui ciascuno di noi appartiene.

Ogni volta che entriamo in contatto con quelle diversità non affrontiamo solo un cambiamento, ma lo subiamo noi stessi.

Il cambiamento viene affrontato dall'intera nazione, che deve riadattare il proprio assetto politico economico, e prevedere il miglior modo per affrontare i successivi senza commettere errori.

La cultura è composta da un insieme di fattori che la rendono di difficile comprensione per coloro che non li conoscono, dall'interazione dell'uomo con quei fattori può nascere l'errore.

Molto spesso ciò che non conosciamo ci appare di difficile comprensione, ciò pone una barriera tra le persone che se non superata attraverso la conoscenza non permetterà mai alle persone di vivere in armonia. L'infermiere è colui che spesso viene a contatto con innovazioni, evoluzioni e diversità di ogni genere, al contatto col paziente ne diviene il principale punto di riferimento, ed è anche il primo a poter incorrere nei errori dovuti all'assistenza di pazienti di cui non si conosce il modello culturale di appartenenza, e nell'affrontare le diversità.

L'errore è un fattore molto prossimo, perciò l'infermiere deve essere in grado di valutare correttamente e mettere in atto interventi tenendo conto dei valori personali e garantendo la massima tutela della sicurezza e della dignità della persona, attraverso gli strumenti tipici dell'infermiere, e attraverso la conoscenza e la coscienza culturale.

Capitolo 1

L'immigrazione

I flussi migratori

L'immigrazione è un fenomeno che da sempre ha caratterizzato la vita dell'essere umano, oggi questa parola risulta molto attuale e rappresentativa di un universo variegato. Le migrazioni hanno segnato la storia dei paesi in misura maggiore o minore e con diverse ripercussioni culturali, sociali e politiche. Il fenomeno è caratterizzato dalla sua "temporalità storica" e dalla sua natura in continua evoluzione, che richiede un'analisi critica dei contesti in cui emergono gli spostamenti umani e le loro dinamiche, tensioni, condizioni e ripercussioni per gli individui, le comunità e gli stati nazionali coinvolti nel processo (sia i paesi di origine che quelli che accolgono gli immigrati).

Come in ogni fenomeno, anche l'immigrazione è caratterizzata da motivazioni molteplici. Una delle principali spinte ad abbandonare il proprio paese d'origine è la povertà: emigrare in un altro paese rappresenta spesso l'unico modo d'uscita ad una vita passata nell'indigenza, una via per migliorare le proprie condizioni di vita cercando un lavoro da svolgere all'interno del paese ospitante. Altre volte il motivo che spinge alla migrazione è invece legato al contesto politico: dittature, persecuzioni, guerre e genocidi spingono intere famiglie a cercare la libertà al di fuori del proprio paese oppresso. La ricerca individuale di prospettive e condizioni di vita migliori motiva anche la migrazione in situazioni che possono essere drammatiche come quelle dei rifugiati stessi. Nel corso della storia l'Italia dal punto di vista migratorio risulta essere un paese molto particolare, infatti è stata terra di flussi prima in uscita e oggi in entrata. In passato l'Italia è stata soprattutto un luogo di partenze: sono stati gli italiani, infatti, ad essere i protagonisti del più grande esodo migratorio che ha interessato l'epoca moderna (nel corso della durata di tutto il periodo migratorio, furono circa 24 milioni di italiani, in prevalenza maschi e giovani, a lasciare la penisola). Dall'altro lato gli ultimi decenni hanno visto l'Italia diventare luogo di immigrazione con migliaia di persone che, per cause economiche o politiche, sono approdate o sono in procinto di approdare nella penisola. Questo fenomeno ebbe inizio negli anni '80, decennio che divide due opposte tendenze: se prima l'Italia era coinvolta solo marginalmente nel flusso migratorio verso i propri territori, successivamente ne fu investita in modo massiccio tanto che il problema immigrazione è ormai da decenni, in cima alle questioni che infiammano l'opinione pubblica e il dibattito politico.

Analisi della situazione odierna

I migranti internazionali, cioè le persone che si sono spostate dalla propria terra d'origine nel 2019 erano arrivati a 272 milioni. Significa che un abitante della Terra su 30 (3,5% della popolazione) è un migrante. Il dato emerge dalla 30esima edizione del Dossier statistico immigrazione del Centro Studi e Ricerche IDOS. Il documento analizza, come ogni anno, lo stato delle migrazioni in Italia e nel mondo e mette in luce come nell'ultimo periodo i migranti siano "cresciuti di 14 milioni ogni due anni (erano 258 milioni nel 2017 e 244 milioni nel 2015).

Di questi 272 milioni, quasi 80 sono migranti forzati, un numero raddoppiato negli ultimi dieci anni. Il 40% di questi inoltre è composto da minorenni. Sono 26 milioni nel mondo i rifugiati politici mentre 4,2 milioni sono i richiedenti asilo. A chi scappa dalle guerre e persecuzioni oramai dobbiamo aggiungere anche i migranti ambientali, che oggi sono 24,9 milioni ma che sono destinati a crescere drammaticamente nei prossimi anni a causa della crisi climatica.

Nel 2020 i dati del Ministero dell'Interno ci dicono che sono giunti in Italia poco meno di 7mila migranti. A fronte di ciò le persone presenti nei centri di accoglienza a giugno erano 84.445.

Ad un evidente calo degli arrivi però, è aumentato il numero di stranieri irregolari in Italia. Il Dossier stima come a fine 2018 fossero 562.000, mentre nei due anni successivi anche per effetto del Decreto "sicurezza" varato in tale anno, sarebbero cresciuti di ben 120-140.000 unità arrivando ad oltre 610 mila a fine 2019. Il report analizza inoltre come a fine 2020 gli irregolari sarebbero potuti essere oltre 700 mila, se non fosse intervenuta la regolarizzazione dell'estate precedente a farne emergere, almeno temporaneamente, in base al numero di domande presentate, circa 220.500, in stragrande maggioranza dal lavoro in nero domestico e solo in minima parte dal lavoro nero in agricoltura.

Parlando invece di stranieri regolari, nel 2020 c'è stato un cambiamento da non sottovalutare. Per la prima volta dopo un lungo periodo infatti, la presenza straniera non ha contribuito, o ha contribuito in maniera marginale ad arrestare il declino demografico italiano in atto dal 2015.

Un tema importante affrontato nei ultimi anni è quello della bassa natalità italiana, con un bilancio demografico italiano in netta decrescita. A fine 2019 infatti la popolazione residente in Italia era calata di 189 mila unità rispetto ad inizio 2019, sintomo di un costante cambiamento strutturale del contesto demografico italiano.

In cinque anni l'Italia ha perso quasi 551 mila residenti.

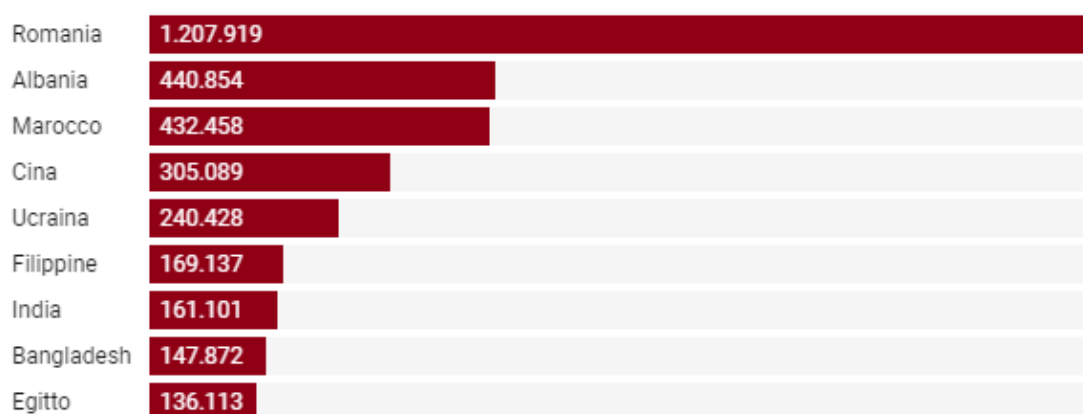
Una costante degli ultimi anni infatti è che il numero dei decessi supera di molto quello dei nuovi nati. Prendendo ad esempio il 2019 vediamo come ci siano stati 634 mila decessi a fronte di 420 mila nuovi nati, il numero in assoluto più basso negli ultimi 102 anni. Un rapporto quindi di 66 neonati ogni 100 morti.

Con ciò, negli ultimi anni l'immigrazione regolare è stata un piccolo argine ad un declino evidente. Declino demografico ed invecchiamento della popolazione significa, anche ma non solo, avere meno forza lavoro, meno produzione, meno gente che sostiene un sistema pensionistico già in precario equilibrio.

Le cittadinanze non comunitarie più presenti nel territorio italiano:

la comunità rumena è di gran lunga la più presente con, secondo i dati Istat 1 milione e 200 mila persone. Al secondo posto troviamo le persone provenienti dall'Albania, poi quelle nate in Marocco, in Cina ed in Ucraina.

Fig.1 Residenti stranieri in Italia: primi dieci paesi di cittadinanza



C'è infine chi in Italia c'è, vive, è presente ma in maniera irregolare. Come già affermato il numero di stranieri irregolari in Italia è notevolmente aumentato negli ultimi due anni. Secondo il Dossier statistico immigrazione i motivi sono principalmente due:

da un lato lo svuotamento dei centri di accoglienza (i cui ospiti sono scesi da 183.800 nel 2017 a 84.400 a fine giugno 2020, per una fuoriuscita netta di quasi 100.000 persone in appena 2 anni e mezzo), dall'altro un drastico calo della percentuale di riconoscimento delle domande di protezione presentate in Italia (dal 32,2% del 2018 ad appena il 19,7% del 2019, la metà della media europea)

. Due motivi con una causa unica, cioè l'approvazione del ddl 840/2018, cioè il "decreto sicurezza" voluto dall'allora Ministro dell'Interno.

Due circostanze si legge nel Dossier, che concorrono strutturalmente a ingrossare le fila già assai nutrite degli immigrati irregolari nel paese. Nel primo caso, perché molte delle persone estromesse dai centri di accoglienza, dopo il varo del "Decreto sicurezza" del 2018, erano richiedenti asilo e titolari di protezione umanitaria che, dispersi sul territorio, sono di lì a poco divenuti irregolari sia per le più ridotte possibilità di accedere a una forma di protezione sia per l'impossibilità di rinnovare quella umanitaria e, nel secondo caso perché l'aumentata quota di digiorgati congiunta all'alta probabilità di non poterne effettuare il rimpatrio a causa dei limitati accordi di riammissione con i paesi d'origine, destina anche costoro al rilascio sul territorio in una situazione di irregolarità.

E' proprio il numero dei rimpatri quello su cui spesso si gioca una campagna politica basata sull'approssimazione. Come dice il Dossier trovare dei veri accordi di rimpatrio con i paesi d'origine è complesso e lo si evince anche dai dati. Dati che però non sono presenti nel cruscotto giornaliero rilasciato dal Dipartimento per le Libertà civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno.

C'è un dato infine che mette nero su bianco che fa capire come spesso ci si concentri su un focus per motivi più propagandistici che di interesse pubblico. D'altra parte l'enorme scarto numerico tra i meno di 11.500 migranti arrivati via mare nel 2019 e i 261.000 nuovi residenti stranieri provenienti dall'estero dà la misura dell'esagerata sovra-rappresentazione degli sbarchi nei media e nel dibattito pubblico e politico.

L'esagerata sovra-rappresentazione degli sbarchi, come la chiama il Dossier, influisce però anche sull'opinione pubblica e sull'idea che si ha dello "straniero. Stranieri infatti, quindi non cittadini italiani, sono anche tutti quei bambini e quelle bambine nate e nati in Italia da genitori non cittadini. Nel 2019 infatti gli stranieri che hanno acquisito la cittadinanza italiana sono stati 127.000, ma tra loro sono ancora esclusi i 63.000 nuovi nati in Italia da coppie straniere. Questi rappresentano "il 15% delle suddette 435.000 nascite complessive registrate nell'anno in Italia, neonati che hanno dunque contribuito a incrementare la presenza straniera pur senza essere propriamente "immigrati".

Una situazione che è dovuta ad "un'anacronistica legge sulla cittadinanza, imperniata sullo jus sanguinis, mai riformata in 28 anni nonostante le numerose campagne e gli innumerevoli disegni di legge (recentemente orientati a uno jus culturae e a uno jus soli)

Nel 2015, la Camera aveva approvato una riforma che avrebbe introdotto lo “ius culturae”, il diritto legato all’istruzione. Si prevedeva che potessero chiedere la cittadinanza italiana i minori stranieri nati in Italia o arrivati entro i 12 anni e che avevano frequentato le scuole italiane per almeno cinque anni e superato almeno un ciclo scolastico. Prevedeva poi che i ragazzi nati all’estero ma arrivati in Italia fra i 12 e i 18 anni potessero ottenere la cittadinanza dopo aver abitato in Italia per almeno sei anni e avere superato un ciclo scolastico. Ma la proposta di legge non venne mai approvata dal Senato.

In Italia il tema è tornato al centro del dibattito politico ad ottobre 2019, quando la commissione Affari costituzionali della Camera ha ricominciato l’iter per modificare la normativa in materia di cittadinanza. Il campo prevedeva tre proposte che spaziavano dallo “ius culturae” allo “ius soli”.

Lo ius soli fa riferimento alla nascita sul "suolo", sul territorio dello Stato e si contrappone, nel novero dei mezzi di acquisto del diritto di cittadinanza, allo "ius sanguinis", imperniato invece sull'elemento della discendenza o della filiazione. Per i paesi che applicano lo ius soli è cittadino originario chi nasce sul territorio dello Stato, indipendentemente dalla cittadinanza posseduta dai genitori.

Una terza proposta, è una mediazione tra ius culturae e ius soli, prevede che chi è nato in Italia e ha terminato un ciclo di studi in Italia abbia diritto alla cittadinanza italiana.

Finora le leggi sulla cittadinanza in Italia hanno sempre seguito il principio dello ius sanguinis, la trasmissione del diritto di madre/padre al figlio/a. La legge 91 del 1992 prevede la discendenza genetica come modalità cardine di acquisizione della cittadinanza.

Un bambino è italiano solo se lo è almeno uno dei due genitori. Le altre possibilità sono la naturalizzazione o il matrimonio. Nel primo caso la cittadinanza può essere concessa dopo un certo numero di anni di residenza ininterrotta sul territorio nazionale, nel secondo caso a uno straniero che sposa un cittadino italiano dopo una residenza di due anni dal matrimonio. Quindi ad oggi, se un minore è nato in Italia ma i genitori non sono cittadini italiani, il figlio non può acquistare la cittadinanza italiana e può diventare cittadino italiano solo dopo aver compiuto 18 anni e se fino a quel momento ha risieduto in Italia “legalmente e ininterrottamente”.

L'accoglienza

Dopo il recepimento del nuovo quadro normativo UE definito nell'ambito del Sistema europeo comune di asilo, che ha riguardato le procedure e le modalità di accoglienza dei richiedenti protezione internazionale (Decreto legislativo 142 del 2015), il Parlamento ha approvato ulteriori modifiche. Dapprima, il D.L. n. 113 del 2018 convertito con modificazioni nella L. n. 132 del 2018 ha mutato la disciplina legislativa relativa alle condizioni per il riconoscimento del diritto ad un permesso per ragioni umanitarie e introdotto la categoria dei permessi di soggiorno "per casi speciali". Inoltre, con la riforma del 2018 sono state introdotte anche alcune significative modifiche alla procedura di asilo, nonché al sistema di accoglienza, separando i percorsi dei richiedenti asilo da quelli dei titolari di protezione internazionale.

Sulle condizioni del sistema di accoglienza è intervenuto nuovamente il decreto-legge n. 130 del 2020, con la definizione del nuovo "Sistema di accoglienza e integrazione" (SAI), che comprende le strutture di seconda accoglienza gestite dagli enti locali, alle quali possono accedere, nei limiti dei posti disponibili, oltre che ai titolari di protezione internazionale e ai minori stranieri non accompagnati, ai richiedenti la protezione internazionale.

Inoltre specifiche misure relative all'accoglienza degli immigrati sono state adottate in considerazione delle esigenze correlate allo stato di emergenza da COVID-19.

Il diritto di asilo è tra i diritti fondamentali dell'uomo ed è riconosciuto dall'articolo 10, terzo comma, della Costituzione allo straniero al quale sia impedito nel suo paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, secondo le condizioni stabilite dalla legge. Anche se i due termini sono spesso usati come sinonimi, l'istituto del diritto di asilo non coincide con quello del riconoscimento dello status di rifugiato. Per quest'ultimo non è sufficiente, per ottenere accoglienza in altro paese, che nel paese di origine siano generalmente repressi le libertà fondamentali, ma occorre che il singolo richiedente abbia subito specifici atti di persecuzione. Il riconoscimento dello status di rifugiato è entrato nel nostro ordinamento con l'adesione alla Convenzione di Ginevra del 28 luglio 1951 (ratificata con la legge 722/1954).

La normativa UE ha introdotto l'istituto della protezione internazionale che comprende due distinte categorie giuridiche: i rifugiati, disciplinati come si è detto dalla Convenzione di Ginevra, e le persone ammissibili alla protezione sussidiaria, di cui possono beneficiare i cittadini stranieri privi dei requisiti per il riconoscimento dello

status di rifugiato, ossia che non sono in grado di dimostrare di essere oggetto di specifici atti di persecuzione, ma che, tuttavia, se ritornassero nel Paese di origine, correrebbero il rischio effettivo di subire un grave danno e che non possono o (proprio a cagione di tale rischio) non vogliono avvalersi della protezione del Paese di origine. Una ulteriore fattispecie è la protezione temporanea che può essere concessa in caso di afflusso massiccio ed ingente. In relazione alla particolare condizione, dunque, può essere riconosciuto al cittadino straniero che ne faccia richiesta lo status di rifugiato o può essere accordata la misura di tutela di protezione sussidiaria.

Lo status di rifugiato e le forme di protezione sussidiaria sono riconosciute all'esito dell'istruttoria svolta dalle Commissioni territoriali per il riconoscimento della protezione internazionale, come previsto a livello normativo dell'UE dal c.d. Regolamento Dublino II lo straniero può richiedere la protezione internazionale nello Stato di primo ingresso che, pertanto, diviene competente ad esaminare la domanda.

Nella attuale legislatura, il decreto-legge n. 113/2018 ha inciso sulla disciplina nazionale della protezione per motivi umanitari (art. 5, comma 6, Testo unico sull'immigrazione) sopprimendola come istituto generale e mantenendone singole tipologie "tipizzate per legge" quale protezione "speciale" riconducibile a movente umanitario.

La direttiva 115/2008/UE prevede infatti la possibilità per gli Stati membri di ampliare l'ambito delle forme di protezione tipiche sino ad estenderlo ai motivi "umanitari", "caritatevoli" o "di altra natura", rilasciando un permesso di soggiorno autonomo o altra autorizzazione che conferisca il diritto di soggiornare a un cittadino di un paese terzo il cui soggiorno sia irregolare. Pertanto, mettere lo status di rifugiato e la protezione sussidiaria sono accordati, in osservanza di obblighi europei ed internazionali, il primo per proteggere la persona da atti di persecuzione, la seconda per evitare che questa possa subire un grave danno; la protezione umanitaria è rimessa, invece, in larga misura, alla discrezionalità dei singoli stati, per rispondere ad esigenze umanitarie, caritatevoli o di altra natura.

Per effetto del D.L. n. 113 del 2018, il permesso di soggiorno per motivi umanitari, scomparso come istituto generale, è stato sostituito dai seguenti permessi di soggiorno:

- per casi speciali (vittime di violenza domestica e particolare sfruttamento lavorativo)
- per cure mediche
- per calamità

- per motivi di particolare valore civile.

È stato inoltre introdotto un nuovo permesso di soggiorno per «protezione speciale» per i casi in cui non sia stata accolta la domanda di protezione internazionale dello straniero e al contempo ne sia vietata l'espulsione o il respingimento, nell'eventualità che questi «possa essere oggetto di persecuzione per motivi di razza, di sesso, di lingua, di cittadinanza, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali o sociali, ovvero possa rischiare di essere rinvio verso un altro stato nel quale non sia protetto dalla persecuzione», oppure esistano fondati motivi di ritenere che rischi di essere sottoposto a tortura.

Con le correzioni introdotte dal successivo decreto-legge n. 130 del 2020 si esplicita nel testo unico che in ogni caso la possibilità di rifiutare o revocare il permesso di soggiorno incontra un limite nel rispetto degli obblighi costituzionali o internazionali dello Stato italiano. Inoltre, il medesimo decreto ha disposto per alcune tipologie di permessi di soggiorno (tra cui quello per protezione speciale e per calamità) la convertibilità in permessi di lavoro.

Il sistema di accoglienza dei migranti si fonda, in primo luogo, sul principio della leale collaborazione, secondo forme apposite di coordinamento nazionale e regionale, basate sul Tavolo di coordinamento nazionale insediato presso il Ministero dell'interno con compiti di indirizzo, pianificazione e programmazione in materia di accoglienza, compresi quelli di individuare i criteri di ripartizione regionale dei posti da destinare alle finalità di accoglienza.

Le misure di accoglienza dei richiedenti asilo si articolano in diverse fasi:

la primissima fase consiste nel soccorso e prima assistenza, nonché nelle operazioni di identificazione dei migranti, soprattutto nei luoghi di sbarco. In base alle modifiche introdotte dal D.L. 130 del 2020 le funzioni di prima assistenza sono assicurate nei centri governativi e nelle strutture temporanee previste dagli articoli 9 e 11 del decreto accoglienza, mentre le procedure di soccorso e identificazione dei cittadini irregolarmente giunti nel territorio nazionale si svolgono presso i c.d. punti di crisi (hotspot) di cui all'art. 10-ter del TU in materia di immigrazione, allestite nei luoghi dello sbarco in base agli impegni assunti dallo Stato italiano nell'ambito dell'Agenda europea sulla migrazione, adottata nel 2015, per consentire le operazioni di prima assistenza, screening sanitario, identificazione e somministrazione di informative in merito alle modalità di richiesta della protezione internazionale o di partecipazione al programma di relocation.

L'accoglienza vera e propria si articola a sua volta in due fasi:

la fase di prima accoglienza per il completamento delle operazioni di identificazione del richiedente e per la presentazione della domanda di asilo, all'interno dei c.d. (centri governativi di prima accoglienza ordinari e straordinari) ed una fase di seconda accoglienza e di integrazione, assicurata, a livello territoriale, dai progetti degli enti locali.

Le attività di c.d. prima accoglienza, che comprendono l'identificazione dello straniero (ove non sia stato possibile completare le operazioni negli hotspot), la verbalizzazione e l'avvio della procedura di esame della domanda di asilo, l'accertamento delle condizioni di salute e la sussistenza di eventuali situazioni di vulnerabilità, sono assicurate dai centri governativi di nuova istituzione, previsti dal decreto legislativo n. 142/2015 sulla base della programmazione dei Tavoli di coordinamento nazionale e interregionali (art. 9) e, in prima applicazione, dai centri di accoglienza già esistenti, come i Centri di accoglienza per i richiedenti asilo (CARA) e i Centri di accoglienza (CDA). L'invio del richiedente in queste strutture è disposto dal prefetto, sentito il Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione del Ministero dell'interno.

In caso di esaurimento dei posti nei centri governativi, a causa di massicci afflussi di richiedenti, questi possono essere ospitati in strutture diverse dai centri governativi. La natura di queste strutture, denominate CAS (centri di accoglienza straordinaria), è temporanea e l'individuazione viene effettuata dalle Prefetture, sentito l'ente locale nel cui territorio è situata la struttura.

La seconda accoglienza è garantita dai progetti del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR), istituito nel 2002, ridenominato Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e minori stranieri non accompagnati (SIPROIMI) a partire dalla fine del 2018, a seguito delle modifiche previste dall'art. 12 del D.L. 113/2018 e, da ultimo, riformato con il D.L. 130 del 2020 (art. 4, co. 3-4) che ha definito il nuovo "Sistema di accoglienza e integrazione" (SAI).

Gli enti locali aderiscono al sistema su base volontaria e attuano i progetti con il supporto delle realtà del terzo settore. A coordinare il Sistema è il Servizio centrale, attivato dal Ministero dell'interno e affidato con convenzione all'Associazione nazionale dei comuni italiani (Anci). Il finanziamento dei progetti è a carico del Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo, istituito dalla legge 30 luglio 2002, n. 189, nel quale confluiscono sia risorse nazionali, provenienti dallo stato di previsione del Ministero dell'interno, sia assegnazioni annuali del Fondo europeo per i rifugiati.

I progetti della c.d. seconda accoglienza non si limitano ad interventi materiali di base (vitto e alloggio), ma assicurano una serie di attività funzionali alla riconquista dell'autonomia individuale, come l'insegnamento della lingua italiana, la formazione e la qualificazione professionale, l'orientamento legale, l'accesso ai servizi del territorio, l'orientamento e l'inserimento lavorativo, abitativo e sociale, oltre che la tutela psico-socio-sanitaria.

All'esito delle modifiche introdotte con il decreto-legge n. 130 del 2020, l'inserimento nelle strutture di tale circuito viene ampliato, nei limiti dei posti disponibili, oltre che ai titolari di protezione internazionale e ai minori stranieri non accompagnati, ai richiedenti la protezione internazionale, che erano stati esclusi dal D.L. 113 del 2018, nonché ai titolari di diverse categorie di permessi di soggiorno previsti dal Testo unico sull'immigrazione (qualora non accedano a sistemi di protezione specificamente dedicati) e ai neomaggiorenni affidati ai servizi sociali in prosieguo amministrativo. All'ampliamento dei destinatari corrisponde una diversificazione dei servizi del sistema, che ora si articola in due livelli di prestazioni:

il primo dedicato ai richiedenti protezione internazionale, il secondo a coloro che ne sono già titolari, con servizi aggiuntivi finalizzati all'integrazione. Nell'ambito delle misure di accoglienza, il decreto n. 142/2015 riserva una particolare attenzione ai soggetti "portatori di esigenze particolari (c.d. persone vulnerabili, il cui novero è ampliato rispetto al passato), per i quali sono introdotti specifici accorgimenti nella procedura di accoglienza e di assistenza. Così, nell'ambito dei centri governativi sono attivati servizi speciali di accoglienza, assicurati anche in collaborazione con la ASL competente per territorio, che devono garantire misure assistenziali particolari e un adeguato supporto psicologico. Tra tutte le categorie di vulnerabilità, disposizioni particolari sono riservate all'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati (MSNA). Il D.L. 130 del 2020 ha ridefinito le condizioni materiali di accoglienza nelle strutture governative di prima accoglienza, stabilendo la necessità di assicurare nei centri adeguati standard igienico-sanitari ed abitativi, secondo criteri e modalità che devono essere stabiliti con decreto del Ministro dell'interno, sentita la Conferenza unificata, nonché individuando la tipologia di prestazioni che devono essere erogate dai centri, che consistono in:

prestazioni di accoglienza materiale, assistenza sanitaria, assistenza sociale e psicologica, mediazione linguistico-culturale, somministrazione di corsi di lingua italiana e servizi di orientamento legale e al territorio.

Capitolo 2

Il contesto nazionale

Il Piano nazionale di integrazione

Il testo unico sull'immigrazione detta alcune disposizioni fondamentali in materia di diritto dell'integrazione, che riguarda l'estensione ai migranti dei diritti propri dei cittadini (diritti civili, sociali, politici). Il testo unico in materia di immigrazione individua una pluralità di attività e di interventi finalizzati a garantire l'integrazione sociale degli stranieri soggiornanti in Italia e stabilisce che sia compito di Stato, regioni, autonomie locali, in collaborazione con le associazioni del settore, favorire l'integrazione (art. 42, D.Lgs. n. 286/1998).

Nel tempo è emersa l'esigenza di un documento di programmazione dedicato esclusivamente ai titolari di protezione internazionale, volto a definire una strategia unitaria e ad individuare strumenti efficaci per promuoverne la piena autonomia e la capacità di integrarsi pienamente nel sistema economico e sociale.

La necessità di uno strumento ad hoc è nata in considerazione della condizione di svantaggio iniziale e della particolare vulnerabilità dei beneficiari di protezione internazionale, che richiede misure di integrazione ad hoc rispetto a quanto previsto in generale per gli altri stranieri soggiornanti regolarmente in Italia. Pertanto, il D.Lgs. 21 febbraio 2014, n. 18, integrando a tal fine il D.Lgs. 251/2007, ha previsto l'adozione, di norma a cadenza biennale, di un Piano nazionale integrazione che individua le linee di intervento per realizzare l'effettiva integrazione dei beneficiari di protezione internazionale, con particolare riguardo all'inserimento socio-lavorativo, anche promuovendo specifici programmi di incontro tra domanda e offerta di lavoro, all'accesso all'assistenza sanitaria e sociale, all'alloggio, alla formazione linguistica e all'istruzione nonché al contrasto delle discriminazioni. Il piano indica una stima dei destinatari delle misure di integrazione nonché specifiche misure attuative della programmazione dei pertinenti fondi europei predisposta dall'autorità responsabile.

Esso è predisposto dal Tavolo di coordinamento nazionale insediato presso il Ministero dell'interno - Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione.

Il Tavolo è composto da rappresentanti del Ministero dell'interno, dell'ufficio del Ministro per l'integrazione, del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, delle regioni, dell'Unione delle province d'Italia (UPI) e dell'Associazione nazionale dei

comuni italiani (ANCI), ed è integrato, in sede di programmazione delle misure di integrazione, con un rappresentante del Ministro delegato alle pari opportunità, un rappresentante dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR), un rappresentante, della Commissione nazionale per il diritto di asilo e, a seconda delle materie trattate, con rappresentanti delle altre amministrazioni o altri soggetti interessati. Il 26 settembre 2017 il Ministro dell'interno ha presentato, nell'ambito del Tavolo di coordinamento nazionale, il Primo piano nazionale di integrazione rivolto ai beneficiari di protezione internazionale per il biennio 2017-2018. Il Piano, per esplicita previsione normativa, si concentra esclusivamente sui titolari di protezione;

tuttavia, vi si legge che "le linee di intervento previste potranno essere considerate un primo passo verso un sistema integrato e inclusivo anche degli altri stranieri regolarmente soggiornanti".

Il piano prevede che coloro ai quali è riconosciuta la protezione internazionale, si impegnano a imparare la lingua italiana, condividere i valori della Costituzione italiana, rispettare le leggi, partecipare alla vita economica, sociale e culturale del territorio in cui vive;

la Repubblica si impegna ad assicurare l'uguaglianza e la pari dignità, la libertà di religione, l'accesso all'istruzione e alla formazione, interventi diretti a facilitare l'inclusione nella società.

Il testo individua una serie di settori di intervento per i cosiddetti "percorsi di inclusione":

dialogo interreligioso e formazione linguistica e accesso all'istruzione (quali assi prioritari), formazione e valorizzazione delle capacità, accesso all'assistenza sanitaria, accesso all'alloggio e alla residenza, ricongiungimento familiare, informazione e orientamento ai servizi, prevenzione e contrasto alle discriminazioni, processi di partecipazione e cittadinanza attiva.

In occasione dell'incontro del Tavolo Integrazione, tenutosi presso il Ministero dell'Interno il 12 febbraio 2020, il Ministro dell'interno ha comunicato l'esigenza di procedere all'aggiornamento del Piano Nazionale di Integrazione per i Titolari di Protezione Internazionale, adottato il 26 settembre 2017. La Conferenza delle regioni e delle province autonome, nella seduta del 23 aprile 2020 ha approvato un documento ai fini dell'aggiornamento del Piano.

Da ultimo, il decreto-legge n. 130 del 2020 (art. 5) individua alcune priorità programmatiche nell'ambito del Piano nazionale di integrazione dei beneficiari di protezione internazionale da adottare per il biennio 2020/2021:

nell'individuare le linee di intervento per favorire l'inclusione sociale e l'autonomia individuale dei beneficiari di protezione internazionale, si deve prestare particolare attenzione ai percorsi di formazione linguistica, all'informazione sui diritti e doveri individuali, all'orientamento ai servizi, nonché ai percorsi di orientamento all'inserimento lavorativo. A tal fine, il Tavolo di coordinamento nazionale formula proposte in relazione alle iniziative da avviare in tema di integrazione dei titolari di protezione internazionale.

L'accesso ai servizi sanitari

Il diritto degli individui (non solo dei cittadini) di accedere alle cure sanitarie sul territorio nazionale è un principio che trova il proprio fondamento in diverse fonti normative, in primo luogo nella Costituzione (art. 32) e nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (art. 35), oltre che in disposizioni di legge ordinaria (Dlgs 25 luglio 1998, n. 286, art. 35, comma 3).

Per gli stranieri regolarmente soggiornanti vige l'obbligo di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (Dlgs 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 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.

L'obbligo di iscrizione all'SSN è esteso anche a coloro che si trovino in una delle seguenti condizioni:

- minori in attesa di adozione ospiti in Centri di Accoglienza;
- affidamento (compresi i minori non accompagnati)
- richiesta della cittadinanza (riguarda tutti coloro che abbiano presentato domanda di cittadinanza italiana, avendone maturato i presupposti e i requisiti e che siano in attesa della definizione del procedimento di riconoscimento)
- detenuti e internati, soggetti in semilibertà o sottoposti a misure alternative alla pena (Dlgs 230/99, art. 1, comma 5)
- rinnovo per motivi di studio per chi sia già in possesso di un permesso per i sopraelencati motivi
- pendenza del ricorso contro il provvedimento di espulsione o contro il provvedimento di mancato rinnovo, revoca o annullamento del permesso di soggiorno (in tal caso, il soggetto dovrà esibire idonea documentazione attestante la pendenza del ricorso).

Lo straniero regolarmente soggiornante, non rientrante tra le categorie sopra indicate, è tenuto ad assicurarsi contro il rischio di malattie, infortunio e maternità mediante stipula di apposita polizza assicurativa con un istituto assicurativo italiano o straniero, valida sul territorio nazionale, ovvero mediante iscrizione volontaria all'SSN valida anche per i familiari a carico.

L'iscrizione volontaria all'SSN può essere, altresì, richiesta:

- dagli stranieri soggiornanti in Italia titolari di permesso di soggiorno per motivi di studio
- dagli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia collocati alla pari, ai sensi dell'Accordo europeo adottato a Strasburgo il 24 novembre 1969, ratificato e reso esecutivo ai sensi della Legge 18 maggio 1973, n. 304.

È in vigore dal 10 marzo 2012 un nuovo strumento di integrazione offerto alle persone straniere che scelgono di vivere nel nostro Paese (Dlgs 286/98, art. 4 bis). Si tratta di un vero e proprio accordo fra lo Stato italiano e la persona straniera, che prevede un percorso di integrazione basato sul principio dei crediti. In esso è stabilito che entro due anni dalla conclusione dell'accordo, il cittadino straniero dovrebbe raggiungere la quota di almeno 30 crediti per poter rimanere sul territorio italiano (tali crediti sono attribuiti dallo Sportello Unico per l'Immigrazione istituito presso ogni Prefettura). All'atto della sottoscrizione dell'accordo sono assegnati 16 crediti, che potranno essere incrementati mediante l'acquisizione o il perfezionamento di determinate conoscenze (lingua italiana, cultura civica e vita civile in Italia) e lo svolgimento di determinate attività (percorsi di istruzione e formazione professionale, titoli di studio, iscrizione all'SSN, stipula di un contratto di locazione o di acquisto di un'abitazione, ecc.). L'iscrizione all'SSN consente la scelta del medico di base iscritto nei registri delle AASSLL con conseguente attribuzione di 4 crediti riconoscibili ai fini dell'accordo di integrazione.

Con l'iscrizione all'SSN si ha diritto al rilascio della tessera sanitaria, che viene data allo straniero previa esibizione del permesso di soggiorno. La tessera sanitaria è altresì consegnata alla persona straniera che presenti il cedolino rilasciato dalla questura o la ricevuta postale attestante l'avvenuta presentazione della richiesta di permesso di soggiorno. In tal caso è anche necessario esibire il passaporto e il visto (sullo stesso passaporto) da cui si evidenzia il motivo di ingresso in Italia. L'iscrizione avverrà per un periodo massimo di tre mesi, prorogabili. Se il permesso è in fase di rinnovo occorre esibire il cedolino rilasciato dalla questura o la ricevuta dell'istanza di rinnovo rilasciata dalle Poste Italiane, unitamente alla copia del precedente permesso di soggiorno scaduto

o in scadenza. Anche in questo caso l'iscrizione avverrà per un periodo massimo di tre mesi, prorogabili. Ai fini del rilascio della tessera sanitaria è necessario che il richiedente dimori abitualmente in un Comune compreso nell'ambito territoriale dell'ASL a cui è inoltrata la domanda di rilascio.

A tale scopo, è considerata dimora abituale:

- la residenza anagrafica e, in mancanza di essa, il domicilio che figura sul permesso di soggiorno
- l'ospitalità da più di tre mesi, debitamente documentata, in un centro d'accoglienza. In mancanza della residenza anagrafica, la persona straniera dovrà rilasciare apposita autocertificazione (dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà) per attestare la propria domiciliazione effettiva. Tale indirizzo dovrà risultare dall'esibizione della documentazione in possesso del soggetto (permesso di soggiorno o documento rilasciato dal Centro di Accoglienza).

Accesso ai servizi socio-sanitari e di assistenza della persona straniera non regolarmente soggiornante.

Costituzione Italiana Art. 32 La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Dlgs 286/98, art. 35, comma 3 ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici e accreditati, le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, con particolare riguardo alla profilassi, alla diagnosi e alla cura delle malattie infettive.

L'assenza del permesso di soggiorno limita i diritti della persona straniera, considerato che la mancata osservanza della normativa che regola l'ingresso e la permanenza in Italia esclude, di per sé, la facoltà di svolgere ulteriori attività. Risultano precluse, in particolare, la possibilità di sottoscrivere un contratto di lavoro, di sottoscrivere un contratto di locazione, di svolgere attività di lavoro autonomo, di iscriversi a un corso di studi, ecc.

L'assenza del permesso di soggiorno, invece, 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.

In forza del principio di continuità delle cure urgenti ed essenziali devono, inoltre, ritenersi assicurati il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso (Circ. Ministero della Sanità 24 marzo 2000, n. 5);

– prestazioni minime essenziali, quali i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. In particolare, sono garantiti:

- a) tutela sociale della gravidanza e maternità compreso l'accesso ai consultori familiari, a parità di condizioni con le cittadine italiane (Legge 405/1975, Legge 194/1978, DM Ministero della Sanità, 6 marzo 1995 e successive modificazioni e integrazioni - Decreto sostituito dal DM Ministero della Sanità, 10 settembre 1998);
- b) tutela della salute del minore (Convenzione ONU, 20 novembre 1989 sui diritti del fanciullo, ratificata con Legge 176/1991);
- c) vaccinazioni previste dai piani sanitari;
- d) profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

Sono considerate a carattere preventivo anche le prestazioni erogate dai Servizi per le Tossicodipendenze e le prestazioni nei confronti di soggetti con HIV.

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.

Al momento dell'assegnazione del codice STP, se il destinatario della prestazione è indigente bisogna far sottoscrivere "l'autocertificazione di indigenza".

L'esonero dalla partecipazione alla spesa va applicato in tutti i casi, così come si applica per i cittadini italiani. Anche la dichiarazione di indigenza, come il codice STP, ha

validità semestrale, ma non è rinnovabile. Pertanto, allo scadere del semestre, lo straniero, qualora intenda permanere sul territorio italiano, dovrà sottoscrivere un'ulteriore dichiarazione. 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.

(Il codice STP deve essere rilasciato anche in assenza di passaporto o di altri documenti.)

Accesso della persona straniera alle cure, in base agli Accordi internazionali bilaterali tra l'Italia e i singoli Stati.

Le persone straniere appartenenti a Stati con i quali l'Italia ha stipulato accordi internazionali, se in possesso di specifici moduli rilasciati dal Paese di appartenenza, possono usufruire dell'assistenza sanitaria nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, comunque, previo pagamento delle quote di partecipazione alla spesa, a parità di condizioni con i cittadini italiani.

Detti moduli danno diritto alle cure urgenti in forma gratuita, in assenza i cittadini stranieri si faranno carico delle spese conseguenti alle prestazioni sanitarie che sono state loro erogate. Tali soggetti hanno diritto all'esenzione per invalidità e/o reddito e diversamente contribuiscono alla spesa sanitaria nazionale così come i cittadini italiani iscritti all'SSN. Se l'esenzione è relativa a una patologia o allo stato di gravidanza si deve presentare al medico prescrivente tutta la documentazione rilasciata dallo Stato estero di appartenenza o da un medico delle strutture sanitarie italiane abilitate, sempre che la patologia che dà luogo all'inabilità, rientri in una di quelle esentate dalla normativa italiana vigente in materia.

Se l'esenzione è richiesta per motivi legati al reddito è necessario, per poterne usufruire, che si produca idonea autocertificazione da apporre a tergo della ricetta. Se la persona straniera non è in possesso della documentazione rilasciata dal suo Paese di origine, è tenuta a pagare le prestazioni per intero secondo quanto stabilito dalla normativa regionale italiana.

Le prestazioni assicurate da queste convenzioni hanno portate differenti a seconda del contenuto dell'Accordo, così pure le categorie di persone che possono beneficiarne sono diverse, rendendosi, dunque, necessaria una valutazione caso per caso.

Occorre, pertanto, prima di intraprendere un viaggio in uno Stato estero, assumere informazioni presso l'organo preposto a tale funzione, al fine di conoscere se, tra il proprio Stato di provenienza e quello di destinazione esista un Accordo bilaterale. Accertato ciò è, inoltre, fondamentale conoscerne il contenuto.

Qualora la persona straniera appartenga a uno Stato non rientrante fra quelli con i quali lo Stato italiano ha redatto un Accordo bilaterale, è utile stipulare una polizza assicurativa privata contro eventi sanitari imprevisti poiché potrebbe non essere garantita l'assistenza sanitaria nazionale (DLvo 286/98, art. 34, comma 3).

Accesso ai servizi socio-sanitari e di assistenza del cittadino dell'Unione Europea.

Ai fini sanitari per cittadini comunitari si intendono, oltre a tutti i cittadini dei Paesi che fanno parte dell'Unione Europea, anche i cittadini dei Paesi dello Spazio Economico Europeo(SEE).

Per soggiorni inferiori ai tre mesi l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale non viene effettuata, tranne che per i lavoratori stagionali. Chi invece soggiorna per più di tre mesi può iscriversi all'SSN se:

- è un lavoratore subordinato o autonomo dello Stato
- è familiare, anche non cittadino dell'UE, di un lavoratore subordinato o autonomo dello Stato;
- è familiare di un cittadino italiano
- è in possesso di un'attestazione di soggiorno permanente maturata dopo almeno cinque anni di residenza in Italia
- è un disoccupato iscritto nelle liste di collocamento o iscritto a un corso di formazione professionale
- è titolare di uno dei seguenti formulari comunitari (certificazione del Paese di provenienza attestante il diritto alle prestazioni sanitarie):

Modello E106

Attestato riguardante il diritto alle prestazioni per malattia e maternità dei residenti in Paese diverso da quello competente. L'iscrizione avviene con scelta del medico di medicina generale, ma senza rilascio della Tessera Sanitaria (TS).

Modello E109 (o E37)

Attestato per l'iscrizione dei familiari (dei lavoratori subordinati o autonomi) residenti in uno Stato diverso da quello competente. L'iscrizione avviene con scelta del medico di medicina generale e con rilascio della TS a parità di condizioni con i cittadini italiani residenti.

Modello E120

Attestato riguardante il diritto alle prestazioni sanitarie per i richiedenti pensione o rendita, nonché, per i loro familiari residenti durante la fase istruttoria in uno Stato membro diverso da quello competente.

Modello E121 (o E33)

Attestato per l'iscrizione dei titolari di pensione o rendita, nonché dei loro familiari residenti in uno Stato diverso da quello competente.

L'iscrizione avviene con scelta del medico di medicina generale, ma senza rilascio della tessera sanitaria.

La TS è rilasciata al cittadino comunitario che:

- esibisca ricevuta della richiesta di iscrizione anagrafica oppure idonea documentazione comprovante la permanenza in Italia per motivi di lavoro
- dichiarare di non avere l'iscrizione sanitaria a carico di altra istituzione estera
- sia in possesso del codice fiscale.

Le richieste di prestazioni specialistiche ambulatoriali, ospedaliere e farmaceutiche sono redatte sul ricettario dell'SSN, contrassegnando la ricetta con la sigla UE (Assistito in possesso della Tessera Europea di Assicurazione e Malattia - TEAM). Per i casi non coperti dalla TEAM e in assenza dei formulari sopraelencati, i cittadini dell'UE, qualora non indigenti, sono tenuti a stipulare una polizza assicurativa privata. I cittadini comunitari privi di copertura sanitaria nel loro Stato di origine e presenti sul territorio nazionale, ma senza diritto di iscrizione anagrafica, qualora indigenti, hanno diritto a ricevere cure urgenti ed essenziali (compresa la protezione della maternità, l'interruzione di gravidanza, la tutela dei minori, le vaccinazioni) da parte dell'SSN con l'attribuzione del codice ENI (Europeo Non Iscritto).

Le persone assistite dal sistema sanitario di un Paese dell'UE possono ricevere cure, a carico delle istituzioni sanitarie competenti del proprio stato, anche in tutti gli altri paesi dell'UE. La copertura dei costi relativi alle cure mediche in un altro stato dell'UE è regolata da due strumenti normativi comunitari, che si differenziano per il modo in cui il sistema sanitario di appartenenza si fa carico delle spese:

1. pagamento diretto dal sistema sanitario di appartenenza a quello del paese di cura (assistenza diretta)
2. rimborso al paziente delle spese interamente pagate dallo stesso ai prestatori di assistenza del Paese di cura (assistenza indiretta).

I Regolamenti comunitari di sicurezza sociale n. 883 del 29 aprile 2004 e n. 987 del 16 settembre 2009, consentono di ricevere cure in un altro Paese dell'UE, negli altri Paesi dello SEE alle stesse condizioni degli assistiti dal sistema sanitario del Paese di cura.

Le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture sanitarie o dai professionisti, pubblici o privati convenzionati vengono pagate direttamente dal proprio sistema sanitario;

l'eventuale partecipazione alla spesa sanitaria (cosiddetto ticket) non è di norma oggetto di rimborso. Questo sistema non si applica alle prestazioni fornite da strutture sanitarie o da professionisti privati non convenzionati (o al di fuori delle convenzioni). Nel caso di cure programmate, cioè percorsi di cura definiti nell'ambito di una precisa terapia e dunque prescritti anticipatamente, è necessario richiedere un'autorizzazione preventiva alla propria istituzione sanitaria competente (per l'Italia, la ASL di appartenenza).

L'autorizzazione è subordinata a due condizioni:

1. le cure sono adeguate e finalizzate a garantire la tutela della salute dell'interessato
2. le cure rientrano tra le prestazioni sanitarie erogabili dal sistema sanitario di appartenenza, ma non possono essere praticate nel proprio paese entro un lasso di tempo accettabile sotto il profilo medico, tenuto conto dello stato di salute e della probabile evoluzione della malattia. Tale autorizzazione è concessa mediante il rilascio di un attestato (modello S2) che deve essere presentato alle istituzioni competenti o ai prestatori di assistenza sanitaria del Paese di cura. L'accesso diretto a cure urgenti, nel caso in cui ci si trovi temporaneamente nel territorio di un altro Stato membro, tenuto conto della natura delle prestazioni e della durata prevista della permanenza è, comunque, assicurato dalla TEAM o dal suo certificato sostitutivo.

Capitolo 3

Il multiculturalismo

Il concetto di cultura nella professione infermieristica

La definizione di cultura rimane ad oggi una spiegazione di una complessità non del tutto indifferente, nonostante nel corso di svariati anni si siano raccolti numerose definizioni.

Nel 1871 Edward Tylor definì la cultura come “quell’insieme complesso che comprende conoscenze, credenze, arte, morale, diritto, costume e qualsiasi altra capacità e abitudine acquisita dall’uomo in quanto membro di una società”.

Benché altri antropologi abbiano successivamente offerto varie definizioni degne di attenzione (come quella dello statunitense Franz Boas, secondo cui la cultura è un sistema storico, o quella dell’inglese Bronislaw Malinowski, per il quale la cultura è un sistema funzionale), quella di Tylor ha mantenuto una sua validità fino agli ultimi trent’anni, fino a quando, cioè, le vicende politiche ed economiche dell’ultima parte del secolo scorso non hanno modificato le condizioni internazionali, tanto da sconvolgere un assetto sociopolitico che prima appariva stabilizzato.

La decolonizzazione dei paesi in via di sviluppo, le migrazioni, l’economia globale, che hanno coinvolto nel globalismo anche modelli culturali, e la tecnologia, che ha permesso di relazionarsi con l’altro lontano come se fosse il vicino di casa, hanno reso necessario un processo di decostruzione e ridefinizione delle basi teoriche dell’antropologia.

Una delle prime ridefinizioni riguarda proprio il concetto di cultura.

Nella definizione di Taylor, pur nella sua ricca e completa considerazione di fatti e situazioni, l’espressione “una società” rappresenta chiaramente il senso e il significato che si aveva della cultura allora. Essa era intesa come qualcosa che racchiudeva in un ambito unitario e ben distinto tutte le attività e i modi di pensare di un popolo, come un contenitore in cui si trovavano le caratteristiche che differenziavano in modo preciso gli uni dagli altri, il che la rendeva qualcosa di sostanziale e oggettivamente esistente.

L’idea dominante era che una cultura generale fosse rappresentata dalla cultura occidentale che secondo una concezione evuzionistica, aveva raggiunto un elevato grado di civiltà.

Il riconoscimento di altre culture, con organizzazioni societarie proprie e ben funzionanti, rese però necessario differenziare le diverse culture:

si passò così dal concetto di una cultura a quello di più culture. Quest'ultime erano però ancora intese come contenuti di vissuti, sistemi chiusi in territori specifici, diverse nicchie separate. Si pensava anche all'esistenza di culture pure, prive di contaminazioni. L'esistenza di diverse culture preparava a un cambiamento epistemologico e metodologico dell'antropologia. L'uso dell'espressione "molte culture" e dell'aggettivo "culturale" segna infatti l'emergere delle differenze del concetto delle differenze tra culture. L'attenzione si focalizza sempre di più su di esse, per sottolineare la distinzione e la legittimazione dell'autonomia. L'uso aggettivale del termine "culturale" conduce verso il fertile campo delle differenze che finiscono con il divenire il nucleo centrale dell'antropologia contemporanea. L'antropologia oggi consiste nello studio delle differenze culturali che non vogliono rappresentare distacchi insuperabili tra loro, ma che si incarnano di contestualità e di vissuti locali in un'interazione reciproca nella comune azione globale.

Oggi, nel mondo globale e nelle condizioni di scambio di internazionale, non è più possibile pensare all'esistenza di culture chiuse e isolate e isolate.

Le culture non sono più forme statiche ma funzioni dinamiche e processuali e, seppure localizzate in territori, sono in continuo e interdipendente scambio tra loro (culture ibride). Si crea un nuovo parametro di riferimento all'interno del quale l'interesse dell'antropologia non è più soltanto quello della descrizione e della generalizzazione che l'antropologo compie per trasmettere la sua visione della cultura in esame, ma è quella della comparazione, del confronto e della relazione tra gruppi politici, sociali, economici, religiosi e culturali in genere.

Il concetto di cultura perde il carattere statico di sostanza e acquisisce quello dinamico di differenza culturale il quale, a sua volta costituisce la base per l'individuazione e la mobilitazione dell'identità del gruppo. In altri termini, oggi il concetto di cultura è utilizzato dall'antropologia in senso teoretico, con la sola accezione del riconoscimento di differenze culturali. Nascono nuove forme culturali che divengono sempre più forme transnazionali. Cambiano anche i concetti di identità e di identità e di alterità, perdono il carattere di assolutezza e assumono quello di processualità e dinamica.

Il mondo di oggi si muove secondo direttive diverse che complicano l'andamento culturale. Da un lato è costellato da numerosi conflitti locali, religiosi e culturali, dall'altro va sempre più verso una mobilità generalizzata, favorita anche dall'opera di

mediazione che svolgono i media elettronici, e gli spostamenti delle persone che migrano verso altre realtà sociali e culturali.

Analizzando sia l'aspetto etimologico sia la definizione di Taylor possiamo trarre considerazioni importanti inerenti alla professione infermieristica:

L'incontro tra infermiere e paziente è sempre l'incontro tra due universi culturali distinti, anche se entrambi provengono dalla medesima cultura; di conseguenza un'attenta conoscenza della propria cultura è un presupposto indispensabile per riuscire a dialogare con il paziente, sia che questi venga dal nostro stesso paese, sia che venga da un paese altro. Questa mediazione si arricchisce di tutta una serie di elementi tra cui l'importanza del contestualizzare il mondo di provenienza del paziente e mettere in relazione i suoi bisogni con l'organizzazione appartenente all'istituzione.

L'infermiere deve considerare che l'approccio alle cure sanitarie è influenzato dalla percezione della malattia, dalla loro causa e varia a seconda della cultura di appartenenza. La cultura influenza anche come le persone cercano l'assistenza sanitaria e come si rapportano verso coloro che erogano prestazioni sanitarie. Come le istituzioni si prendono cura dei pazienti e in che modo i pazienti rispondono a questa cura è fortemente influenzato dalla cultura. Secondo Patricia Benner a caratterizzare una buona e giusta cura da parte del personale infermieristico è innanzitutto la capacità di sviluppare una consapevolezza specifica rispetto a ogni situazione e di formulare una valutazione contestuale.

Gli operatori sanitari devono possedere le capacità e le conoscenze di comunicare e di comprendere i comportamenti di salute influenzati dalla cultura. Avendo questa capacità e conoscenze possono essere in grado di eliminare gli ostacoli alla prestazione delle cure sanitarie. Questi aspetti dimostrano la necessità per le organizzazioni sanitarie di sviluppare politiche, pratiche e procedure per fornire cure culturalmente competenti. Ogni cultura possiede valori e convinzioni anche in relazione alla salute, alla malattia, a quale sia un comportamento accettabile nel fornire assistenza e da chi e come l'assistenza debba essere erogata; per esempio, la cultura anglo americana dà un elevato valore al diritto dell'individuo di attuare scelte in relazione alla propria vita che siano libere dall'interferenza altrui (compresi familiari e amici), la cultura greca e italiana o quella di gruppi culturali tradizionali attribuiscono un valore molto alto alle decisioni prese in seno alla famiglia.

È importante capire che ogni cultura possiede un proprio sistema etico e che questo rappresenta il prodotto della storia e della cultura che lo ha generato. Poiché l'assistenza

infermieristica è praticata in numerose e differenti culture si deve tener conto dei valori sottesi ed espressi dalla cultura della popolazione che si assiste e di come tali valori si rapportano agli interventi infermieristici.

L'approccio integrato condiviso dall'antropologia culturale e dal Nursing unisce fortemente le due discipline e pone la persona al centro della relazione, aiutando a comprendere ciò che essa porta in sé, i suoi bisogni espressi ed inespressi, nel rispetto della sua cultura e religione.

Il codice deontologico dell'infermiere al Capo I art.4 cita: "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".

La diversità culturale e l'influenza sulla salute e il benessere

Come dimostrano le evidenze scientifiche, la cultura è profondamente connessa allo sviluppo umano, è una risorsa per il benessere dei singoli e per le comunità, nonché nei percorsi di cura. Lo riconosce anche l'OMS nel suo rapporto 2019, e la crisi pandemica con gli effetti del lock down, ne ha messo in evidenza il contributo per il benessere delle persone e la coesione sociale

Cultura e salute sono legate da una strettissima relazione di reciproca influenza.

Il riconoscimento di tale relazione da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è chiaro fin dalla sua definizione, nel 1948, di salute come “completo stato di benessere fisico, psichico e sociale e non solo come assenza di malattia”. Veniva così delineato un vasto perimetro che oltrepassava largamente la sanità e la medicina come esclusivi determinanti della salute. Nasce così un concetto molto rivoluzionario per l'epoca, secondo cui i determinanti dello stato di salute sono in gran parte al di fuori della sanità. Purtroppo molte volte si tende ad ignorare che in realtà lo stato di salute è condizionato da qualcosa di estraneo all'età, al genere, ai fattori genetici, ma dipende da stili di vita, da i comportamenti, dalle reti sociali, dalle condizioni di vita, dal reddito e non da ultimo dalla partecipazione culturale, che è emersa come il fattore più importante, subito dopo lo stato di salute.

Parlare di salute e malattia significa riferirsi solitamente a condizioni di carattere individuale, tuttavia nella vita quotidiana esse sono strettamente legate al sociale e alla cultura. Molto spesso la dimensione culturale viene trascurata e tale posizione trova una giustificazione nel fatto che, nella società occidentale entro cui la medicina scientifica si è imposta come unica fonte o risorsa per la risoluzione di problemi connessi alle condizioni di salute delle persone, e dove la malattia viene ridotta solo ed esclusivamente alla dimensione organica viene eliminato il problema del “senso del male” che, in una visione olistica, è invece centrale per il soggetto.

Il ribaltamento della posizione della persona da oggetto a soggetto dell'intervento sanitario che tale definizione aveva portato, assume una maggiore rilevanza nella società globale che diviene sempre più complessa a causa dei continui mutamenti (sociali, culturali ed economici) che in essa si registrano. La multidimensionalità e molteplicità dei fattori influenzanti la salute spingono a dire che questo concetto presenta un alto grado di relatività legato ad alcuni aspetti:

da un lato, l'influenza della cultura, e, dall'altro, il legame indissolubile con il concetto di malattia.

I concetti di salute e di malattia, dunque, sono una costruzione sociale e come tale appartengono al mondo umano di senso, sono parte degli eventi e delle azioni del mondo sociale.

Le differenze culturali che contraddistinguono la nostra società ci pongono di fronte alla sfida di acquisire abilità di passare da una mente monoculturale, in cui le culture sono immaginate come insieme coerente di tradizioni e valori immutati nel tempo e nello spazio a una mente multiculturale, capace invece di cogliere gli aspetti di dinamica e fluidità della cultura.

Le professioni sanitarie sono confrontate con la multiculturalità delle équipes di lavoro e con l'eterogeneità dei pazienti: le differenze di genere, le generazioni, professioni, ed origine etnico-culturale determinano differenti rappresentazioni di salute e malattia, e la necessità di comprendersi generando alleanza terapeutica.

La globalizzazione, moltiplicando ed accelerando le possibilità di scambio, è portatrice di molte opportunità, ma genera al contempo una pluralità di conflitti identitari e istituzionali che non si possono ignorare in un'ottica di sviluppo di cure eque per tutti.

Oggi è sempre più ampio il consenso sulla correlazione tra cultura e salute, come dimostra un recente rapporto della Commissione "culture and health", una équipe di esperti costituita da antropologi, scienziati sociali e medici, che ha elaborato la prima valutazione dettagliata del ruolo della cultura nel campo della salute.

Gli esperti, attraverso esami di pratiche sanitarie in relazione alla cultura, hanno identificato e valutato i temi più urgenti, producendo raccomandazioni e linee di ricerca necessarie per affrontare i bisogni cosiddetti emergenti.

La Commissione si è dedicata all'esame di tre aree in cui si intersecano cultura e salute: competenze culturali, disuguaglianze sanitarie e comunità di cura.

Con riferimento a questi settori, la Commissione ha dimostrato chiaramente quanto la salute sia inseparabile dalle percezioni culturali del benessere.

Nella pratica nel nostro territorio, lo sviluppo e diffusione di competenze interculturali sono obiettivi impegnativi e complessi, tenuto conto del carattere intrinsecamente personale dei servizi offerti, che spesso coinvolgono l'intimità delle persone, pazienti e curanti, entrambi culturalmente influenzati da valori, credi ed attitudini personali.

Le competenze interculturali sono capacità riconosciute come strumento di base che ogni professionista della salute deve possedere, esse permettono infatti l'accesso a cure di qualità a tutti i pazienti, passando dalla gestione di situazioni conflittuali in équipe

fino alla creazione di percorsi terapeutici ad Hoc per pazienti particolarmente vulnerabili.

Una sfida rilevata anche dall'Ente Ospedaliero Cantonale, che ha commissionato la ricerca al DEASS sul tema delle competenze interculturali in ospedale dando così il via ad una serie di azioni di consolidamento, sviluppo e miglioramento al proprio interno.

La scelta delle ricercatrici è stata quella di raccogliere e valorizzare il punto di vista dei curanti e di altre figure chiave che all'interno dell'ospedale sono confrontate con la differenza culturale, mettendo in risalto le pratiche e i processi che le sottendono.

In questo modo è stato possibile rilevare in primo luogo la sensibilità e l'interesse per la presa in conto e la gestione delle differenze culturali, condizione necessaria per sviluppare e consolidare ulteriori abilità e competenze. Dopo aver rilevato la sensibilità e la capacità di cogliere la dimensione culturale nella relazione professionale e di cura lo studioso si è concentrato nel rilevare gli strumenti in uso e le barriere o sfide per le équipes incontrate.

Tra i vari risultati è emerso, così come in letteratura, che in un primo momento l'incontro con le differenze può causare stress o disagio, ma è anche un'opportunità per conoscere meglio il proprio bagaglio culturale e la propria identità. Incontrare una persona differente dalla norma, aiuta a mettere in discussione i propri modi di pensare e agire che sembravano universalmente validi, per metterli alla prova e migliorarsi.

La nostra capacità di comunicare efficacemente con persone di altre culture, aiuta a comprendere e dare nuovo significato anche alla nostra alterità e dignità.

La malattia vissuta

Nella gestione delle problematiche più significative nel trattamento del paziente culturalmente differente, ci si riferisce alla malattia vissuta come un insieme di condizioni affrontate dalla persona che vanno ad alterare aspetti comportamentali, emozionali e psico-sociali.

Non esiste un unico modo per affrontare una malattia e una determinata condizione morbosa che la vita ci pone, ciascuno di noi ha il proprio modo di affrontare gli avvenimenti dolorosi e stressanti della propria vita e procedere verso l'adattamento.

Le malattie sono tante, ed ogni tipo di malattia ha, in modo diverso, una ripercussione psicologica, il vissuto della persona che si ammala va compreso perciò valutando diversi aspetti: comportamentale, emozionale, psichico, psico-sociale.

I vissuti psicologici che si riscontrano sono a loro volta influenzati dal modello culturale di appartenenza della persona, e il confrontarci con essi può aiutarci a capirci un po' di più, sia che ci ritroviamo negli stessi stati d'animo e azioni, sia che li viviamo in modo completamente diverso.

Nella maggior parte dei casi la malattia mette a rischio il senso di continuità dell'individuo, espone il soggetto alla necessità di ridefinire il significato del proprio tempo presente, così come di quello passato e di quello futuro. Nell'esperienza del soffrire, di certo c'è il danno, ma non il modo in cui il danno è vissuto:

esso, infatti, è variamente interpretato ed influenzato dalla cultura. L'esperienza del soffrire è data dalla circolarità tra danno e senso, più esattamente dalla tensione tra il senso e il non senso che la sofferenza produce. Il dolore psichico infatti lacera la ragione costringendo l'uomo a interrogarsi su di sé. La sofferenza espone la persona all'imponderabilità del vissuto personale, ovvero alla difficoltà di poterne dare una definizione esaustiva, poiché altera i significati che ciascuno attribuisce alla propria esistenza e alla propria identità.

La sofferenza psichica si configura, frequentemente, come "disturbo della comunicazione", come impossibilità di realizzare un incontro che consenta al paziente di esprimere il proprio disagio. Il dolore psichico, come esperienza estrema, è sempre "al di sotto" e "al di sopra" della parola. È al di sotto della parola perché sono poche le parole in grado di esprimere efficacemente la sofferenza. La sofferenza rende muti "pietrifica". La sofferenza è anche però al di sopra della parola quando si esprime nella farneticazione, un eccesso di parole che non riesce, comunque, a veicolare la pienezza del dolore provato.

A causa dei forti flussi migratori gli operatori sanitari ogni giorno devono relazionarsi con persone appartenenti a modelli culturali differenti, ed adattare i propri interventi ai diversi modi di percepire la salute e la malattia, interagendo con pazienti in condizioni emotive e psichiche complesse, molto spesso alterate dal vissuto traumatico (come nel caso dei richiedenti protezione internazionale).

I cosiddetti migranti forzati come afferma lo studio “trauma e vulnerabilità nei migranti richiedenti protezione internazionale” e pubblicato nella “Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana”, mostrano un’alta vulnerabilità e Disturbo Post-Traumatico da Stress(PTSD).

Lo studio aveva come obiettivo valutare la vulnerabilità e la psicopatologia attraverso un approccio integrato multidisciplinare.

Sono stati valutati 180 rifugiati politici afferenti al centro A.M.I.C.I con PTSD e comorbidità secondo i criteri del DSM-IV-TR, sottoponendoli ad una valutazione clinica-anamnestica e terapia psicofarmacologica e supporto psicologico. Ne risultava che il 50% del campione presentava patologia psichica con compromissione organica, il 40% con patologia prevalentemente psichica e il 10% con disturbo da simulazione.

Tra gli utenti esaminati solo una piccola percentuale non ha assunto terapia psicofarmacologica, tutti gli altri hanno effettuato trattamento farmacologico e psicoterapeutico con monitoraggio continuo delle loro condizioni e solo una minoranza non rispondeva ai criteri di vulnerabilità, a causa delle simulate patologie fisiche e/o psichiche.

La diagnosi principale è stata: Disturbo Post Traumatico da Stress con o senza correlazioni con Disturbi della personalità, Disturbi di Ansia con o senza attacchi di panico, Disturbo di Adattamento e Disturbi Somatoformi.

In alcuni ospiti i ricercatori hanno evidenziato il crollo delle difese, che si potrebbe tradurre in un aumento dei tratti depressivi, ansiosi, impulsivi, con difficoltà nei momenti di crisi a riuscire ad esprimere ciò che sentono.

Frequenti sono stati i casi in cui si sono evidenziati fenomeni relativi alla rimozione, alla negazione e forme di dissociazione per difendersi dal trauma. Inoltre alcuni presentavano tendenze ad auto-lesionarsi infliggendosi tagli, seppur in modo superficiale o attraverso l’abuso di farmaci.

Come affermano i ricercatori, la sinergia tra il trattamento psicofarmacologico con quello psicoterapeutico ha portato a un miglioramento delle condizioni generali. Gli utenti, ciascuno con le proprie risorse, sono riusciti ad esprimere maggiormente la

propria emotività presentando una maggiore consapevolezza del proprio vissuto in relazione al proprio corpo, spesso marchiato dal trauma.

In conclusione i ricercatori affermano che i rifugiati politici presentano più difficoltà nel gestire le proprie emozioni, questo probabilmente dovuto alla propria storia personale intrisa di vissuti traumatici, tuttavia attraverso un lavoro sia psicoterapico che farmacologico è stato possibile migliorare le proprie condizioni.

Considerata la loro storia, la diagnosi principale di PTSD, l'importanza che riveste il perseguire i documenti, si afferma che tra i criteri di vulnerabilità non si intendono solo la possibilità di essere ferito/leso psicologicamente e/o fisicamente, ma anche e soprattutto il loro status legale, la loro storia personale profondamente frammentata, il loro stile di vita, le caratteristiche di personalità e la resilienza ossia la capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà.

È stato importante lavorare sul senso di autonomia, sulla costruzione di un'identità personale e un ruolo sociale che poteva dare loro la possibilità di rimettersi in viaggio verso le mete desiderate, verso i loro affetti ma soprattutto verso se stessi.

L'identità è appartenenza e cambiamento e come cambiamento comporta anche la perdita di strutture precedenti e un lavoro di integrazioni di quelle parti frammentate dal trauma. Tuttavia il cambiamento può suscitare angoscia e paura per ciò che ancora non si conosce.

Le M.G.F

Molteplici sono le pratiche e tendenze culturali portate dalla popolazione immigrata, siano esse positive o negative, l'assistenza deve essere erogata nel rispetto della dignità di ciascuna persona e tenendo conto della cultura di appartenenza.

L'infermiere può ritrovarsi davanti casistiche di complessa gestione, caratterizzate da rituali o altre pratiche caratteristiche di determinate culture, tra queste le MGF.

Le 'mutilazioni genitali femminili' (MGF) sono tutte le pratiche che portano alla rimozione parziale o totale o ad altri danni dei genitali esterni femminili compiuti sulla base di motivazioni culturali o altre motivazioni non terapeutiche.

Sono circa 200 milioni le donne che hanno subito mutilazioni genitali, una pratica brutale che mette a repentaglio la loro salute fisica e psicologica spesso la loro stessa vita: e in questo 2021 quattro milioni 160mila ragazze sono a rischio di subire la stessa sorte. Una pratica che colpisce anche bambine e giovani donne migranti che vivono nel territorio Italiano, che rischiano di esservi sottoposte quando tornano nel paese di origine per visitare i parenti. Secondo Actionaid, sarebbero tra 61.000 e 80.000 le donne presenti in Italia sottoposte durante l'infanzia alla mutilazione dei genitali.

Sebbene la MGF sia illegale nella UE, e alcuni stati membri la perseguono anche quando viene eseguita fuori dal paese, si stima che circa 600mila donne che vivono in Europa siano state vittime di questa pratica, e che altre 180mila siano a rischio in tredici paesi europei.

Le MGF sono diffuse in almeno 30 paesi nel mondo; la maggior parte si ritrovano nell'Africa sub-sahariana: Mauritania, Senegal, Corno d'Africa (Somalia, Etiopia, Eritrea, Gibuti), Mali Egitto, Mozambico e Tanzania. Tuttavia, limitatamente a gruppi minoritari, vengono effettuate anche in: America Meridionale (alcune etnie di Indios amazzonici), India ed in Estremo Oriente (Indonesia e Malesia), Australia (negli ultimi anni, a causa dei flussi migratori), Europa (compresa l'Italia), Nord America.

La pratica è stata condannata da numerose risoluzioni dell'Onu, dall'Unione Europea e dell'Unione Africana; tra i paesi africani in cui le mutilazioni genitali femminili sono diffuse, solo cinque non hanno ancora approvato una legge che le consideri reato: Liberia, Sierra Leone, Somalia, Ciad e Mali.

Usualmente le MGF vengono distinte in diverse tipologie:

Tipo I: Incisione o ablazione del prepuzio clitorideo. È la forma di mutilazione meno cruenta ed è quella che viene talvolta definita "sunnah" che in arabo significa 'tradizione'. in altri casi può accompagnarsi anche all'ablazione di parte del clitoride

Tipo II: Asportazione o più propriamente escissione del prepuzio clitorideo e/o di tutto il clitoride, con asportazione parziale o totale delle piccole labbra, è detta “Khafd” che significa ‘riduzione’, più comunemente riconosciuta con il termine di “tahara” cioè ‘purificazione’. È una mutilazione più cruenta della precedente, ed è particolarmente diffusa in Egitto, in alcuni paesi dell’Africa Orientale e tra numerosi gruppi etnici della fascia sub sahariana.

Tipo III: Escissione completa del prepuzio clitorideo, delle piccole labbra e cruentazione delle grandi labbra, che vengono fatte aderire in modo da cicatrizzarle unite, ricoprendo meato uretrale ed introito vaginale. Costituisce l’infibulazione propriamente detta, ‘l’infibulazione faraonica’. Dopo l’asportazione dei genitali esterni in modo analogo a quanto avviene per il tipo II, la faccia interna delle grandi labbra viene scarnificata e fatta sanguinare. Le due superfici così ottenute, vengono fatte aderire tra loro e cucite insieme, in ambiente rurale, con mezzi di fortuna, mentre in ambiente sanitario, con punti di sutura. Quest’ultima viene effettuata in modo da lasciare solo un foro posteriore molto piccolo, secondo alcune tradizioni esso deve essere “grande come un chicco di miglio”, in modo che possa defluire l’urina ed il sangue mestruale. Subito dopo l’operazione, la bambina viene fasciata strettamente, messa a dieta liquida e si attende la guarigione della ferita.

Se la piccola non muore per le complicazioni del quadro clinico, al termine del processo di cicatrizzazione si controlla l’ostio residuo e se, esso non è sufficientemente piccolo, l’operazione si ripete una seconda volta.

Esistono altre mutilazioni (Tipo IV) che comprendono altre pratiche lesive dell’apparato genitale femminile. Esistono forme in cui vengono lacerate le grandi labbra a scopo medico - rituale, per dilatare o restringere la vagina. Nel primo caso si esegue una dilatazione traumatica della vagina in preparazione della prima notte di nozze è la cosiddetta ‘introcisione’; nel secondo caso attraverso incisioni o sostanze corrosive la vagina viene fatta retrarre con lo scopo, ad esempio, di risultare “più strette” per un eventuale secondo matrimonio.

Le MGF determinano degli effetti fisici comprovati sia ‘a breve’ che ‘a lungo termine’. Definiamo ‘a breve termine’ quelli legati all’atto della mutilazione come l’intenso dolore, lo sviluppo di infezioni veicolate dall’uso di strumenti per lo più non sterilizzati ed il rischio di emorragie nell’immediato ‘post operatorio’ che, se non rapidamente controllate, possono determinare shock ed eventualmente morte. ‘A lungo termine’ la ritenzione di urina così come il ristagno di sangue mestruale generano infezioni sia delle

vie urinarie che dell'apparato genitale; la difficoltà del primo rapporto sessuale, nonché l'ovvia difficoltà nell'esecuzione di un qualsiasi trattamento ginecologico dalla semplice visita all'assistenza evolutiva di una eventuale gravidanza, al termine della quale la donna stessa chiede di essere reinfibulata.

La reazione del Mondo Occidentale nel momento in cui è venuto a contatto diretto con questa realtà è stata di decisa condanna, ma dopo questo primo impatto è divenuto prioritario prendere coscienza del fatto che il fenomeno di fronte al quale ci troviamo è molto più complesso di quel che appare e che non può essere semplicemente liquidato con un sentimento di disgusto. Nonostante le mutilazioni genitali femminili vengano molto spesso considerate parte di alcune religioni, in realtà esse hanno una valenza puramente culturale e sociale. Appartengono infatti alla tradizione di alcune civiltà ed il loro profondo radicamento è dovuto ad una complessa costellazione di fattori che, pur variando da un'etnia all'altra, presentano alcuni tratti comuni. Se affrontate isolatamente sono pratiche oscure e di difficile comprensione; è necessario pertanto situarle all'interno del contesto entro cui acquistano la loro intelligibilità.

In alcuni casi tali pratiche si rifanno a detti popolari concernenti i lavori praticati dalle donne: ad esempio in Somalia, dove accudiscono i greggi, le MGF impedirebbero che gli ovini percepiscano l'odore della donna incattivendosi. Altri sostengono che le MGF siano garanzia di buona salute e ritengono che abbiano poteri curativi contro la depressione e la malinconia. Ma il problema di fondo è il ruolo che tali pratiche hanno nella 'costruzione dell'identità di genere' e nella formazione dell'appartenenza etnica.

Sono infatti i riti che decidono dell'identità delle persone istituendo una divisione fondamentale dell'ordine sociale, come quella tra sposati e non sposati, o tra iniziati e non iniziati, o quella ancora più radicale tra maschi e femmine. In particolare le mutilazioni dei genitali femminili sono una componente fondamentale dei 'riti di iniziazione', attraverso cui nelle società tradizionali si diventa "donna".

Donna infatti non si nasce, nel senso che la connotazione biologica non riesce a essere di per sé un fattore sufficiente di individuazione. Nel Mali, alcune popolazioni credono che i bambini abbiano due anime, l'anima maschile della ragazza è nella clitoride quindi le donne sono considerate impure perché posseggono entrambi i sessi. Di conseguenza la clitoridectomia elimina l'elemento fallico dall'anatomia sessuale delle donne, esaltandone la femminilità, intesa come docilità ed obbedienza.

Le MGF vengono eseguite nella prima settimana di vita fino alla prima infanzia, comunque prima del menarca, con la funzione di preparare la giovane a diventare donna

adulta. Ogni operazione si svolge infatti secondo una sequenza fortemente ritualizzata che si ripete immutata da madre a figlia. Tutto accade in un luogo appartato e in un'ora cerimoniale, con un'operatrice "esperta": levatrici tradizionali, donne anziane.

È gestita nel segreto di una comunità femminile con mezzi rudimentali come lamette da barba, coltelli, pezzi di latta o altre superfici taglienti.

Una volta infibulate, le bambine vengono rieducate a usare il proprio corpo imparando a selezionare movimenti e posture compatibili con la nuova condizione: l'andatura flessuosa e lenta è una conseguenza dell'operazione che rende assai problematica tutta una serie di movimenti dal momento che l'intervento ravvicina tra loro le gambe e, restringendone lo spazio intermedio, eliminando la possibilità di allargare troppo le cosce.

Il prepuzio e la clitoride sono considerati la sede di una forza demoniaca chiamata 'Wanzo' la quale impedisce la fertilità, infatti alcune testimonianze riportano la credenza secondo la quale la secrezione delle ghiandole dei genitali di una donna non circonscisa uccida lo spermatozoo nella vagina. E di conseguenza una donna che si sposa dopo una mutilazione rimane sicuramente incinta. Esse assicurano il controllo della sessualità femminile ne garantiscono quella purezza indispensabile allo scambio matrimoniale. La 'verginità' in tutte queste società è un prerequisito per il matrimonio. La prova della verginità è generalmente una parte integrante della transazione matrimoniale.

Al momento del parto la donna deve essere defibulata per consentire l'espulsione del feto ma poi è necessario reinfibularla in quanto solo se 'chiusa' può essere fedele. Esse sono dunque una garanzia di 'fedeltà' e di purezza.

Nell'infibulazione l'obiettivo è quello di ridurre l'organo a uno stretto orifizio, in modo di aumentare il piacere del maschio durante il rapporto sessuale: è l'ancestrale desiderio di chiudere e controllare il corpo padroneggiando e negando la sessualità femminile.

In Europa, l'attenzione verso questo problema nasce all'inizio degli anni '70 grazie alla crescente pressione delle organizzazioni femministe africane.

A causa dell'intensificarsi dei flussi migratori la risoluzione di questo problema è diventata sempre più necessaria ed urgente.

Il fenomeno dell'immigrazione ha reso concreta sia la possibilità di confrontarsi clinicamente con donne infibulate che, estremizzando, a qualcuno di noi venga richiesta la pratica delle MGF. Sulla prima possibilità alcune associazioni di categoria, quali l'ACOG, hanno diffuso indicazioni cliniche e chirurgiche sulla rimozione

dell'infibulazione. Sul secondo punto, invece la riflessione è anzitutto guidata dall'etica, poiché il medico deve sempre agire secondo principi di tutela della salute e del non nuocere, ma anche dalla legislazione vigente:

l'Art. 5 del Codice Civile vieta "...gli atti a disposizione del proprio corpo... quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica".

Inoltre, la Legislazione Italiana ha assunto una posizione chiara con la legge n.7 del 09/01/2006 (legge Consolo), recante "Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile", cioè uno strumento legislativo con un duplice intento: 'formativo' e 'repressivo'.

"Formativo" con lo scopo di predisporre campagne informative rivolte agli immigrati (al momento della concessione del visto presso i consolati italiani e del loro arrivo alle frontiere italiane), corsi di formazione mirati al personale sanitario per la gestione di queste pazienti attraverso stesura di linee guida.

"Repressivo" dell'illegalità e della violazione dei diritti umani di ogni donna.

Il 4 aprile 2006 la Legge Consolo viene applicata per la prima volta: A Verona le Forze di Pubblica Sicurezza arrestano una donna nigeriana di 43 anni che, in cambio di un compenso di 300 Euro, era pronta a mutilare una neonata di 14 giorni. Gli Agenti di Polizia l'hanno fermata poco prima che iniziasse l'intervento, nell'abitazione dei genitori della piccola vittima, una coppia di suoi connazionali. La donna aveva in borsa forbici chirurgiche, flaconi di sostanze anestetizzanti e antibiotici, garze ed oli emollienti. Pochi giorni prima aveva eseguito un intervento simile su un'altra bambina. Il primo aspetto che ci fa riflettere è la precocità con cui la madre intende sottoporre la figlia a tale pratica, una scelta verosimilmente maturata già durante la sua gestazione se non da sempre. D'altra parte è probabile che la donna stessa sia stata oggetto durante la sua infanzia di mutilazione e dunque, l'altro aspetto che ci deve far riflettere è che nessuno dei medici che ha avuto in cura tale paziente ha mai valutato la possibilità di affrontare un argomento così delicato ma al contempo devastante come la MGF.

Sono proprio questi i casi su cui si può far leva in maniera non aggressiva, ma spendendo tempo a comprendere, aiutare ed informare la paziente che ci è di fronte.

Molteplici sono i quesiti che potremmo porci studiando questi casi, sia di tipo medico che di tipo bioetico:

Se l'OMS definisce la salute "non come assenza di malattia ma come completo benessere fisico, psichico e sociale", visto il significato sociale delle MGF in alcune popolazioni, l'atrocità della mutilazione genitale sarebbe paradossalmente giustificabile

per un benessere psichico finalizzato all'integrazione e dunque al benessere sociale. Questo non è accettabile nelle nostre culture.

Inoltre fino a che punto è possibile e soprattutto giusto reprimere, forzare o imporre? È nel convincimento che i nostri modelli sociali e culturali siano migliori, la chiave dell'eradicazione? O piuttosto nell'educazione e nell'aiuto?

Come afferma il giornalista Fabrizio Mambro "La comunità Bioetica deve farsi promotrice di un approccio che allontani il giudizio e la condanna. Senza il timore di smarrire la propria identità e la propria provenienza, deve trasformarsi e correggersi per contribuire alla trasformazione della mentalità che è alla base della perpetuazione delle M.G.F. La nuova sfida è apprendere, non insegnare, da quegli africani che hanno già capito come abbandonare un'usanza senza rinunciare alla propria cultura. Il nuovo metodo è combattere senza attaccare".

Gli errori (stereotipizzazione, generalizzazione, etnocentrismo)

Il diverso come afferma la Dott.ssa Paola Balocco si può definire semplicemente come colui che la pensa diversamente, ha una cultura, tradizioni, religione, differente o presenta qualche peculiarità che si discosta dalla propria realtà. Esplorare l'universo dell'Altro, significa mettere in discussione il proprio e, talvolta, l'incontro diviene vero e proprio scontro per l'impossibilità di conciliare le diverse visioni. Se pensiamo, ad esempio, a pratiche quali l'uso del velo integrale, risulta evidente quanto l'altro sia portatore di modelli morali, estetici e di pensiero, in netto conflitto con i propri e pertanto difficilmente accettabili.

Ogni nuovo incontro è di per sé "traumatico" perché obbliga ad un confronto con ciò che non si conosce ed incarna una minaccia alle proprie sicurezze e consuetudini.

Lo straniero, cioè l'altro per antonomasia, mette in discussione i fondamenti della nostra identità, spesso sulla base di idee stereotipate che nulla hanno a che fare con la realtà delle cose. L'uomo, infatti, possiede atteggiamenti che si basano sulle esperienze vissute individualmente ma anche comportamenti che derivano da idee basate su pregiudizi e stereotipi.

Stereotipizzazione, generalizzazione ed etnocentrismo rappresentano i principali fattori che inducono in errore non solo l'operatore sanitario ma qualsiasi persona venga messa a contatto con la "diversità". Il contatto con persone che presentano all'interno del proprio bagaglio culturale delle particolari peculiarità che rendono differente il concetto di salute e malattia, e ancor più complesso, visione del mondo, può determinare uno stato di insicurezza per entrambe le parti, guidando l'operatore verso l'errore.

Per stereotipo si intende un insieme di opinioni e giudizi su una classe di individui o di oggetti, una credenza in base alla quale un gruppo di persone attribuisce delle caratteristiche ad un altro gruppo. Gli stereotipi sono parte della cultura del gruppo a cui si appartiene e, come tali, vengono acquisiti dai singoli e utilizzati per comprendere la realtà. Il concetto di stereotipo è astratto e può avere un significato neutrale, positivo o negativo e rispecchia l'opinione di un gruppo sociale riguardo ad altri gruppi.

In genere si creano degli stereotipi per il bisogno della nostra mente di semplificare il mondo. Queste possono essere considerate delle vere e proprie euristiche cioè scorciatoie di pensiero che vengono utilizzate dalla nostra mente per dare un senso alla complessa realtà che incontra. Lo stereotipo è utile alla nostra capacità di pensiero quando non abbiamo necessità di spendere troppe energie per ottenere

informazioni, in questo modo categorizziamo la realtà per renderla meno ignota, comprensibile, di conseguenza il comportamento viene guidato da queste idee.

Gli stereotipi per quanto utili hanno degli aspetti negativi perché possono condurre ad errori di categorizzazione come la sottovalutazione delle differenze inter gruppi e sopravvalutazione delle differenze tra gruppi. Con questo tipo di generalizzazione, infatti, si tende ad attribuire in modo indistinto precise caratteristiche a un'intera categoria di persone, trascurando tutte le possibili differenze che potrebbero esserci tra i diversi componenti di tale categoria. Ad esempio ci può essere la convinzione che tutte le donne non sappiano guidare all'opposto degli uomini, per cui una donna che ha difficoltà in un parcheggio confermerà la nostra idea ma un uomo nella stessa situazione non intaccherà il nostro pregiudizio perché verrà valutato come un'eccezione alla regola. Infatti specialmente negli stereotipi negativi, si tende a generalizzare una certa immagine di un gruppo, tale da convincere le persone che tutti gli individui di quel gruppo possiedono tali caratteristiche nella stessa misura, senza tenere conto delle variazioni individuali. Tuttavia, per gli individui, esso assume una funzione di tipo difensivo, contribuendo al mantenimento della cultura e alla salvaguardia delle posizioni da loro acquisite. Gli stereotipi possiedono una certa rigidità in quanto, una volta formati, sono difficilmente mutabili, ed ancorati bene nella cultura e nella personalità tanto da resistere ai cambiamenti.

Il concetto di stereotipo è strettamente correlato a quello di pregiudizio, esso è infatti, la base su cui si sviluppa in seguito il pregiudizio.

Il pregiudizio indica un giudizio che viene prima dell'esperienza o in assenza di dati effettivi, che può essere più o meno errato. È un'opinione preconcepita, concepita non per conoscenza precisa e diretta del fatto o della persona, ma sulla base di voci e opinioni comuni. Un pensiero diventa pregiudizio solo quando resta irreversibile anche alla luce di nuove conoscenze.

Un pregiudizio può essere considerato un atteggiamento e può essere trasmesso socialmente, così ogni società avrà dei pregiudizi più o meno condivisi da tutti i suoi componenti. Inoltre, riflessione valida anche nel caso degli stereotipi, si tende a formare dei pregiudizi relativamente a persone appartenenti ad un gruppo diverso dal proprio, di cui si ha una conoscenza superficiale, e di cui non si è in grado di vedere differenziazioni interne. Rappresenta una modalità diffusa di reagire ad una diversità dal proprio gruppo di appartenenza. Questo processo attribuisce ad una persona sconosciuta i tratti e le caratteristiche tipiche del suo gruppo di appartenenza.

Il pregiudizio è composto da tre componenti: quella cognitiva, che rappresenta l'insieme dei concetti e della percezione che si ha nei confronti di un oggetto o di una classe di oggetti: lo stereotipo; la componente affettiva, che consiste nei sentimenti che si hanno nei confronti di un oggetto o di una classe di oggetti, infine quella comportamentale, ossia il tipo di azione che rivolgiamo nei confronti di un oggetto o di una classe di oggetti: la discriminazione.

Lo stereotipo rappresenta l'idea sul quale si innesca il pregiudizio che è l'atteggiamento positivo o negativo che a sua volta può condurre direttamente al comportamento di discriminazione dell'altro considerato diverso.

Il pregiudizio è, quindi, un particolare atteggiamento di risposta, positiva o negativa, nei confronti di una persona qualora appartenga ad una determinata categoria. I pregiudizi dovuti a credenze stereotipate e una reazione emotiva negativa portano al fenomeno della discriminazione, ovvero quel comportamento scorretto, ingiustificato e dannoso nei confronti di membri di un gruppo a causa dell'appartenenza a quel preciso insieme, che poi sfocia nella stigmatizzazione, in cui un membro della comunità viene declassato a un livello inferiore.

La **discriminazione** può avere, su chi la subisce, diversi effetti:

si aderisce al modello proposto in questo modo si attacca alla propria autostima, infatti, sentendosi inferiori, si pensa di non valere nulla; un'altra conseguenza può essere una qualche volontà di fallire. Dai suoi studi il Dr. Julian B. Rotter è giunto alla conclusione che l'impegno che si mette nel perseguire obiettivi di successo è legato alla percezione personale di poter raggiungere l'obiettivo e quindi di avere successo, ma le vittime di discriminazione con bassa autostima e paura di avere successo sviluppano una tendenza autolesionista. Anche la Dr.ssa Matina Horner, ha notato un comportamento di questo tipo tra le donne, la cui ansia rispetto al raggiungimento del successo, le cui aspettative sono negative, le fanno ottenere minore successo professionale. Le vittime della **discriminazione** appaiono comportarsi in modo da validare i pregiudizi che si hanno nei loro confronti.

La discriminazione non è sempre una realtà immediatamente visibile ma si può realizzare attraverso meccanismi e sfumature complesse, in ambiti e da fonti diverse:

da singoli individui o da gruppi, dalle leggi, dalle prassi, da regolamenti, circolari e ordinanze emanate dagli enti pubblici; di conseguenza si determina una notevole discrepanza tra l'incidenza reale degli episodi patiti e la percezione soggettiva di tale esperienza. Di fronte ad atti di discriminazione e violenza, a volte determinanti sul

decorso della vita delle persone, la percezione critica dell'accaduto risulta fortemente sottodimensionata. Per questo motivo una misurazione delle discriminazioni effettive rimane problematica, visto che il riconoscimento e la coscienza delle discriminazioni subite non sono sempre scontati.

A sostegno di questo fenomeno troviamo consolidato nell'atteggiamento delle persone, quel connotato particolare definito etnocentrismo.

Viene vista da colui che ne coniò il termine (William Graham Sumner) come una caratteristica universale umana, è "il termine tecnico utilizzato per definire una concezione per la quale il proprio gruppo è considerato il centro di ogni cosa, e tutti gli altri sono classificati e valutati in rapporto ad esso". È un atteggiamento di valutazione, che può esprimersi sia in giudizi che in azioni, che porta a considerare i principi, i criteri e le norme della cultura del gruppo di appartenenza come più appropriati e umanamente autentici rispetto a quelli degli altri.

Il razzismo, che secondo il vocabolario Treccani: "è ideologia, teoria e prassi politica e sociale fondata sull'arbitrario presupposto dell'esistenza di razze umane biologicamente e storicamente «superiori», destinate al comando, e di altre «inferiori», destinate alla sottomissione, e intesa, con discriminazioni e persecuzioni contro di queste, e persino con il genocidio, a conservare la «purezza» e ad assicurare il predominio assoluto della pretesa razza superiore", è una conseguenza, se non addirittura uno sviluppo, dell'etnocentrismo. Le differenze di lingua, tratti somatici, tradizioni e cultura diventano un ostacolo spesso insormontabile quando si tratta di accettare l'altro diverso.

Basti pensare alla manifesta ostilità nei confronti dei profughi dimostrata sia da una parte (in crescita) dell'opinione pubblica europea che dalle istituzioni comunitarie. S'innalzano muri fisici, si chiudono le frontiere e persistono ostacoli al semplice dialogo.

Spesso ci si sente così protagonisti che gli altri diventano lentamente semplici comparse, lasciate nell'ombra alle nostre spalle. L'essere umano è inevitabilmente legato al gruppo e alla cultura di appartenenza, per la stessa ragione un Noi-centrismo esisterà sempre. L'indole umana, la stessa nostra natura biologica, ci spinge ad abbracciare l'etnocentrismo che, come abbiamo visto, se fuori controllo, può sfociare in diffidenza e ostilità nei confronti dell'altro.

Nel ruolo dell'infermiere, tendenze stereotipate possono influenzare negativamente tutto il processo di assistenza, essendo il primo step dell'assistenza incentrato sulla comunicazione, una incorretta esecuzione di questo processo può far sì che il paziente in

carico non si senta a proprio agio, o addirittura si senta discriminato, provocando di conseguenza un insieme di eventi che pregiudicheranno l'intero processo di assistenza.

Un paziente che si sente discriminato è una paziente psicologicamente sofferente e fortemente stressato, come dimostrato da vari studi discriminazione e razzismo hanno effetti negativi sulla salute.

Come enunciato dal Dr. Dhruv Khullar medico del Massachusetts General Hospital, su un articolo pubblicato dal New York Times, le discriminazioni possono avere importanti conseguenze sulla salute degli individui che le subiscono nonché ripercussioni a livello collettivo, in ambito di salute pubblica.

Molto prima che Martin Luther King definisse le disuguaglianze nella salute come “la più scioccante e disumana forma di ingiustizia”, scrive l'autore, lo storico e attivista per i diritti civili W.E.B. Du Bois (1868-1963) rilevava che il tasso di mortalità e di incidenza delle malattie nella popolazione di colore era in massima parte determinato dalle condizioni materiali in cui viveva, e non da specifici “tratti razziali”. Prima ancora di Du Bois, il primo medico di colore della storia statunitense, James McCune Smith (1813-1865), aveva dedicato un'approfondita analisi alle conseguenze della libertà e dell'oppressione sullo stato di salute, fisica e mentale.

Questi uomini, enuncia l'articolo, hanno colto un'intuizione che i ricercatori moderni e i responsabili politici spesso non riescono a rendere esplicita: la discriminazione, specialmente se cronica, danneggia il corpo e la mente. Il modo in cui ci trattiamo e il modo in cui ci trattano le nostre istituzioni influisce sulla durata e sulla qualità della nostra vita. Tendiamo a pensare alla discriminazione come una questione morale o giuridica e forse, nel caso dell'immigrazione, economica.

Ma è anche una questione medica con importanti conseguenze per la salute pubblica. Un numero crescente di prove suggerisce che la discriminazione razziale e sessuale è tossica per le cellule, gli organi e le menti di coloro che la sperimentano.

L'articolo fa riferimento ad una serie di ricerche che prendono in esame condizioni sanitarie e dati epidemiologici relativi a popolazione di colore, minoranze etniche e popolazione bianca in situazione di povertà. Una crescente raccolta di dati suggerisce che “la discriminazione razziale e di genere” abbia conseguenze organiche su chi ne ha esperienza e che, interiorizzata nell'arco di una vita, si possa associare a una molteplicità di problemi di salute:

maggior propensione a fenomeni infiammatori, peggiore qualità del sonno, neonati di peso e dimensioni inferiori alla media, più alti tassi di mortalità infantile, maggior rischio di sviluppare il cancro, depressione e abuso di sostanze.

Il peso cumulativo della discriminazione sarebbe collegato anche a un maggior tasso di ipertensione e a un più rapido invecchiamento cellulare.

La discriminazione, ovviamente, è solo una parte dell'equazione sanitaria. Gli individui non sono condannati alla malattia a causa delle loro circostanze. La salute e la malattia sono il risultato di una complessa interazione tra genetica, comportamento e condizioni ambientali. Ma sperimentare pregiudizi persistenti può far pendere la bilancia.

Coloro che sopportano la discriminazione cronica non solo sperimentano più stress, ma possono anche elaborarlo in modo diverso. Per testare questa teoria, i ricercatori hanno utilizzato sondaggi per valutare l'entità della discriminazione nel corso della vita che i pazienti bianchi e neri avevano subito. Hanno quindi iniettato ai pazienti fenilefrina (una molecola strutturalmente simile ad una catecolamina, agonista dei recettori α_1 -adrenergici) e hanno scoperto che i pazienti neri avevano un aumento temporaneo della pressione sanguigna maggiore rispetto ai pazienti bianchi. Quelli che avevano subito più discriminazioni hanno avuto il maggior aumento di tutti. Inoltre le persone hanno un picco maggiore della pressione sanguigna quando si parla di fattori di stress razziali rispetto a fattori di stress non razziale.

Il Nursing transculturale

La realtà multiculturale che stiamo vivendo necessita di un approccio diretto e multidisciplinare, in cui non è possibile esimersi dalla comprensione del fattore culturale.

Il Nursing transculturale o culture care parte proprio dalla necessità di far fronte alla realtà sempre più multi-etnica. L'elaborato concettuale di Madeleine Leininger si struttura attorno ad un concetto cardine per l'assistenza infermieristica, cioè il prendersi cura, analizzato nelle sue varie manifestazioni culturali, e si propone:

- di individuare i principi universali e le differenze degli aspetti relativi al prendersi cura nelle diverse culture, sia dal punto di vista tradizionale che da quello professionale
- fornire alle infermiere un metodo che le guidi nel prestare un'assistenza congruente alle caratteristiche culturali di ogni cliente
- strutturare un metodo disciplinare di indagine che permetta di ampliare la portata scientifica della disciplina di indagine che permetta di ampliare la portata scientifica della disciplina.

Secondo la Leininger le infermiere non avevano bisogno solo di un approccio globale "bio-psico-socio-culturale", ma anche di un approccio comparativo alle differenze e somiglianze culturali, quando si trovavano a lavorare con persone in diversi contesti ambientali. Teorizzò che la cultura e l'assistenza (human care) formassero un'unica prospettiva complessiva, riflettente gli stili e le influenze di presa in carico individuali e dei gruppi nel benessere o nella malattia.

Nella realtà attuale, che sta diventando sempre più multi-etnica, diventa imperativo per le infermiere operare con efficacia con persone che hanno differenti valori, credenze ed idee sull'assistenza infermieristica, sulla salute, sull'assistenza, sulla malattia, sulla morte e sull'invalidità. L'interesse filosofico e l'orientamento concettuale della Culture care derivano da una prospettiva olistica ed antropologica della visione dell'essere umano, inserito in diversi contesti, e questa intuizione si sviluppò immaginando un diverso modo di lavorare e comprendere l'uomo nel suo mondo, con l'obiettivo di allargare il punto di vista delle infermiere, portandolo ad una prospettiva universale, centrata sull'assistenza determinata dalla cultura.

Il termine transculturale fu preferito a internazionale, poiché indica "qualcosa che è presente trasversalmente in tutte le culture", costituiscono o no una nazione.

La Culture care è il mezzo più generale ed olistico per conoscere, spiegare, interpretare e predire i fenomeni di assistenza infermieristica e per guidare la pratica dell'assistenza infermieristica, e secondo la Leininger avrebbe fornito una prospettiva specifica attraverso la quale conoscere, interpretare e spiegare l'assistenza infermieristica come disciplina ed una professione.

Obiettivo della culture care era scoprire le differenze e somiglianze nell'assistenza, in relazione alle visioni del mondo, alle strutture sociali ed altre dimensioni, poi scoprire i modi per fornire agli esseri umani, di culture diverse e simili, un'assistenza congruente in base alla cultura, al fine di mantenere o riacquistare il benessere, la salute o fronteggiare il morire in un modo culturalmente appropriato.

Fornire un'assistenza culturalmente specifica e sensibile richiede l'uso di una combinazione di conoscenza olistica e pensiero e strategie creative. Sono state riscontrate differenze significative tra le percezioni ed aspettative del paziente e quelle dell'infermiere e dell'altro personale sanitario. Ad esempio i pazienti arabo-americani vedono la salute come assenza di preoccupazioni, mentre le infermiere americane definiscono la salute come assenza di stress e disagio dovuti a malattia; i greco-americani vedono l'assistenza come la responsabilità ad aiutare gli altri.

Queste differenze di percezioni ed esperienze evidenziano quanto sia necessario studiare questi fenomeni nell'assistenza infermieristica. È ancora poco conosciuto come i pazienti gestiscano questi conflitti culturali, ma alcuni segni di disadattamento sono ben noti. Garantire un'assistenza infermieristica culturalmente sensibile è essenziale per tutti gli esseri umani.

Madelein Leininger definisce come assioma che: l'assistenza(care) è l'assistenza infermieristica, assistere è guarire, assistere è il modo delle infermiere di stare vicino ed aiutare le persone, l'assistenza è il cuore e l'anima dell'assistenza infermieristica, l'assistenza fa la differenza tra uno stato di benessere o di malessere, l'assistenza può curare. Stabilisce la definizione di assistenza umanistica (human care) come il processo di conoscere e capire gli esseri umani in un modo il più possibile naturale ed umano, ed essere vicino in modo da assistere, aiutare, guidare e facilitare per aiutare le persone a raggiungere determinati obiettivi, rinforzare o migliorare una condizione o uno stile di vita, far fronte all'invalidità o assistere durante il morire.

Il nucleo metafisico

I concetti che caratterizzano la teoria di M. Leininger possono essere così identificati:

- assistenza(care) ed assistere (caring) con gli aspetti universali e le differenze essenziali per l'uomo e per l'assistenza infermieristica
- assistenza culturale (culture care) come insieme delle pratiche tradizionali e professionali, influenzate e legate al contesto di una determinata cultura.
- Assistenza infermieristica transculturale (transcultural nursing) come disciplina scientifica e professione transculturale, basata sulla cultura per essere benefica.

I concetti, i significati le espressioni, i modelli, i processi della culture care e le forme strutturali dell'assistenza sono diverse e simili (aspetti universali) in tutte le culture del mondo. Ogni cultura ha conoscenze e pratiche generali e generalmente conoscenze e pratiche generali, e generalmente conoscenze e pratiche di assistenza professionale che differiscono da cultura a cultura. Leininger teorizzò che ogni cultura nel mondo ha qualche tipo di sistema di assistenza popolare, indigeno, generico, naturalistico, non scientifico; la Generic care, così definita, è un insieme di conoscenze ed abilità non scientifiche o popolari, apprese e trasmesse culturalmente, utilizzate per provvedere a interventi di assistenza, di supporto, di facilitazione verso o per un altro individuo, gruppo o istituzione con bisogni evidenti o potenziali, per migliorare o potenziare una condizione umana di salute o benessere, di invalidità o stile di vita o per fronteggiare il morire.

L'assistenza infermieristica è invece riferita ad una conoscenza ed abilità professionale di assistenza, formale ed appresa cognitivamente, ottenuta attraverso istituzioni educative che vengono utilizzate per provvedere a interventi di assistenza di supporto e di facilitazione, per un altro individuo o gruppo, al fine di migliorare una condizione umana di salute, invalidità, stile di vita, o per lavorare con le persone nel fin di vita.

Due i concetti simbolici importanti che la Leininger individua come caratterizzanti l'assistenza:

EMIC, viene considerato il punto di vista dell'informatore o la visione specifica interna di un popolo, il sistema emico che rileva la conoscenza delle pratiche tradizionali, dei modi di esperire l'assistenza infermieristica, l'attenzione agli stili di vita dell'altro, ed è considerato il sistema folk/popolare.

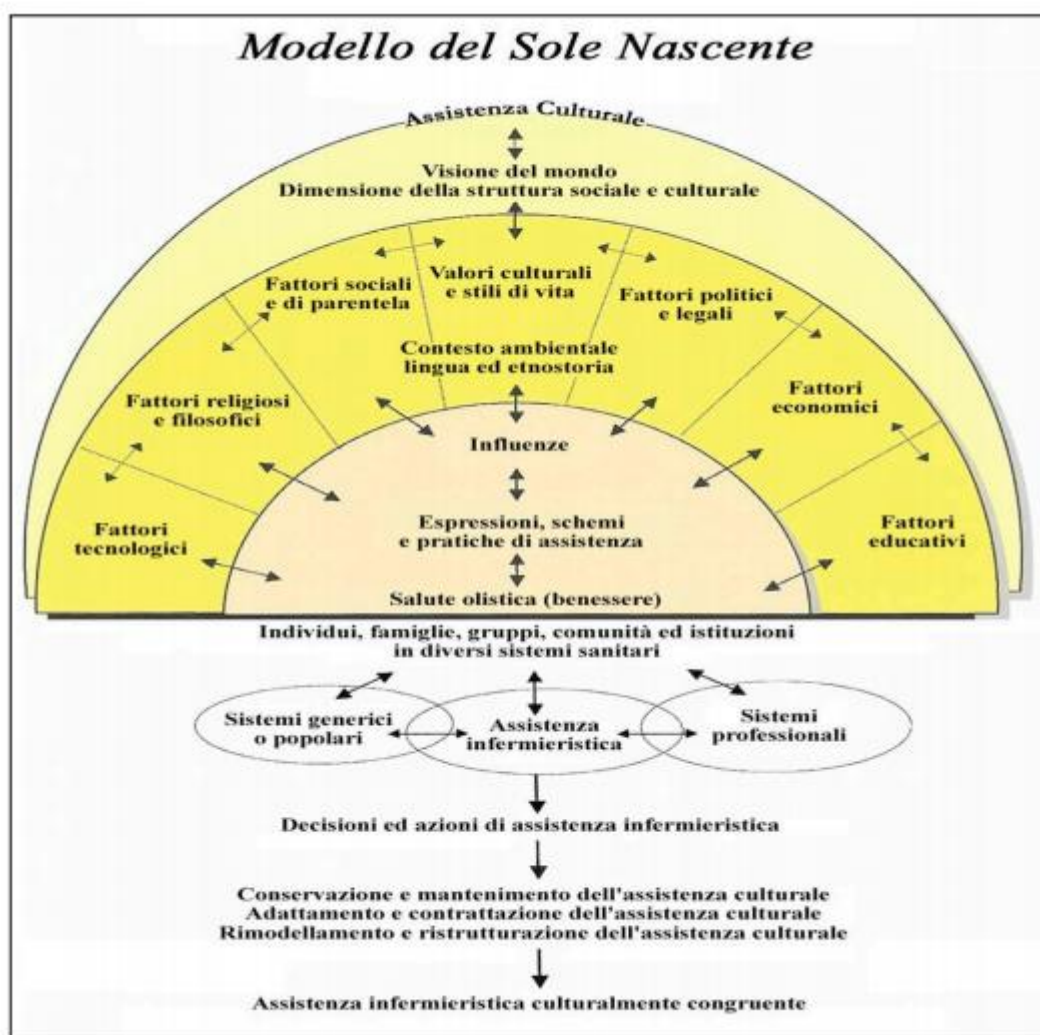
ETIC, viene considerato il punto di vista esterno ad una cultura, che da questa si differenzia, il sistema etico e basato sull'evidence based health care, è considerato il sistema professionale. Pertanto l'agire dell'assistenza infermieristica transculturale si fonda: sulla comprensione del proprio universo culturale di riferimento e dei propri modi di approcciarsi ad un'altra cultura, sulla ricerca assistenziale e sulla conoscenza dei sistemi di salute che sono appresi tramite una conoscenza approfondita delle culture e dall'uso di questa conoscenza nella pratica.

L'assistenza infermieristica basata sulla cultura benefica, salutare, rispondente, contribuisce al benessere degli individui, delle famiglie, dei gruppi e delle comunità, all'interno del loro contesto ambientale.

Le persone che sperimentano un'assistenza infermieristica che non è ragionevolmente congruente con le credenze, valori e stili di accudimento mostreranno segni di conflitto culturale, tensione e di preoccupazione etica e morale. La consapevolezza delle conoscenze emic della persona, viene ritenuta un imperativo per indagare accuratamente, conoscere e capire il mondo del paziente, e per programmare ed effettuare un'assistenza culturalmente congruente che può portare al benessere o alla salute il paziente. L'assistenza infermieristica congruente con la cultura e benefica può esistere solo quando i valori, le espressioni o i modelli di assistenza dell'individuo, della famiglia, del gruppo, della comunità e della cultura sono noti e vengono utilizzati dalle infermiere in modo appropriato e significativo per le persone.

La conoscenza etic o esterna, delle infermiere deve essere presa in considerazione assieme a quella emic o conoscenza popolare, generica, per differenziare le aree di conflitto o di congruenza delle idee. Per fornire un'assistenza congruente, dal punto di vista culturale, per il benessere di individui o gruppi o per istituzioni culturali è considerato essenziale individuare dove i due sistemi generico e professionale sono simili o diversi.

Fig. 2 il modello del sole nascente



Il modello del sole nascente è presentato per aiutare a visualizzare le differenti dimensioni della teoria, una visione globale delle diverse dimensioni, strettamente connesse della teoria. Questo modello non è un modello strettamente concettuale, ma è usato, come in molte scienze sociali e fisiche, come una mappa cognitiva per orientare e rappresentare le dimensioni che influenzano, le componenti, gli aspetti, o i concetti principali con una visione totale ed integrata di queste dimensioni.

Nel modello del sole nascente si possono individuare quattro livelli:

- 1.livello) rappresenta la visione del mondo e il sistema sociale;
- 2.livello) contribuisce alla conoscenza connessa agli individui, famiglie, gruppi e istituzioni nei diversi sistemi sanitari;
- 3.livello) puntualizza la sintesi tra il sistema popolare (emic) e il sistema professionale (etic) e l'assistenza infermieristica;

4.livello) è quello delle decisioni e delle tre azioni e decisioni dell'infermieristica transculturale (guardare Fig 3 pag.)

Il modello aiuta il ricercatore a definire una visione del mondo culturale, delle diverse forze vitali o influssi sulle condizioni umane che devono essere tenuti in considerazione per scoprire il pieno significato del prendersi cura.

Mentre si usano il modello ed i concetti della teoria è utile tenere presente che i fattori della struttura sociale sono dinamici e in ogni cultura, tendono a cambiare lentamente o rapidamente.

Le frecce sul modello indicano le influenze, ma non indicano relazioni lineari o causali. Le frecce sono posizionate in diverse aree ed attraversano i fattori principali per definire le relazioni tra i fattori e la fluidità delle variabili. Le linee tratteggiate indicano un mondo aperto ed un sistema aperto del vivere e del mondo naturale della maggioranza degli uomini. Per un'analisi si può partire da qualunque livello, a seconda delle circostanze, ma alla fine è importante che tutti gli aspetti vengano indagati e chiariti per poter scegliere tra le modalità di intervento e garantire un'assistenza infermieristica culturalmente congruente.

Definizione orientative dei termini usati nel modello

- **Assistenza culturale:** È riferito ai valori di comportamento soggettivi e oggettivi appresi e trasmessi che rendono capace l'individuo o un gruppo a mantenere il benessere o far fronte alla morte
- **Visione del mondo:** Si riferisce al modo in cui gli individui tendono a guardare al mondo, per formarsi un atteggiamento valutativo sul mondo che li circonda.
- **Dimensioni delle strutture sociali e culturali:** Si riferisce ai modelli ed alle componenti dinamiche dei fattori strutturali di una particolare cultura che include diversi fattori sociali che funzionano nell'influenzare i comportamenti umani nei diversi contesti ambientali.
- **Contesto ambientale:** Riferito alla totalità di un evento o esperienza particolare in quanto ha significato in particolare al contesto fisico, ecologico, sociopolitico e/o culturale.
- **Etnostoria:** Si riferisce a quei fatti del passato di individui, gruppi, istituzioni che sono fondamentalmente centrati sui popoli(ethno) e che descrivono, spiegano gli stili di vita umani in un particolare contesto e per brevi o lunghi periodi di tempo.

- **Salute:** Si riferisce a una condizione di benessere che è definita culturalmente, che riflette la capacità degli di svolgere le attività quotidiane secondo gli stili di vita.
- **Sistema di assistenza generico o tradizionale:** Si riferisce a conoscenze ed abilità imparate e trasmesse con la cultura, utilizzate per fornire atti di assistenza per un altro individuo con bisogni manifesti o prevedibili per migliorare.
- **Sistema di assistenza professionale:** Si riferisce all'assistenza professionale formalmente insegnata, appresa e trasmessa, le conoscenze e le abilità riferite a salute, benessere, malattia che predominano in istituzioni professionali dove generalmente, in ottica multidisciplinare, il personale offre servizi al cliente.
- **Conservazione o mantenimento della cultural care:** Si riferisce a quelle azioni o decisioni professionali che sono di assistenza, sostegno, facilitazione, o riabilitanti che aiutano le persone di una particolare cultura a mantenere e/o conservare i valori rilevanti dell'assistenza, così che possano conservare il benessere, guarire dalla malattia e fronteggiare l'invalidità e/o la morte.
- **Adattamento e contrattazione della cultural care:** Si riferisce ad azioni e decisioni creative e professionali che aiutano le persone di una determinata cultura ad adattarsi o a contrattare, con i professionisti che danno assistenza, un risultato di salute benefico e soddisfacente
- **Rimodellamento o ristrutturazione della cultural care:** Si riferisce ad azioni o decisioni professionali di assistenza, sostegno, facilitazione o abilitanti che aiutano la persona a riordinare, modificare o cambiare sostanzialmente lo stile di vita per uno schema di salute nuovo, diverso e valido nel rispetto dei valori culturali e delle credenze della persona.
- **Assistenza infermieristica culturalmente congruente:** Si riferisce a quelle azioni e decisioni di tipo cognitivo di assistenza, sostegno, facilitazione o abilitanti che sono fatte su misura per adattarsi ai valori, credenze e stili di vita culturali di individui, gruppi o istituzioni al fine di garantire o supportare la salute o il benessere con prestazioni valide e soddisfacenti.

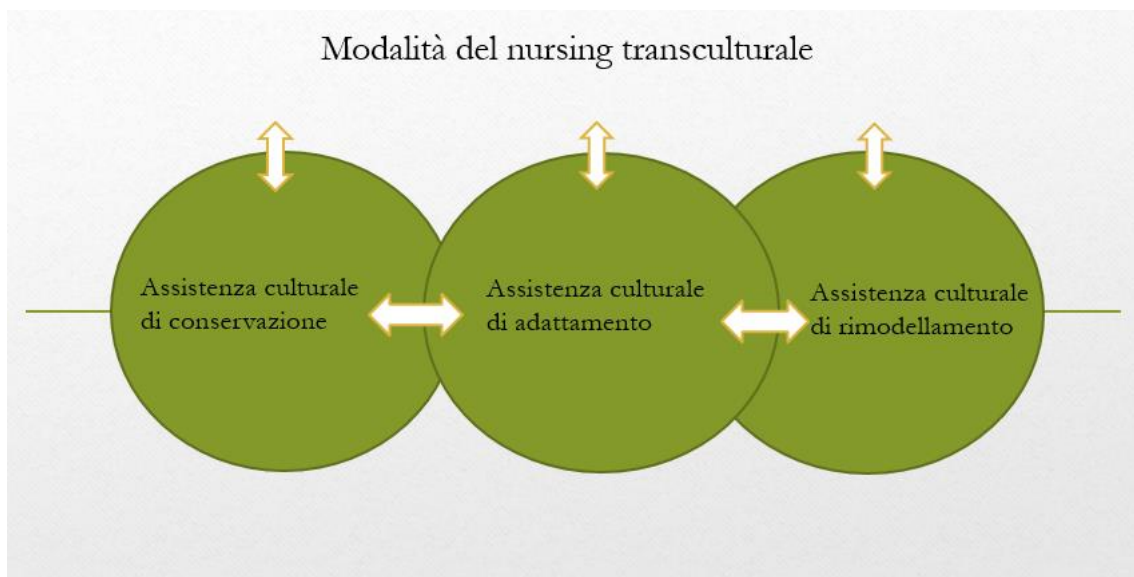
Madeleine Leininger pone tre postulati come principali modalità sia per indirizzare i giudizi, le decisioni e le azioni di assistenza infermieristica, sia per fornire un'assistenza che sia congruente con la cultura, benefica, soddisfacente e significativa per le persone che le infermiere assistono. Queste tre modalità sono centrate sull'assistenza e fondate sull'uso della conoscenza dell'assistenza generica (emic) assieme alla conoscenza

dell'assistenza professionale (etic), ottenute dalla ricerca con l'utilizzo della teoria, rappresentata nel modello del Sole Nascente:

- La conservazione o mantenimento dell'assistenza culturale
- L'adattamento è la contrattazione dell'assistenza culturale
- Il rimodellamento o ristrutturazione dell'assistenza culturale

Tutte le modalità di assistenza richiedono la compartecipazione dell'infermiera e del cliente, il lavorare insieme per identificare, pianificare, realizzare e valutare ogni modalità di assistenza per un'assistenza infermieristica congruente su base culturale. Queste modalità possono stimolare l'infermiere a pianificare l'assistenza infermieristica utilizzando le nuove conoscenze e le modalità culturalmente congruenti per fornire assistenza significativa, soddisfacente ed olistica e individui, gruppi o istituzioni.

Fig. 3 modalità del Nursing Transculturale



La competenza culturale

La varietà culturale presente in Italia comporta un approccio nuovo e variegato in campo sanitario dove il problema della competenza culturale è un problema che la sanità italiana deve affrontare. Poiché la popolazione diventa ogni giorno più varia, gli operatori sanitari vedranno sempre più spesso pazienti con basi socioculturali differenti.

La cultura gioca un ruolo importante nel definire i valori connessi alla salute, le credenze e i comportamenti. Pertanto, con l'obiettivo di dare agli operatori la capacità di rivolgersi a pazienti con diverso background culturale, emerge la necessità di uno sforzo di aggiornamento sul tema della "competenza culturale".

La competenza culturale tradizionalmente intesa, ovvero la capacità di comprendere e gestire malati e famiglie appartenenti a culture diverse, è imperniata sulla conoscenza dei valori, delle credenze e dei comportamenti dei vari gruppi etnici, religiosi e nazionali che compongono la popolazione di malati e delle loro famiglie.

Tuttavia ancora adesso il termine "competenza culturale" suscita reazioni diverse da parte dei sanitari che vanno dalla completa accettazione alla derisione definitiva. Molti evidenziano la mancanza di dati empirici che mettano in evidenza la correlazione tra "competenza culturale" e i miglioramenti nei risultati delle terapie e discutono se si tratti di un aspetto marginale oppure se rappresenti la strada principale per raggiungere un livello di alta qualità nelle cure mediche.

Tenendo presente che la cultura è dinamica e multifattoriale non si deve dimenticare che le idee, i costumi, i comportamenti sociali si evolvono all'interno dei singoli gruppi etnici, religiosi e nazionali oltre che all'interno dei singoli individui. Si rende perciò necessario adottare un approccio transculturale fondato sull'esplorazione dei valori, convincimenti e comportamenti dei singoli individui senza dare a per scontato in base alla religione o etnia. L'approccio transculturale richiede perciò lo sviluppo di capacità di comunicazione e relazione con i malati e i loro familiari al fine di scoprire i motivi profondi (bisogni, emozioni, vissuti, valori, reti di relazioni) che stanno alla base dei comportamenti.

Molti considerano la "competenza culturale" solo come la capacità di superare le barriere linguistiche oppure la conoscenza di specifiche culture. Sebbene il primo aspetto sia comunque importante, il secondo è più problematico. I primi tentativi nel campo della "competenza culturale" hanno avuto come obiettivo quello di cercare di rivolgersi a gruppi particolari: per esempio cosa fare e cosa non fare con i pazienti di origine Ispanica.

In certe situazioni imparare come comportarsi con particolari comunità può essere utile, ma se applicato su larga scala può portare a eccessive semplificazioni e stereotipizzazioni. La “competenza culturale” si è così evoluta da una semplice ipotesi su come comportarsi con i pazienti in funzione del loro background culturale, alla realizzazione dei principi delle cure centrate sul paziente, includendo l’empatia, la rispondenza ai bisogni, ai valori e alle preferenze dei pazienti.

Le persone dotate di buona “competenza culturale” espandono questo repertorio per includere capacità importanti nelle relazioni cross-culturali. La “competenza culturale” rappresenta un importante obiettivo per molte ragioni pratiche:

I pazienti possono avere sintomi anche abbastanza diversi da quelli che abbiamo imparato sui libri, possono avere aspettative diverse e soglie diverse per ricorrere alle cure mediche, e le loro credenze influenzano la decisione se seguire o meno le nostre prescrizioni. In aggiunta una comunicazione efficace tra sanitario e paziente è correlata con una maggiore soddisfazione del paziente e, di conseguenza, una maggiore disponibilità a seguire le prescrizioni e, quindi, nei risultati delle cure.

Quando, invece, le differenze socioculturali tra paziente e sanitario non sono sufficientemente approfondite e comunicate, il risultato è che il paziente non è soddisfatto, le prescrizioni non sono seguite adeguatamente e i risultati delle cure sono peggiori.

Vari studi si sono interessati della competenza culturale, tra cui il Cultural competence education for health professionals, condotto da Lidia Horvat, Dell Horey, Panayiota Romios, John Kis-Rigo; lo studio aveva come obiettivo la valutazione degli effetti degli interventi di educazione alla competenza culturale per gli operatori sanitari sui risultati relativi ai pazienti, sui risultati professionali sanitari e sui risultati delle organizzazioni sanitarie. Come enuncia lo studio la competenza culturale è emersa come una strategia nei paesi di lingua inglese ad alto reddito in risposta alle prove di disparità di salute, disuguaglianze strutturali e assistenza sanitaria di qualità inferiore e risultati tra le persone provenienti da minoranze. Tuttavia, ci sono poche prove per collegare l'educazione alla competenza culturale con i risultati dei pazienti, professionali e organizzativi. Per valutare l'efficacia, per questa revisione i ricercatori hanno sviluppato un quadro concettuale quadridimensionale comprendente contenuto educativo, approccio pedagogico, struttura dell'intervento e caratteristiche dei partecipanti per fornire coerenza nella descrizione e nella valutazione degli interventi.

Sono stati inclusi studi randomizzati controllati, RCT a cluster e studi clinici controllati di interventi educativi per professionisti sanitari che lavorano in contesti sanitari che miravano a migliorare: risultati di salute di pazienti/consumatori di background culturali e linguistici minoritari; conoscenza, abilità e attitudini degli operatori sanitari nel fornire cure culturalmente competenti; e le prestazioni delle organizzazioni sanitarie nell'assistenza culturalmente competente.

Il comportamento di salute (concordanza del cliente con la presenza) è migliorato significativamente tra i partecipanti all'intervento. Il coinvolgimento nell'assistenza da parte di pazienti "non occidentali" (descritti come "pazienti principalmente turchi, marocchini, capoverdiani e surinamesi") con medici in gran parte "occidentali" è migliorato in termini di comprensione reciproca. Le valutazioni dell'assistenza erano miste (tre studi); due studi non hanno riscontrato alcuna evidenza di effetto in percentuale di pazienti che hanno riportato soddisfazione per le consultazioni. Le percezioni dei clienti nei confronti degli operatori sanitari erano significativamente più alte nel gruppo di intervento.

Tra le conclusioni dei ricercatori si evince che la competenza culturale continua a essere sviluppata come una delle principali strategie per affrontare le disuguaglianze di salute. Cinque studi hanno valutato gli effetti dell'educazione alla competenza culturale per gli operatori sanitari sui risultati relativi ai pazienti. C'erano prove positive, anche se di bassa qualità, che mostravano miglioramenti nel coinvolgimento dei pazienti appartenenti a minoranze. I risultati hanno mostrato supporto per gli interventi educativi o nessuna prova di effetto. Nessuno studio ha valutato gli esiti avversi.

La qualità delle prove è insufficiente per trarre conclusioni generalizzabili, in gran parte a causa dell'eterogeneità degli interventi in termini di contenuto, ambito, progettazione, durata, attuazione e risultati selezionati.

Sono necessarie ulteriori ricerche per stabilire un maggiore rigore metodologico e uniformità sui componenti fondamentali degli interventi educativi, incluso il modo in cui vengono descritti e valutati.

Due rapporti recenti dell'Institute of Medicine hanno evidenziato l'importanza delle cure centrate sul paziente e della "competenza culturale" come mezzo per migliorare la comunicazione e quindi la qualità delle cure eliminando le disparità.

L'insegnamento nel campo della "competenza culturale" si è concentrato in parte sui metodi per migliorare la comprensione da parte del paziente delle proprie malattie e condizioni (e cioè il modello di comprensione del paziente). Consideriamo il caso di una

donna latino-americana con ipertensione la cui pressione è stata difficile da controllare negli ultimi due anni. Un approfondimento ha messo in evidenza che, nonostante le fossero stati somministrati numerosi farmaci antipertensivi, la donna riteneva di essere in grado di capire quando la sua pressione era alta e, quindi, prendeva le medicine solo quanto lo riteneva necessario e non secondo lo schema giornaliero definito; anzi alcune volte non le prendeva affatto.

Oppure consideriamo il caso di una anziana donna italiana il cui figlio ha chiesto al chirurgo di non informarla che aveva un tumore al colon già metastatizzato. Un medico “culturalmente competente” ha scoperto che il figlio pensava che la verità sulla diagnosi avrebbe “ucciso” la madre. Questo scenario è comune a molte culture, ma il processo decisionale e di informazione al paziente può variare da famiglia a famiglia. Analizzando i motivi e le conseguenze di questa preferenza per la non informazione, porta a una negoziazione e a un compromesso eticamente accettabile se il paziente può essere informato delle sue condizioni in un modo concordato con la famiglia.

È anche importante stabilire quali sono le percezioni dei pazienti verso la biomedicina e se utilizzano farmaci aggiuntivi a quelli prescritti. In risposta a una domanda precisa un uomo cinese, che parlava poco l'inglese, ha risposto che stava trattando l'asma della figlia con delle erbe, in aggiunta alle inalazioni prescritte, spiegando che la cura con le erbe era stata seguita nel suo paese per numerose generazioni. Chiarito il punto, la cura con le inalazioni è stata riaggiustata con risultati migliori.

In questi casi (scarsa conoscenza della lingua) una comunicazione efficace può richiedere la presenza di un interprete e i medici devono essere in grado di utilizzare un interprete durante i colloqui con il malato.

L'aggiornamento sulla “competenza culturale” deve anche migliorare la consapevolezza del medico sulla disparità delle cure e la loro comprensione in funzione della razza o del background etnico e l'effetto sul processo decisionale del paziente. Ad esempio un anziano nero di 64 anni non voleva sottoporsi a cateterismo cardiaco perché ricordava una esperienza negativa di un parente. I passi fondamentali nel costruire la fiducia includono sapere riconoscere i problemi del paziente, orientarli verso il processo decisionale da fare con il medico, rendendosi conto che molti pazienti non si fidano della sanità.

Sessioni interattive, basate su casi reali che mettono in luce le applicazioni cliniche rappresentano i metodi ideali per insegnare la “competenza culturale”.

Quando sono utilizzate selettivamente in funzione dello scenario medico, queste capacità possono consentire di comprendere i valori, le credenze e i comportamenti del paziente.

Attualmente c'è grande interesse nel valutare gli effetti delle iniziative didattiche sui risultati delle terapie. La ricerca sulla "competenza culturale" è ancora a uno stadio iniziale e i tentativi per determinarne gli effetti sulle terapie sono in corso.

Posto che una efficace comunicazione tra paziente e medico ha dei risultati positivi sulla terapia, l'aggiornamento sulla "competenza culturale" dovrebbe avere un effetto positivo sugli indicatori clinici. Per ora tuttavia vale la pena di concentrarsi sui processi, come abbiamo fatto con altre iniziative didattiche proposte per venire incontro ai nuovi bisogni della professione medica.

La "competenza culturale" non è la panacea che da sola migliorerà i risultati clinici ed eliminerà le disparità ma rappresenta un insieme di capacità necessarie per tutti gli operatori sanitari che vogliono somministrare cure di alta qualità a tutti i pazienti. Se accettiamo questa premessa, vedremo che la "competenza culturale" non è un movimento marginale, ma rappresenta la via principale per le cure di alto livello.

Il rapporto infermiere assistito

L'infermiere è stato identificato come figura fondamentale nel percorso terapeutico centrato sulla salute dei rifugiati e richiedenti d'asilo, soprattutto sulla salute mentale, in quanto interviene sull'accoglienza e sul supporto relazionale.

È importante instaurare un clima di fiducia e sicurezza già dal primo incontro, è importante quindi informarlo sul percorso terapeutico previsto, gli interventi e obiettivi e comprendere le sue aspettative. Vengono presentati gli operatori coinvolti e l'organizzazione del servizio, viene informato del diritto di essere curato gratuitamente, nel rispetto della privacy e del segreto professionale, elementi fondamentali che favoriscono la fiducia nel personale coinvolto nel processo di cura.

È necessario informare le persone, molto spesso vittime con disturbo post traumatico, che sono libere di rispondere alle domande, di chiedere spiegazioni o abbandonare il colloquio, essere totalmente liberi, permette alla persona di sentirsi a suo agio e di acquisire maggior fiducia nei confronti dei professionisti.

È fondamentale imparare ad ascoltare quello che la persona che abbiamo di fronte a noi narra della propria vita, lasciando spazio alle sue parole e dandone un senso, dimostrando la voglia e l'autenticità di interpretare ciò che trasmette con le parole e alla ricerca di ciò che non viene espresso. Il dialogo e la condivisione sono di fondamentale importanza nella costruzione di un percorso terapeutico mirato al ritrovamento del benessere interiore della persona di cui ci prendiamo cura. L'ascolto non riguarda solo ciò che l'altro dice o pensa, ma necessita anche la considerazione di ciò che non viene espresso. Essere ascoltato e ascoltare, arricchisce l'assistenza, creando un legame di fiducia e alleanza. In ambito ospedaliero spesso il tempo per un processo così delicato e impegnativo non è disponibile.

Colasanti e Geraci, due medici che sono stati tra i pionieri dello studio della relazione operatore sanitario-paziente in ambito transculturale, hanno identificato cinque possibili livelli di incomprensione che è utile conoscere per riuscire a superarli e rendere migliore la comunicazione e l'assistenza:

- 1. Prelinguistico: si riferisce alla difficoltà ad esprimere le proprie sensazioni interiori. A volte gli assistiti non sono consapevoli di alcuni loro vissuti e non possono quindi verbalizzarli. Più spesso si autocensurano, ritenendo che quanto pensano, riguardo ad esempio alla propria malattia, o alle proprie origini, non sia rilevante, non possa essere compreso o accettato. In ambito transculturale la

difficoltà può essere ancora maggiore perché l'approccio con la propria interiorità può essere diverso.

- 2. Linguistico: è quello della difficoltà più immediata e ovvia, quando gli interlocutori non parlano la stessa lingua; è un livello di incomprensione che va riducendosi nel tempo, man mano che gli immigrati in grado di esprimersi in italiano diventano sempre più numerosi. Un'altra difficoltà è anche quella della semantica delle singole parole che può portare a fraintendimenti e che si può superare sottoponendo a continua verifica i dati che si sono raccolti discutendone col paziente (ad esempio durante una anamnesi, quando il medico deve formulare una diagnosi, comprendere male un significato può portare a inficiare la formulazione di una diagnosi corretta). Per ovviare alle difficoltà linguistiche si può fare ricorso ai mediatori culturali. I traduttori occasionali sono senza dubbio una possibilità eppure possono portare facilmente ad un'interpretazione scorretta del messaggio. Se si usa, infatti, un figlio piccolo, un coniuge, un parente della persona che si deve aiutare, il messaggio potrebbe essere modificato dalla persona che traduce anche inconsapevolmente, oppure perché il punto di vista di questa persona non coincide con nostro o col suo parente per cui potrebbe attuare delle censure nel messaggio che noi non saremmo in grado di cogliere; oppure potrebbero essere forniti dati anamnestici non corretti per cercare di difendere la persona o perché si pensa che le cose dette potrebbero nuocere all'immagine della famiglia o della persona. In breve, queste persone andrebbero utilizzate solo in casi eccezionali e quando non c'è la possibilità di poter avere aiuto da parte di qualcuno più qualificato.
- 3. Metalinguistico: è il livello simbolico di una lingua, uno spazio mentale denso di significati astratti e spesso incomprensibili per chi non appartiene alla stessa cultura. Va oltre al significato semantico delle parole, rappresenta un puzzle fatto da piccoli tasselli, ad ognuno dei quali è attribuito un significato che appartiene all'universo culturale dell'individuo ma anche alla sua vita personale, alle sue esperienze, ai suoi valori. I significati attribuiti ad una particolare malattia possono comprendere anche stati d'animo ed emozioni vissuti in occasioni di esperienze personali con quella malattia, oppure una persona può associare ad una diagnosi un valore diverso a seconda di ciò che quella patologia può rappresentare nel paese di origine. Ad esempio, basta pensare al significato che diamo noi alla parola cancro, vale a dire qualcosa di terribile, d'inguaribile, sinonimo spesso di morte e sofferenza. Lo stesso significato era attribuito tempi addietro a malattie (come la

tubercolosi) che oggi difficilmente ci impauriscono nello stesso modo. In un paese dove si muore di malaria, la parola cancro potrebbe anche essere poco conosciuta ed evocare sentimenti diversi, ma la parola diarrea potrebbe portare con sé gli stessi riferimenti che noi associamo alla parola cancro. È quindi assai importante non dare per scontati significati di nessun genere perché potrebbero al contrario avere ripercussioni profonde nello stato d'animo e nei comportamenti della persona che stiamo cercando di aiutare.

- 4. Culturale: inteso come il livello in cui si esprime quella sorta di modello attuativo con cui una persona cerca di definire la sua identità e che deriva dalle varie informazioni che sono assorbite dall'individuo fin da quando è bambino, in gran parte in modo inconsapevole, dall'ambiente in cui vive, del quale fanno parte le relazioni familiari e le norme che le guidano, le norme sociali del paese in cui si vive, i riferimenti religiosi, storici e mitologici del luogo in cui si cresce: tutti fattori che contribuiscono a formare l'identità della persona e che inevitabilmente entrano in gioco in un contesto transculturale. Il superamento del livello di incomprendimento culturale non avviene però solo conoscendo bene la cultura di appartenenza dell'altro perché la cultura di una persona non è qualcosa di statico, di imm modificabile ma è qualcosa in continua evoluzione, che inevitabilmente si modifica nel momento in cui si entra in un sistema culturale differente dal proprio. Occorre piuttosto entrare in quello spazio intermedio costituito da ciò che avviene nel processo dinamico di transculturazione. Gli immigrati che vivono stabilmente in Italia spesso hanno un doppio sistema culturale di riferimento, quello del proprio paese e quello del paese di arrivo, quindi occorre comprendere come l'integrazione psicologica di due culture comporta una continua lotta intrapsichica per riequilibrare coerentemente le componenti contrastanti.
- 5. Metaculturale: si riferisce a quegli aspetti culturali che sono maggiormente consapevoli in quanto sono resi visibili attraverso delle pratiche e possono venire più facilmente negoziati, come ad esempio i precetti del Ramadan per i musulmani, le prescrizioni dietetiche di alcune religioni, le limitazioni alle trasfusioni di sangue per i Testimoni di Geova. Gli stranieri possono suscitare negli infermieri paure ingiustificate perché ciò che non si conosce può spaventare e questo può sfociare nel rifiuto, nel pregiudizio e nell'etnocentrismo professionale (imposizione dei propri valori ed abitudini professionali, ritenute superiori).

La transculturalità è la capacità di oltrepassare, in entrambe le direzioni, i confini delle singole culture, non solo per comprenderle e riconoscerle, ma per garantirne la

sopravvivenza che scaturisce dal rispetto reciproco, a discapito delle differenze. L'infermieristica transculturale è stata definita come un'area formale di studio e di esercizio professionale che si occupa del confronto delle differenze e delle affinità esistenti tra le credenze i valori e gli stili di vita delle culture nell'ambito dell'assistenza al fine di offrire un'assistenza sanitaria culturalmente congruente utile e valida.

I bisogni primari della popolazione immigrata

Il grande afflusso di rifugiati e migranti verso i paesi del continente europeo, richiede una risposta urgente ai bisogni di salute delle persone. Adeguati standard di cura per i rifugiati e i migranti in Europa non sono importanti solo per la salute della popolazione, ma sono fondamentali per la protezione e la promozione dei loro diritti umani, così come quelli delle comunità di accoglienza.

A dispetto di una percezione comune che vi è un'associazione tra migrazione e l'importazione di malattie infettive, non vi è alcuna associazione sistematica. Oltre l'80% delle persone immigrate in Italia che si rivolgono alle strutture sanitarie, si è ammalato in Italia. E nella maggior parte dei casi si tratta di patologie ortopediche dovute a infortuni sul lavoro, infezioni banali o ancora di malattie legate alla migrazione, come stress e depressione. A evidenziarlo è Roberto Cauda, direttore dell'istituto di clinica delle malattie infettive del policlinico Gemelli di Roma, intervenendo al convegno "Patologie emergenti e riemergenti-globalizzazione, migrazione, salute e vaccini". Esiste una vera e propria sindrome detta di "Salgari"- ha sottolineato l'esperto – che spinge l'operatore sanitario che ha di fronte un paziente straniero a lasciarsi affascinare dall'esotico, andando alla ricerca di patologie infettive tropicali mai viste prima. Chiaramente molti immigrati provengono da zone con alta incidenza di alcune malattie infettive, basti pensare alla malaria, tubercolosi o HIV. Non bisogna però dimenticare che la popolazione di migranti, coloro che decidono di partire per andare a cercare fortuna, è la popolazione sana, giovane, in grado di lavorare. Molte volte le malattie infettive, se presenti in questa popolazione, sono croniche, asintomatiche e tornano attive in condizioni di stress e immunodepressione dopo l'arrivo nel nuovo paese - termina l'esperto.

Le malattie trasmissibili sono principalmente associate alla povertà, rifugiati e migranti sono esposti principalmente alle malattie infettive che sono comuni in Europa, indipendentemente dalla migrazione. Il rischio che gli agenti infettivi esotici, come il virus Ebola o Medio coronavirus respiratorio oriente (MERS-CoV), saranno importati in Europa è estremamente basso, e l'esperienza ha dimostrato che quando si verifica, colpisce i viaggiatori abituali, turisti o il personale sanitario piuttosto che rifugiati o migranti. Dunque dovremmo mirare a garantire che ogni persona in movimento abbia pieno accesso a un ambiente ospitale e, quando necessario, alle cure sanitarie di elevata qualità, senza discriminazione sulla base di sesso, età, religione, nazionalità o razza.

Questo è anche il modo più sicuro per garantire che la popolazione residente non sia inutilmente esposta ad agenti infettivi importanti.

L'OMS sostiene le politiche che forniscono servizi di assistenza sanitaria per migranti e rifugiati, a prescindere dal loro status giuridico. I rifugiati e gli immigrati non sono un gruppo omogeneo, e dobbiamo garantire che i sistemi di assistenza sappiano rispondere alle loro diverse esigenze. Questo è particolarmente rilevante per i rifugiati e gli immigrati che sono esposti alla violenza, compresa la violenza di genere, la violenza sessuale e la prostituzione forzata.

Inoltre è importante per la salute sessuale-riproduttiva, la madre e la salute dei bambini, il diabete, le malattie cardiovascolari, la salute mentale, cure d'emergenza e la protezione contro le malattie prevedibili da vaccino. Una buona risposta alle sfide di persone in movimento richiede la preparazione dei sistemi sanitari e della capacità, compresi dati epidemiologici, un'attenta pianificazione, formazione e soprattutto, il rispetto dei principi di equità e di solidarietà e ai diritti umani e la dignità.

È importante e fondamentale intervenire non solo sulla salute ma anche su:

istruzione, occupazione, sicurezza sociale e abitativa. Sono settori che hanno un notevole impatto sulla salute dei rifugiati e migranti.

Capitolo 5

Problema

L'incontro tra operatori sanitari e utenti stranieri comporta un cambiamento reciproco nei comportamenti e negli atteggiamenti, spesso condizionati da stereotipi, diffidenza ed etnocentrismo in risposta alla "diversità". Dalla letteratura e dall'analisi della situazione nazionale attuale, emerge la necessità di far fronte a eventuali nuovi bisogni di salute ma soprattutto differenti modi di concepire e affrontare la salute e la malattia.

Obiettivo

L'obiettivo principale è mirato alla corretta valutazione dei bisogni della persona in relazione al modello culturale di appartenenza analizzando l'eterogeneità delle differenze di salute tra immigrati e nativi in base alla ragione dell'immigrazione. Ricercare i più efficaci standard di comportamento che possano guidare gli infermieri al fine di non commettere i principali errori nel trattamento di pazienti culturalmente differenti, e la valutazione dell'efficacia del nursing transculturale approcciata a pratiche ritualistiche e modelli comportamentali di determinati gruppi umani particolari (l'infibulazione).

Materiali e metodi

La ricerca bibliografica si è concentrata sulla lettura critica di articoli inerenti l'immigrazione e la cultura, e sull'analisi di dati e statistiche ufficiali. Attraverso l'analisi di studi ufficiali ricercati tramite vari motori di ricerca e siti tra cui Pubmed e Cochrane Library, svolti sulla popolazione immigrata in vari paesi d'Europa e nord America è stato possibile valutare l'efficacia dell'approccio transculturale e la competenza culturale, arrivando ad evidenziare quali sono i bisogni di coloro che trovandosi in un determinato territorio vengono classificati come stranieri o culturalmente differenti. Inoltre tramite la ricerca del Dr. Andrea tranquilli sulle MGF dell'Università politecnica delle Marche, è stato possibile analizzare nel dettaglio il fenomeno dell'infibulazione e redigere un piano educativo volto a sensibilizzare e informare la popolazione su tale argomento, e riduzione del suddetto fenomeno.

Risultati

I bisogni della popolazione immigrata sono molteplici e al proprio interno contengono delle piccole peculiarità che si differenziano da cultura a cultura, e non si soffermano al solo bisogno di salute (quest'ultima è influenzata da diversi fattori e vista in modo differente da cultura a cultura), perciò è di fondamentale importanza un approccio multidisciplinare, volto al corretto supporto di coloro che arrivano in Italia da paesi esteri, e di coloro che già risiedono da tempo in Italia, appartenenti a differenti culture. Ciò che accomuna tutti è la necessità di salute, istruzione, occupazione, sicurezza sociale e abitativa, ma ciò non toglie la necessità delle pari opportunità e il bisogno di rispetto, verso la propria identità e cultura. Come si è potuto osservare, per quanto riguarda l'assistenza, l'approccio transculturale indica un percorso di consapevolezza culturale (ovvero il raggiungimento della coscienza culturale) utile ed efficace per analizzare e comprendere le differenze culturali di cui il paziente è portatore, avere una visione olistica e attuare un'assistenza efficace. La competenza culturale, nei ultimi anni, grazie ai flussi migratori e mutamenti che di recente stiamo subendo, è divenuto di fondamentale importanza per poter erogare un'assistenza di alta qualità, ed una importante "skill" che tutti gli operatori sanitari dovrebbero avere nel proprio bagaglio conoscitivo.



IL DIRITTO DI ESSERE DONNA

PROGETTO EDUCATIVO DI SENSIBILIZZAZIONE CONTRO LE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI

Il progetto prevede una strategia integrata di sensibilizzazione territoriale e l'empowerment delle comunità a rischio, la formazione degli operatori coinvolti e campagne di comunicazione per le comunità target e per il pubblico più ampio e elaborazione di un modello di intervento multidisciplinare.

Autore:
Rubio Jaime David

Introduzione

Le ‘mutilazioni genitali femminili’ (MGF) sono tutte le pratiche che portano alla rimozione parziale o totale o ad altri danni dei genitali esterni femminili compiuti sulla base di motivazioni culturali o altre motivazioni non terapeutiche. Sono una violazione dei diritti umani a livello globale che comporta gravi conseguenze fisiche e psicologiche ed effetti negativi sui processi di sviluppo che compromettono le capacità delle ragazze di autodeterminarsi.

Nel mondo, 200 milioni di donne e bambine hanno subito FGM, tra le vittime, 44 milioni sono bambine fino a 14 anni. Circa 3,9 milioni di ragazze sono a rischio ogni anno, in questo 2021 quattro milioni 160mila ragazze sono a rischio di subire la stessa sorte.

Secondo Actionaid, sarebbero tra 61.000 e 80.000 le donne presenti in Italia sottoposte durante l’infanzia alla mutilazione dei genitali.

Per contrastare le mutilazioni genitali femminili solo la legge non basta

Sebbene la MGF sia illegale nella UE, e alcuni stati membri la perseguono anche quando viene eseguita fuori dal paese, si stima che circa 600 mila donne che vivono in Europa siano state vittime di questa pratica, e che altre 180 mila siano a rischio in tredici paesi europei.

La pratica è stata condannata da numerose risoluzioni dell’Onu, dall’Unione Europea e dell’Unione Africana; tra i paesi africani in cui le mutilazioni genitali femminili sono diffuse, solo cinque non hanno ancora approvato una legge che le consideri reato: Liberia, Sierra Leone, Somalia, Ciad e Mali.

Inoltre la MGF è un fenomeno che continua a ripetersi, gestita nel segreto delle comunità anche nei paesi in cui è presente un’apposita normativa che ne vieti l’esecuzione.

L'impatto del Covid

La chiusura delle scuole ha favorito l'aumento della segretezza della pratica delle MGF, poiché i meccanismi di protezione per donne e ragazze si sono interrotti. Ad esempio, sono stati segnalati più casi in Sudan e in Kenya, un'analisi delle MGF ha riportato un aumento del 121% in 9 contee nel 2020 rispetto al 2019. Stime recenti suggeriscono che l'impatto della pandemia potrebbe portare a due milioni di casi aggiuntivi di mutilazioni genitali femminili entro il 2030. Ciò si aggiunge ai 68 milioni di donne e ragazze che le Nazioni Unite avevano già previsto sarebbero a rischio.

ANALISI DEL CONTESTO

Con l'aumento dei flussi migratori, l'Italia è arrivata ad essere un vero e proprio nucleo multiculturale. L'aumento delle differenze culturali ha definito la necessità di mettere in atto nuove strategie di assistenza, del prendersi cura, e di educazione. Queste strategie devono essere messe in atto nel rispetto della dignità, dei diritti, e della cultura del prossimo.

Essendo nei ultimi anni l'Italia divenuta meta di sbarco per migliaia di migranti, i professionisti della salute, devono essere pronti ad affrontare ogni tipologia di cultura racchiudente al proprio interno credenze, riti, visione del mondo, usi e costumi, che si differenziano da quella a cui si appartiene e che fanno sì che si creino casistiche ad alta complessità.

OBBIETTIVO DEL PROGETTO

L'iniziativa mira a informare e sensibilizzare sul tema delle mutilazioni genitali, per far comprendere le conseguenze di questa pratica, in particolare sulla salute materna e infantile.

- favorire l'integrazione sociale di donne e minori vittime o potenziali vittime di pratiche di mutilazioni genitali femminili.
- realizzazione di corsi di formazione e aggiornamento specifici mirati a operatori sanitari, coloro che operano su questo tema o in ambiti connessi, per la facilitazione delle relazioni tra le istituzioni e la popolazione migrante.
- creazione di maggiore conoscenza e consapevolezza sul fenomeno
- ridurre significativamente l'impatto di tale fenomeno

FASI DEL PROGETTO

Il progetto è costituito da 5 fasi

- Prima fase: corsi di formazione e aggiornamento sul tema delle mutilazioni genitali femminili e l'acquisizione della competenza culturale.
- Seconda fase: Incontri con le vittime e le popolazioni a rischio, mirati alla sensibilizzazione e all'empowerment.
- Terza fase: Predisposizione di una strategia volta a favorire l'integrazione sociale di donne e minori vittime o potenziali vittime di pratiche di mutilazioni genitali femminili.
- Quarta fase: Informazione e sensibilizzazione della popolazione tramite attività pubblicitarie e opuscoli informativi.
- Quinta fase: Valutazione dei risultati

DESTINATARI

- Prima fase: Infermieri, operatori sanitari dei consultori, medici di base, ginecologi, ostetriche, psicologi, pediatri, mediatori, operatori delle forze dell'ordine, operatori legali, operatori dei centri di accoglienza, insegnanti.
- Seconda e Terza fase: Appartenenti alle comunità migranti coinvolte, vittime e potenziali vittime.
- Quarta fase: Intera popolazione regionale

RISORSE NECESSARIE

Risorse economiche e strumentali: Predisposizione di un budget, fornitura materiale di consumo (schede, opuscoli informativi).

Risorse logistiche: Si utilizzano le strutture esistenti, sono richieste strutture comunali per gli incontri, auditorium, teatri e gallerie d'arte messi a disposizione dalla provincia.

Risorse umane: Sono coinvolti tutti gli infermieri e i medici che in seguito alle attività formative avranno acquisito capacità per poter istruire la popolazione a rischio, le attività formative saranno guidate da specialisti delle MGF e rappresentanti dell'OMS. In seguito alla formazione gli operatori dei servizi fanno i promotori delle fasi successive, occupandosi degli incontri con le comunità straniere.

STAKEHOLDER

Formazione iniziale dei operatori sanitari strutturata, a livello di coordinamento regionale, attraverso 4 seminari.

Attività formativa rivolta agli operatori dei servizi (mediatori interculturali - assistenti sociali - operatori sociali - operatori di comunità - operatori che si occupano di pari opportunità - educatori - pedagogisti - insegnanti di ogni ordine e grado - rappresentanti e volontari dell'associazionismo - avvocati - amministratori locali) realizzata dai capoluoghi di provincia, attraverso 4 seminari.

Per mezzo di collaborazione tra i comuni capoluogo, enti locali e comunità di immigrati saranno realizzati incontri con le comunità straniere per entrare in contatto con le stesse, percorsi di accompagnamento e ascolto delle donne, per entrare in contatto con le donne straniere e giungere ad affrontare il tema, eventi di sensibilizzazione e promozione dell'inclusione sociale.

Saranno realizzati opuscoli informativi rilasciati alla popolazione per mezzo di scuole di ogni grado, farmacie e consultori.

Piano operativo: prima fase (prima parte)

In collaborazione con l'azienda sanitaria regionale, verranno realizzati 4 incontri di formazione del personale sanitario in ogni capoluogo di provincia

FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO

Primo incontro:

- Formazione finalizzata a fornire le conoscenze fondamentali sul fenomeno. Verrà offerto ai partecipanti un quadro conoscitivo sulle MGF completo. Verranno coinvolti esperti in grado di fornire le nozioni di base su tutti gli aspetti che compongono il fenomeno delle MGF: antropologici e culturali, sociali, sanitari, giuridici, psicologici, elementi di sfondo e contesto come quelli connessi ai processi migratori globali.

Secondo incontro:

- Approfondimento degli aspetti più antropologici delle MGF. Approfondimento degli aspetti collegati alla rappresentazione sociale e culturale del corpo, alla costruzione dell'identità e del genere attraverso il corpo, ritenuti necessari alla formazione di un corretto e consapevole approccio da parte dell'operatore sociale di fronte alla pratica.

Terzo incontro:

- Preparazione sulla base dell'approccio transculturale. Formazione sulla competenza culturale (acquisizione di un insieme di capacità, al fin di erogare assistenza di alta qualità).

Quarto incontro:

- Incontro con le vittime delle MGF. Erogazione del questionario di valutazione.

L'IMPORTANZA DELL'APPROCCIO TRANSCULTURALE

L'approccio transculturale permette di erogare assistenza nel pieno rispetto dei diritti e della cultura della persona. È di fondamentale importanza per poter erogare assistenza incentrata sullo straniero o sulla persona culturalmente differente. L'acquisizione della competenza culturale permette di non cadere nelle forme negative della stereotipizzazione e non commettere errori incentrati sulla generalizzazione ed etnocentrismo, che fan sì che si crei una barriera tra l'assistito e l'operatore, ostacolando l'intero processo di assistenza.

Piano operativo: prima fase (seconda parte)

Collaborazione con il capoluogo e i comuni della provincia alla realizzazione di 4 incontri di formazione.

FORMAZIONE DEI OPERATORI DEI SERVIZI

Primo incontro:

- Formazione finalizzata a fornire le conoscenze fondamentali sul fenomeno. Verrà offerto ai partecipanti un quadro conoscitivo sulle MGF completo. Verranno coinvolti esperti in grado di fornire le nozioni di base su tutti gli aspetti che compongono il fenomeno delle MGF: antropologici e culturali, sociali, sanitari, giuridici, psicologici, elementi di sfondo e contesto come quelli connessi ai processi migratori globali.

Secondo incontro:

- Approfondimento degli aspetti più antropologici delle MGF. Approfondimento degli aspetti collegati alla rappresentazione sociale e culturale del corpo, alla costruzione dell'identità e del genere attraverso il corpo, ritenuti necessari alla formazione di un corretto e consapevole approccio da parte dell'operatore sociale di fronte alla pratica.

Terzo incontro:

- Preparazione sulla base dell'approccio transculturale. Formazione sulla competenza culturale (acquisizione di un insieme di capacità, al fine di erogare assistenza di alta qualità).

Quarto incontro:

- Incontro con le vittime delle MGF e della popolazione a rischio. Erogazione del questionario di valutazione.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE

Entrambi i questionari valutano:

- L'indice di gradimento
- L'efficacia dell'attività formativa
- Livello di sensibilizzazione
- Competenze acquisite

Piano operativo: seconda fase

Incontri con le vittime e le popolazioni a rischio, mirati alla sensibilizzazione e all'empowerment. Incontro tra la popolazione immigrata, specialisti sulle MGF e operatori dei servizi (mediatori interculturali - assistenti sociali - operatori sociali - operatori di comunità - psicologi - amministratori locali)

INCONTRI CON LE COMUNITÀ STRANIERE

- Incontro preliminare: incontro di presentazione tra la comunità e i responsabili, ed erogazione di un primo questionario di valutazione della conoscenza del fenomeno.
- Corso introduttivo sulle MGF,
- Approfondimento sui rischi e le complicità delle MGF
- Seminario di valorizzazione della figura e dei diritti della donna
- Seminario per l'elaborazione di strategie per contrastare e abbandonare pratiche nocive
- Guida per il supporto psicologico delle donne e delle bambine tramite psicologi e sportelli di ascolto
- Condivisione di eventi e percorsi di supporto delle donne e delle bambine.
- Erogazione del questionario finale.

RISULTATI ATTESI

Dagli iniziali incontri con la comunità straniera ne dovrà risultare un aumento della partecipazione sociale e un'iniziale miglioramento dell'inclusione sociale.

In seguito all'erogazione del questionario finale, dovrà risultare:

- Una migliore conoscenza del fenomeno, dei rischi e delle complicità
- Miglior conoscenza della legislatura italiana ed europea in riferimento alla violazione dei diritti della persona
- Miglior autostima e senso di sicurezza per donne e bambine
- Evidente desiderio all'abbandono di pratiche nocive e al contrasto con le stesse
- Conoscenza delle modalità di supporto psicologico
- Partecipazione ai successivi eventi

Piano operativo: terza fase

In questa fase, l'incontro tra i rappresentanti delle comunità straniere e i rappresentanti comunali permetterà l'organizzazione di eventi culturali e percorsi volti a favorire l'inclusione sociale.

Tramite sollecitazione e coordinazione del capoluogo di regione, i rappresentanti comunali dovranno organizzare incontri con i rappresentanti delle comunità straniera, al fine di trattare i seguenti argomenti:

GRUPPI DI RECUPERO PER LE VITTIME

Organizzazione di centri di recupero in cui le donne potranno parlare apertamente, esponendo le proprie paure, preoccupazioni, sentirsi comprese e rispettate. Raccontare i propri trascorsi, ed essere supportate psicologicamente.

EVENTI CULTURALI

Organizzazione di eventi culturali che mettano in relazione la comunità extracomunitaria con quella comunitaria, favorendo la conoscenza delle differenti culture.

SUPPORTO AI BAMBINI

Organizzazione di attività di assistenza alle bambine in famiglie a rischio, istruire sul fenomeno delle MGF partendo dalle scuole di formazione.

Piano operativo: quarta fase

Informazione e sensibilizzazione della popolazione tramite attività pubblicitarie e opuscoli informativi.

Piano operativo: quinta fase

MATERIALE INFORMATIVO

Per rispondere ai bisogni, è necessario preparare opuscoli che parlino delle MGF. Gli opuscoli devono essere scritti con un linguaggio semplice, caratteri grandi e saranno illustrati con immagini di immediata interpretazione, in modo da poter essere facilmente letti da parte di persone non competenti sull'argomento. Sarà indicato, inoltre, a chi rivolgersi in caso di necessità (es. di opuscolo vedi pag.79).

Gli opuscoli saranno consegnati alle scuole, rilasciati dai consultori, dai medici di famiglia e dalle farmacie.

Valutazione:



La valutazione finale prenderà in considerazione i vari questionari precedentemente somministrati come riferimento, inoltre prevede la somministrazione di un ultimo questionario a distanza di tempo (1anno). Gli operatori sanitari e gli operatori di servizio che anno partecipato ai corsi di formazione, verranno contattati, e potranno accedere online al sito dell'organizzazione per poter effettuare il questionario. Le donne vittime di MGF e quelle a rischio, che avranno continuato a frequentare i seminari, gli eventi e i progetti delle organizzazioni, saranno contattate e sottoposte al questionario di persona. Alcuni dei punti che il questionario indagherà sono:

l'acquisizione delle competenze culturali, l'efficienza, qualità dell'amministrazione e della gestione, utilità dei percorsi di supporto per donne e bambine, la comprensione del problema, soddisfazione generale.

Conclusioni

Il percorso di consapevolezza culturale è un obiettivo verso cui i professionisti della salute devono puntare, per poter essere pronti in ogni momento ad affrontare ogni tipologia di casistica ed erogare prestazioni di alta qualità, come abbiamo potuto osservare da vari studi, i professionisti in possesso di competenza culturale ottengono risultati più alti in termini di qualità assistenziale rispetto a coloro che non hanno questa “skill” nel proprio bagaglio conoscitivo. La competenza culturale è di fondamentale importanza quando si trattano pazienti culturalmente differenti, attraverso di essa è possibile arrivare alla valutazione dei bisogni dell’assistito in modo corretto e semplice, e permettere all’assistito di essere tranquillo durante le fasi dell’assistenza, ma soprattutto di essere soddisfatto delle prestazioni erogate. Il progetto presentato, è un modello di intervento contro le MGF, ma può essere utilizzato contro qualsiasi complicanza relativa alle differenze culturali a livello regionale e nazionale. Permette non solo di sensibilizzare la popolazione su tale fenomeno, ma permette anche una corretta formazione degli operatori che saranno in contatto con le vittime e le popolazioni a rischio. Permette inoltre di promuovere l’inclusione sociale, favorendo in tal modo la riduzione di alcuni fattori di rischio, in quanto le persone appartenenti alle minoranze si sentiranno incluse nella comunità, conoscendo bene come poter accedere a determinati servizi e progetti a loro dedicati.

Bibliografia

Balocco Paola (2018) “L’incontro con l’altro, il “diverso”: stereotipi, pregiudizi e discriminazione”. <https://www.paolabalocco.com/2018/09/18/lincontro-con-laltro-il-diverso-stereotipi-pregiudizi-e-discriminazione/>

Bertini Laura e Massardi Enrica (2019) “Cultura e salute: la differenza nel prendersi cura” Il tempo nella cura dei migranti: necessità e limiti, rMH 37.

Camera dei deputati servizio studi (29 ottobre 2020) “Diritto di asilo e accoglienza dei migranti sul territorio” <https://www.camera.it/leg18/1www.interno.gov.it>

Caroppo Emanuele, Del Basso Giuseppina, Brogna Patrizia (2014) “Trauma e vulnerabilità nei migranti richiedenti protezione internazionale” REMHU rivista interdisciplinaria de mobilidade humana.

Centro studi e ricerche Idos (Roma), Confronti (2019) “Dossier statistico immigrazione 2019, edizione 29, IDOS Centro Studi e Ricerche

Helin Tektas (2019) “La relazione tra infermiere e migrante con disturbo post traumatico da stress e l’aderenza terapeutica” Bachelor thesis, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI)

Horvat Lidia, Horey Dell, Romios Panaviota, Kis-Rigo John (2014) “Cultural competence education for health professionals” Cochrane Database Syst Rev. 2014 May 5

Khullar Dhruv (2017) “How Prejudice Can Harm Your Health” The New York Times. <https://www.nytimes.com/2017/06/08/upshot/how-prejudice-can-harm-your-health.html>

La repubblica (2021) “Mutilazioni genitali femminili, la pratica brutale che distrugge l’esistenza di milioni di ragazze nel mondo”. https://www.repubblica.it/solidarieta/diritti-umani/2021/02/06/news/mutilazioni_genitali_femminili_la_pratica_brutale_che_distrugge_l_esistenza_di_milioni_di_ragazze_nel_mondo-

Vuji Vanessa (2021) “Il Covid favorisce la MGF: più azioni decisive per proteggere le ragazze”. <https://www.lavocedineويورك.com/onu/2021/02/06/il-covid-favorisce-la-mgf-piu-azioni-decisive-per-proteggere-le-ragazze/>

Le ‘mutilazioni genitali femminili’ (MGF) sono tutte le pratiche che portano alla rimozione parziale o totale o ad altri danni dei genitali esterni femminili compiuti sulla base di motivazioni culturali o altre motivazioni non terapeutiche. Sono una violazione dei diritti umani a livello globale che comporta gravi conseguenze fisiche e psicologiche ed effetti negativi sui processi di sviluppo che compromettono le capacità delle ragazze di autodeterminarsi.

Sebbene la MGF sia illegale nella UE, e alcuni stati membri la perseguono anche quando viene eseguita fuori dal paese, si stima che circa 600mila donne che vivono in Europa siano state vittime di questa pratica, e che altre 180mila siano a rischio in tredici paesi europei.

La pratica è stata condannata da numerose risoluzioni dell’Onu, dall’Unione Europea e dell’Unione Africana; tra i paesi africani in cui le mutilazioni genitali femminili sono diffuse, solo cinque non hanno ancora approvato una legge che le consideri reato: Liberia, Sierra Leone, Somalia, Ciad e Mali.

Le principali complicanze delle MGF comprendono:

Conseguenze immediate

- Shock
- Emorragia
- Infezioni
- Ritenzione urinaria

Conseguenze a lungo termine

- Incontinenza
- Fistole
- Disfunzioni sessuali e problemi psicologici

