



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**Nursing transculturale.  
Gestione del paziente straniero e  
strategie per il superamento della  
barriera linguistica.**

Relatore:  
Dott.ssa Silvia Giacomelli

Tesi di Laurea di:  
Loveleen Singh

A.A. 2020/2021

*A voi,*

*che avete sempre creduto in me.*

*“Parlare una lingua è portare il peso di una cultura”*

*Cit. Maurice Merleau-Ponty*

*“Una lingua diversa è una diversa visione della vita”*

*Cit. Federico Fellini*

## ABSTRACT

---

### Background

Il costante aumento dei fenomeni migratori richiede a livello mondiale che ogni paese modifichi i propri costrutti sociali per permettere l'integrazione della popolazione migrante. Tale cambiamento deve avvenire in tutti i contesti, per cui anche in ambito sanitario, sia a livello sanitario che formativo. Proprio per questo, è necessaria un'evoluzione dell'assistenza infermieristica in modo da permettere l'erogazione di un'assistenza culturalmente congruente e competente.

A tal fine, l'elaborato si concentra sulla letteratura alla base della nascita del nursing transculturale, sulle criticità che porta la gestione del paziente straniero e sul giusto modo di affrontare tali ostacoli, anche attraverso un'analisi dei comportamenti e delle opinioni del personale infermieristico.

### Obiettivi

Gli obiettivi dello studio sono: evidenziare le conoscenze che permettano l'erogazione di questo nuovo tipo di assistenza, valutare le percezioni degli infermieri, sottolineare le criticità del processo di cura, analizzare le strategie per il superamento della barriera linguistica e proporre soluzioni per il miglioramento della pratica infermieristica.

### Materiali e metodi

La ricerca bibliografica è stata effettuata mediante consultazione di testi, web e banche dati scientifiche, ovvero PubMed e Mendeley, attraverso la selezione di parole chiave per la costruzione di stringhe di ricerca. I risultati ottenuti sono poi stati selezionati in base ai seguenti criteri:

- Pertinenza di titolo, abstract e contenuto in merito all'argomento trattato;
- Lingua inglese o italiana dell'articolo;
- Accessibilità al *full-text*.

L'indagine osservativa è stata svolta mediante somministrazione di due questionari ad infermieri che svolgono la propria professione in Italia o in Regno Unito, i due sondaggi sono identici nel contenuto ma differenti in merito alla lingua. I risultati sono poi stati

elaborati per ottenere un confronto tra opinioni del personale infermieristico e letteratura di riferimento.

I requisiti per cui le risposte sono state accettate sono stati due: possedere la qualifica di infermiere e lavorare in Italia o Regno Unito.

### **Risultati**

Sono state raccolte 70 risposte, di cui 55 dalla versione italiana del questionario e 15 dalla versione inglese. Di queste, 5 risposte sono state escluse dall'analisi dei risultati, in quanto non rispettavano i requisiti.

### **Conclusione**

Dalla rielaborazione dei dati, è emerso che l'assistenza infermieristica culturalmente congruente e competente presenta varie lacune. Vi è innanzitutto una limitata bibliografia riguardo l'argomento e spesso contrastante, inoltre la disciplina è scarsamente implementata in ambito formativo. Per quanto concerne le strategie per il superamento delle barriere, esse non vengono pienamente e correttamente utilizzate, per vari motivi.

È evidente, quindi, che sia in ambito formativo che lavorativo, sia necessario un intervento ristrutturativo che fornisca maggiori indicazioni al fine dell'erogazione della giusta assistenza.

### **Parole chiave**

Nursing transculturale, infermieristica transculturale, gestione infermieristica, gestione, paziente straniero, barriere, barriera linguistica, barriera culturale, barriera relazionale, superamento barriere, competenza culturale, assistenza culturalmente competente e congruente.

## **ABSTRACT**

---

### **Background**

The constant steady growth of the migration phenomenon worldwide requires that every country changes their own social constructs and systems to allow a better integration of the migrant population. Such change must take place in all social structures, therefore also in the health system and in the nursing educational system. Precisely for this reason, an evolution of nursing care is necessary to allow the provision of culturally congruent and competent assistance.

For this purpose, this study focuses the attention on the literature that allowed the birth of transcultural nursing, on the critical issues linked to the management of foreign patients, on the ideal way to deal with such obstacles and on the analysis of the behavior and opinion of nurses in such contest.

### **Purpose**

The dissertation aims are to highlight the knowledge and consciousness that allows the delivery of this new type of assistance, assess nurses' perceptions, highlight the criticalities of the care process, analyze various strategies that can be used to overcome language barriers and propose solutions for the improvement of nursing practice.

### **Methodology**

The bibliographic research was carried out by consulting texts, web, and scientific databases, such as PubMed and Mendeley, after the selection of keywords for the construction of search strings. The results obtained from the research were then selected based on the following criteria:

- Relevance of the title, the abstract and the content to the subject on hand;
- Article language: English or Italian;
- Access to full text.

The observational investigation of nurses' opinion and perceptions was conducted through the administration of two questionnaires, identical in the contents but different in terms of language. In fact, one was distributed to nurses working in Italy and the

other to nurses working in the UK. The results obtained from the questionnaires were then processed to compare nurses' opinions and information obtained through research.

The requirements that allowed the acceptance of the answers are two: be qualified as a nurse and work in Italy or United Kingdom.

### **Results**

The administration of the questionnaires has returned 70 responses, 55 from Italy and 15 from the UK. Of these, 5 responses were excluded from the data analysis as they did not respect the requirements.

### **Conclusions**

Through the data analysis emerged that culturally congruent and competent nursing care has several shortcomings. First, there is a limited bibliography on the subject which is often conflicting. While the strategies for overcoming these barriers in patient care are not fully and correctly used, for various reasons.

It is therefore evident that a remodeling intervention is necessary in both didactic and working field to provide a better care and right assistance.

### **Key words**

Transcultural nursing, nursing management, care, management, foreign patient, migrant patient, barriers, linguistic barrier, language barrier, cultural barrier, relational barrier, overcoming barriers, competent care, cultural competence, culturally competent and congruent care.

## **INDICE**

---

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO 1. IL FENOMENO MIGRATORIO</b>	<b>3</b>
<b>CAPITOLO 2. IL NURSING TRANSCULTURALE</b>	<b>6</b>
2.1. Sviluppo storico della disciplina	7
2.2. Teoria della diversità e universalità dell'assistenza culturale (Leininger)	10
2.3. Modello del sole nascente	12
2.4. Metodo di ricerca etnoinfermieristico	14
2.5. Concetti base di interazione	15
2.6. Modello di competenza culturale (Purnell e Paulanka)	16
2.7. Modello di competenza culturale nell'erogazione dei servizi sanitari (Campinha-bacote)	19
2.8. Modello delle competenze professionali dell'ascolto (Papadopoulos, Tilki e Taylor)	20
2.9. Modello di valutazione transculturale (Giger e Davidhizar)	21
2.10. Modello di esercizio interprofessionale transculturale (Boyle e Andrews)	22
2.11. Modello di sensibilità interculturale (Bennett)	23
2.12. Modello access (Narayanasamy)	25
2.13 Assistenza transculturale e competenza culturale	25
<b>CAPITOLO 3. LA GESTIONE DEL PAZIENTE STRANIERO</b>	<b>33</b>
3.1. Barriera linguistica	35
3.2. Barriera culturale	35
3.3. Barriera relazionale	37
3.4. Conseguenze delle barriere in ambito sanitario	39
3.4.1. Effetti sul paziente	40
3.4.2. Effetti sull'operatore sanitario	41
3.4.3. Effetti sul sistema sanitario	43
3.5. Superamento delle barriere	43



<b>CAPITOLO 4. GLI STRUMENTI PER LA COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE STRANIERO</b>	<b>45</b>
4.1. Mediatore linguistico-culturale	45
4.2. Telefoni appositi per triage multilinguistico	54
4.3. Child language brokering	55
4.4. Familiare o conoscente come interprete	64
4.5. Operatore come interprete come interprete	65
4.6. Google traduttore e altri servizi di traduzione informatica	66
4.7. Applicazioni per traduzione medica	68
4.8. Materiale scritto multilingue	72
4.9. Confronto tra strumenti	78
<b>CAPITOLO 5. QUESTIONARI DI RICERCA</b>	<b>80</b>
5.1. Obiettivi	80
5.2. Materiali e metodi	80
Quesiti di ricerca	80
Ipotesi di ricerca	81
Disegno di ricerca	82
Popolazione	82
Campione e campionamento	82
Setting	82
Strumenti	83
Periodo di analisi	85
Metodi di analisi sistematica	85
5.3. Risultati	86
Questionario somministrato in Italia	86
Questionario somministrato in Regno Unito	103
5.4. Discussione	119
5.4.1. Limiti dello studio e punti di forza	134
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>136</b>
<b>ALLEGATI</b>	<b>139</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>149</b>
<b>SITOGRAFIA</b>	<b>153</b>
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	<b>157</b>

## INTRODUZIONE

---

Maurice Merleau-Ponty afferma che “*Parlare una lingua è portare il peso di una cultura*”, e non si può che concordare con il filosofo francese.

Durante i tre anni di Infermieristica, precisamente durante l’attività di tirocinio formativo, svariate volte può capitare di assistere pazienti di origine straniera, alcune volte può succedere che un individuo dell’equipe condivida l’origine dell’assistito. Ciò comporta che questa persona debba attuare una mediazione tra l’assistito e l’operatore sanitario, non solo interpretando la conversazione ma anche puntando l’attenzione su concetti e comportamenti, sia del paziente che dell’operatore, ritenuti ‘diversi’ dall’altro in quanto risultato di un processo e identità culturale differente.

È proprio in queste situazioni che si denota la necessità di dover migliorare il proprio approccio all’assistito, che richiede, oltre ad un’adeguata competenza professionale e clinica, anche il ricorso ad abilità e competenze derivanti dall’origine etnica, in modo da conciliare pratica clinica e approccio culturale. Nonostante ciò, soltanto in questo scenario si riesce maggiormente ad offrire un’assistenza infermieristica che tenga conto dell’olisticità della persona e non solo dello stato di malattia.

Questo elaborato nasce quindi con l’intento di approfondire ed indagare in maniera migliore la branca dell’infermieristica che concerne l’assistenza al paziente culturalmente e linguisticamente ‘diverso’, ponendo l’attenzione sulle varie criticità del processo assistenziale, con particolare riferimento alla barriera linguistica, in modo da analizzare gli strumenti e le strategie utili al superamento di tale barriera.

La scelta della tematica ha trovato ulteriore conferma durante le lezioni del corso monografico *Diseguaglianze nella salute e nursing transculturale* tenuto dal Dott. Giordano Cotichelli e dalla Dott.ssa Silvia Giacomelli, divenuta poi relatrice nel processo di realizzazione di questa tesi.

Lo studio si basa su una ricerca della letteratura inerente al tema del *nursing transculturale* e l’analisi della percezione degli infermieri riguardo la gestione del paziente straniero e delle attività messe in atto per consentire il successo della relazione comunicativa, alla base dell’intero processo di assistenza.

Per ottenere una visione quanto più realistica delle opinioni del personale infermieristico, la dissertazione si basa sulla compilazione di un questionario. Tale indagine è stata rivolta sia agli infermieri che svolgono la propria professione in Italia che a coloro che la svolgono in Regno Unito, per poter ulteriormente studiare l'argomento ed eventuali discrepanze nell'assistenza transculturale in due contesti sociali e sanitari differenti.

La tesi si compone, dunque, di una parte teorica basata sulla ricerca bibliografica ed una parte osservativa dell'approccio degli infermieri mediante somministrazione di questionari.

# CAPITOLO 1

## IL FENOMENO MIGRATORIO

---

La migrazione è lo “spostamento, definitivo o temporaneo, di gruppi da un territorio a un altro, da una ad altra sede, determinato da ragioni varie, ma essenzialmente da necessità di vita” <sup>[1]</sup>. Esso comprende emigrazione e immigrazione. Questo fenomeno è molto attuale ma allo stesso tempo antico che coinvolge l’intera umanità.

L’immigrazione è “l’ingresso e l’insediamento, in un paese o in una regione, di persone provenienti da altri paesi o regioni” <sup>[2]</sup>.

Le motivazioni che spingono un individuo alla migrazione sono molteplici:

- Economiche (ricerca di condizioni di vita migliori, fuggire dalla povertà...);
- Alimentari (mancanza di cibo tale da non permettere la sopravvivenza);
- Climatiche (sconvolgimenti ambientali);
- Effetti di disastri naturali (tsunami, alluvioni, terremoti, carestie...);
- Politiche (dittature, persecuzioni, guerre, genocidi, pulizia etnica...);
- Religiose (impossibilità di praticare liberamente il proprio credo religioso);
- Sanitarie (epidemie o pandemie);
- Artificiali (costruzione di architetture artificiali che compromettono la vita);
- Personali (scelta ideologica, fidanzamento...);
- Sentimentali (riunificazione familiare);
- Criminali (fuga da arresto o giustizia, attrazione di risultati migliori legati alla vita malavitosa...);
- Istruzione (frequentazione in prima persona di scuole per il conseguimento di titoli di studio in paese estero o per garantire una migliore istruzione alla propria prole);
- Forzata (vittime di tratta di esseri umani).

Secondo il Rapporto Immigrazione Caritas E Migrantes Migranti Attori dello Sviluppo<sup>[3]</sup>, lo studio del fenomeno migratorio implica l’identificazione di due componenti principali alla base di tale fenomeno:

- *Push factor* (fattori di spinta);

- *Pull factor* (fattori di attrazione).

I *push factor* sono i fattori e condizioni che spingono un individuo a migrare. Esempi di tali fattori sono: la violazione dei diritti umani, l'instabilità politica del paese di provenienza, il degrado ambientale ed i conflitti interni che mettono in pericolo la vita dell'individuo.

I *pull factor*, invece, sono i fattori e condizioni che attraggono un individuo verso un nuovo paese. Esempi di tali fattori sono: le migliori opportunità lavorative, una migliore assistenza sanitaria e una migliore qualità di vita.

La teoria *push-pull* sta alla base di diversi modelli internazionali di migrazioni sviluppati per spiegare diverse teorie inerenti al fenomeno migratorio.

Secondo i dati ISTAT <sup>[4]</sup>, gli stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2021 sono 5.013.215, ossia l'8.46% dei residenti in Italia. Per il 2021 non sono ancora presenti i dati della popolazione straniera residente per paese di provenienza, ma secondo i dati del 2020, le nazionalità più rappresentate sono: Rumena, Albanesi, Marocchini, Cinesi e Ucraini <sup>[5]</sup>.

Nella regione Marche, i cittadini stranieri residenti sono 127.104 divisi nel seguente modo nelle varie province:

- Ancona: 40.986;
- Pesaro e Urbino: 28.055;
- Macerata: 27.493;
- Ascoli Piceno: 13.633;
- Fermo: 16.937 <sup>[4]</sup>.

I cittadini stranieri regolarmente presenti sono una realtà consolidata anche in Italia, sebbene in misura più contenuta rispetto a molti altri Paesi europei. Infatti, il fenomeno migratorio ha da sempre colpito l'Italia, sia come emigrazione che come immigrazione, specie quest'ultima negli ultimi anni. È quindi importante conoscere dimensioni e caratteristiche di questa parte della popolazione e comprenderne il livello di integrazione, soprattutto sul piano dell'accesso al servizio sanitario nazionale.

La migrazione, infatti, influenza e modifica i costrutti sociali del paese ospitante, incluso l'ambito sanitario. Per capire meglio l'interazione del paziente straniero con l'ambito sanitario, bisogna prima comprendere come essi possano accedere al Sistema Sanitario Nazionale.

L'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea dichiara che "ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali" [6].

L'articolo 32 della Costituzione Italiana, invece, afferma che "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge" [7]. Nell'articolo la parola individuo sta a significare una qualsiasi persona, indifferentemente dalla cittadinanza, per cui l'accesso alle cure sanitarie è garantito, non solo ai cittadini italiani, ma anche a tutte le altre persone, cittadini stranieri o apolidi, che comunque presenziano sul territorio nazionale.

L'accesso ai servizi socio-sanitari e di assistenza da parte dello straniero regolarmente soggiornante e da coloro che hanno fatto richiesta del permesso di soggiorno è garantito previa iscrizione obbligatoria al servizio sanitario nazionale (SSN). Successivamente all'iscrizione all'SSN si ha diritto al rilascio della Tessera Sanitaria (TS)/ Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) che consente di accedere alle cure mediche necessarie sia in Italia che in altri Stati europei.

La persona straniera non regolarmente soggiornante, invece, ha diritto solamente alle cure ospedaliere urgenti ed essenziali, alle cure ambulatoriali urgenti ed essenziali e alle prestazioni minime essenziali in regime di continuità delle cure urgenti ed essenziali. A questa tipologia di pazienti, 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, che identifica la persona straniera e permette l'individuazione per il rimborso delle prestazioni effettuate. Nel caso dello straniero non regolarmente soggiornante, vige il divieto di segnalazione in caso di accesso alle strutture sanitarie.

## CAPITOLO 2

### IL NURSING TRANSCULTURALE

---

In un periodo come quello attuale, in cui le culture sono portate tutti i giorni ad incontrarsi, non si può escludere l'incontro a livello sanitario, e quindi non si può non parlare del nursing transculturale, ossia della parte della disciplina infermieristica che tratta di assistenza infermieristica legata ai valori culturali.

Il nursing transculturale, secondo Madeleine Leininger, è “un’area formale di studio e di esercizio professionale che pone il proprio interesse principale sul confronto delle differenze e delle affinità esistenti tra le credenze, i valori e gli stili di vita delle culture nell’ambito dell’assistenza degli esseri umani al fine di offrire un’assistenza sanitaria culturalmente congruente, utile e valida”. [8]

Essendo area formale di studio e esercizio professionale, richiede un approfondimento di conoscenze e capacità adeguate ad ogni tipologia di paziente per operare efficacemente nell’ambito della professionalità, ma queste capacità non servono come base della professione, anzi, assumono anche un grande valore dal punto di vista etico e morale.

Solitamente, l’insegnamento e la pratica infermieristica si concentrano sullo studio della malattia a livello biomedico e patologico, tralasciando quelli che sono i fattori relativi ai fenomeni culturali che risultano invisibili ai fini della guarigione e del benessere degli assistiti e che ostacolano l’offerta di un’assistenza ‘su misura’ per ogni paziente, che deve necessariamente essere visto con un’ottica olistica.

Proprio per questo, l’infermieristica transculturale ha come obiettivo “formare una nuova generazione di infermieri preparati, sensibili, competenti e affidabili per assistere in maniera utile, esplicita e vantaggiosa persone con modi di vivere, valori, credenze e usanze simili o diverse” [8].

## 2.1. SVILUPPO STORICO DELLA DISCIPLINA

Madeleine Leininger, infermiera antropologa americana, è la fondatrice e massima esponente dell'infermieristica transculturale.



Leininger, nata nel 1925 in Nebraska, consegue il diploma di infermiera presso

la St. Anthony's Hospital School of Nursing seguito dal diploma in Scienze biologiche al College Benedicine di Atchinson, Kansas nel 1950. Ha successivamente ottenuto nel 1954 la specializzazione in nursing psichiatrico infantile presso l'Università Cattolica d'America a Washington DC iniziando poi un programma d'assistenza specialistica in psichiatria infantile presso l'Università di Cincinnati. Nel 1966 consegue un dottorato di ricerca in antropologia culturale e sociale presso l'Università di Washington, seguite da altre lauree.

Per quanto riguarda l'attività professionale, lei ha ricoperto vari incarichi presso l'Università di Cincinnati, l'Università di Colorado e Wayne state University, seguito dall'incarico di preside presso una scuola di infermieri, l'Università dello Utah e l'Università di Washington.

Leininger muore il 10 agosto 2012 nella sua casa di Omaha, Nebraska.

Fu proprio nel periodo di assistenza specialistica in psichiatria infantile, nella metà degli anni '50, che lavorando, in qualità di infermiera in un centro psichiatrico degli Stati Uniti, la Leininger si rende conto delle importanti differenze culturali tra bambini e genitori e della necessità di affrontare la cultura come dimensione più importante dell'assistenza sanitaria. Lei lavorando con i bambini appartenenti a diverse culture, subisce un importante trauma culturale, rendendosi conto della propria incapacità di reagire nei confronti dei bambini assistiti e dei loro genitori.

Si rese così conto dell'assenza della cultura non solo dall'assistenza infermieristica ma anche dalla medicina e da tutti gli altri ambiti sanitari. Fu in quel momento che, attraverso varie ricerche, viene a conoscenza del fatto che la materia che si concentra



sulla cultura è l'antropologia, iniziando così il corso universitario in antropologia culturale e sociale.

Al termine di questo percorso di studi, l'antropologa comprende come l'antropologia e l'infermieristica differiscano tra loro in quanto a filosofia, obiettivi e procedure, ma allo stesso tempo comprende potenziali elementi in comune che occorre prendere in considerazione nel momento in cui si va a definire la nuova branca dell'infermieristica transculturale.

Nel suo primo libro, *Nursing and anthropology* (1970), Leininger discute le somiglianze delle due discipline complementari dell'assistenza infermieristica e dell'antropologia, sostenendo la necessità della nascita dell'infermieristica transculturale. Segue poi il suo secondo libro, *Transcultural nursing. Concepts, Theories and Practices* (1978), in cui vengono individuati i concetti, principi basilari, idee teoriche e pratiche inerenti alla nuova branca dell'infermieristica.

Nel frattempo, nel 1968 fonda la *Committee on Nursing and Anthropology*, e nel 1974 la *Transcultural Nursing Society*, per permettere uno scambio di idee e teorie comuni all'antropologia e alla disciplina infermieristica e inizia diversi corsi universitari dedicati al nursing transculturale.

Oltre all'esperienza personale della teorica, vi sono stati altri fattori globali che hanno influito sulla necessità dell'infermieristica transculturale:

- Costante aumento dei fenomeni migratori e conseguente fluttuazione dei gruppi culturali a livello mondiale;
- Rafforzamento delle identità culturali e pretesa essa venga rispettata in ambito sanitario;
- Incremento a livello mondiale delle tecnologie occidentali, della realtà virtuale e delle tecnologie anche in ambito sanitario;
- Segnali crescenti di conflitti e scontri culturali, di guerre e atti di violenza tra le diverse culture e conseguente crescita delle azioni legali culturali nei servizi sanitari
- Incremento di operatori sanitari in luoghi stranieri, specialmente dopo la Seconda guerra mondiale;

- Rafforzamento dei diritti fondamentali di donne e uomini nelle varie culture;
- Notevole aumento delle preoccupazioni etiche e morali relative all'assistenza sanitaria culturale nell'ambito dell'assistenza alla morte;
- Aumento della domanda da parte di utenti appartenenti a minoranze o culturalmente diversi ad un accesso più agevole all'assistenza sanitaria;
- Crescente divario tra le culture dei poveri e dei senza tetto e le culture dei ricchi;
- Maggiore consapevolezza generale della necessità di trovare nuove vie per convivere in un mondo in cui l'interazione interculturale è all'ordine del giorno, mantenendo un livello ragionevole di pace e armonia per ottenere modi di vivere sani e livelli di sopravvivenza accettabili.

Purtroppo, almeno inizialmente, la Leininger non ottiene appoggio dal mondo infermieristico e medico, che ritenevano la sua teoria come perdita di tempo e superflua, in quanto ci si concentrava sulla cura della propria popolazione piuttosto che la cura delle popolazioni straniere.

Oggi, invece, l'infermieristica transculturale è riconosciuta a livello mondiale, non solo dal mondo infermieristico, ma da tutta la sfera sanitaria, considerando la disciplina come legittima e fondamentale in costante crescita per far fronte al bisogno attuale di rispettare, servire e offrire pratiche assistenziali culturalmente competenti.

Leininger divide l'evoluzione storica della disciplina in tre ere:

- Istituzione della campo della disciplina (1955-1975);
- Ampliamento del programma e della ricerca (1975-1983);
- Riconoscimento della disciplina a livello mondiale (1983-presente).

Inoltre, l'infermiera antropologa identifica le tre fasi di evoluzione dell'infermieristica transculturale:

- Fase I: acquisizione della consapevolezza e sensibilità rispetto alle differenze e somiglianze dell'assistenza culturale;
- Fase II: acquisizione di conoscenze culturali approfondite a fine di utilizzare i principi e concetti dell'infermieristica transculturale per guidare il proprio modo di agire e pensare;

- Fase III: utilizzo creativo e pratico di osservazioni, esperienze e conoscenze documentate per fornire assistenza culturalmente competente e valutazione dei risultati.

Nel corso della suo percorso, Madeleine Leininger, al fine di spiegare il nursing transculturale, ha dato vita a diverse teorie e modelli. Tutti i modelli hanno come fine quello di offrire “un’assistenza culturalmente congruente” [8].

Oltre a Madeleine Leininger, anche altri studiosi hanno formulato teorie e modelli nell’ambito dell’infermieristica transculturale, utili alla comprensione e applicazione dell’assistenza infermieristica.

Tuttavia, a differenza della teoria della fondatrice di questa disciplina, questi modelli spesso non sono olistici, vanno quindi a trattare elementi singoli, insufficienti ad una completa valutazione dell’assistenza culturale.

Di seguito verranno trattati i modelli e teorie della pioniera della disciplina. In questo stesso capitolo, a seguire, verranno trattati le teorie e i modelli degli altri studiosi.

## **2.2 TEORIA DELLA DIVERSITÀ E UNIVERSALITÀ DELL’ASSISTENZA CULTURALE**

La teoria della diversità e universalità dell’assistenza culturale è stata una delle prime teorie in campo infermieristico e la prima a trattare esplicitamente l’assistenza alla persona collegata al concetto di cultura.

Il titolo in sé, attraverso ‘universalità’ e ‘diversità’, racchiude la necessità di studiare sia i punti in comune che le differenze delle varie culture.

Vi sono alcune caratteristiche peculiari della teoria che la distinsero dalle altre teorie infermieristiche:

- Unica teoria esplicitamente focalizzata sull’assistenza culturale olistica e completa;
- Si può utilizzare sia con culture occidentali che non occidentali;

- Unica teoria che prende in considerazione fattori extra assistenziali per formulare l'assistenza (es. visione del mondo, contesto ambientale...);
- Possiede sia la dimensione astratta che pratica;
- Primo metodo infermieristico fu disegnato intorno a questa teoria;
- Esplicita focalizzazione sull'assistenza culturale e prima di questo genere;
- Unica in quanto possiede tre modalità partico-teoriche per offrire assistenza culturalmente congruente;
- Designata al fine di conoscere l'assistenza secondo fattori etici e emici;
- Possiede un punto focale di tipo comparato per identificare le pratiche infermieristiche;
- Possiede degli schemi per l'elaborazione di dati emici e per la valutazione dell'assistenza culturale.

Inoltre, attraverso la teoria dell'assistenza culturale è possibile estrapolare i quattro concetti fondamentali di ogni teoria del nursing: persona, ambiente, salute e assistenza infermieristica.

Gli aspetti fondamentali della teoria sono: cultura, assistenza, assistenza culturale, diversità e universalità dell'assistenza culturale, visione del mondo, sistemi di salute o di benessere popolare, sistemi di azione infermieristica, dimensioni della struttura culturale e sociale, contesto ambientale, storia etnica e salute.

La cultura è l'insieme di valori, credenze, norme, pratiche e stili di vita appresi, condivisi e tramandati di generazione in generazione che influiscono sul modo di pensare, sulle decisioni e sulle azioni in modi predeterminati.

L'assistenza rappresenta i comportamenti di supporto e di cura che facilitano e migliorano la condizione di salute, in senso olistico, della persona. Per cui, l'assistenza culturale rappresenta lo sviluppo e la capacità di gestione dello stato di salute da parte della persona congruente a valori e credenze culturali che aiutano e supportano il mantenimento del benessere.

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

I sistemi di salute o benessere popolare si riferiscono all'assistenza e alle pratiche di cura usate per guarire e assistere la persona, con significato particolare nella cultura che va integrato nel sistema sanitario.

La teoria individua tre sistemi di azioni infermieristiche:

- Conservazione dell'assistenza culturale: azioni e decisioni che aiutano il paziente a mantenere o preservare la salute, a guarire dalla malattia oppure ad affrontare la morte;
- Adattamento dell'assistenza culturale: azioni e decisioni che aiutano il paziente a adattarsi, a negoziare una condizione di salute positiva o ad affrontare la morte;
- Rimodellamento dell'assistenza culturale: azioni e decisioni che aiutano il paziente a ristrutturare o modificare il proprio stile di vita secondo modelli nuovi o diversi che sono significativi, soddisfacenti e di supporto per la vita da un punto di vista culturale.

Per illustrare i componenti della teoria dell'assistenza culturale e guidare gli infermieri alla comprensione di tale teoria, Leininger sviluppa il *modello del sole nascente*.

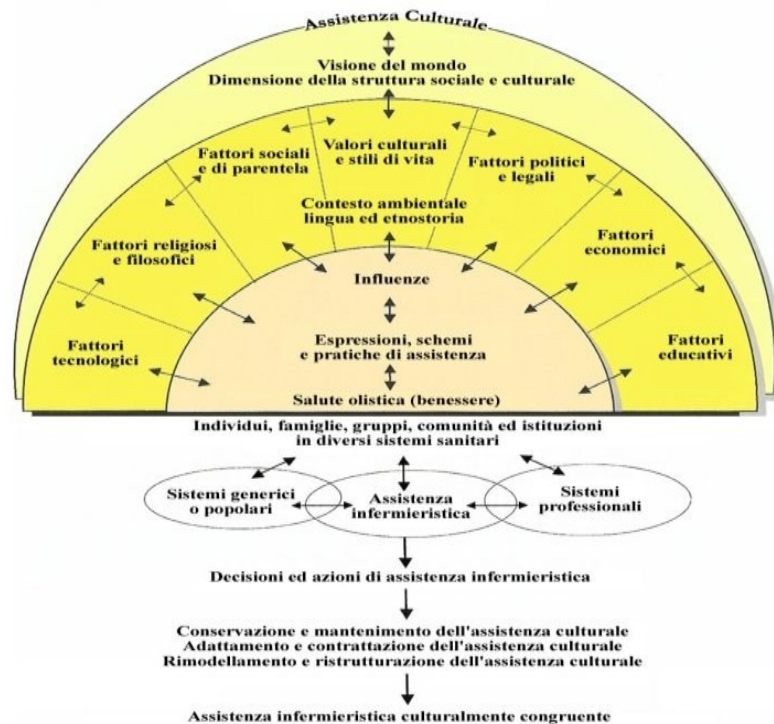
### **2.3. MODELLO DEL SOLE NASCENTE**

Il modello del sole nascente non è una teoria, ma una guida o schema di ricerca olistica e concettuale, ideato per permettere di considerare i molteplici fattori relativi alla teoria precedentemente descritta.

Il modello mostra le potenziali influenze, non le cause, che potrebbero spiegare i fenomeni di assistenza correlati ai fattori storici, culturali, della struttura sociale, della percezione del mondo, delle condizioni ambientali e altri.

Il modello è formato da quattro livelli, in ordine decrescente di astrazione, ossia dal più astratto al meno astratto.

## Modello del Sole Nascente



Il primo livello rappresenta la visione del mondo e i sistemi sociali, andando ad osservare la natura, il significato e gli attributi dell'assistenza da tre prospettive:

- Micro-prospettiva: individui nell'ambito di una cultura:
- Media-prospettiva: fattori più complessi in una cultura specifica;
- Macro-prospettiva: fenomeni che riguardano le diverse culture.

Il secondo livello fornisce informazioni relative a individui, famiglie, gruppo e istituzioni nei diversi sistemi sanitari ed informazioni relative a significati ed espressioni specifiche in relazione all'assistenza sanitaria.

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

Il quarto livello riguarda il piano delle azioni e decisione dell'assistenza infermieristica. Secondo Leininger l'assistenza viene erogata a questo livello e comprende i tre livelli delle azioni infermieristiche precedentemente citate, andando a sviluppare un'ideale assistenza culturale.

Ogni ricercatore, nell'utilizzo del modello, ha piena scelta e flessibilità, in quanto non vi è un approccio rigido con cui analizzare i vari livelli, perciò il processo di scoperta della terapia può partire sia dal basso che dall'alto del modello.

## **2.4. METODO DI RICERCA ETNOINFERMIERISTICO**

L'*etnonursing*, o ricerca etnoinfermieristica, è il principale metodo di indagine nella ricerca qualitativa infermieristica associata a fenomeni culturali, che osservazione partecipante e intervista in profondità per interpretare i valori e significati che le persone portatrici di una specifica cultura danno all'assistenza ed ai fenomeni di salute e malattia.

Due concetti fondamentali nell'etnoinfermieristica sono:

- Etica: sistema popolare, *folk* o assistenza sanitaria tradizionale tradizionale, locale che comprende pratiche assistenziali utilizzate a domicilio o nella comunità orientate alla guarigione.
- Emica: sistema professionale, assistenza professionale o servizi di cura offerti da personale sanitario preparato attraverso programmi di studi professionali, formalizzati in particolari istituzioni educative.

Tutte le culture hanno un proprio sistema sanitario, sia popolare che professionale, per erogare pratiche assistenziali.

I propositi di questo metodo sono i seguenti:

- Scoprire i fenomeni complessi dell'assistenza infermieristica sconosciuti o poco conosciuti;
- Facilitare il ricercatore nello studio del mondo culturale emico;
- Acquisire una conoscenza approfondita di significati, espressioni, simboli, metafore e fattori quotidiani di assistenza che possono influenzare la salute e il benessere;
- Usare schemi che rendano possibile la scoperta di conoscenze assistenziali e infermieristiche nascoste o legate alla teoria dell'assistenza culturale;

- Utilizzo di un metodo rigoroso, dettagliato e sistematico di analisi qualitativa dei dati al fine di preservare i dati naturalistici culturali e contestuali della teoria;
- Utilizzo dei criteri qualitativi per l'analisi accurata, valida e credibile dei risultati;
- Identificazione delle forze e dei limiti del metodo etnoinfermieristico.

Oltre ai due schemi appena descritti, esistono molti altri schemi, ideati dalla Leininger, utili alla comprensione della teoria dell'assistenza culturale:

- Schema di osservazione-partecipazione-riflessione;
- Schema 'da sconosciuto ad amico fidato';
- Schema dello specifico campo d'indagine;
- Schema di acculturazione.

## **2.5. CONCETTI BASE DI INTERAZIONE**

Vi sono cinque fenomeni base provenienti largamente dall'antropologia necessari gli infermieri che lavorano in ambiti transculturale, utili per l'interazione all'interno dell'infermieristica transculturale:

1. Incontro o contatto culturale;
2. Inculturazione;
3. Acculturazione;
4. Socializzazione;
5. Assimilazione.

Il contatto culturale, o incontro, si verifica quando una persona proveniente da una cultura incontra o interagisce brevemente con una persona di un'altra cultura. In questa situazione, raramente si adottano valori, credenze e stili di vita dell'interlocutore.

L'inculturazione si riferisce al processo attraverso cui si impara il modo di relazionarsi e di vivere con una particolare cultura e le sue credenze, valori e abitudini.

L'acculturazione è strettamente legata al concetto di inculturazione, ma a differenza di quest'ultima, l'acculturazione è un processo con il quale un individuo o gruppo di una



cultura impara ad avere a che fare con molti, ma non tutti, i valori, comportamenti, norme e stili di vita della cultura estranea.

La socializzazione differisce da inculturazione e acculturazione in quanto si riferisce al processo sociale con cui un individuo o un gruppo appartenente ad una certa identità culturale impara il miglior modo per interagire con la più grande società o paese.

L'assimilazione rappresenta il modo di un individuo o gruppo di una cultura di scegliere, in modo selettivo e intenzionale, certe caratteristiche di un'altra cultura senza assimilare tutte le caratteristiche legate a comportamenti e stili di vita che dimostrerebbero l'acculturazione.

Questi concetti sopra esposti sono necessari per capire, comprendere, interpretare e lavorare in modo efficace con diverse culture.

## **2.6. MODELLO DI COMPETENZA CULTURALE (PURNELL e PAULANKA)**

Il modello di competenza culturale, definito anche come modello olistico di complessità, è stato elaborato da Purnell e Paulanka nel 1998 come strumento di valutazione clinica e poi migliorato con l'aggiunta di scale di competenza culturale.

Il modello viene definito olistico in quanto utilizzabile da tutti gli operatori sanitari, inoltre, permette l'applicazione in un sistema interdisciplinare di case management per assicurare il superamento dei singoli interventi al fine di assistere olisticamente il paziente.

Il modello è rappresentato graficamente attraverso una serie di cerchi concentrici; i cerchi esterni rappresentano i fattori macro, mentre il cerchio interno rappresenta i fattori micro. Nella loro totalità, aspetti macro e micro costituiscono un insieme.



Gli aspetti macro sono: società globale, comunità, famiglie e persona. Essi sono rappresentati da quattro cerchi concentrici esterni (I-IV).

Il cerchio più esterno, ossia il cerchio I, rappresenta la società globale, la quale comprende: comunicazione globale, politica, conflitti, disastri naturali, scambi commerciali e educativi, *information technology*, progressi della scienza della salute e le sempre maggiori opportunità di viaggiare ed interagire con altri individui.

Il cerchio II rappresenta la comunità, come gruppo di persone accomunate da un interesse e un'identità, ed include caratteristiche sociali, fisiche e simboliche come religione, età, stato civile, lingua, stili di vita e storia, che sono alla base della connessione tra individui e delineano il concetto sociale di comunità.

Il cerchio III rappresenta la famiglia, ossia il legame affettivo che unisce due persone, anche senza relazioni di parentela. La struttura familiare è influenzata da diversi fattori, come età, generazione e stato socio-economico.

Il cerchio IV rappresenta la persona come essere bio-psico-socio-culturale dinamico ed in continuo adattamento con la sua famiglia, comunità e società globale.

Gli aspetti micro, invece, sono rappresentati come spicchi del cerchio interno e rappresentano i diversi significati di cultura, tra loro correlati che si modificano vicendevolmente, infatti sono rappresentati da linee tratteggiate e frecce bidirezionali.

I fattori micro sono: topografia del luogo in cui si pratica l'assistenza e la visione del mondo, comunicazione, ruoli familiari, ruoli e organizzazione, problematiche dello stato di lavoro, ecologia biculturale, comportamenti ad alto rischio per la salute, alimentazione, pratiche relative a gravidanza e maternità, rituali di fine vita, spiritualità e pratiche di salute ed assistenza.

Al centro del cerchio che rappresenta i fattori micro, vi è un punto nero che indica l'ignoto, ossia i fenomeni sconosciuti della cultura di riferimento.

In fondo al grafico circolare, vi è una linea discontinua che riguarda il percorso degli operatori sanitari e del sistema sanitario secondo le quattro tappe dell'acquisizione della competenza culturale.

Infatti, secondo gli autori del modello, l'acquisizione della competenza culturale segue uno schema sequenziale e progressivo:

1. Incompetenza non conscia: mancanza di conoscenze riguardo altre culture;
2. Incompetenza conscia: consapevolezza delle lacune relative ad altre culture;
3. Competenza conscia: processo di apprendimento della cultura dell'assistito evitando stereotipi per fornire assistenza culturalmente congruente;
4. Competenza inconscia: erogazione automatica di prestazioni culturalmente congruenti.

Le aree di questo modello consentono un'analisi mirata, utilizzata per la valutazione di una cura e di un intervento. Il modello fornisce indicazioni utili sugli aspetti dei bisogni culturali della persona in relazione a ciascuna area e modelli esplicativi per la salute e la malattia in tutte le culture sotto una prospettiva emica ed etica.

## **2.7 MODELLO DI COMPETENZA CULTURALE NELL'EROGAZIONE DEI SERVIZI SANITARI (CAMPINHA-BACOTE)**

Campinha-Bacote sviluppa nel 1991 il modello di competenza culturale. Secondo la teorica, la competenza culturale è un processo dinamico, in cui l'operatore sanitario rinnova continuamente le proprie abilità al fine di aumentare l'efficacia del proprio operato all'interno dell'universo culturale dell'assistito.

Il modello è composto da quattro concetti e cinque assunti, interconnessi tra loro, che l'operatore deve sviluppare per possedere un'adeguata competenza culturale:

- La propria consapevolezza culturale;
- La conoscenza culturale dell'assistito;
- L'abilità culturale;
- L'incontro culturale;
- Il desiderio culturale.

La consapevolezza o coscienza culturale rappresenta l'esame di coscienza che ogni operatore compie della propria cultura e storia professionale, andando a identificare i propri *bias* personali, pregiudizi e assunti sugli altri.

La conoscenza culturale dell'assistito è il processo di ricerca delle informazioni corrette riguardanti i diversi gruppi culturali per comprendere l'interpretazione dell'utente della salute e della malattia e di conseguenza del modo di pensare, fare ed essere.

L'abilità o *skill* culturale è l'abilità di raccogliere dati culturali inerenti ai problemi di salute della persona e di conduzione di un esame fisico culturalmente competente e rispettoso, per poi apprezzare le credenze culturali, i valori culturali ed i comportamenti culturali.

L'incontro culturale rappresenta il processo che incoraggia l'operatore sanitario a stabilire interazioni transculturali con pazienti stranieri.

Infine, il desiderio culturale è la motivazione dell'operatore a diventare culturalmente cosciente e competente e non vivere questo processo come una costrizione.

Alla base di questo modello vi è la necessità di comprendere in primis se stessi per poi comprendere l'assistito culturalmente diverso e offrire un'assistenza adeguata.

## **2.8. MODELLO DELLE COMPETENZE PROFESSIONALI E DELL'ASCOLTO (PAPADOPOULOS, TILKI e TAYLOR)**

Papadopoulos, Tilki e Taylor, nel 1998, pubblicano il modello di competenza culturale e abilità di ascolto, che rappresentano le competenze complementari utili agli operatori sanitari nell'assistenza transculturale. Questo modello viene poi ridefinito nel 2003 da Papadopoulos e Lees.

Il modello si sviluppa in quattro fasi, che interagiscono tra loro:

1. Consapevolezza culturale (autoconsapevolezza, identità culturale, attaccamento all'eredità e al patrimonio familiare, etnocentrismo);
2. Conoscenza culturale (credenze e comportamenti sulla salute, barriera alla sensibilità culturale, stereotipo, etnostoria, comprensione sociologica, somiglianze e diversità);
3. Sensibilità culturale (empatia, capacità comunicative e interpersonali, fiducia, accoglienza, appropriatezza e rispetto);
4. Competenza culturale (capacità di valutazione, capacità di diagnosi, capacità cliniche e confronto con il pregiudizio, la discriminazione e le diseguaglianze).

Anche questo modello, si basa, prima di tutto, sulla presa di coscienza della propria identità culturale e sulle capacità personali dell'operatore che permettono una buona assistenza attraverso il rispetto della diversità, la flessibilità e le capacità di ascolto e dialogo.

## **2.9. MODELLO DI VALUTAZIONE TRANSCULTURALE (GIGER E DAVID HIZAR)**

Nel 1991, Giger e Davidhazir elaborano il modello di valutazione transculturale per aiutare gli operatori a valutare le variabili culturali ed il loro effetto sui comportamenti di salute e malattia.

I teorici descrivono sei fenomeni culturali che l'operatore sanitario deve conoscere per fornire assistenza efficace a tutti i pazienti, in particolare al paziente culturalmente diverso:

- Comunicazione;
- Spazio;
- Organizzazione sociale;
- Tempo;
- Controllo dell'ambiente;
- Variazione biologica.

La comunicazione rappresenta il mezzo attraverso cui la cultura viene trasmessa e preservata, in quanto la comunicazione, sia verbale che non verbale, viene acquisita all'interno della propria cultura. Questo fenomeno è importante perché comprende le problematiche legate a incomprensioni e barriere linguistiche.

Lo spazio indica la distanza fra le persone quando interagiscono tra loro. Vi sono quattro zone dello spazio interpersonale: intimo, personale, sociale e pubblico; la violazione degli spazi, specie quello intimo e personale potrebbe rappresentare un ostacolo all'assistenza della cura in quanto provoca angoscia e quindi rifiuto delle cure.

L'organizzazione sociale si riferisce al modo di organizzazione di ogni gruppo culturale attorno alla famiglia, ai valori religiosi, alle credenze ed alle assegnazioni dei ruoli nella struttura familiare e sociale. Comprende la posizione geografica, la religione, lo stato socio-economico e l'orientamento sessuale.

Il tempo rappresenta un aspetto importante della comunicazione interpersonale e serve per valutare l'orientamento dei diversi gruppi culturali, che può essere di tre tipi: orientamento al passato, al presente e al futuro.

Il controllo ambientale indica l'abilità delle persone a controllare la natura e pianificare i fattori nell'ambiente in base all'interesse proprio. Ad esempio, la cultura occidentale si ritiene capace di controllare la natura in base alle proprie esigenze, cercando assistenza ove necessario; mentre altre culture con orientamento fatalista credono che la ricerca della cura sia inutile, in quanto credono che la natura non sia controllabile dall'uomo.

Infine, le differenze biologiche indicano la consapevolezza della differenza in termini di variazione genetica fra persone di etnia diversa, ad esempio la struttura corporea, il colore della pelle, la consistenza dei capelli e le caratteristiche fisiche in generale.

Il modello serve all'operatore per approcciarsi all'utente osservandolo e ponendo domande per scoprire le caratteristiche comprese nelle sei componenti ed individuare bisogni specifici.

## **2.10. MODELLO DI ESERCIZIO INTERPROFESSIONALE TRANSCULTURALE (BOYLE e ANDREWS)**

Similmente al modello di valutazione transculturale di Giger e Davidhazir, i teorici Boyle e Andrews, nel 1989, descrissero il modello di *transcultural interprofessional practice*, in cui sostengono, che l'infermiere, per essere culturalmente competente, deve valutare otto aree di diversità culturale attraverso la raccolta dati.

Le otto aree da indagare attraverso la raccolta dati sono:

- Storia delle origine della cultura del paziente;
- Orientamento dei principi, tra cui visione del mondo, etica, norme e standard di comportamento in ambito lavorativo, economico, temporale, educazionale;
- Relazioni interpersonali, compresi modelli familiari, comportamento, ruoli e relazioni;
- Modelli di comunicazione;
- Religione e magia;
- Sistemi sociali, compresi valori economici, sistemi politici e modelli educativi;
- Dieta e abitudini alimentari;
- Sistemi di credenze sulla salute e sulla malattia.

## 2.11. MODELLO DI SENSIBILITÀ INTERCULTURALE (BENNETT)

Bennett, nel 1993, pubblica il suo modello di sensibilità interculturale, secondo il quale la sensibilità interculturale deve essere definita in termini di fasi di crescita personale. Vi è quindi il presupposto di un continuo miglioramento nella gestione delle differenze culturali, attraverso un processo che partendo dall'etnocentrismo giunge all'etnorelativismo.

Il concetto alla base del modello di Bennett è quello che lui chiama “differenziazione”, ovvero il modo in cui un individuo sviluppa la capacità di riconoscere e convivere con le differenze. La “differenziazione” si riferisce a due fenomeni:

1. Fenomeno I: gli individui vedono una stessa cosa in modi diversi;
2. Fenomeno II: le culture sono diverse le une dalle altre in modo da mantenere schemi di differenziazione o visioni del mondo diverse. Questo aspetto si riferisce al fatto che secondo Bennett le culture offrono diversi modi per interpretare la realtà e aiutano a percepire il mondo che ci circonda. Questa interpretazione della realtà o visione del mondo è diversa da una cultura all'altra.

Il modello si basa su sei fasi che si attraversano una dopo l'altra, le prime tre sono fasi etnocentriche, mentre le ultime tre sono fasi etnorelative:

- Fase I: negazione;
- Fase II: difesa;
- Fase III: minimizzazione;
- Fase IV: accettazione;
- Fase V: adattamento;
- Fase VI: integrazione.



La fase di negazione è una fase di rifiuto, in quanto la persona non sembra capire che esistano differenze culturali, per cui si trova ad ignorare il riconoscimento della diversità culturale in ambito sanitario.



Nella fase di difesa continua ad essere presente il rifiuto a percepire la presenza di altre culture fino a quando la percezione della diversità culturale provoca emozioni di minaccia.

La fase di minimizzazione è la fase in cui le differenze culturali vengono percepite e vi è la tendenza a forzare la propria cultura sull'altro, sminuendo l'altra cultura per proteggere la propria identità personale.

La fase di accettazione culturale implica il concepimento e la comprensione delle diversità culturali e la consapevolezza che le due culture possono esistere e coesistere.

La fase di adattamento alle differenze culturali indica la disponibilità a interagire con altre culture, l'adattamento avviene attraverso due tipi di sviluppo: adattamento cognitivo e adattamento comportamentale. In questa fase, l'operatore percepisce di possedere un livello adeguato di conoscenza sia della propria cultura che della cultura altrui.

L'ultima fase, l'integrazione, indica la piena coscienza culturale all'interno delle interazioni interculturali quotidiane.

Vi è poi una fase finale, definita come marginalità costruttiva, descritta dal teorico come punto di arrivo, ma non come fine dell'apprendimento.

Il modello di Bennett si è rivelato un buon punto di partenza per creare corsi di formazione e di orientamento che sviluppino la sensibilità interculturale. Sottolinea l'importanza della differenza nell'apprendimento interculturale ed indica alcune strategie per affrontare la differenza.

Il susseguirsi delle fasi non implica la rigidità del continuo progresso, infatti, si può interpretare l'intero processo in modo meno rigido concentrandosi in termini di diverse strategie con cui affrontare le differenze culturali a seconda della situazione e delle capacità della persona, per affrontare gli ostacoli all'erogazione di assistenza culturale.

## **2.12. MODELLO ACCESS (NARAYANASAMY)**

Il modello ACCESS, ideato da Narayanasamy nel 1998, delinea come punto cruciale dell'assistenza culturale la comunicazione. Agli infermieri viene richiesto di sforzarsi di essere sensibili verso le altre culture con la negoziazione e il compromesso, attraverso il rispetto e la relazione e mostrandosi sensibile alle esigenze dei pazienti.

Il nome del modello rappresenta un acronimo, in quando ACCESS sta ad indicare:

- *Assessment*: vedere lo stile di vita, le credenze e le abitudini relative alla salute secondo un'ottica culturale;
- *Communication*: consapevolezza della varietà delle reazioni verbali e non verbali nella comunicazione;
- *Cultural negotiations and Compromise*: essere più consapevoli delle altre culture ed esplorare i problemi secondo le opinioni e credenze dell'assistito culturalmente diverso;
- *Establishing respect*: instaurare una relazione terapeutica fondata sul rispetto dei valori culturali del paziente;
- *Sensitivity*: erogare modelli di cura sensitivi e congruenti alla cultura del paziente;
- *Safety*: assicurarsi che il paziente si senta sicuro durante l'assistenza erogata.

## **2.13. L'ASSISTENZA TRANSCULTURALE E COMPETENZA CULTURALE**

Tutti i modelli e le teorie precedentemente analizzate, hanno come obiettivo finale quello di aiutare e educare il mondo delle professioni sanitarie e mediche nell'erogazione di un'assistenza olistica personalizzata in base ai bisogni del paziente e che sia culturalmente congruente, attraverso l'acquisizione di competenza culturale.

L'assistenza transculturale non differisce da una normale assistenza in termini di formazione professionale legata alle pratiche cliniche, ma aggiunge ad essa le basi per poter gestire un paziente 'diverso dal solito', trattandolo nel suo completo e non solo dal punto di vista patologico.

La visione del paziente è quindi olistica, non tratta solo la *disease* ma anche l'*illness*, dove la prima indica la patologia vista con ottica patologica e biomedica, mentre la seconda indica la soggettività del paziente.

Alla base della disciplina del nursing transculturale, vi sono quindi tre concetti che accomunano tutti i modelli e teorie:

- Competenza culturale;
- Assistenza culturalmente congruente;
- Assistenza culturalmente competente.

L'assistenza culturalmente congruente è l'assistenza in cui sono ben noti e considerati i fattori legati all'identità dell'assistito straniero, mentre l'assistenza culturalmente competente implica la capacità dell'operatore di essere consapevole delle differenze culturali e quindi di erogare un'assistenza culturalmente congruente. I due concetti sono tra loro interconnessi, in quanto senza uno non è possibile comprendere l'altro ed alla loro base si trova il concetto di competenza culturale.

La competenza culturale è il requisito fondamentale dell'infermieristica transculturale.

La competenza culturale è una struttura di visione del mondo che permetta agli operatori sanitari, e agli individui in generale, di fare esperienza della propria e delle altre culture in modo etnorelativo, e permette loro di applicare i saperi e le abilità in maniera appropriata. Non si basa solamente sulla mole di conoscenze inerenti alle culture ma sul sistema percettivo che mette in grado di comprendere le differenze. Si può anche definire come una complessa integrazione di conoscenze, attitudini e abilità che migliora la comunicazione interculturale con interventi appropriati ed efficaci.

Molto interessante ai fini della pratica professionale legata all'assistenza culturale sono gli *Standard di pratica per un'assistenza infermieristica culturalmente competente (Aggiornato al 2011)*, definiti dopo accurata analisi di più di cinquanta documenti, pertinenti all'argomento e prodotti da organizzazioni infermieristiche di tutto il mondo, oltre a materiali utili provenienti da altri settori sanitari, da organizzazioni governative, non governative, sanitarie e di servizi umani. Il documento ha inoltre subito un processo di valutazione, attraverso un questionario valutativo per infermieri, i cui risultati hanno

rilevato un alto grado di soddisfazione verso gli standard e hanno raccolto vari suggerimenti, poi inseriti nella revisione del documento.

Gli standard di pratica per l'assistenza infermieristica culturalmente competente sono 12<sup>[9]</sup>:

1. Giustizia sociale

Gli infermieri professionisti dovrebbero promuovere la giustizia sociale per tutti. L'applicazione dei principi di giustizia sociale guida le decisioni degli infermieri riguardanti il paziente, la famiglia, la comunità ed altri professionisti sanitari. Gli infermieri svilupperanno competenze di leadership per promuovere politiche socialmente giuste.

2. Riflessione critica

Gli infermieri dovrebbero attivare delle riflessioni critiche sui propri valori, credenze, e sul proprio patrimonio culturale al fine di comprendere in che modo queste qualità e questi elementi possono influire sull'assistenza infermieristica culturalmente congruente.

3. Conoscenza delle culture

Gli infermieri dovrebbero acquisire una conoscenza delle visioni, delle tradizioni, dei valori, delle pratiche e dei sistemi familiari degli individui, famiglie, comunità e popoli di diverse culture ai quali rivolgono la loro assistenza, oltre alla conoscenza delle complesse variabili che interferiscono nel raggiungimento della buona salute e del benessere.

4. Pratica infermieristica culturalmente competente

Nell'erogazione di un'assistenza infermieristica culturalmente adeguata gli infermieri dovrebbero disporre di una conoscenza interculturale e di competenze sensibili alle diversità culturali.

5. Competenza culturale nei sistemi sanitari e nelle organizzazioni

Le organizzazioni sanitarie dovrebbero fornire la struttura e le risorse necessarie per valutare e soddisfare i bisogni culturali e linguistici dei loro diversi clienti.

6. Advocacy ed empowerment del paziente

Gli infermieri dovrebbero riconoscere l'effetto che le politiche sanitarie, i sistemi di erogazione, e le risorse hanno sui propri pazienti e dovrebbero

sostenere l'*advocacy* e l'*empowerment* dei pazienti come indicato. Gli infermieri dovrebbero promuovere l'inclusione delle credenze e delle pratiche culturali dei propri pazienti in tutti gli aspetti della loro assistenza sanitaria.

#### 7. Forza lavoro multiculturale

Gli infermieri dovrebbero contribuire attivamente a garantire una forza lavoro multiculturale nei contesti sanitari. Un modo per raggiungere una forza lavoro multiculturale è attraverso il rafforzamento degli sforzi dedicati all'assunzione e al mantenimento delle risorse umane nei contesti ospedalieri ed accademici.

#### 8. Educazione e formazione nell'ambito dell'assistenza culturalmente competente

Gli infermieri dovrebbero essere preparati, dal punto di vista formativo, a promuovere e fornire assistenza sanitaria culturalmente adeguata. Le conoscenze e competenze necessarie a garantire un'assistenza infermieristica culturalmente competente dovrebbero essere incluse nelle agende sanitarie che regolano l'istruzione formale e la formazione clinica, le quali dovrebbero, inoltre, prevedere una costante formazione continua per tutti gli infermieri che svolgono la pratica professionale.

#### 9. Comunicazione interculturale

Gli infermieri dovrebbero adoperare competenze comunicative verbali e non verbali culturalmente competenti per identificare i valori, le credenze, le pratiche, le percezioni dei clienti e i loro particolari bisogni assistenziali.

#### 10. Leadership interculturale

Gli infermieri dovrebbero avere la capacità di influenzare individui, gruppi e sistemi per praticare con un buon esito un'assistenza sanitaria culturalmente competente con diverse popolazioni.

#### 11. Sviluppo delle policy

Gli infermieri dovrebbero disporre di conoscenze e abilità tali da poter lavorare con organismi pubblici e privati, associazioni di professionisti e comunità, al fine di stabilire politiche e standard per l'implementazione e la valutazione globale di un'assistenza culturalmente competente.

## 12. Ricerca e pratica evidence-based

Gli infermieri dovrebbero basare la propria pratica su quegli interventi che sono stati sistematicamente testati e che si sono dimostrati i più efficaci per i popoli di diverse culture ai quali sono stati diretti. In quelle aree caratterizzate da una scarsa presenza di prove di efficacia, gli infermieri ricercatori dovrebbero studiare e testare gli interventi che si suppone siano i più efficaci nella riduzione delle disuguaglianze tra gli esiti sanitari.

Anche Madeleine Leininger, nel suo libro, scrive riguardo la tematica attraverso le *dieci fasi per offrire un'assistenza culturalmente competente e congruente*, per aiutare la professione infermieristica nella pratica in questione:

1. Possedere un bagaglio di conoscenze di culture individuali o familiari che sono state fissate attraverso una letteratura attendibile e attraverso corsi di infermieristica transculturale tenuti da docenti universitari qualificati.
2. Conoscere il proprio retaggio culturale, i modelli, i pregiudizi e i fattori che potrebbero impedire una valutazione efficace e la comprensione dell'assistito.
3. Usare una teoria o una prospettiva teorica per guidare la vostra valutazione come, per esempio, la teoria olistica dell'assistenza culturale con l'uso del modello del sole nascente e degli schemi.
4. Conoscere alcune frasi del linguaggio comune dell'assistito per ottenere informazioni accurate e per lavorare con interpreti qualificati.
5. Mostrare rispetto e un sincero interesse per l'informatore per la sua cultura, apprendere attivamente, lasciando che l'informatore vi racconti le proprie storie, esperienze e idee.
6. Osservare il contesto ambientale nel quale state svolgendo la valutazione e documentarlo.
7. Riflettere sulle informazioni emiche o etiche che la persona vi concede e accertatevi del valore che assumono per ella.
8. Per ottenere dati credibili e attendibili per fornire una specifica assistenza culturalmente congruente, l'assistito deve collaborare attivamente alla valutazione, in modo particolare con la teoria dell'assistenza culturale e con i tre modi di azione e decisione.

9. Individuare e successivamente ricontrollare i valori, le credenze e le necessità di assistenza culturale specifici e generici, relativi a informazioni generiche (emiche) e professionali (etiche) per una possibile assistenza integrata culturalmente congruente.
10. Usare i risultati della valutazione in modo sensibile, intelligente, creativo e significativo con l'assistito, in modo che si possano ottenere risultati positivi e soddisfacenti. Eseguire una verifica con l'assistito la famiglia per documentare i risultati finali <sup>[8]</sup>.

Vi sono poi dei parametri tratti e modificati dal *Policy statement to guide transcultural nursing standards and practices* del 1988 e dal *Committee on certification and recertification of transcultural nursing society* del 2001. Questi parametri rispecchiano il lavoro svolto in area ospedaliera e universitaria da infermieri transculturali esperti, basati sul lavoro della Leininger. Tali parametri, appunto perché sviluppati dalla conoscenza degli infermieri di questa branca infermieristica e dall'esperienza sul campo, dovrebbero essere istituiti, mantenuti e sostenuti.

Questi parametri sono i seguenti:

1. Gli assistiti appartenenti alle diverse culture hanno il diritto di vedere applicati i parametri di assistenza transculturale atti a proteggere e rispettare i valori, le credenze e le pratiche generiche legate alla tradizione popolare, associate ad appropriate procedure professionali.
2. Gli infermieri che valutano e offrono assistenza alle diverse culture o sottoculture hanno l'obbligo morale di essere preparati in infermieristica transculturale per fornire a coloro che sono culturalmente diversi un'assistenza competente, sensibile e fondata sulla ricerca.
3. Le valutazioni e le pratiche culturali dovrebbero fare uso dei concetti, dei principi, delle teorie, delle risultanze della ricerca e delle competenze dell'infermieristica transculturale per garantire pratiche sicure, congruenti e competenti.
4. Gli infermieri dovrebbero mostrare sensibilità e competenza nell'utilizzare le conoscenze culturali e assistenziali per gli assistiti di culture diverse.

5. Gli infermieri, in qualità di operatori assistenziali, hanno il dovere etico, morale e professionale e la responsabilità di studiare, comprendere e utilizzare l'assistenza transculturale fondata sulla ricerca per ottenere risultati sicuri, vantaggiosi e soddisfacenti per l'assistito o la sua famiglia.
6. L'offerta di assistenza culturalmente competente e congruente dovrebbe riflettere l'abilità dell'operatore assistenziale nel verificare e utilizzare dati specifici della cultura senza pregiudizi, discriminazioni o conseguenze negative.
7. Gli infermieri che assistono persone appartenenti a culture diverse dovrebbero cercare di fornire un'assistenza olistica che sia globale, cioè che tenga conto della visione del mondo degli assistiti e includa la storia etnica, la religione (o spiritualità), i valori etico-morali, gli specifici valori e credenze culturali e assistenziali, i legami di parentela (socio culturali), i fattori economici e politici (legali), e il riferimento all'ambiente in cui essi vivono o al contesto in cui lavorano.
8. Gli infermieri che praticano l'infermieristica transculturale danno prova ,nelle loro azioni e decisioni, di essere in grado di affrontare pregiudizi, preconcetti, razzismi interculturali e altre manifestazioni distruttive o svantaggiose nei confronti degli assistiti appartenenti a culture diverse.
9. Gli infermieri che fanno uso dell'assistenza culturalmente competente e congruente mantengono un'attitudine aperta, flessibile e di apprendimento e il desiderio di espandere le proprie conoscenze rispetto alle diverse culture e modi di vivere assistenziali.
10. Gli infermieri con competenze transculturali danno prova di essere in grado di utilizzare le risorse locali, regionali e nazionali per il raggiungimento di risultati assistenziali vantaggiosi.
11. Gli infermieri con competenze transculturali dimostrano di possedere abilità di comando, per lavorare a fianco di altri infermieri e di colleghi interdisciplinari che hanno bisogno di aiuto nell'offrire agli assistiti pratiche culturalmente sicure e congruenti, evitando così imposizioni, gravi offese e conflitti culturali e molti altri esiti negativi e distruttivi.
12. Gli infermieri con competenze transculturali sono impegnati in prima persona nel difendere, appoggiare e migliorare l'assistenza alle persone di diverse culture



e a condividere le risultanze delle proprie ricerche e le proprie esperienze competenti in arene pubbliche e professionali <sup>[8]</sup>.

La competenza culturale, quindi, non si può imparare come una qualsiasi pratica clinica, ma è un processo continuo che parte da una riflessione interna e consapevolezza delle diversità culturali. È infatti essenziale che l'operatore conosca bene la propria identità culturale per riuscire ad accettare quella dell'assistito, è solo dopo aver preso coscienza di ciò che si può veramente acquisire competenza culturale. Una volta acquisita la competenza culturale, è possibile erogare un'assistenza culturalmente congruente e competente.

## CAPITOLO 3

### LA GESTIONE DEL PAZIENTE STRANIERO

---

L'incontro con una persona straniera, in qualsiasi contesto, rende evidente la presenza di barriere che ostacolano l'interazione. Nell'ambito dell'accesso ai servizi sanitari, vi sono diversi tipi di barriere: giuridico-legali, burocratico-amministrative, economiche, organizzative, linguistiche, comunicative, interpretative, comportamentali e culturali. Per quanto riguarda quelle inerenti all'assistenza infermieristica spiccano le barriere linguistiche, culturali e relazionali.

In particolare, nel contesto sanitario, la gestione del paziente straniero, in confronto al paziente autoctono, risulta più difficoltosa, in quanto la presenza di tali barriere ostacola il 'normale', o almeno da noi così ritenuto, processo assistenziale. Diviene perciò essenziale modificare le proprie abitudini e mettere in atto un processo assistenziale che sia opportuno alla gestione di questa nuova tipologia di paziente.

In questo capitolo si pone l'attenzione sulle diversità presentate dal 'nuovo' cliente e come queste influenzino le varie parti coinvolte nel processo assistenziale, andando poi a definire l'approccio migliore che garantisca la miglior possibile qualità di cura e il minor possibile disagio creato dalle barriere.

Innanzitutto, è utile definire cos'è una barriera in generale, per poi andare nel dettaglio delle sue varie sfaccettature.

La barriera è uno sbarramento, ostacolo, demarcazione, impedimento o chiusura che segna un confine, ma ai fini di questo lavoro, si deve considerare il senso figurato della parola, ossia "divisione culturale, ideologica, sociale" <sup>[10]</sup>.

Le barriere generano incomprensioni che vanno analizzate e comprese per riuscire a superarle e rendere migliore sia la comunicazione che l'assistenza. Tali incomprensioni nella relazione tra operatore sanitario e paziente sono state classificate in cinque livelli da Colasanti e Geraci:

1. Livello prelinguistico;
2. Livello linguistico;
3. Livello metalinguistico;

4. Livello culturale;
5. Livello metaculturale <sup>[11]</sup>.

Il livello prelinguistico si riferisce alla difficoltà propria di ogni persona di esprimere le proprie sensazioni interiori, in ambito sanitario, tale difficoltà è relativa alla percezione e verbalizzazione della malattia. Si hanno quindi due punti di vista di una stessa malattia: *illness* e *disease*. La prima indica la percezione del paziente e quindi i sintomi soggettivi, mentre la seconda indica la visione del medico sotto un punto di vista professionale e quindi i sintomi oggettivi. Nell'assistenza transculturale la difficoltà è ancora maggiore in quanto la percezione deriva da due modelli culturali differenti.

Il livello linguistico, il più immediato ed ovvio, è legato alla comprensione della lingua che include problemi sia di tipo lessicale che semantico. Questo livello è causato esclusivamente dalla diversità delle lingue parlate dall'operatore e dal paziente.

Il livello metalinguistico indica il livello simbolico di una lingua, ossia il significato che una stessa parola può assumere nelle diverse lingue e culture, tale significato va oltre la semantica assumendo più una nota astratta, in quanto la parola viene analizzata secondo l'identità culturale, le esperienze personali e le emozioni della persona.

Il livello culturale è quello in cui si esprime l'*imprinting* con cui la persona ha definito la propria identità culturale, ossia il modello attuativo di definizione di tale identità che deriva da tutti quei fattori che caratterizzano una cultura.

Il livello metaculturale indica gli aspetti culturali facilmente individuabili, in quanto resi visibili attraverso le azioni. Questo modello può portare a due condizioni: arroccamento (rifiuto della cultura ospitante) o iperadattamento (adozione della cultura del paese ospitante rinnegando la propria).

È importante, nel corso dell'assistenza al paziente, ridurre al minimo e superare queste incomprensioni, andando ad analizzare tutte le barriere presenti nell'interazione operatore-paziente.

### **3.1 BARRIERA LINGUISTICA**

Una barriera linguistica è “un ostacolo che interviene nel processo di comunicazione, dovuto principalmente all’uso di lingue diverse, dialetto, o gerghi che il ricevente non è in grado di decodificare correttamente con la conseguenza di non comprendere o mal intendere il messaggio che gli è stato inviato” [12].

La barriera rappresenta quindi una compromissione minore della comunicazione, data principalmente da una completa non conoscenza o scarsa e limitata conoscenza della lingua, ma ci possono essere anche altri motivi nonostante la lingua parlata sia la stessa, ossia l’accento utilizzato nella pronuncia, l’uso scorretto di parole, l’uso di gerghi (come ad esempio quello medico), errori di pronuncia o grammaticali e parole o frasi ritenute offensive da una della due parti.

La limitata o non conoscenza della lingua è una fattore che accomuna la maggior parte degli stranieri in un paese ospitante, almeno per il primo periodo in cui si trovano nel nuovo luogo, alcuni poi riescono a imparare bene la lingua, altri invece, nonostante tanti anni di permanenza nel paese, non riescono. Vi può essere anche una diminuzione del livello di conoscenza della lingua, per loro, straniera con l’aumento dell’età, data principalmente da eventi neurologici legati alla tarda età.

Qualunque sia la causa, la presenza della barriera linguistica limita gravemente l’interazione tra persona straniera e autoctona, interazione che in certe situazioni risulta essere essenziale. Si fa l’esempio del contesto sanitario, in cui la barriera linguistica ostacola gravemente l’assistenza del paziente.

### **3.2. BARRIERA CULTURALE**

La barriera culturale deriva dalle barriere sociali che delimitano l’ambiente sociale creando una netta divisione delle sue varie componenti, ossia etnie, classi, popoli, gruppi religiosi. Quella che è una divisione inizialmente ambientale, ha portato nel corso dei secoli ad assumere un ruolo diverso, quelli dividere le popolazioni diverse.

La barriera culturale è una barriera che si interpone tra due individui di origine e cultura diversa, che non riescono a coesistere, creando degli ostacoli all'interazione, fino ad arrivare alla presenza di conflitti culturali.

La cultura “si riferisce alla conoscenza di valori, credenze e stili di vita appresi, condivisi e trasmessi di uno specifico gruppo; di solito sono tramandati di generazione in generazione e influenzano il modo di pensare, le decisioni e le azioni in schemi o in modi predeterminati” [8]. È per questo, che la cultura rappresenta una variabile importante nella diversità delle popolazioni mondiali. Si parla infatti di identità culturale, “che si esplica in una serie di atteggiamenti, scale di valori civili, religiosi, orientamenti di pensiero” [13] influenzati dalla società di origine.

I principali fattori/variabili vissuti diversamente e che caratterizzano differentemente le diverse culture avvolgono tutte le sfere di ‘vita quotidiana’, ricordiamo i principali: “stato socioeconomico, modello familiare, ruoli di genere e responsabilità, modello matrimoniale, comportamenti sessuali, modello di prevenzione, politica demografica, pratiche legate a gravidanza e parto, concezione del corpo, nutrizione, abbigliamento, igiene personale, sistemazione della casa, norme sanitarie, professione, religione, abitudini, *culture-induced* stress, stato di immigrazione, uso di sostanze, tempo libero, terapia e strategia di autoguarigione” [14].

Si può ben capire quindi, come ogni fattore della vita sia estremamente influenzato dalla cultura d'origine, ma puntando l'attenzione sul contesto sanitario, si nota come la diversa cultura influenzi la percezione di salute e malattia, il modo di vivere, i valori e i significati di eventi sanitari, l'opinione sull'uso della scienza per curare il corpo ed i diversi metodi di guarire. Tutti questi fattori vanno a condizionare anche lo stato di salute.

Anche l'approccio sanitario è differente nelle varie culture, perciò, l'incontro interculturale di modi diversi di vedere la salute, può condizionare il processo assistenza sia positivamente che negativamente. L'influenza positiva è data nel momento in cui gli individui, rispettando l'identità culturale altrui, aumentano il successo terapeutico; mentre l'influenza negativa sussiste nel momento in cui i valori culturali differenti entrano in conflitto.

Nella relazione sanitario-paziente, in cui il paziente ha un'origine diversa, si deve tenere conto della sua identità culturale e della sua opinione, perché esse influenzano in primo luogo l'interazione e comunicazione con l'operatore sanitario, ed in secondo luogo l'aderenza terapeutica, la malattia, i sintomi, il processo di guarigione e il ritorno allo stato di salute ottimale.

Gli operatori sanitari dichiarano di provare e dimostrare rispetto per le credenze e i valori dei pazienti immigrati (tra queste, ruoli sessuali e familiari, rispetto del corpo, legami tra convinzioni religiose e medicina, credenze e pratiche rispetto alla morte) ma la concezione dei ruoli in relazione ai sessi e le modalità della gestione delle relazioni interpersonali costituiscono comunque aspetti di criticità così come i tabù sul corpo, la concezione del tempo, le pratiche religiose.

### **3.3 BARRIERA RELAZIONALE**

La barriera relazionale è una barriera che l'uomo pone automaticamente quando si trova di fronte ad una persona 'diversa', per questo può essere definita anche barriera psicologica o percettiva.

Altro nome che assume nella letteratura, è quello di barriera invisibile, in quanto non sempre questo tipo di barriera è facilmente riconoscibile, anzi molte volte si presenta come processo inconscio che spesso risulta difficile accettare.

Solitamente, tale barriera deriva dalla presenza della barriera culturale, specie in caso di conflitto culturale o shock culturale.

Lo shock culturale rappresenta il disorientamento e l'incapacità di un individuo di rispondere appropriatamente ad un'altra persona o situazione a causa degli stili di vita diversi e non familiari.

Il conflitto culturale, secondo Jonathan Turner, professore di sociologia all'Università della California, è uno scontro che si verifica a causa delle differenze nelle credenze culturali, elementi di una visione del mondo che danno fiducia a un gruppo individuale o sociale nelle loro opinioni sul mondo. Il conflitto sorge quando le aspettative delle

persone su un determinato comportamento, a causa della loro origine, non sono soddisfatte o vengono repressate attraverso l'imposizione culturale.

La barriera relazionale è quindi data dall'associazione della 'cultura diversa' a significati negativi e dalla presenza di shock e conflitti culturali, che comporta la risposta dell'individuo, spesso inconscia, basata su:

- **Discriminazioni:**  
“Modi celati o palesi di limitare gli altri nelle opportunità, nelle scelte o nelle esperienze di vita basandosi sulla opinione o pregiudizi razziali” [8].
- **Stereotipi:**  
“Classificare o ordinare le persone con criteri ristretti e fissi e con caratteristiche rigide o immutabili” [8].
- **Razzismo:**  
“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 [...], a conservare la «purezza» e ad assicurare il predominio assoluto della pretesa razza superiore” [8].  
Più genericamente, indica un “complesso di manifestazioni o atteggiamenti di intolleranza originati da profondi e radicati pregiudizi sociali ed espressi attraverso forme di disprezzo ed emarginazione nei confronti di individui o gruppi appartenenti a comunità etniche e culturali diverse, spesso ritenute inferiori” [15].
- **Etnocentrismo:**  
“Convinzione che i propri modi di agire, credere o comportarsi siano i migliori, superiori o i preferibili” [8].
- **Cecità culturale:**  
“Incapacità di individuo di riconoscerlo vedere lo stile di vita valori e i modi di agire di un'altra persona, come se questi fossero per lo più basati sul letto centrismo o su tendenze pregiudizievoli” [8].
- **Imposizione culturale:**

“Tendenza di un individuo o di un gruppo a imporre le proprie credenze, valori e modelli di comportamento su altre culture, per varie ragioni” [8].

- Pregiudizi o *bias*:

“Convinzione che i propri valori le proprie credenze debbano controllare la situazione o le decisioni e tendenza a favorire un gruppo rispetto a un altro” [8].

I pregiudizi possono essere favorevoli o sfavorevoli e possono essere inconsci (impliciti o non intenzionali) o consci (espliciti o intenzionali).

Vi sono dei test (disponibili online su: <https://implicit.harvard.edu/implicit/>), chiamati *Implicit Association Test* (IAT), creati da M. Banaji e A. Greenwald nel 1998, che per la valutazione dei *bias* inconsci.

Tutto ciò va ad alterare la percezione delle persone, e di conseguenza anche i comportamenti, le interazioni, le relazioni e le azioni, portando alla convinzione errata che una cultura sia superiore all'altra.

Nel contesto sanitario, la presenza di barriere relazionali, ha un impatto esclusivamente negativo, dato che ostacola comunicazione, assistenza e cura.

Purtroppo, l'origine della barriera relazionale è rappresentata da fattori spesso inconsci della mente umana, rende il suo superamento alquanto difficile. Ma situazione ancor più grave è la consapevolezza del proprio processo conscio di disprezzare il 'diverso' e il pensare che ciò sia corretto, in quanto in questa situazione sarà impossibile il superamento della barriera.

### **3.4 CONSEGUENZE DELLE BARRIERE IN AMBITO SANITARIO**

In ambito sanitario, come d'altronde nel resto della società, la presenza di queste barriere influisce negativamente sia sul paziente straniero che sull'interlocutore e sulla società. Di seguito si andranno a definire i vari effetti delle barriere sul paziente straniero, sull'operatore sanitario e sul sistema sanitario nazionale.



### 3.4.1 EFFETTI SUL PAZIENTE

La presenza di barriere ha molteplici effetti sul paziente straniero, sia sulla sua salute fisica che mentale.

Innanzitutto, queste barriere vanno a diminuire la qualità di comunicazione e di conseguenza la qualità e la quantità dell'assistenza sanitaria.

L'alterazione della relazione comunicativa, data sia nella trasmissione che decodifica del messaggio, ha come conseguenza una minore qualità di cura, sicurezza del paziente e errori legati a diagnosi e trattamento.

In *Improving Patient Safety Systems for Patients with Limited English Proficiency: A Guide for Hospitals* (Betancourt JR, Renfrew MR, Green AR, Lopez L. e Wasserman), gli autori evidenziano come le conseguenze date dalle barriere rappresentino un problema per l'assistito per i seguenti fattori:

- Maggior rischio di subire errori medici;
- Maggiore durata del ricovero e conseguente rischio aumentato di infezione degli accessi venosi, infezioni del sito chirurgico, cadute e lesioni da pressione.
- Difficoltà nella comprensione delle informazioni di dimissione, gestione della malattia, terapia farmacologica, follow up e dei segni e sintomi da controllare. Tutto ciò aumenta il rischio di ricovero post dimissione per complicanze o riacutizzazione della malattia.
- Minore soddisfazione.

**Table 1: Evidence-based impact of language barriers on patient outcomes<sup>27</sup>**

Length of stay if interpreter isn't used at admission or discharge	↑ (3 days)
30-day readmissions (among certain chronic diseases)	↑ risk (15%–25%)
Central line-associated bloodstream infections	↑ risk
Falls	↑ risk
Surgical site infections	↑ risk
Pressure injuries	↑ risk
Surgery delays	↑ risk
Medication management (for example, adherence, understanding discharge instructions)	↑ risk
Preventive screening	↓ chance
Access to the healthcare system	↓ chance

Oltre a queste problematiche, vi sono anche la difficoltà a comunicare i propri segni e sintomi, le proprie necessità assistenziali, la storia medica e farmacologica, allergie che rischia di compromettere la corretta diagnosi e scelta del trattamento.

La compliance e aderenza terapeutica è minore, sia per incomprensioni della terapia che per eventuali ragioni culturali, che non sono state prese in considerazione dall'operatore sanitario.

Oltretutto, la presenza delle barriere influenza anche la salute del paziente in termini psicologici, generalmente a causa della barriera relazionale, a causa di cui il paziente potrebbe risentire dei pregiudizi e delle discriminazioni attuate dal professionista sanitario, anche in maniera inconscia. Infatti, spesso i pazienti di origine straniera lamentano di sentirsi ignorati, di non ricevere cure al pari dei pazienti autoctoni sia in termini di qualità che in termini di tempo dedicato a loro e di non essere soddisfatti dell'assistenza ricevuta.

Tutte queste difficoltà portano quindi, assieme a fattori culturali e mancata educazione e prevenzione, a minore e ritardato accesso ai servizi sanitari, aumentando le complicanze legate alla malattia.

Tutti questi motivi, quindi, vanno ad influire negativamente sul processo di cura e sull'*outcome* del processo di assistenza.

### **3.4.2 EFFETTI SULL'OPERATORE SANITARIO**

Le barriere nell'interazione operatore sanitario-paziente non rappresentano un problema solo per il paziente straniero, ma anche per l'operatore sanitario che assiste la persona.

Anche in questo caso vi è una diminuzione della qualità di comunicazione che comporta limitazioni all'erogazione dell'assistenza e alla qualità di cura.

L'assistenza diviene difficile in quanto l'informazione data dal paziente riguardo il suo stato di salute e malattia risulta essere difficile da comprendere o incompleta. Vi è, infatti, grande difficoltà nel comprendere i segni e sintomi descritti dal paziente, che spesso vengono malintesi, portando l'operatore a dubitare della credibilità del paziente e non prendendo seriamente la situazione in cui si trova l'assistito.

Inoltre, spesso l'operatore sanitario lamenta di una scarsa aderenza terapeutica da parte del paziente, ma raramente accade che si vada ad indagare sul perché. Bisognerebbe, infatti, andare a ricercare le motivazioni dietro i comportamenti del paziente, per capire se vi sono motivazioni culturali oppure solo una scarsa comprensione di ciò che è stato riferito.

Tutti gli operatori sanitari, durante l'assistenza, sono abituati a gestire tutti i pazienti alla stessa maniera, ma ciò non è possibile, in quanto l'origine del paziente influisce

notevolmente sulle abitudini della persona. Si faccia l'esempio del dolore, non tutte le popolazioni tendono a riferire il dolore in quanto per loro questa sensazione permette di avvicinarsi ad un'entità superiore, ostacolando quella che è la somministrazione di terapia. Altro esempio è dato dall'uso di farmaci, nel contesto occidentale, in caso di malattia, la prima linea d'azione, ove possibile, è rappresentata generalmente dalla terapia farmacologica, mentre in altri paesi, si cerca di evitare al più possibile l'assunzione di farmaci, attraverso terapie alternative, ad esempio con l'uso di erbe e oli naturali, sostanze omeoterapiche o anche attraverso la preghiera.

L'instaurazione di un'efficace relazione operatore-paziente è ostacolata dalle barriere che non permettono di creare un rapporto di fiducia su cui basare la relazione terapeutica. Ciò porta anche l'operatore a dover modificare il proprio approccio assistenziale, facendo credere all'utente che l'approccio a lui riservato sia diverso da quello riservato ad un paziente autoctono, andando ulteriormente a diminuire il livello di fiducia e soddisfazione dell'assistito.

Emotivamente, l'operatore sanitario afferma che la gestione del paziente straniero è *emotionally demanding*, ossia richiede un grande impegno emotivo, in quanto provoca emozioni come preoccupazione, ansia, stress e disagio.

Oltretutto, in linea con quanto affermato nello studio *Aspetti interculturali nella comunicazione medico-paziente. Il punto di vista del personale sanitario e dei pazienti* (Benucci A. e Grosso G.), la maggioranza degli operatori sanitari afferma che il tempo dedicato è uguale o maggiore rispetto a quello dedicato ai pazienti nativi, solo una piccola parte afferma che il tempo dedicato sia minore; diversamente dalla percezione dei pazienti stranieri riguardo le tempistiche a loro riservate.

Alcuni studi, inoltre, affermano che nella gestione del paziente migrante, vi è una maggiore attenzione durante il *decision making*, e generalmente si attua una cura più conservativa e vi è maggiore richiesta di esami diagnostico-terapeutici, in quanto vi è la paura di commettere errori legati alla presenza delle barriere che non permettono un'adeguata comunicazione, e per ovviare ad eventuali ricadute dal punto di vista medico-legale.

La responsabilità percepita, durante la gestione del paziente straniero, è quindi maggiore rispetto alla responsabilità professionale percepita nella gestione di un paziente autoctono con cui si condivide l'origine culturale.

Anche dal punto di vista dell'educazione sanitaria e della prevenzione, gli operatori si trovano in difficoltà, in quanto, la barriera linguistica non permette di comunicare efficacemente con l'assistito, la barriera culturale non permette di tener conto della visione dell'assistito legata all'argomento di prevenzione e educazione sanitaria e la barriera relazionale ostacola la relazione terapeutica, tendendo a trattare solo la patologia in atto senza considerare l'olisticità della persona e il trattamento culturalmente congruente.

### **3.4.3 EFFETTI SUL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE**

Il servizio sanitario risente notevolmente la presenza delle barriere, in quanto vi è una diminuzione della qualità di cura e un maggiore costo nella gestione del paziente.

Il maggior costo è dato da: aumento della durata del ricovero, maggiore incidenza di ricovero, maggior rischio di ricovero post dimissione per complicanze o riacutizzazione della malattia e maggiore prescrizione di esami diagnostico-terapeutici. Tutti questi eventi sono dati esclusivamente dalla presenza delle barriere nella relazione interculturale, specie quella linguistica.

## **3.5 SUPERAMENTO DELLE BARRIERE**

Per evitare tutte le condizioni precedentemente descritte, diviene importante superare tutte le barriere tra l'operatore sanitario e il paziente straniero, ma non è così semplice.

La barriera linguistica è quella più facile da superare, in quanto l'ostacolo è dovuto esclusivamente alla diversa lingua tra le due parti. Per fare ciò si deve garantire una comunicazione efficace, anche attraverso l'ausilio di strumenti e strategie, che verranno descritti nel capitolo successivo.

La barriera culturale è più difficile da superare, ancor più quella relazionale, in quanto sono delle barriere inconsce e vi deve essere innanzitutto la consapevolezza da parte dell'operatore sanitario della presenza delle barriere e la volontà di cambiare il proprio

modo di pensare e agire in modo da non entrare in conflitto né con i propri valori né con quelli dell'assistito.

In questo caso, a differenza delle barriere linguistiche, non vi sono veri e propri strumenti concreti ma solamente il proprio proposito di poter assistere in maniera adeguata l'utente attraverso l'acquisizione di competenza culturale.

Una volta acquisita la consapevolezza dell'esistenza di culture diverse e della possibilità di coesistenza, si devono abbattere gli assunti culturali corrotti o patologici che ostacolano una buona relazione interculturale, come pregiudizio, stereotipo e discriminazione, anche a livello inconscio, attraverso l'informazione, l'educazione, il riconoscimento del prossimo, l'ascolto, la relazione, la predisposizione al cambiamento e alla flessibilità.

A tal fine, sia in ambito universitario che professionale, sono d'aiuto gli studi, le teorie e i modelli inerenti al nursing transculturale, il cui apprendimento permette la comprensione e acquisizione della competenza culturale e quindi la capacità di offrire assistenza culturalmente congruente e competente.

## **CAPITOLO 4**

### **GLI STRUMENTI PER LA COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE STRANIERO CHE NON PARLA ITALIANO**

---

Comunicare con un interlocutore che non conosce la lingua italiana è assai difficile, ma questa difficoltà è ulteriormente aumentata quando questo problema si verifica in un contesto sociosanitario in cui la comunicazione è essenziale sia per la vita del paziente che per il medico che cerca di aiutare tale paziente.

Per superare questo problema dato dalle barriere linguistiche, a livello sia intra che extra ospedaliero, vi sono degli ausili, strumenti e metodi che permettono una buona comunicazione tra operatore sanitario e paziente.

Di seguito, ricordiamo i principali strumenti, che andremo a descrivere in maniera dettagliata in questo capitolo:

1. Mediatore linguistico-culturale in persona, per via telefonica o per via videotelefonica;
2. Telefoni appositi per triage multilinguistico;
3. Child language brokering;
4. Familiare o conoscente che fa da tramite;
5. Operatore sanitario che conosce la lingua parlata dal paziente.
6. Google traduttore ed altri servizi di traduzione informatica generica;
7. Applicazioni per traduzione medica;
8. Materiale scritto multilingue.

#### **4.1 MEDIATORE LINGUISTICO CULTURALE**

Il mediatore linguistico culturale è un mediatore dialogico con competenze professionali acquisite attraverso idonea formazione.

Il mediatore dialogico viene definito come ‘una terza parte [che] agisce come mediatore tra due che non condividono un linguaggio comune e traduce il messaggio di una persona nel linguaggio dell’altra’ <sup>[16]</sup>.

Il mediatore dialogico si può dividere in due branche:

- Mediatore linguistico culturale professionale;
- Interprete ad hoc (child language brokering, familiari, amici, operatori sanitari della stessa etnia del paziente).

Il mediatore linguistico culturale in ambito sanitario è ‘un professionista in possesso di competenze necessarie nella traduzione in ambito sanitario, inserito nella vita della comunità in cui il paziente di etnia minoritaria interagisce, preferibilmente con esperienza di migrazione’ [16].

L’interprete ad hoc è invece una persona che viene coinvolta spontaneamente non preparata, ma dotata di competenze linguistiche e culturali, per favorire la comunicazioni con pazienti ‘non nativi’. Questa categoria può essere identificata da diverse figure: bambini, parenti, amici, operatori sanitari o estranei che condividono l’origine del paziente straniero.

Questo paragrafo tratterà del mediatore linguistico-culturale professionale, mentre le varie tipologie di interpreti ad hoc verranno trattate singolarmente nei paragrafi a seguire.

### **Definizioni**

Il mediatore linguistico-culturale può assumere anche altri appellativi, infatti in una ricerca dell’Isfol vi è un elenco di termini adottati dalle varie normative per riferirsi ai mediatori “interprete sociale, facilitatore della comunicazione, mediatore di madre lingua, mediatore linguistico, tecnico della mediazione linguistica per immigrati, mediatore linguistico culturale, mediatore interculturale, mediatore culturale, mediatore sociale” [17]. I termini cambiano a seconda del tipo di attività prevalente che sono chiamati a svolgere.

“Il mediatore è un esperto della comunicazione interculturale che favorisce lo scambio di informazioni e l’avvicinamento tra due o più soggetti appartenenti a differenti culture. Svolge principalmente due tipi di attività convergenti nella stessa direzione: un’attività di mediazione linguistica che consiste nella traduzione di una lingua ad un’altra e un’attività di mediazione culturale consistente nel coniugare un insieme di attività legate alle tradizioni, alle culture, alle usanze e alle religioni, atte a favorire l’integrazione” [18]. Le due attività sono quindi intese alla facilitazione della

comunicazione e relazione tra partecipanti di etnie diverse riducendo le differenze sia linguistiche che socio-culturali.

Altra definizione molto interessante del mediatore linguistico-culturale è data nel documento *Mediazione e mediatori interculturali: indicazioni operative*, elaborato dal CNEL (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro): “[il mediatore linguistico-culturale è un] agente attivo nel processo di integrazione sociale e opera per facilitare la comunicazione, il dialogo e la comprensione reciproca tra soggetti con culture, lingue e religioni differenti. È un professionista che agisce...facilitando le relazioni fra i cittadini migranti e le istituzioni, i servizi pubblici e le strutture private, senza sostituirsi né agli uni né agli altri” [19].

### **Ambiti di intervento**

Questa figura professionale ha diversi ambiti di intervento, sia in settori pubblici che privati, in cui vi è la necessità di favorire l'integrazione degli immigrati che si rivolgono a tali servizi e che hanno difficoltà linguistiche o altri problemi di inserimento.

I possibili ambiti in cui possiamo trovare tale figura sono i seguenti: servizi educativi per l'infanzia, scuole di vario ordine e grado, ospedali, consultori familiari, uffici stranieri di questure, tribunali, carceri, uffici stranieri di sindacati, enti locali e associazioni di volontariato, centri per l'impiego, servizi sociali, centri di prima accoglienza, comunità alloggio e imprese.

Questo lavoro si incentrerà in maniera particolare sull'ambito sanitario.

### **Livelli di intervento**

Il mediatore linguistico culturale può operare a diversi livelli di intervento:

- Livello informativo e orientativo;
- Livello linguistico e comunicativo
- Livello culturale e interculturale;
- Livello psico-sociale e relazionale.

A livello informativo e psico-sociale il mediatore è chiamato a fornire informazioni ai cittadini stranieri riguardanti l'organizzazione del territorio ed i suoi servizi, a



collaborare, affiancando operatori italiani, nell'organizzazione di percorsi e progetti di integrazione o partecipando ad attività di formazione.

A livello linguistico/comunicativo e culturale/interculturale, è chiamato a svolgere attività di traduzione ed interpretazione linguistica, culturale e metalinguistica, integrando, ad esempio, l'esplicitazione del linguaggio non verbale ed extralinguistico con quello culturale.

### **Ruoli e compiti**

Questa figura ha molteplici ruoli e compiti:

- Interpretazione linguistica;
- Mediazione culturale;
- Prevenzione di conflitti e supporto alla risoluzione;
- Supporto all'integrazione, *empowerment* e *advocacy*;
- Instaurare fiducia e facilitare la relazione terapeutica;
- Fornire supporto psico-sociale, *counselling*, educazione alla salute e assumere il ruolo di co-terapista;
- Attività di sportello per orientamento e informazione e collaborazione nella progettazione di strumenti informativi in lingua straniera;
- Rilevazione e segnalazione di problematiche;
- Collaborazione nella progettazione di strumenti informativi e percorsi formativi per gli operatori.

Tutte queste attività non sono mai attuate singolarmente, ma spesso vi è una sovrapposizione dei diversi ruoli in base al contesto situazionale.

L'interpretazione linguistica si attua all'interno di una conversazione a tre parti, in cui il mediatore interpreta e trasmette i messaggi, sia orali che scritti, tra l'operatore sanitario e il paziente che non condividono la stessa lingua.

La mediazione culturale ha come scopo quello di colmare il divario socioculturale, attraverso la spiegazione e contestualizzazione di messaggi e situazioni sia all'operatore sanitario che al paziente, anche mediante la spiegazione dei valori e norme socioculturali di entrambe le parti che stanno alla base di discorsi, abitudini e convinzioni. Infatti, secondo Kaunfer, il mediatore è colui che deve "spiegare la cultura

dell'ospedale e del medico al paziente e il mondo del paziente al medico" [20]. Un esempio di situazioni in cui questo ruolo p-è essenziale può essere la spiegazione di come un certo comportamento o anche diagnosi, per noi considerata normale o accettabile, nella comunità d'origine dell'assistito potrebbe non avere la stessa percezione. Secondo

Il mediatore interculturale ha anche il ruolo di prevenire e supportare il risolvimento di eventuali conflitti che si potrebbero creare tra l'operatore sanitario e l'assistito. Generalmente, le cause di tali divergenze sono attribuibili a opinioni diverse riguardo la salute, le cure, i valori culturali; è quindi importante per riuscire a risolvere il conflitto attuare il compito precedentemente descritto della mediazione socioculturale.

Il supporto all'integrazione è attuato attraverso l'informazione ai pazienti immigrati riguardo i servizi sociali e sanitari presenti nel paese in cui si trovano ed i loro diritti all'uso di tali servizi ed attraverso l'aiuto all'interazione con tali servizi. Tutto ciò può essere ottenuto con l'attivazione di sportelli di orientamento ed informazione e la preparazione di materiale in varie lingue.

L'*empowerment* e l'*advocacy* sono anch'essi essenziali, in quanto rappresentano il requisito obbligatorio affinché il soggetto acquisisca il maggior livello di indipendenza possibile. Il ruolo di *advocacy* racchiude in sé una particolare attività, ossia parlare al posto di stranieri che subiscono forme di razzismo e discriminazione istituzionale e che hanno difficoltà a difendere i propri diritti.

Altra aspetto cruciale dell'attività del mediatore è riuscire ad instaurare fiducia nel paziente e facilitare così la relazione terapeutica, assumendo quindi il ruolo di mediatore relazionale.

Inoltre, vi è la presenza del mediatore anche per facilitare l'educazione e promozione alla salute, counselling, consultazioni in salute mentale, assumendo il ruolo, molte volte, di co-terapista.

Per riassumere tutti questi compiti, è interessante la seguente definizione data da un gruppo di riflessione di interpreti:

“Interprete: consigliere culturale, mediatore culturale, rappresentante culturale.

L'interprete può essere paragonato a un attore: a volte recita la parte del paziente a volte quella dell'addetto alle cure per rappresentare all'uno l'altro.

In altre parole, i ruoli dell'interprete sono: portaparola, avvocato, ambasciatore, intercessore.

È il tramite tra due culture, due modi di essere e di pensare.

L'interprete serve da passarella, da cordone tra due individui.

L'interprete è colui che sta nel mezzo e cerca di far incontrare le due parti.”<sup>[21]</sup>

## **Competenze**

Come si può notare, ai fini di una buona interazione medico-paziente, l'attività del mediatore interculturale non può basarsi esclusivamente su competenze linguistiche, ma si devono possedere anche competenze interculturali e comunicative specifiche.

Le competenze interculturali servono appunto perché non basta tradurre letteralmente discorsi, ma si deve andare oltre le parole per indagare i motivi dietro a certi comportamenti, generalmente legati all'aspetto culturale.

Le competenze comunicative specifiche, invece, servono per tradurre al meglio la conversazione, evitando l'uso di termini che nella lingua straniera possono essere considerati volgari, nonostante il termine nella nostra lingua abbia un carattere assolutamente normale. In ambito sanitario, questa competenza ha un'ulteriore importanza in quanto spesso si ha la necessità di fare una traduzione da termini medici a termini di vita quotidiana.

Anche la competenza professionale è molto importante, per evitare che vi sia uno sbilanciamento a favore di una delle due parti, rimanendo così sulla posizione di 'ponte' per l'interazione.

## **Formazione, educazione e certificazioni**

La professione del mediatore linguistico-culturale, essendo una figura di recente nascita, non è ancora disciplinata in maniera univoca. Perciò, anche per quando riguarda la formazione non vi è una via unica per diventare mediatori interculturali ma una vasta eterogeneità, nonostante con le ultime linee guida vi sia stato il tentativo, senza grande successo, di uniformare la formazione di tale figura, lasciando comunque autonomia alle Regioni.

La via, più semplice e comune, è quella di seguire, con diploma di scuola secondaria di II grado, un corso di specializzazione organizzato da enti locali o dalla Regione, quasi sempre gratuito, che rilascia un attestato di qualifica di mediatore culturale o un attestato di partecipazione. Solitamente questi corsi sono accessibili solo a chi già conosce o è madrelingua della lingua che si intende mediare.

Esistono anche scuole secondarie di II grado che offrono studi di mediazione linguistica, come la *Scuola superiore per Mediatori linguistici* di Pisa e la *Scuola superiore per Mediatori linguistici 'Carlo Bo'* con sede a Milano, Roma, Bologna, Firenze e Bari. In queste scuole è istituito il Diploma triennale di Mediatore linguistico equipollente al Diploma di Laurea della Mediazione linguistica conseguito nelle università statali. Queste scuole, però, educano solo dei semplici interpreti linguistici, non vi è una formazione tale da educare mediatori linguistico-culturali.

A livello universitario, recentemente, sono state istituite lauree in *Mediazione linguistica e culturale*, un esempio sono Siena e Milano (quest'ultima però con interesse esclusivo al settore dell'impresa).

Altre lauree seguite da chi vuole diventare mediatore linguistico-culturale sono *Scienze politiche*, *Scienze sociali*, *Scienze dell'Educazione* o *Psicologia* con indirizzo o specializzazione in educazione professionale.

Esistono anche Master di I e II livello in *Studi interculturali* e *Mediazione culturale*.

Come si può notare, dunque, non vi è una normativa che regoli la formazione del mediatore interculturale, né a livello nazionale né a livello internazionale.

Nel 2009, vi è stato un tentativo da parte del CNEL (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro), con l'elaborazione del documento *Mediazione e mediatori interculturali: indicazioni operative*, al fine di individuare delle linee progettuali e di azione sulla mediazione.

Interessante è la parte quarta del documento dedicata alla formazione, in cui vi è una proposta per quanto concerne la possibile struttura modulare del percorso formativo, esclusivamente ai corsi di specializzazione istituiti da enti, pubblici e privati, locali o dalla Regione. La proposta del CNEL comprende: formazione di base, formazione specialistica e formazione continua.

La formazione di base, secondo il comitato, dovrebbe prevedere un monte ore complessivo di almeno 600 ore, di cui almeno un terzo per esperienze di tirocinio. Le aree trattate nel percorso di base dovrebbero essere:

- Area della comunicazione e delle relazioni interculturali;
- Area normativa;
- Area dell'organizzazione e dei servizi.

La formazione specialistica (o percorso formativo di II livello) dovrebbe prevedere un'ulteriore articolazione di moduli disciplinari per settori, secondo gli ambiti di impiego della figura in questione, di almeno 300 ore per ogni singola specialità, di cui metà del monte ore dedicato al tirocinio formativo.

La formazione continua deve prevedere l'aggiornamento "in itinere" dei mediatori interculturali per renderli capaci di rispondere alle sfide di una società multiculturale sempre in continua evoluzione e cambiamento.

Nella Regione Marche, con il DGRM 129/2016 *Aggiornamento del profilo professionale di base per "Mediatore interculturale" e relativo standard formativo*, vengono definiti requisiti di accessi, aree di attività, capacità, competenze e durata del corso (500 ore, di cui 150 dedicate al tirocinio formativo). Il percorso formativo è certificato con rilascio, previo superamento dell'esame finale, di un attestato di qualifica di II livello.

### **Criticità**

La prima criticità e quella più importante, è assolutamente la disomogeneità della formazione, soprattutto se si prendono in considerazione agenzie formative/docenti non accreditati o non qualificati alla mediazione interculturale. Non vi sono infatti titoli specifici per accedere alla formazione.

Vi è poi una mancata offerta di servizi di mediazione 'organizzati' o 'accreditati', proprio per questo alcuni operatori sanitari dubitano della credibilità e verificabilità dell'attività di alcuni mediatori.

A livello lavorativo, non vi sono normative specifiche, non vi sono albi professionali né tantomeno la presenza di sindacati e tutela professionale.

## **Modalità di mediazione linguistico-culturale**

Originariamente, la mediazione linguistico-culturale veniva attuata di persona, ossia in una situazione in cui paziente, operatore e mediatore si trovino nello stesso luogo. Tuttavia, con l'incremento della disponibilità di tecnologie e la popolarità della telemedicina, sono state elaborate due ulteriori modalità che permettono la mediazione: mediazione per via telefonica e mediazione per via video telefonica, che permette il superamento di barriere linguistiche anche quando non vi è la possibilità di incontro in uno stesso luogo.

La mediazione in persona, secondo vari studi, rappresenta il gold standard nella gestione del paziente straniero che non comprende la lingua autoctona, in quanto assicura una mediazione sia linguistica che culturale ed elevata affidabilità; inoltre, quando il mediatore riesce a vedere il paziente è anche in grado di valutare la comunicazione non verbale del paziente e quindi fornire un'interpretazione molto più accurata. Tuttavia, è assurdo pensare che durante tutto il processo di assistenza si disponga del mediatore, specie nelle ore notturne, in quanto questi servizi sono generalmente offerti in orari lavorativi diurni. Anche la richiesta del mediatore rappresenta un punto critico di tale strategia, in quanto non vi è una formazione specifica degli operatori riguardo i servizi e richiede tanto tempo.

La mediazione per via telefonica rappresenta il vantaggio di ridurre le problematiche legate all'attesa, in quanto non si deve aspettare l'arrivo del mediatore, ma questo è sempre disponibile, a volte anche 24/7. Tuttavia, vi è la mancanza di contatto visivo con il paziente e l'operatore che rappresenta un limite importante per una buona mediazione.

La mediazione per via telefonica invece supera il limite dato dalla mancanza di contatto visivo e allo stesso tempo riduce il tempo di attesa, perciò rappresenta, rispetto le precedenti, la via con maggiori vantaggi.

In conclusione, possiamo dire che i servizi di mediazione linguistico-culturale sono essenziali per una corretta assistenza sanitaria, ma sono difficilmente accessibili da parte dell'utente e dell'operatore sanitario, sia per mancanza di *training* adeguato che per mancanza di tempo. Generalmente, si deve tener conto anche del costo che hanno i servizi di mediazione, per cui in ospedali di media e piccola grandezza non sempre è possibile avere l'accesso ai servizi in maniera continua. Tutto ciò porta spesso

all'utilizzo di altri strumenti di superamento della barriera, nonostante la minore attendibilità e sicurezza.

Oltretutto, la presenza del mediatore non può essere assicurata in ogni incontro tra operatore e paziente, perciò va fatta una selezione delle situazioni più critiche, come l'accettazione, la dimissione e la spiegazione di diagnosi e vie di trattamento, che devono essere predilette rispetto a contesti di assistenza di routine come la degenza ordinaria.

## 4.2 TELEFONI APPOSITI PER TRIAGE MULTILINGUISTICO

Molte aziende ospedaliere hanno optato per dei telefoni apposti per il triage che permettono un dialogo a tre sanitario-mediatore-paziente, essi sono disponibili 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, sia a livello ospedaliero (sala accettazione del pronto soccorso) che a livello extra-ospedaliero (centrali operative



118). Questa modalità rientra comunque nel contesto del mediatore linguistico per via telefonica ma la differenza è appunto nel fatto che sono dedicati esclusivamente al triage.

Un esempio è quello del servizio, che possiamo trovare nell'azienda unità sanitaria locale di Bologna (Emilia-Romagna), chiamato **SOS InfoMondo**, offerto dall'azienda Colloquia Intermedia, un servizio certificato di mediazione linguistica e culturale che tramite un contact center, nel quale operano mediatori madrelingua specializzati fornisce assistenza e supporto ai pazienti stranieri. L'azienda attrezza la struttura ospedaliera di speciali apparecchi telefonici cordless a doppia cornetta che il personale ospedaliero può utilizzare senza limite di accessi o di durata delle conversazioni e di una scheda in cui vengono descritte tutte le lingue disponibili al paziente.

Le lingue a cui si ha accesso attraverso questo servizio sono 20, numero tale da soddisfare il 99% dell'esigenza di mediazione in Italia, esse sono: inglese, francese, spagnolo, arabo, cinese, tedesco, rumeno, serbo, portoghese, punjabi, ucraino, russo, singalese, tigrino, hindi, croato, albanese, urdu, bengalese, polacco.

Un altro esempio è il servizio *Helpvoice 24 per 365* offerto dall'azienda Eurostreet, che offre servizi sia a canine che a chiamata ed un servizio per il riconoscimento della lingua straniera con relativo documento dei diversi numeri disponibili per specifica lingua.

Esistono molti altri servizi simili che le aziende ospedaliere possono utilizzare per permettere una corretta assistenza al paziente con cui si hanno difficoltà comunicative derivate dalla presenza di barriera linguistica.

I vantaggi e svantaggi sono gli stessi della mediazione per via telefonica descritti precedentemente.

### **4.3 CHILD LANGUAGE BROKERING**

Il *child language brokering* è “una pratica praticata da molti giovani immigrati che interpretano e traducono la lingua orale e scritta per gli altri. In genere, questi eventi linguistici si verificano come parte della vita quotidiana e comportano la necessità di comunicazione. Il language brokering può avvenire nelle scuole, negli ospedali, negli enti governativi e negli stabilimenti commerciali” [22].

Questa attività, seppur utilizzata da vari secoli in più lingue e culture, solo recentemente è divenuta oggetto di studio. L'attività nei vari studi viene descritta da vari termini, oltre a *child language brokering*, ricordiamo *culture brokering* (Jones e Trickett, 2005), *natural translation* (Harris e Sherwood, 1978), *family interpreting* (Valdés, 2003), e *para-phrasing* (Orellana et al., 2003).

Il concetto di base che troviamo all'interno del *child language brokering* è la capacità del bambino di imparare la lingua più velocemente rispetto al genitore, probabilmente dovuto al fatto che il bambino inserendosi nella realtà scolastica è più indotto alla socializzazione mentre l'adulto potrebbe non avere tale opportunità, facciamo l'esempio di soggetti che restando a casa hanno contatti limitati con la società ospitante o soggetti che seppur inseriti in un contesto lavorativo, potrebbero essere circondati da persone della stessa etnia e quindi non implementare l'utilizzo della lingua italiana.



Inoltre, il bambino assimila e si adatta con maggiore velocità e facilità alla cultura del paese ospitante che permette quindi di fare una mediazione non solo linguistica ma anche culturale, dato che “lingue e cultura sono intimamente connesse”<sup>[23]</sup> (Tymoczko e Ireland, 2003).

Infatti, questi ragazzi non effettuano una mera traduzione letteraria, ma “sono in grado di trasmettere tutte le sfumature linguistiche, cognitive, culturali e pragmatiche sia delle lingue che delle culture, tra le quali mediano”<sup>[23]</sup>, per di più loro “si assumono la responsabilità di gestire l’interazione e di far comprendere agli altri membri della famiglia come funziona la società e la cultura del paese ospitante”<sup>[24]</sup>, infatti la mediazione effettuata da questi ragazzi viene definita come vera e propria transazione interculturale perché si devono creare significati, risolvere problemi e negoziare concetti.

Secondo Malakott e Hakuta, i *child broker* sono degli interpreti bilingue che possiedono *metalinguistic awareness*, ossia ‘una consapevolezza della natura linguistica sottostante all’uso della lingua’, e strategie di interpretazione, oltre alle skills cognitive e linguistiche suggerite da Haris.

La figura del *child broker* è molto simile a quella del mediatore linguistico-culturale, la differenza sta nell’assenza di formazione e nella posizione all’interno della gerarchia di potere. Questa figura infatti attua una mediazione per cui non è formato professionalmente, quindi in assenza di certificazione. Inoltre, il minore, a differenza del mediatore linguistico-culturale, si trova in una posizione di potere inferiore a quella degli adulti, in quanto interpretano sotto l’autorità genitoriale.

Nel processo di *child language brokering* vi è una comunicazione tra tre componenti:

1. La persona straniera che non conosce la lingua del paese ospitante, in genere un membro della famiglia del *child broker*;
2. La persona con cui si la persona straniera intende portare avanti un discorso (in questo caso si farà riferimento alla figura dell’operatore sanitario);
3. Il minore che media tra le due sopradescritte.

Di seguito, si andrà a descrivere la percezione che ognuna delle figure sopradescritte ha riguardo il *child language brokering* e come loro sono influenzati da tale attività, in

quanto molti studi dimostrano come tale pratica influenzi le funzioni cognitive ed emotive, sia positivamente che negativamente, di tutti i soggetti coinvolti.

## **Il minore**

Un *child broker* è rappresentato da un qualsiasi minore che almeno una volta ha avuto l'incarico di mediare tra due parti con lingue e culture diverse, di cui una generalmente rappresentata da un membro della sua famiglia.

Questa attività è ritenuta 'normale' e 'di routine' dai minori di famiglie immigrate, anzi molto spesso è ritenuto un dovere, una responsabilità che la famiglia si aspetta che i minori adempiono.

I *child broker* iniziano l'attività di mediazione dall'età di circa sette anni, inizialmente vi è solo una mediazione orale che con l'aumento dell'età ingloba anche tutta quella mediazione scritta, ad esempio relativa a documenti governativi.

Durante il corso della loro vita, i soggetti in questione sviluppano delle strategie di *brokering*, che possono essere raggruppate in tre macrocategorie:

- Estrazione del significato attraverso lettura del contesto, con eventuale possibilità di fare domande;
- Negoziazione delle norme culturali;
- Utilizzo delle risorse *media*.<sup>4</sup>

La prima strategia si basa sulla capacità di dedurre il significato del discorso in base al contesto particolare in cui viene fatto, tuttavia ciò può risultare difficoltoso in un contesto come quello sanitario dove termini specifici possono essere difficili da dedurre, in questo caso infatti la strategia migliore è quella del *double-checking*, ossia della conferma esplicita attraverso domande chiarificatrici. Quest'ultima tecnica, però, non sempre viene utilizzata, in quanto il minore spesso è in dubbio riguardo il proprio diritto di porre domande, perché spesso vi è timore di risultare poco competenti a gestire la situazione. Si è notato come l'approccio chiarificatore sia più attribuibile ad età maggiore rispetto bambini di 7/8 anni e come questo sia influenzato dal *parenting*, ossia dall'impostazione data dai genitori, in quanto in minori che hanno ricevuto insegnamenti basati sul modello di comportamento della comunicazione proattiva siano più propensi a fare domande. Nel caso in cui il minore non si senta capace di porre

domande si rischia di tradurre in maniera incompleta, tralasciando ciò che non viene compreso.

La seconda strategia viene attuata nel momento in cui le aspettative culturali delle due società siano in contrasto e possono influenzare negativamente la famiglia. Per fare ciò, il minore deve appellarsi alla capacità di riconoscere lo stato emotivo degli adulti e modellare il discorso in modo da mantenere appropriata la conversazione per entrambe le parti. Spesso per fare ciò, alcuni soggetti hanno ammesso di alterare il messaggio strategicamente in modo da non mostrare negativamente una parte all'altra.

La terza strategia viene attuata principalmente in contesti extra sanitari, in cui il minore si appoggia alle informazioni ricercabili online per dare una migliore spiegazione alle altre componenti del *child language brokering*. Questa tattica è utilizzata non solo per la mediazione dell'incontro ma anche per prendere appuntamenti, avere maggiori informazioni riguardo la terapia. Per fare ciò, è essenziale la conoscenza del web e di tutte le sue proprietà.

In passato, si riteneva che il *child language brokering* avesse un'influenza esclusivamente negativa sul soggetto, soprattutto nell'età adulta. Recentemente, invece, sono stati effettuati diversi studi sull'impatto che tale pratica ha sul bambino stesso, ed in linea generale i risultati ottenuti dimostrano come il *child language brokering* presenti anche effetti positivi.

Gli effetti positivi di tale attività sono: rendimento scolastico aumentato, skills relazionali e metalinguistiche avanzate, maggiore *self-confidence*, *self-esteem*, *self-efficacy*, indipendenza e maturità, maggiori abilità di leadership, maggiore comprensione e fluenza in entrambe le lingue, rafforzamento del legame con la famiglia, sentimenti di felicità e orgoglio nel poter aiutare chi ne ha bisogno.

Gli effetti negativi, invece, sono: maggiore incidenza di stress, ansia e depressione, interiorizzazione dei sentimenti, interruzione dello sviluppo cognitivo e accademico, senso di *burden*, distrazione da altre responsabilità (es. scuola), tensioni e conflitti familiari, effetti del *role reversal*, *parentification* e *adultification*, sensazioni di imbarazzo, agitazione e disagio, paura del fallimento e di deludere i propri familiari, senso di invisibilità.

Durante la ricerca riguardo l'argomento trattato, si è potuto notare come molti studi siano contrastanti tra loro, in quanto certi aspetti vengono considerati negativi in alcuni e positivi in altri, ma vediamoli più nel dettaglio.

L'opinione dei *child broker* stessi riguardo l'attività che sono tenuti a svolgere è molto variegata, in alcuni studi vi è una prevalenza di stati emotivi negativi, mentre in altri di stati emotivi positivi. Questi stati emotivi a cui si fa riferimento sono felicità e orgoglio da una parte e imbarazzo, agitazione, disagio, paura del fallimento e paura di delusione dall'altro.

L'eterogeneità dei sentimenti, è innanzitutto attribuibile alla diversità della popolazione umana, in quanto ognuno di noi ha un proprio modo di percepire la vita, perciò questa diversità può essere attribuibile alla personalità del minore.

Secondo lo studio '*Study of language brokering prevalence, context and emotions among Polish teenage bilinguals. Language mediations undertaken in the UK*' di Anita Żytowicz, un altro motivo per cui ci sono pareri molto discordanti nella letteratura, è dovuta ad un atteggiamento modesto dei ragazzi, che sono più propensi ad esteriorizzare le emozioni negative generate dal *language brokering* piuttosto che le emozioni di orgoglio e felicità, i minori, a volte, si sentono quasi in imbarazzo nell'ammettere che quest'attività li fa sentire orgogliosi di ciò che stanno facendo.

Oltretutto, le emozioni negative sono maggiormente presenti, solo laddove il *brokerer* non riesca ad interpretare e tradurre il messaggio ricevuto, che sia per incomprensione o difficoltà elevata della mediazione, come spesso succede in ambito sanitario, dove il contenuto da mediare è molto più complesso rispetto a situazioni di vita quotidiana.

Nell'ottica dello sviluppo cognitivo e accademico, la gran parte degli studi afferma che il *brokering* porta ad innalzamento del rendimento scolastico. La conseguenza negativa viene descritta solo laddove il compito da mediatore va a togliere eccessivamente tempo allo studio o laddove il minore di recente migrazione in paese ospitante non riesce bene ad integrarsi nella società e dove le competenze linguistiche non ancora concretizzate vanno a ledere sia la mediazione che l'attività scolastica. Comunque sia, con il progredire del tempo, e quindi della competenza linguistica e socio-relazionale, si ha un progressivo annullamento degli effetti negativi dell'attività di mediazione.

La maggiore percezione di *self-confidence*, *self-esteem*, *self-efficacy* e l'innalzamento del livello di indipendenza e maturità è attribuibile al contatto in età giovanile con argomenti solitamente riservati all'età adulta, che comportano una veloce maturazione del soggetto in diversi ambiti, quali l'ambito socio-relazionale, metalinguistico e cognitivo.

Se si considera la sfera delle relazioni inter-familiari, solo una minima parte della letteratura afferma il miglioramento del legame tra minore e genitori, principalmente dovuto alla necessità del genitore di fare affidamento sul proprio figlio. Infatti, la maggior parte delle opinioni a riguardo, sono d'accordo nell'affermare che le dinamiche familiari vengono lese dal *child brokering*, in quanto i genitori, dovendo fare affidamento sulle capacità dei minori, sentono l'indebolimento della propria autorità e del ruolo di genitore.

Altro motivo che potrebbe portare a conflitti familiari, soprattutto in età maggiore, è l'aumento della volontà di indipendenza del soggetto ostacolata dalla costante necessità dei familiari di far affidamento sulla prole per questioni istituzionali, che non permettono l'allontanamento del minore dal contesto familiare.

Infine, considerando la sfera della salute mentale, è stato dimostrato come una grande fetta della popolazione in considerazione, sia più suscettibile a presentare disturbi d'ansia, elevato stress e depressione. Tutto ciò è attribuibile al concetto di *burden*, dato dalla qualità dei contenuti che il minore deve recepire, si fa l'esempio di dati, normalmente di competenza adulta, come informazioni sanitarie particolari, situazioni economiche difficili e così via, che rappresentano responsabilità *adult-like*, ossia generalmente attribuite all'adulto e nascoste al minore.

Il senso di *burden* spesso viene percepito anche perché il minore si sente responsabile della percezione dei propri familiari di fronte la figura istituzionale, molte volte è il minore in primis che deve subire i pregiudizi e le discriminazioni delle autorità autoctone senza che avere il supporto genitoriale, che molte volte rimane, per scelta del minore, all'oscuro dei commenti dell'operatore.

Utile per capire l'effetto dei fattori di rischio per malattie mentali sui *child broker* è lo studio *Mental health risk factors associated with childhood language brokering*

(Rainey, V. R., Flores, V., Morrison, R. G., David, E. J. R., & Siltan, R. L., 2014), in cui vi è un'analisi dei dati relativi ai problemi di salute mentale conseguenti al *child language brokering*.

Come si evince da quanto trattato subito precedentemente, uno stesso parametro può essere valutato sia negativamente che positivamente in base alla situazione. Ci sono infatti delle variabili che si possono prendere in considerazione per capire meglio la risposta del minore al *brokering*. Queste variabili sono citate in *Language brokering contexts and behavioral and emotional adjustment among latino parents and adolescents* di Martinez C., McClure H. e Eddy J. Tali variabili sono:

- Esosistema: contesto in cui il minore non partecipa direttamente ma che incidono su membri importanti della sua vita (es. immigrazione, stress legato all'incertezza lavorativa);
- Mesosistema: contesto che coinvolge membri importanti del mondo sociale a cui affluisce il minore;
- Microsistema: contesto in cui il minore partecipa attivamente (es. vita scolastica, uso di sostanze).<sup>4</sup>

Concentrandoci sull'ambito sanitario, si può dire che vi è una prevalenza di effetti negativi, dati dalla complessità della mediazione linguistica e dal tipo di informazioni che pervengono, andando così ad annullare le emozioni positive ed incrementare quelle negative.

### **Il soggetto straniero**

Per soggetto straniero, all'interno della dinamica del *child brokering*, si fa riferimento in particolare al genitore, nonostante tale attività possa avvenire anche con altri adulti al di fuori del contesto familiare, si prenda in considerazione l'esempio di amici di famiglia, vicini di casa, soggetti della stessa comunità di origine.

Il soggetto in questione si trova in uno stato di necessità in questo momento, nonostante in genere mantiene l'autorità sul minore, vi è quindi la coesistenza di posizione di potere sia maggiore che minore.

Gli effetti positivi del *child language brokering* sull'adulto sono: maggiore conforto, aumento della continuità sia assistenziale che farmacologica, miglioramento delle relazioni familiari.

Mentre, gli effetti negativi sono: conseguenze del *role reversal* nella struttura familiare, maggiore stress, conflitti familiari e tensione nella relazione genitore-figlio, *disempowerment*, maggiore suscettibilità a disturbi d'ansia e depressione, senso di inattività.

Il soggetto straniero, generalmente, trova maggiore conforto quando ha accanto un proprio familiare in situazioni in cui necessita dell'aiuto per superare le barriere all'accesso a servizi necessari per la sopravvivenza nel nuovo contesto sociale in cui si trova. Infatti, molte volte, anche i genitori, che parlano mediamente bene la lingua del paese ospitante e che hanno dunque la capacità di portare avanti una conversazione senza grandi problemi, preferiscono utilizzare il *child language brokering*, in primis per prevenire eventuali incomprensioni, ma spesso per il semplice motivo di non voler far perdere tempo all'operatore che lo sta assistendo, perché, secondo loro, vi è il timore di risultare problematici agli occhi di chi li sta aiutando e per il timore di essere discriminati per le loro necessità.

Inoltre, è dimostrato come la mediazione da parte dei minori comporti una migliore continuità assistenziale e adempimento alle cure farmacologiche, in quanto vi è una migliore comprensione dell'iter farmacologico.

Il *role reversal* è la causa principale di tutti gli effetti negativi di questa pratica sull'adulto, in quanto la maggiore responsabilità del minore suscita nell'adulto un senso di inattività, ossia il sentirsi inutile, in quanto si devono delegare al proprio figlio responsabilità aggiuntive col timore di creare loro problemi e preoccupazioni. Infatti, il *disempowerment* è specialmente aggravato quando l'esperienza del brokering viene vissuta negativamente dal minore.

Tutti questi sentimenti influiscono in prima linea all'instaurarsi di disturbi nello spettro della salute mentale, infatti, vi è una maggiore suscettibilità a disturbi d'ansia e depressione. In questo caso, occorre fare una distinzione tra figura paterna e materna, in quanto degli studi dimostrano come il genitore maschio è particolarmente vulnerabile

agli effetti deleteri dello stress e depressione e quindi ad avere rapporti tesi con i propri figli, mentre la madre generalmente, in questo contesto, riesce a rafforzare ancora più il legame con il proprio figlio.

In un contesto sanitario, però, il genitore ha necessità di nascondere le proprie emozioni di impotenza, in quanto la maggiore specificità del linguaggio medico pone la priorità sul passaggio corretto di informazioni piuttosto che sui propri sentimenti.

### **L'operatore sanitario**

Le famiglie con *child brokers* sono viste dagli operatori sanitari come delle sfide, delle deviazioni dalla loro solita routine professionale, in quanto provocano disagio soprattutto dato dalla consapevolezza dei ruoli ritenuti 'appropriati' per un minore.

Ulteriore disagio è dato dalla consapevolezza che tale pratica è tutt'oggi necessaria perché vi sono delle serie limitazioni alla presenza del supporto istituzionale di mediatori linguistico culturali formati che impediscono la volontà di non sottoporre i *child brokers* a tali responsabilità, e ammettono l'impreparazione del sistema sanitario nei confronti della popolazione migrante.

Inoltre, l'utilizzo di tale pratica è visto come un insulto alla competenza professionale dell'operatore sanitario che viene meno ai suoi obblighi e che si trova a dover comunicare attraverso un minore senza aver ricevuto un'adeguata formazione riguardo tale attività.

Vi sono poi dei timori percepiti dai sanitari: errata interpretazione dei concetti, autonomia nel processo decisionale, *burden*.

Il timore dell'errata interpretazione o incomprensione delle informazioni è dato dalla complessità dei concetti che si devono comunicare nel contesto sanitario, soprattutto di informazioni riguardanti la salute del genitore che potrebbero rappresentare un motivo di preoccupazione nel minore, soprattutto data la concezione di alcuni adulti di salvaguardare i propri figli dai loro problemi. Questa pratica è infatti considerata dannosa per lo sviluppo psicologico dei bambini e negativa per le relazioni intra-familiari, ragione per cui andrebbe evitata.



Tuttavia, l'incomprensione non comporta rischi solamente per il bambino, ma aumenta anche il rischio medico per il paziente, ad esempio se l'incomprensione avviene nel capire la terapia farmacologica, in particolare nel dosaggio, l'errore potrebbe risultare fatale.

Oltretutto, gli operatori sanitari sono preoccupati del fatto che i minori potrebbero prendere delle decisioni al posto dei genitori, anche se così non avviene, in quanto il *child broker*, mediando sotto l'autorità del genitore, raramente trattiene informazioni da quest'ultimo.

Uno dei pochi motivi per cui tale pratica è considerata positiva dai sanitari è la conoscenza del minore dei propri genitori, delle dinamiche familiari e del corretto modo di riportare certi concetti.

Nonostante tutte le preoccupazioni, gli operatori sanitari si trovano a dover ricorrere a tale pratica in assenza di metodi alternativi.

In conclusione, si può affermare che la pratica del *child language brokering* è una pratica altamente utilizzata, nonostante negli ultimi anni, siano state create numerose normative e linee guida per evitare l'utilizzo dei *child broker* nel contesto sanitario. Ciò è dovuto sia alla mancanza di adeguati sistemi di mediazione a livello istituzionale che alla continua volontà dei genitori di chiedere aiuto ai propri figli, con i quali si sentono maggiormente protetti, nonostante i rischi.

#### **4.4 FAMILIARE O CONOSCENTE COME INTERPRETE**

A volte, può capitare che un parente, conoscente o addirittura una qualsiasi persona della stessa comunità etnica dell'assistito sia interpellato per mediare la conversazione medico-paziente. Anche in questo caso si fa riferimento ad una persona con competenze linguistiche e culturali, seppur senza adeguata formazione, quindi si parla di interprete ad hoc.

I rischi sono sempre maggiore incidenza di rischio, violazione della privacy e mancata possibilità di valutazione della veridicità della mediazione. Infatti, il soggetto chiamato a mediare, in contesti come quello sanitario, potrebbe non comprendere a pieno il

messaggio, specie i termini medici, e modulare la mediazione attraverso omissioni, addizioni, condensazioni e sostituzioni del messaggio che si vuole comunicare, alterando la relazione terapeutica che l'operatore sanitario sta cercando di creare al fine di garantire una buona qualità delle cure.

Anche in questo caso, l'utilizzo di tali soggetti per il superamento della barriera linguistica dovrebbe essere evitato, se non in casi di assoluta emergenza. Tuttavia, così non avviene, anzi spesso si ha la necessità di ricorrere a tale alternativa, per mancanza di altri strumenti.

#### **4.5 OPERATORE SANITARIO COME INTERPRETE**

Con l'aumento della migrazione, oltre ad avere un aumento degli accessi alle strutture sanitarie delle popolazioni straniere, si è avuta anche una presenza sempre maggiore di operatori sanitari di origine straniera all'interno delle professioni sanitarie e mediche.

Ciò, da un lato permette la migliore gestione della popolazione in questione ma dall'altro non può essere considerata la soluzione per il superamento delle difficoltà che si incontrano nella gestione del paziente migrante.

Spesso, può capitare che l'operatore sanitario abbia le stesse origini di un paziente straniero, condividendo con lui lingua e cultura, ma questo non vuol dire che l'operatore possa sostituire un mediatore linguistico-culturale adeguatamente formato.

Nonostante la professione, l'operatore sanitario rimane comunque un interprete ad hoc, che seppur conosca il vocabolario medico del paese in cui esercita la professione, non ha le competenze per poter effettuare una traduzione nella lingua d'origine.

La limitazione principale dell'utilizzo dell'operatore sanitario come mediatore linguistico-culturale è proprio questa, la mancanza di una valutazione/certificazione del livello metalinguistico.

Inoltre, l'utilizzo dell'operatore sanitario per la mediazione va ad incidere negativamente su tale figura, aumentando in primis il carico di lavoro e sottraendo tempo alle sue mansioni lavorative, nel caso in cui il paziente straniero non sia da lui trattato.

L'operatore sanitario, tuttavia, tra gli interpreti ad hoc finora trattati, è la figura che presenta minor rischio in caso di utilizzo nella mediazione, in quanto ha una minima formazione e consapevolezza del contesto in cui opera che lo rende più abile, rispetto a familiari e conoscenti del paziente, nell'interpretare concetti specifici sanitari che comprende e conosce in almeno una lingua.

Alcuni studiosi hanno infatti ipotizzato l'idea dell'operatore sanitario certificato alla mediazione, attraverso l'acquisizione di qualifiche equivalenti al mediatore interculturale, che gli permetta di esplicitare al meglio sia il proprio ruolo professionale che la comunicazione col paziente straniero.

## **4.6 GOOGLE TRADUTTORE E ALTRI SERVIZI DI TRADUZIONE INFORMATICA**

Il traduttore Google è un servizio di traduzione automatica multilingue gratuito disponibile per smartphone e desktop e sviluppato da Google LLC nel 2006.

Ad oggi le lingue supportate da questo servizio sono 108, la traduzione avviene in presenza di connessione internet ma può avvenire anche offline se le lingue sono state precedentemente scaricate.

Google Traduttore può tradurre più forme di testo e contenuti multimediali, tra cui testo, parlato, pagine web, immagini e video. Nello specifico, le sue funzioni includono:

- Traduzione di parole scritte;
- Traduzione scritta a mano;
- Traduzione di sito web;
- Traduzione di app per dispositivi mobili;
- Traduzione di documenti;
- Traduzione di immagini;
- Traduzione di un discorso;
- Rilevazione lingua.

La traduzione di parole scritte o testo inserito attraverso tastiera è la prima funzione e la più usata di Google traduttore, ma l'inserimento può avvenire anche con scrittura a

mano libera che consente all'utente di disegnare parole, lettere o simboli direttamente sullo schermo o su tastiera virtuale.

Google traduttore può tradurre anche intere pagine web o testi all'interno di app senza dover uscire o cambiare pagina, attraverso la funzione 'tocca per tradurre'.

La traduzione di documenti avviene invece caricando il documento, il quale può essere nelle seguenti forme: doc, .docx, .odf, .pdf, .ppt, .pptx, .ps, .rtf, .txt, .xls, .xlsx.

La traduzione di immagini identifica il testo in un'immagine scattata; perciò, si possono tradurre immagini contenenti testi e parole sia scritti con tastiera che scritti a mano. Questa funzione permette la traduzione di lingue difficili da digitare su tastiera o di grandi quantità di testo, ma è possibile evidenziare anche piccole parti di un testo da tradurre.

Google traduttore online offre anche due funzioni vocali attraverso cui è possibile parlare direttamente nel microfono dello smartphone e tradurre il parlato in un'altra lingua simultaneamente. Le due modalità di traduzione con riconoscimento vocale sono:

- **Conversazione:** basta digitare la parola e cliccare sull'icona dell'altoparlante per avviare il riconoscimento vocale e ascoltare la pronuncia esatta della parola o dell'intera frase nella lingua selezionata.
- **Voce:** grazie a questa funzione è possibile parlare direttamente nel microfono dello smartphone e ottenere istantaneamente una traduzione sia scritta che vocale.

Un'altra funzione del servizio di traduzione è 'Rileva la lingua', che permette di identificare una lingua a noi sconosciuta attraverso una delle funzioni sopra descritte, per poter poi riuscire ad avviare una conversazione con l'interlocutore.

Esistono altri servizi simili a Google traduttore, come TripLingo, iTranslate, WayGo, Traduci Voce, Speak & Translate, Easy Language Translator, Babylon Touch, Microsoft Translator, Steps, C'era e traduce, PONS, SayHi, ONS, SayHi, Yandex Translate,

Questi tipi di servizi sono molto accessibili, oggi giorno tutti hanno accesso a dispositivi mobili e connessione internet; infatti, in ambito ospedaliero Google Traduttore è il primo servizio a cui si pensa quando ci si trova di fronte ad un paziente che non parla la nostra lingua. Inoltre, offre una grande vastità di lingue e di modalità che permettano la traduzione.

Purtroppo, a causa delle differenze di complessità e natura del linguaggio, l'accuratezza varia notevolmente tra le lingue. Alcune lingue producono risultati migliori di altre. In genere, le lingue occidentali come l'inglese e lo spagnolo sono generalmente accurate, mentre l'accuratezza delle lingue africane è spesso la più povera, seguita dalle lingue asiatiche ed europee.

Inoltre, poiché Google Traduttore utilizza la corrispondenza statistica per tradurre, il testo tradotto può spesso contenere errori apparentemente insensati, a volte scambiando termini comuni per termini simili ma non equivalenti nell'altra lingua, o invertendo il significato della frase.

Non c'è davvero alcun dubbio sul fatto che questi servizi rappresentino uno strumento utilissimo, ma per quanto il traduttore possa essere preciso e possa essere perfezionato continuamente dagli utenti, si tratta pur sempre di uno strumento automatico, ed è evidente il fatto che la traduzione di un testo non possa esser paragonata ad operazioni che non lasciano spazio a equivoci. Il traduttore è affidabile, dunque, ma non al punto da ritenere che un semplice copia e incolla del testo di interesse possa restituire una traduzione perfetta, specie in ambito ospedaliero dove si ha la necessità di tradurre informazioni mediche specifiche, la cui traduzione errata o incompleta potrebbe risultare dannosa sia per il paziente che per l'operatore sanitario.

#### **4.7 APPLICAZIONI PER TRADUZIONE MEDICA**

Le applicazioni di traduzione medica sono simili ai servizi di traduzione informatica sopradescritti, ma sono state create appositamente per operatori sanitari in modo da poter ovviare al problema della barriera linguistica.

Un esempio di tale applicazione di cui possono usufruire gli operatori sanitari in Italia è ‘**Universal Doctor Speaker**’, una piattaforma che dispone di una grande varietà di frasi, domande e spiegazioni mediche accompagnate da registrazioni audio. L’app può essere utilizzata anche in maniera offline una volta scaricato il contenuto.

Universal Doctor Speaking può essere utile per descrivere: necessità mediche immediate, sintomi generali e urgenti, malattie comuni, incidenti ed episodi violenti subiti, esigenze durante un ricovero ospedaliero, domande riguardanti le cure mediche, procedure di esami obiettivi, diagnosi, anamnesi e cure comuni (comprese le ricette), storia clinica ed allergie, ed infine in ambito extraospedaliero prima dell’arrivo in ospedale e quindi di accesso ad altri ausili come il mediatore linguistico culturale.

Attualmente sono disponibili traduzioni nelle seguenti lingue: Inglese, Spagnolo, Francese, Tedesco, Cinese, Giapponese, Arabo, Portoghese, Catalano, Russo, Rumeno, Polacco e Italiano. Altre lingue saranno disponibili a breve.

Esiste un’applicazione creata dai produttori di Universal Doctor Speaking in associazione con Millennial2025 Women and Innovation Foundation e Connecting Nurses, chiamata ‘Universal Nurses Speaker’, creata appositamente per lo staff infermieristico.

**MediBabble** è anch’esso uno strumento di traduzione medica gratuito a livello professionale, ma non è utilizzabile dai professionisti in Italia in quanto al momento non disponibile la lingua italiana. L’app non richiede alcuna connessione internet una volta scaricate le lingue a cui si è interessati.

Questa piattaforma contiene migliaia di domande ed istruzioni, ognuna delle quale è stata scritta e rivista da un gruppo di medici supervisionati dal Dr. Lawrence Tierney, professore di Medicina presso la UCSF School of Medicine.

L’app è organizzata con cura per sistema e sintomo in modo da facilitare l’anamnesi medica completa e mirata, passando in modo logico attraverso storia medica presente, passata, farmacologica, familiare. Inoltre, vi è un’intera sezione dedicata alle istruzioni da dare al paziente durante l’esame fisico, eventuali posizioni da assumere e riguardo le varie procedure mediche, seguita poi da una sezione inerente spiegazioni culturalmente sensibili ed informazioni o procedure di esami più personali e invasivi.

Altra funzione dell'applicazione è la visualizzazione a schermo intero della frase selezionata in caratteri grandi per facilitare la comunicazione con i pazienti che hanno problemi di udito o nel caso di situazioni in cui l'ambiente non permette la giusta comunicazione, come ad esempio in caso di rumore alto.

Attualmente MediBabble è disponibile in cinque lingue, oltre l'inglese: spagnolo, cantonese, mandarino, russo e creolo haitiano. Ma sono in corso dei lavori per integrare l'applicazione con traduzioni di francese, urdu, hindi, gujarati, arabo, giapponese.

Altro esempio è rappresentato da **Canopy Speak**, una piattaforma che aiuta gli operatori sanitari nella spiegazione di concetti medici ai pazienti che non parlano inglese attraverso frasi mediche pretradotte in 15 lingue.

Le lingue disponibili sono: inglese, spagnolo, arabo, bengalese, cantonese, cinese mandarino, filippino, francese, creolo haitiano, hindi, giapponese, coreano, malese, portoghese, russo, vietnamita.

L'azienda che ha prodotto l'app offre, inoltre, la possibilità di connettersi ad un interprete telefonico online direttamente dall'app Canopy Speak, ed offre anche 'Medical Spanish eLearning Course', un corso dedicato all'insegnamento dello spagnolo in contesto medico.

**McKesson VerbalCare™** è un app progettata per i pazienti che hanno subito ictus e soffrono di afasia, in quanto l'app consente di selezionare un'icona che indica il messaggio che si desidera comunicare, perciò trova uso anche nella comunicazione con paziente straniero.

**Care to Translate** è sempre un app di traduzione medica disponibile in 38 lingue: albanese, arabo, bengalese, bosniaco/croato/serbo, bulgaro, cinese mandarino, danese, dari, finlandese, francese, greco, hindi, inglese, italiano, kurmanji, malese, norvegese, olandese, pashtu, persiano, polacco, portoghese (Brasile), portoghese (Portogallo), rumeno, russo, Sami di Lule, Sami settentrionale, somalo, sorani, spagnolo (America Latina), spagnolo (Spagna), svedese, tagalog, thailandese, tedesco, tigrinya, turco, ungherese, vietnamita.

Vi sono anche altre piattaforme simili che hanno tutte la stessa funzione, ossia facilitare la comunicazione in presenza di barriera linguistica. Alcuni esempi sono: The medical translator, Itransalte Medical, Medical French & Medical Spanish, Med Translate.

Tutte queste app sono molto utili in quanto la maggior parte sono gratuite e facilmente installabili sui dispositivi mobili, ed una volta installate sono subito disponibili per l'uso, alcune anche in modalità offline. Ciò aumenta sia la velocità con cui il paziente viene visto e curato ed allo stesso tempo va a ridurre il costo di un eventuale mediatore linguistico.

Lo svantaggio è rappresentato dal limite che queste app potrebbero rappresentare, in quanto la maggior parte delle frasi sono pretradotte, quindi vi può essere la possibilità che alcuni concetti che si vogliono trasmettere al paziente non siano disponibili nella piattaforma, dovendo a questo punto ricorrere ad altri strumenti di comunicazione o rischiando di non comunicare per nulla tale concetto, e quindi di dare o ricevere un'informazione incompleta.

Oltretutto, è importante specificare che queste applicazioni di traduzione, sia generiche che mediche, non rappresentano sistemi validati e approvati in ambito sanitario, anzi, potrebbero addirittura essere vietate da alcune aziende sanitarie. Perciò in termini di validità, credibilità ed efficacia vi sono ancora molti dubbi.

Recentemente, sono stati elaborati alcuni studi sull'efficacia delle applicazioni in ambito sanitario, anche se in numero limitato. Uno studio interessante è *Identification and Evaluation of Medical Translator Mobile Applications Using an Adapted APPLICATIONS Scoring System* di Khander A., Farag S. e Chen K. questo studio ha come obiettivo la valutazione di varie applicazioni utilizzate in ambito sanitario per la comunicazione con il paziente straniero attraverso un'applicazione che permette di classificare le app secondo un sistema a punteggi.

Dagli studi, si può dedurre che queste applicazioni presentano numerose limitazioni. La prima preoccupazione è data dall'attendibilità delle applicazioni stesse, la quale non è stata dimostrata in nessuno dei studi, ponendo il paziente e l'operatore sanitario a rischio, anzi si può dire che dal punto di vista di rischio, queste app presentano alto



rischio di errore e quindi maggiore probabilità di conseguenze medico-legali, soprattutto per l'operatore.

Inoltre, l'incapacità dell'operatore e del paziente di utilizzare le applicazioni rappresenta un ulteriore problema, in quanto non tutti i sistemi informatici sono semplici da utilizzare, soprattutto senza adeguato *training*, si prenda come esempio l'operatore anziano che non ha familiarità con la tecnologia.

Unico evidente vantaggio di questi strumenti è la riduzione del costo e la disponibilità in tutti i momenti, ma per il resto sarebbe opportuno ricorrere ad altri metodi per il superamento della barriera.

In conclusione, si può dire, che dal punto di vista dell'attendibilità non si ha nessuna certezza riguardo la sicurezza, ma, nonostante ciò, non si può completamente affermare che tali applicazioni siano inutili. Queste applicazioni rappresentano un aiuto agli operatori che le sanno utilizzare e che sono consapevoli delle limitazioni, si deve quindi preferire l'utilizzo di altri metodi, e solo in loro assenza l'utilizzo delle applicazioni di traduzione, esclusivamente in contesti basso rischio, come assistenza sanitaria di routine e ove non vi sia necessità di traduzione complessa e che tenga in considerazione la componente culturale del paziente.

## **4.8 MATERIALE SCRITTO MULTILINGUE**

Altra strategia utile alla gestione del paziente che non parla la lingua del paese ospitante, è a redazione di materiale scritto in varie lingue. Il materiale può essere dedicato alla fase di accettazione, da utilizzare in pronto soccorso o durante l'accertamento, oppure sottoforma di guide e brochure riguardo l'organizzazione amministrativa e l'uso basilare delle strutture.

Strumenti come schede e questionari multilingue sono utili per eseguire accertamento, anamnesi e triage in presenza di pazienti che non parlano la nostra lingua, in quanto durante il primo approccio con il paziente è utile avere a disposizione strumenti dedicati alla comprensione della lingua a cui ci troviamo di fronte e per far capire all'assistito le modalità con cui si procederà alla conversazione.

Queste sono importanti soprattutto se pensiamo ad una situazione come quella che si potrebbe trovare in pronto soccorso, dove molte volte ci si trova in regime di emergenza ed è importante avere sottomano degli strumenti che ci permettano di focalizzarci sull'evento principale attraverso una serie di domande standardizzate e consequenziali. In questi casi, molte volte, non si ha la possibilità di aspettare l'arrivo di un mediatore linguistico culturale, né di perdere tempo attraverso l'utilizzo di app, perciò le schede di accertamento sono uno strumento eccellente che si può utilizzare in questi casi, in quanto strumenti creati dopo studi e quindi sia standardizzati ma anche progettati tenendo in considerazione le dinamiche della situazione che si viene spesso a creare.

Molte aziende sanitarie hanno creato il proprio strumento in base alle esigenze loro, di seguito andremo ad analizzare alcuni di questi strumenti.

L'associazione **G.F.T.** (Gruppo Formazione Triage), nel suo sito, ha messo a disposizione delle **schede multilingua per il triage** in quattro lingue: inglese, arabo, cinese, rumeno.

Le schede sono composte da 6 fogli ordinati in base ai passaggi dell'intervista secondo il triage globale ed un foglio informativo da consegnare al paziente. Le schede possono essere plastificate per consentirne il riutilizzo. Ogni foglio è incorniciato da un riquadro colorato, in modo da reperire più velocemente dove sono collocate le domande, una volta presa confidenza con lo strumento.

Il foglio 1, nominato 'scheda di servizio', serve per individuare graficamente le risposte alle domande poste e per dare informazioni ed ordini semplici, e ponendola di fronte al paziente si farà capire allo stesso il tentativo di comunicare con lui.

Il foglio 2 serve per la valutazione soggettiva del 'sintomo principale/evento presente', mentre il dolore e i sintomi ad esso associati sono contenuti nel foglio 3.

I restanti fogli invece sono dedicati all'approfondimento di segni e sintomi, indipendenti, suddivisi in distretti: torace, arti, testa, stato di coscienza e addome.

Il foglio informativo, alla fine, è dedicato alla presentazione del documento, alla descrizione del sistema di triage e dei codici colore, alle indicazioni da seguire durante l'attesa e alle indicazioni su dove deve andare il paziente.

Anche nel pronto soccorso della Città della salute di **Torino**, è in corso un progetto per la realizzazione di ‘schede triage multilingua’ per favorire il dialogo tra operatori sanitari e i cittadini stranieri nell'ottica di una migliore comunicazione, comprensione e soprattutto diagnosi.

Il gruppo di lavoro, coordinato dal dottor Mario Caserta dell'Area Progetti dell'URP (diretto dalla dottoressa Lia Di Marco), composto da un infermiere di ogni Pronto soccorso (Daniela Camerano per le Molinette, Elisa Lazzeri per il CTO, Ilaria Bergese per il Regina Margherita e Chiara Ferrari per il Sant'Anna), e supportato dagli esperti del GFT - Gruppo di formazione e triage (Silvia Ambrosio e Daniele Marchisio), ha rielaborato lo strumento inizialmente redatto dal GFT a scopo didattico (trattate precedentemente), l'ha adattato alle nuove esigenze ed alle peculiarità dei differenti Pronto soccorso e l'ha sottoposto ad un meticoloso lavoro di traduzione a cura dei mediatori culturali dell'ospedale. La scelta dell'utilizzo di mediatori culturali piuttosto che un traduttore deriva dal fatto che il mediatore riesce a contestualizzare in modo migliore la domanda allo specifico antropologico di provenienza della persona straniera.

Il risultato ottenuto è quindi simile alle schede preesistenti dell'associazione G.F.T., ossia un set di sei schede tradotte in arabo, cinese, albanese e rumeno, ma sono in corso anche le traduzioni in spagnolo, francese e russo.

L'azienda ospedaliera ha inoltre avviato la sperimentazione di schede pediatriche e schede ostetrico-ginecologiche.

Altro esempio è dato **dall'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Pavia**, nel cui sito si possono trovare i documenti multilingue che si possono utilizzare nell'accoglienza del paziente straniero in Pronto Soccorso.

Vi sono tre schede disponibili:

- Scheda di accoglienza del paziente straniero;
- Scheda di valutazione delle Sigg.re straniere gravide o neomamme;
- Codici di accesso.

La scheda di accoglienza dei pazienti stranieri in accesso al Pronto Soccorso Ospedaliero comprende dieci pagine utili per la raccolta delle informazioni riguardanti il motivo dell'accesso. Nella prima pagina si ha una parte dedicata al primo approccio,

ossia si spiega al paziente dove si trova e come procederà l'intervista, seguita dalla parte dedicata alla raccolta anagrafica. Si ha poi una parte dedicata alle patologie preesistenti ed alle terapie in atto, compreso lo stato vaccinale. Di seguito si ha una tabella dedicata alla valutazione del dolore che comprende anche una boy chart per localizzare graficamente il dolore ed una scala del dolore. Vi è poi una parte legata ai sintomi attuali (es. febbre, vomito, vertigini, ecc.) ed infine una parte dedicata all'accesso per trauma in cui si pongono domande relative ad incidente stradale, violenza sessuale, aggressione, ustione, inalazione di fumo o sostanze chimiche.

Questa prima scheda è disponibile in: inglese, tedesco, francese, spagnolo, albanese, arabo, rumeno, ucraino.

La scheda di valutazione delle Sigg.re straniere gravide o neomamme in Pronto Soccorso è simile alla precedente nell'organizzazione ma vi è l'aggiunta di quesiti riguardo la gravidanza, problemi ginecologici ed una parte riguardante gli esami che si propongono e l'iter diagnostico.

Questa scheda è disponibile in: inglese, tedesco, francese, spagnolo, albanese, arabo, rumeno, russo.

La scheda riguardante i codici di accesso presenta i quattro codici colore (rosso, giallo, verde e bianco) con una piccola descrizione delle situazioni in cui essi vengono assegnati.

Questa scheda è disponibile in: italiano, inglese, tedesco, francese, spagnolo, albanese, arabo, rumeno, russo, polacco.

Altro esempio è il '**Questionario Anamnestico Multilinguistico di Emergenza**' proposto dal Settore Politiche Sociali della Provincia di **Bergamo**, in associazione con la Croce Rossa Italiana e il Club 'Soroptimist International D'Italia'.

Il questionario è stato tradotto nelle seguenti lingue: albanese, amarico, arabo, bengalese, cinese, cecoslovacco, inglese, farsi, francese, tedesco, greco, gujarati, hindi, ungherese, giapponese, coreano, curdo, polacco, portoghese, punjabi, rumeno, russo, somalo, spagnolo, swahili, tamil, turco, urdu, vietnamita.

Il questionario è composto da 43 frasi, tra domande, affermazioni, informazioni ed ordini semplici.

Nonostante la maggior parte del materiale tratti solo la situazione di emergenza come quella che si presenta durante l'accesso al Pronto Soccorso, si hanno anche alcuni strumenti per la gestione del paziente in situazioni ordinarie, in ambito pediatrico e strumenti di guida all'organizzazione amministrativa e delle strutture. Alcuni esempi di questa tipologia di materiale sono trattati di seguito.

Primo esempio è quelle delle **guide plurilingue del Servizio Sanitario Nazionale**, ossia uno strumento utile per educare l'utente straniero riguardo il funzionamento dell'assistenza sanitaria in Italia.

Questo documento è disponibile nelle seguenti lingue: italiano, francese, inglese, spagnolo, arabo, moldavo, albanese, rumeno, cinese.

Anche l'**Azienda Socio-Sanitaria Territoriale di Crema**, nel documento 'Percorso Nascita. La tua guida, il nostro impegno' ha trattato la tematica del multiculturalismo, specificando negli allegati i vari materiali multilingue disponibili per l'utilizzo nella zona di Crema.

Il materiale multilingue disponibile è il seguente:

- Comune a tutte le Unità Operative:
  - Modulo di consenso informato (arabo);
  - Servizi di pre-ricovero chirurgico (arabo, cinese, indiano);
  - Orari vista (arabo, albanese, cinese, francese, indiano, inglese, spagnolo, rumeno, russo);
  - Customer satisfaction (arabo, albanese, indiano, inglese, rumeno, russo);
  - Disinfezione impianto idrico (arabo, albanese, cinese, francese, indiano, inglese, spagnolo).
- Specifico dell'Unità Operativa Ostetrica:
  - Consenso informato per ultrascreen (arabo);
  - Consenso informato per amniocentesi (arabo, indiano);
  - Indagini prenatali precoci (arabo, indiano);

- Avviso per ordine bagni (arabo, cinese, francese, indiano, inglese, rumeno);
- Multilingual Sanitary Service (arabo, albanese, cinese, francese, indiano, inglese, spagnolo, rumeno, russo).
- Specifico dell'Unità Operativa Neonatologica (NIDO):
  - Guida al 'Venuto al mondo'(arabo, inglese);
  - Manifesto 'Bambino sicuro in ospedale' (arabo, albanese, francese, inglese, spagnolo, rumeno);
  - Modalità di raccolta e conservazione latte materno' (arabo, albanese cinese, indiano, rumeno).

Oltre all'ambito di emergenza e pediatrico, vi sono delle schede multilingue anche a livello ordinario, come ad esempio schede multilingue per la preparazione ad esami o sulla gestione organizzativa dell'azienda sanitaria.

La **Fondazione Mondino, Istituto Neurologico Nazionale a Carattere Scientifico (IRCCS)**, presente in Lombardia, nella sezione Documentazione Utile, rende disponibile a livello multilinguistico:

- Brochure di accoglienza;
- Opuscolo informativo per gli utenti del laboratorio analisi.

La brochure d'accoglienza comprende informazioni riguardo i servizi offerti dall'azienda, come ad esempio gli orari di visita, gli orari dei pasti, informazioni generali, dimissioni, ecc. questa brochure è disponibile in italiano, inglese e francese.

L'opuscolo informativo per gli utenti del laboratorio analisi contiene tutte le informazioni necessarie per la preparazione ai seguenti esami di laboratorio: coprocultura, parassiti intestinali, modalità di raccolta del campione di feci per la ricerca del sangue occulto, urine delle 24 ore, urocoltura, urocoltura da catetere a permanenza e urocoltura da sacchetto (prima infanzia).

Tali informazioni sono disponibili in albanese, arabo, cinese, francese, inglese, rumeno, spagnolo, tedesco, ucraino, urdu.

Nell'ottica attuale della pandemia data dal Covid-19, **l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia**, ha creato dei file scaricabili dal sito, riguardo il consenso

informato e l'anamnesi triage prevaccinale, note informative dei tre tipi di vaccino (Pfizer, Moderna, Janssen) e questionario dopo prima dose vaccino anti-Covid, tradotti in 8 lingue per facilitare la compilazione alla clientela straniera.

Le lingue in cui sono disponibili tali documenti sono: arabo, bangladese, cinese, francese, inglese, punjabi, russo, urdu.

Dato l'aumento della popolazione straniera in Italia, molte aziende ospedaliere hanno redatto i propri documenti multilingue per la gestione del paziente straniero in base alle proprie esigenze, ed è per questo che oltre agli esempi sopracitati, esistono molti altri documenti per riuscire a superare la barriera linguistica.

Il vantaggio principale di questi documenti è la pronta disponibilità di uno strumento validato e standardizzato che l'operatore sanitario può proporre al paziente, inoltre questi strumenti sono redatti in base alle specifiche esigenze del luogo in cui è stato creato.

Lo svantaggio invece, è dato dal fatto che le informazioni o domande sono pretradotte, quindi non vi è la possibilità di porre ulteriori domande al di fuori di quelle all'interno del documento se non attraverso l'utilizzo di altri metodi di comunicazione multilinguistica. Inoltre, ogni sede lavorativa traduce i documenti in un numero limitato di lingue, perciò vi potrebbero essere pazienti con i quali non si possono utilizzare le schede multilinguistiche in quanto la lingua da loro parlata non è disponibile.

## **4.9 CONFRONTO TRA STRUMENTI E STRATEGIE**

Questo capitolo ha trattato la grande vastità ed eterogeneità degli strumenti disponibili all'operatore sanitario per assistere al meglio il paziente straniero che presenta difficoltà linguistiche, limitatrici di una corretta assistenza.

La scelta dello strumento dipende in primis dal contesto situazionale, tuttavia si può senza dubbio affermare che lo strumento migliore e più indicato è l'utilizzo dei servizi di mediazione.

Il mediatore linguistico culturale rappresenta infatti il gold standard del superamento della barriera linguistica e della corretta assistenza al paziente, in quanto permette non solo la comunicazione ma garantisce anche un'assistenza culturalmente e congruente.

La mediazione in persona è sicuramente quella preferita sia dagli operatori sanitari che dall'utente seguita da quella videotelefonica che presenta simili vantaggi. Tuttavia, non sempre è possibile accedere ai servizi di mediazione linguistico culturale, sia per mancanza di tempo che per mancanza di adeguato *training*. L'utilizzo è anche limitato a situazioni di maggiore complessità di comunicazione, in quanto è assurdo assicurare la presenza del mediatore in ogni momento di incontro tra operatore e paziente.

A causa di tutti questi motivi, si ha la necessità di ricorrere all'utilizzo degli altri strumenti sopradescritti.

Per quanto riguarda gli interpreti ad hoc, è sempre preferibile la mediazione attuata da un operatore sanitario, che permette sia di rispettare la privacy e la volontà del paziente che una maggiore attendibilità in termini medico-sanitari.

Coinvolgere i familiari o conoscenti, invece, sarebbe meglio da evitare, sia per la poca attendibilità della mediazione che per compromissione della volontà e privacy del paziente, ma sappiamo bene come in assenza di altri strumenti, si è costretti fare ciò. A maggior ragione, il *child language broeking* andrebbe evitato per i motivi appena citati e per gli effetti di tale pratica sia sul bambino che sul genitore.

L'uso delle strategie tecnologiche deve essere ben valutato previo l'uso, ma rappresenta comunque un aiuto valido in situazioni di minore complessità.

Per concludere, si può dire che gli strumenti utili al superamento della barriera linguistica sono molteplici, ma manca un'adeguata formazione riguardo l'utilizzo, i vantaggi e gli svantaggi di ognuno che portano spesso ad una scelta errata dello strumento idoneo alla situazione che si ha di fronte. Anche altre motivazioni spingono alla scelta sbagliata, come mancanza di risorse e mancanza di tempo.

Sarebbe quindi opportuno ampliare il percorso formativo, dell'infermiere e delle altre figure coinvolte nel processo di assistenza, con moduli dedicati alla gestione del paziente straniero e al superamento delle barriere che permettano di garantire un'adeguata assistenza personalizzata in base ai bisogni dell'utente.



## **CAPITOLO 5**

### **QUESTIONARI DI RICERCA**

---

#### **5.1. OBIETTIVI**

Questo studio riguarda la gestione del paziente straniero e le strategie per il superamento della barriera linguistica.

A fini dello studio, sono stati prefissati degli obiettivi:

1. Ricercare in letteratura le informazioni e concetti inerenti al nursing transculturale, alla gestione del paziente straniero e alle strategie per il superamento della barriera linguistica;
2. Valutare le percezioni degli infermieri in merito alla gestione del paziente straniero e valutare le percezioni e l'utilizzo, da parte degli infermieri, degli strumenti per il superamento della barriera linguistica;
3. Confrontare il pensiero degli infermieri che lavorano in Italia con quelli che lavorano in Regno Unito;
4. Confrontare i risultati del questionario, ossia le conoscenze degli infermieri, con il materiale ottenuto dalla ricerca letteraria e valutare discrepanze tra la sfera lavorativa e la sfera della ricerca;
5. Cercare di proporre soluzioni ai problemi riscontrati attraverso questo studio e soluzioni per migliorare l'assistenza infermieristica al paziente straniero.

#### **5.2. MATERIALI E METODI**

##### **QUESITI DI RICERCA**

In base agli obiettivi dello studio, sono stati fatti dei quesiti di ricerca per facilitare la comprensione dello studio e la discussione dei risultati.

I quesiti di ricerca sono i seguenti:

- Cosa dice la letteratura in merito al nursing transculturale?
- Come è percepita dagli infermieri la gestione del paziente straniero?

- Cosa pensano gli infermieri delle strategie per il superamento della barriera linguistica?
- Vi sono differenze tra il pensiero degli infermieri che lavorano in Italia e quelli che lavorano in Regno Unito? Se sì, quali?
- Le conoscenze e opinioni degli infermieri sono concordi alla letteratura? La percezione e la pratica clinica sono discrepanti dalle evidenze della letteratura?
- Quali sono le principali problematiche legate alla gestione del paziente straniero, con particolare riferimento alla presenza della barriera linguistica? In caso, come si potrebbero risolvere?

### **IPOTESI DI RICERCA**

Prima di iniziare la ricerca della letteratura e prima di valutare i risultati dei questionari somministrati, sono state descritte delle ipotesi di ricerca:

- L'assistenza al paziente straniero, specie in presenza di barriera linguistica, è più complessa rispetto alla gestione del paziente autoctono;
- Gli infermieri percepiscono la gestione del paziente straniero più difficoltosa, con maggiore responsabilità e con maggiore dispendio, sia emotivo che tempistico;
- L'approccio al paziente straniero è diverso rispetto all'approccio al paziente 'nativo', sia per la complessità del paziente che per le diversità linguistiche, culturali e relazionali, spesso associate a giudizi inconsci;
- La difficoltà non è esclusivamente linguistica, ma anche culturale e relazionale;
- Le conoscenze e percezioni degli infermieri sono simili sia per chi lavora in Italia che per chi lavora in Regno Unito;
- L'utilizzo degli strumenti per il superamento della barriera linguistica è basato su evidenze scientifiche, derivanti dalla letteratura, e la scelta degli strumenti considera i vantaggi e svantaggi di essi, per una corretta selezione del giusto strumento in base al contesto situazionale;
- Vi è la predisposizione degli infermieri a migliorare l'assistenza al paziente straniero attraverso una presa di coscienza e volontà di cambiare sé stessi per superare le varie problematiche legate al nursing transculturale.

## **DISEGNO DI RICERCA**

Questo lavoro è frutto di un'indagine osservativa, volta a valutare le conoscenze e le percezioni degli infermieri riguardo la tematica trattata, ovvero la gestione del paziente straniero e le strategie per il superamento della barriera linguistica, per poi effettuare un confronto tra i risultati ottenuti dagli infermieri e le informazioni ottenute attraverso una ricerca della letteratura.

## **POPOLAZIONE**

La popolazione oggetto di studio è rappresentata dai pazienti stranieri e gli operatori sanitari che interagiscono con loro, con focus sugli utenti stranieri che non parlano la lingua del paese ospitante.

## **CAMPIONE E CAMPIONAMENTO**

Il campione di questo studio è rappresentato dagli infermieri, di varie unità e sedi lavorative, che fossero disponibili alla compilazione del questionario. Tale questionario è stato somministrato per via digitale, attraverso un link di *Google form*, che è stato distribuito sui *social media* (Instagram, Facebook, Messenger, LinkedIn, WhatsApp) e attraverso mail e contatti diretti con personale infermieristico da me conosciuto.

Il campione è formato da 70 infermieri, di cui 55 in Italia e 15 in Regno Unito. Tuttavia, non tutte le risposte sono state valutate, alcune di esse sono state escluse nell'analisi statistica perché il compilatore non rispettava i requisiti (essere infermiere che lavora in Italia o Regno Unito).

Il campionamento è di tipo non probabilistico di convenienza.

## **SETTING**

Il setting dello studio per quanto riguarda il questionario è rappresentato da due paesi: Italia e Regno Unito. Infatti, il questionario è stato somministrato agli infermieri che lavorano in entrambi i paesi per valutare le percezioni degli operatori e poter fare un confronto e ricercare eventuali differenze in merito a gestione del paziente straniero e utilizzo delle strategie per il superamento della barriera linguistica.

## STRUMENTI

Ai fini dello studio, è stata fatta inizialmente una ricerca della letteratura ed i risultati sono stati confrontati con quelli derivanti dal questionario da me creato, vero protagonista dello studio.

La ricerca del materiale nella letteratura è stata effettuata mediante l'esplorazione del Web (Google e Google Scholar) e dei database scientifici come PubMed e Mendeley. Inoltre, sono stati visionati vari testi riguardanti l'argomento trattato.

Le parole chiave per costruire le stringhe di ricerca sono state varie: nursing transculturale, infermieristica transculturale, gestione infermieristica, gestione, paziente straniero, barriere, barriera linguistica, barriera relazionale, barriera culturale, superamento barriere. Ovviamente, ai fini della ricerca, tutto è stato tradotto in inglese, specie per la ricerca nelle banche dati scientifiche.

La ricerca ha restituito un grande numero di materiale, è stata perciò fatta una selezione andando ad escludere parte del materiale per i seguenti motivi:

- Titolo, abstract o contenuto non pertinente all'argomento trattato,
- Mancanza di *full-text*;
- Lingue diverse da Italiano e Inglese.

Sono stati poi creati due questionari, protagonisti dello studio. I due questionari sono quasi nella struttura e nel contenuto, ma differenti nelle lingue. Infatti, uno è in lingua italiana (Allegato 1) per gli infermieri che lavorano in Italia ed uno in lingua inglese (Allegato 2) per gli infermieri che lavorano in Regno unito.

I questionari sono composti da 21 domande, divise in parti:

1. Dati socio-anagrafici;
2. Esperienze personali;
3. Gestione del paziente straniero;
4. Strumenti ed ausili per la comunicazione con il paziente straniero che non parla italiano/inglese.

La prima parte, composta da 9 domande, è inerente ai dati socio-anagrafici del campione. Questa parte indaga i seguenti parametri:

- Genere;
- Et  anagrafica;
- Appartenenza etnica;
- Area geografica o paese di provenienza;
- Titolo di studio;
- Tipo di contratto;
- Area lavorativa (dipartimento o unit  operativa);
- Sede lavorativa (citt  in cui   svolta la professione);
- Anni di servizio.

La seconda parte, composta da 5 domande inerenti alle esperienze degli operatori, indaga:

- Le lingue conosciute oltre alla lingua dello stato in cui si esercita la professione;
- Esperienze lavorative all'estero;
- Corsi o lezioni a cui si ha avuto modo di seguire durante la carriera universitaria o durante l'esperienza lavorativa;
- Utilit  dei corsi o lezioni a cui si fa riferimento nella domanda precedente;
- Se si ha mai erogato assistenza al paziente straniero con barriera linguistica.

I corsi o lezioni a cui si fa riferimento sono quelli dedicati a: lingue straniere, nursing transculturali, gestione del paziente straniero e gestione del paziente straniero che non parla la lingua nativa del luogo ospite.

La terza parte   dedicata alla percezione degli infermieri riguardo la gestione del paziente straniero. Questa parte   formata da una sola domanda, ma contenente al suo interno 8 affermazioni a cui si chiede di indicare la propria preferenza secondo una scala likert (in completo disaccordo, in disaccordo, n  in accordo n  in disaccordo, in accordo, in completo accordo).

Le affermazioni contenute in questa domanda sono le seguenti:

- La gestione del paziente straniero risulta pi  difficoltosa;
- La gestione del paziente straniero mi mette preoccupazione e/o ansia;
- Il tempo dedicato alla gestione del paziente straniero   maggiore;
- Il tempo dedicato alla gestione del paziente straniero   minore;

- L'approccio al paziente straniero è uguale all'approccio ad un qualsiasi altro paziente;
- La responsabilità nella gestione del paziente straniero è maggiore;
- La responsabilità nella gestione del paziente straniero è minore;
- La difficoltà non è solo linguistica ma anche culturale.

La quarta ed ultima parte, composta da 6 domande, riguarda gli strumenti, ausili e strategie utili alla gestione del paziente straniero con barriera linguistica. Questa parte va ad indagare:

- Accessibilità agli strumenti e strategie nel luogo di lavoro;
- Strategie utilizzate almeno una volta;
- Strategie utilizzate più frequentemente;
- Percezione degli infermieri su quale sia la migliore strategia;
- Presenza, nel luogo di lavoro, di protocolli per la gestione del paziente con barriera linguistica;
- Domanda facoltativa per valutare l'opinione del campione riguardo le possibili idee per il miglioramento dell'assistenza al paziente straniero, sia in ambito lavorativo che scolastico.

## **PERIODO DI ANALISI**

Il periodo in cui è stata fatta la ricerca della letteratura va da agosto 2021 a ottobre 2021.

Il periodo in cui sono state raccolte le risposte ai questionari è il seguente:

- Dal 7 settembre 2021 al 20 ottobre 2021 (questionario versione italiana);
- Dal 16 settembre 2021 al 20 ottobre 2021 (questionario versione inglese).

## **METODI DI ANALISI SISTEMATICA**

L'analisi dei risultati ottenuti attraverso il questionario è stata elaborata riportando le risposte su un foglio Excel e creando dei grafici, che sono stati d'aiuto per la comprensione e la rielaborazione dei risultati al fine di produrre la discussione e la conclusione.

Il metodo di analisi sistematica è l'analisi statistica di tipo descrittivo.

## 5.3. RISULTATI

### QUESTIONARIO SOMMINISTRATO IN ITALIA

Il questionario in lingua italiana somministrato agli infermieri che lavorano in Italia ha ricevuto 55 risposte, di cui solo 50 sono state prese in considerazione ai fini dello studio.

Le motivazioni per l'esclusione delle risposte sono le seguenti: 2 risposte scartate perché il compilatore non è un infermiere e 3 risposte scartate perché il paese lavorativo non è l'Italia.

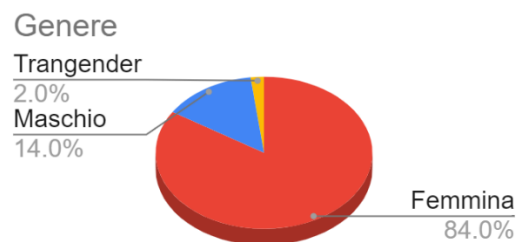
Nell'analisi delle risposte delle domande n.17 e n.18, non sono state prese in considerazione 2 risposte, in quanto i compilatori di tale questionario avevano precedentemente affermato di non aver mai gestito un paziente straniero con barriera linguistica. Le risposte non sono però state completamente escluse dallo studio, in quanto tutti gli infermieri hanno una loro percezione riguardo il tema trattato.

Di seguito, verranno analizzate dettagliatamente le risposte ad ogni singola domanda.

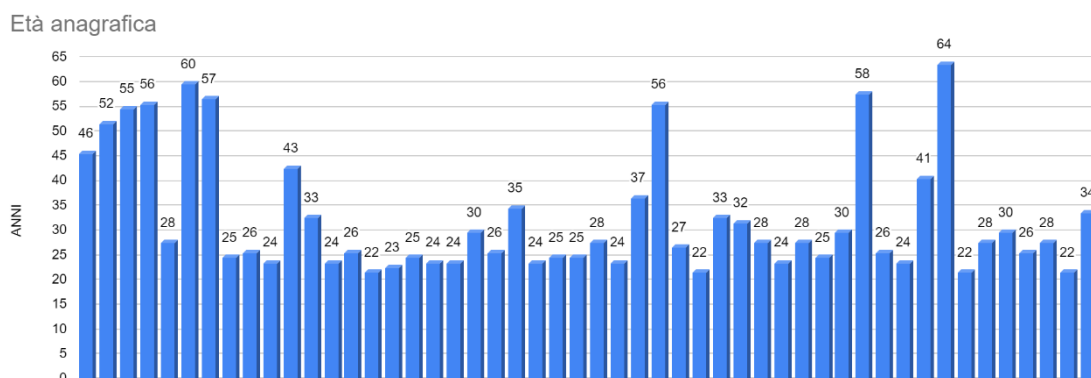
#### Dati socio-anagrafici

##### 1. GENERE

Secondo la domanda 1, l'84% (42 su 50) del campione è di sesso femminile, il 14% (7 su 50) di sesso maschile ed il 2% (1 su 50) è transgender.

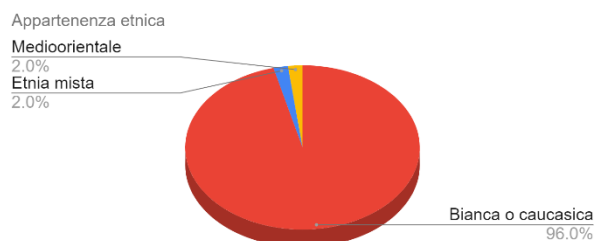


## 2. ETÀ ANAGRAFICA



Secondo la domanda 2, l'età del campione va da un minimo di 22 ad un massimo di 64 anni, con una media di 32.7 anni.

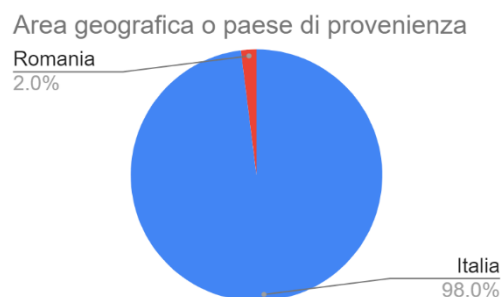
## 3. APPARTENENZA ETNICA



La domanda 3 evidenzia che il 96% (48 su 50) del campione è di etnia bianca o caucasica, il 2% (1 su 50) è medioorientale e il 2% (1 su 50) è di etnia mista, dichiarata dal compilatore come mista bianca e medioorientale.

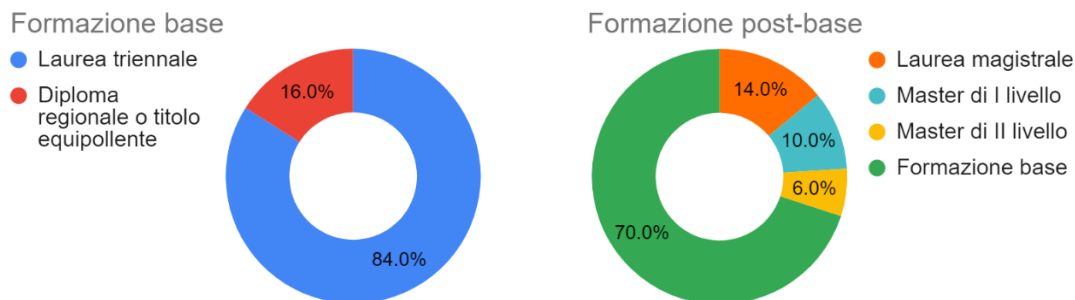
## 4. AREA GEOGRAFICA O PAESE DI PROVENIENZA

Secondo la domanda 4, la maggior parte del campione, ovvero il 98% (49 su 50), è originario dell'Italia, mentre il 2% (1 su 50) proviene dalla Romania.





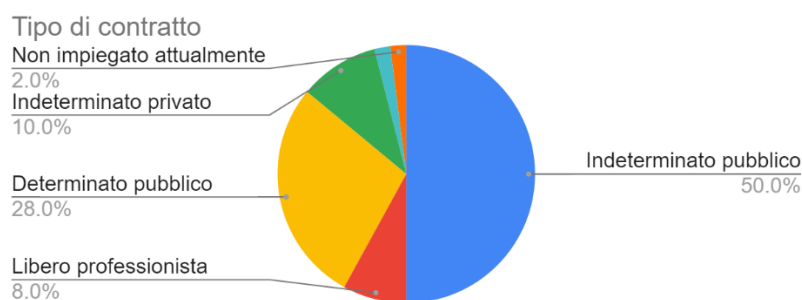
## 5. TITOLO DI STUDIO



Secondo la domanda 5, l'84% (42 su 50) degli infermieri è in possesso di Laurea triennale, mentre il 16% (8 su 50) ha conseguito il Diploma regionale o titolo equipollente.

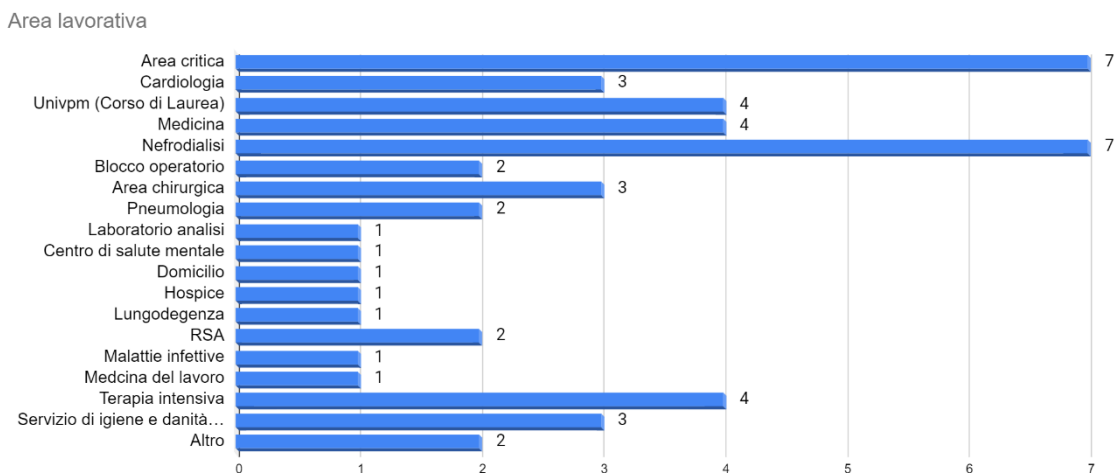
Per quanto riguarda la formazione post-base, solo il 30% (15 su 50) ha proseguito la carriera universitaria. Tra il campione trattato, il 14% (7 su 50) degli infermieri ha conseguito la Laurea magistrale, il 10% (5 su 50) ha conseguito un Master di I livello e il 6% (3 su 50) ha conseguito un Master di II livello.

## 6. TIPO DI CONTRATTO



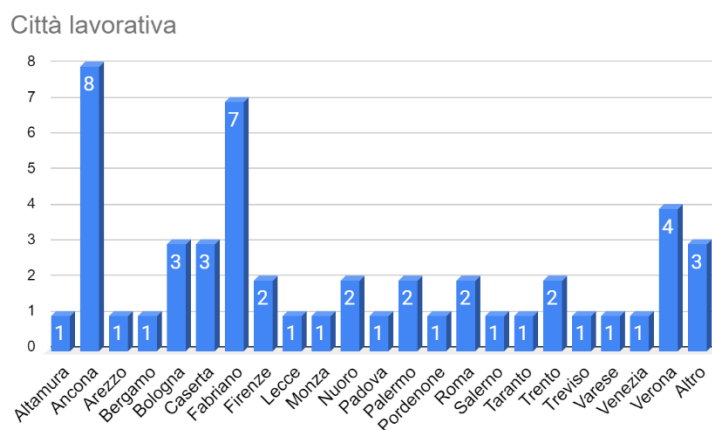
Alla domanda 6, il 50% (25 su 50) degli infermieri afferma di avere un contratto indeterminato pubblico, il 28% (14 su 50) ha un contratto determinato pubblico, il 10% (5 su 50) ha un contratto indeterminato privato, il 2% (1 su 50) ha un contratto determinato pubblico, l'8% (4 su 50) afferma di essere libero professionista, e il 2% (1 su 50) dichiara di non essere attualmente impiegato.

## 7. AREA LAVORATIVA (UNITÀ OPERATIVA)



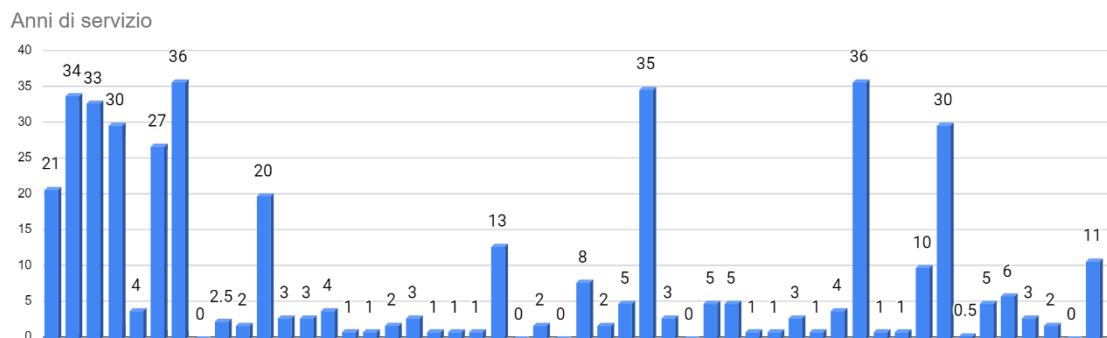
Le aree lavorative in cui lavorano gli infermieri che hanno risposto alla domanda 7 sono le seguenti: Area critica (Pronto Soccorso, 118, Medicina d'urgenza), Cardiologia (Aritmologia, UTIC e Cardiologia generale), Corso di Laurea dell'Università Politecnica delle Marche, Medicina, Nefrodialisi, Blocco operatorio, Area chirurgica, Pneumologia, Laboratorio analisi, Centro di Salute Mentale, Assistenza domiciliare, Hospice, Lungodegenza, RSA, Malattie infettive, Medicina del lavoro, Terapia intensiva (Terapia intensiva generale, COVID-19 e pediatrica), Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (di cui un'infermiera presso servizio vaccini e tamponi). Due infermieri hanno risposto alla domanda, senza indicare l'unità operativa, e loro risposte sono: Area vasta 2 e Reparto Internistico.

## 8. SEDE LAVORATIVA (CITTÀ)



Le sedi lavorative, ossia le città, in cui gli infermieri svolgono la propria professione sono: Altamura, Ancona, Arezzo, Bergamo, Bologna, Caserta, Fabriano, Firenze, Lecce, Monza, Nuoro, Padova, Palermo, Pordenone, Roma, Salerno, Taranto, Trento, Treviso, Varese, Venezia e Verona. Tre risposte non indicavano precisamente la città, perciò sono state indicate con 'altro' nel grafico e comprendono le seguenti risposte: Italia, Mar Mediterraneo e Lombardia.

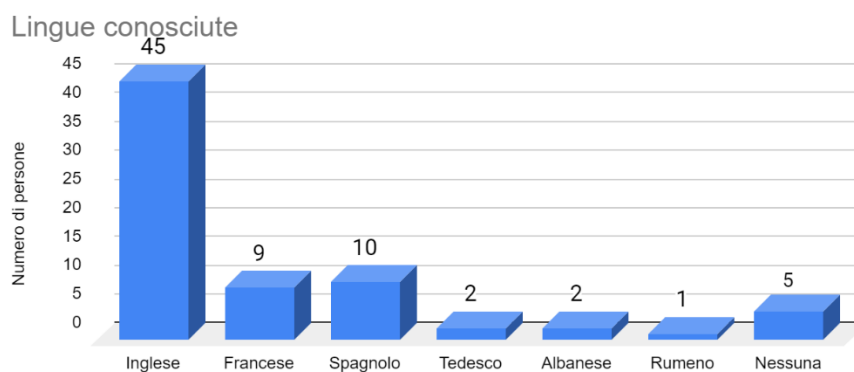
## 9. ANNI DI SERVIZIO



Secondo la domanda 9, l'età media di anzianità di servizio è di 8.46 anni, con un minimo di 0 anni (infermieri neolaureati che prestano servizio da meno di un anno) ed un massimo di 36 anni.

## Esperienze personali

### 10. LINGUE CONOSCIUTE



La domanda 10 è stata posta per valutare le capacità linguistiche del campione analizzato. Le risposte indicano che il 90% (45 su 50) degli infermieri conosce l'inglese,

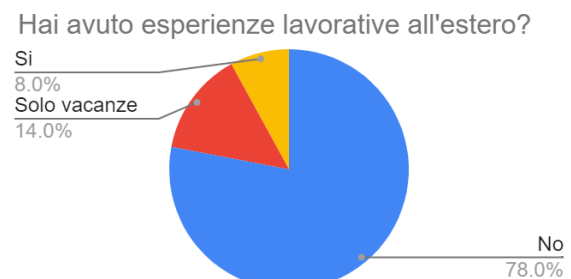
il 18% (9 su 50) sa il francese, il 20% (10 su 50) sa lo spagnolo, il 4% (2 su 50) sa il tedesco, il 4% (2 su 50) sa l'albanese e il 2% (1 su 50) sa il rumeno.

Il 10% (5 su 50) del campione afferma di non sapere nessuna lingua oltre l'italiano.

Il 38% (19 su 50), invece, conosce più di una lingua. Di questi 29, 16 infermieri conoscono due lingue straniere, 2 infermieri conoscono tre lingue straniere e 1 infermiere conosce quattro lingue.

## 11. ESPERIENZE ALL'ESTERO

Alla domanda 11, la gran parte del campione dichiara di non aver mai avuto esperienze lavorative all'estero, infatti il 78% (39 su 50) degli infermieri ha risposto di NO, mentre il 14% (7 su 14) dichiara di essere andato all'estero solo per vacanze. Solo una piccola parte, ovvero l'8% (4 su 50) ha avuto esperienze lavorative fuori dall'Italia.



## 12. ATTIVITÀ DIDATTICA

La domanda 12 è mirata a valutare la formazione universitaria e lavorativa riguardante l'argomento trattato. Per fare ciò la domanda è stata scomposta in quattro sotto domande:

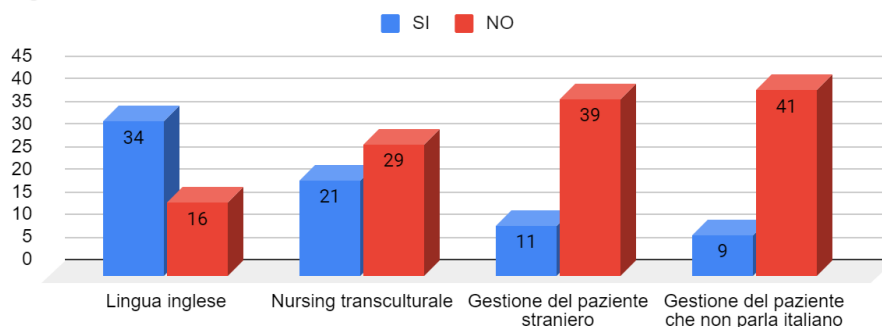
12.1 Hai mai seguito corsi/lezioni di lingua straniera?

12.2 Hai mai seguito corsi/lezioni sul nursing transculturale?

12.3 Hai mai seguito corsi/lezioni sulla gestione del paziente straniero?

12.4 Hai mai seguito corsi/lezioni sulla gestione del paziente che non parla inglese?

Durante la carriera universitaria o esperienza lavorativa hai avuto modo di seguire corsi/lezioni su:



La maggior parte degli infermieri, il 68% (34 su 50) ha seguito almeno un corso o lezione dedicato all'insegnamento della lingua inglese, mentre il restante 32% (16 su 50) non lo ha mai fatto.

Per quanto riguarda le altre 3 domande, la maggior parte del campione non ha avuto modo di seguire corsi o lezioni dedicate al nursing transculturale, gestione del paziente straniero e gestione del paziente con barriera linguistica.

Infatti, solo il 42% (21 su 50) ha partecipato ad attività didattiche sul nervo intra sculturale, mentre il 58% (29 su 50) e non ha mai seguito corsi del genere. Anche la gestione del paziente straniero è stata trattata da una piccola parte del campione, ossia il 22% (11 su 50) a differenza del 78% (39 su 50) che non lo ha fatto. Infine, solo il 18% (9 su 50) degli infermieri ha seguito corsi o lezioni dedicati alla gestione del paziente straniero con barriera linguistica, mentre l'82% (41 su 50) non ha mai seguito corso o lezioni simili.

### 13. UTILITÀ DELL'ATTIVITÀ DIDATTICA



La domanda 13 intende analizzare l'utilità dell'attività didattica indagata con la domanda precedente.

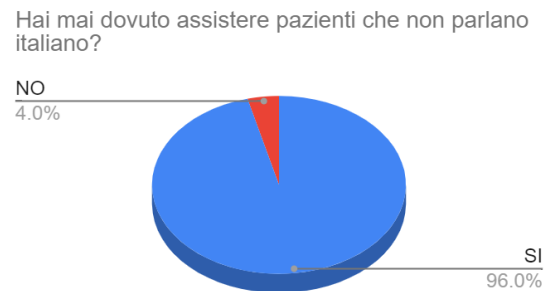
Questa domanda ha ricevuto 38 risposte, in quanto il 24% (12 su 50) del campione non ha risposto, dato che la loro risposta a tutte le voci della domanda 12 è stata NO.

La maggioranza degli infermieri, ossia il 60.5% (23 su 38), che hanno risposto alla domanda affermano che i corsi/lezioni seguite sono state utili in ambito lavorativo,

mentre il 39.5% (15 su 38) afferma che tale attività didattica non ha portato benefici alla pratica clinica.

#### 14. HAI MAI ASSISTITO UN PAZIENTE STRANIERO CHE NON PARLANO ITALIANO?

La maggior parte degli infermieri ha dichiarato di aver gestito pazienti con barriera linguistica, infatti, il 96% (48 su 50) ha risposto SI alla domanda 14, mentre, solo il 4% (2 su 50) ha risposto NO.



#### Gestione del paziente straniero

##### 15. GESTIONE DEL PAZIENTE STRANIERO

La domanda 15 valuta la percezione degli infermieri riguardo la gestione del paziente straniero, a tal fine viene chiesto al campione di dare una loro valutazione, secondo una scala Likert (in completo disaccordo, in disaccordo, né in accordo né in disaccordo, in accordo, in completo accordo), a delle affermazioni.

Le affermazioni da valutare sono le seguenti:

- 15.1 La gestione del paziente straniero risulta più difficoltosa;
- 15.2 La gestione del paziente straniero mi mette preoccupazione e/o ansia;
- 15.3 Il tempo dedicato al paziente straniero è maggiore;
- 15.4 Il tempo dedicato al paziente straniero è minore;
- 15.5 L'approccio al paziente straniero è uguale all'approccio ad un qualsiasi altro paziente;
- 15.6 La responsabilità nella gestione del paziente straniero è maggiore;
- 15.7 La responsabilità nella gestione del paziente straniero è minore;
- 15.8 La difficoltà non è solo linguistica ma anche culturale.

### 15.1 La gestione del paziente straniero risulta più difficoltosa



La maggioranza del campione ritiene che la gestione del paziente straniero sia più difficoltosa rispetto la gestione di un paziente autoctono.

L'affermazione 15.1 è stata valutata nel seguente modo:

- 26% (13 su 50) in completo accordo;
- 56% (28 su 50) in accordo;
- 12% (6 su 50) né in accordo né in disaccordo;
- 4% (2 su 50) in disaccordo;
- 2% (1 su 50) in completo disaccordo.

### 15.2 La gestione del paziente straniero mi mette preoccupazione e/o ansia



La risposta alla domanda 15.2 non permette di dire con certezza se la gestione del paziente straniero sia la causa di ansia e preoccupazione, in quanto le percezioni del campione sono variegatae.

Difatti, l'affermazione 15.2 è stata valutata in maniera più o meno equa:

- 2% (1 su 50) in completo accordo;
- 30% (15 su 50) in accordo;
- 32% (16 su 50) né in accordo né in disaccordo;

- 24% (12 su 50) in disaccordo;
- 12% (6 su 50) in completo disaccordo.

### 15.3 Il tempo dedicato al paziente straniero è maggiore

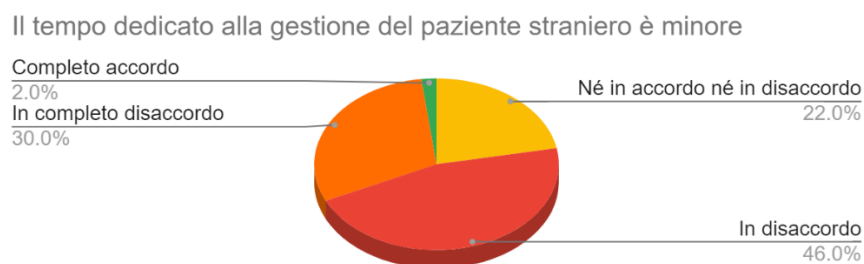


Per quanto riguarda il tempo dedicato al paziente, la gran parte del campione ritiene che il paziente straniero necessiti di più tempo rispetto a quello autoctono.

Le valutazioni dell'affermazione 15.3 sono le seguenti:

- 16% (8 su 50) in completo accordo;
- 40% (20 su 50) in accordo;
- 32% (16 su 50) né in accordo né in disaccordo;
- 8% (4 su 50) in disaccordo;
- 4% (2 su 50) in completo disaccordo.

### 15.4 Il tempo dedicato al paziente straniero è minore



In linea con le risposte precedenti, la maggioranza degli infermieri, afferma che il tempo dedicato al paziente straniero non è assolutamente minore. Ciò può essere constatato anche attraverso le valutazioni che ha ricevuto l'affermazione 15.4;

- 2% (1 su 50) in completo accordo;
- 22% (11 su 50) né in accordo né in disaccordo;



- 46% (32 su 50) in disaccordo;
- 30% (15 su 50) in completo disaccordo.

15.5 L'approccio al paziente straniero è uguale all'approccio ad un qualsiasi altro paziente



Il campione analizzato tende più verso il disaccordo che all'accordo con l'affermazione 15.5, per cui l'approccio al paziente straniero è differente rispetto al paziente 'nativo'.

Le analisi delle risposte a questa affermazione indicano:

- 8% (4 su 50) in completo accordo;
- 14% (7 su 50) in accordo;
- 30% (15 su 50) né in accordo né in disaccordo;
- 36% (18 su 50) in disaccordo;
- 12% (6 su 50) in completo disaccordo.

15.6 La responsabilità nella gestione del paziente straniero è maggiore



Il numero degli infermieri, che ritiene che la propria responsabilità nei confronti del paziente straniero sia maggiore, è minore rispetto chi è in disaccordo con tale affermazione, mentre una buona fetta del campione si mantiene neutra.

La valutazione dell'affermazione 15.6 indica:

- 4% (2 su 50) in completo accordo;
- 22% (11 su 50) in accordo;
- 34% (17 su 50) né in accordo né in disaccordo;
- 20% (10 su 50) in disaccordo;
- 20% (10 su 50) in completo disaccordo.

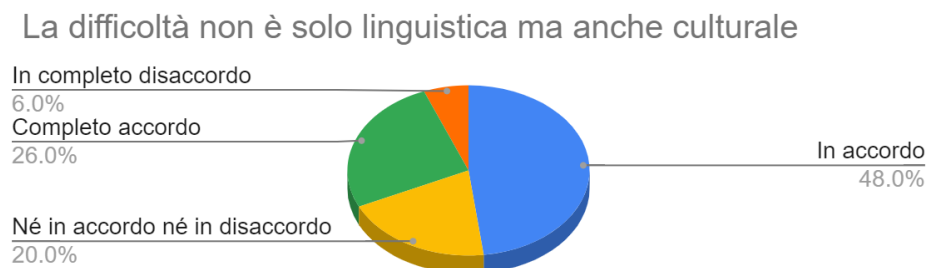
15.7 La responsabilità nella gestione del paziente straniero è minore



Anche qui, vi è maggiore disaccordo con l'affermazione 15.7, infatti solo una persona ritiene che la responsabilità sia minore. Ma guardiamo bene le risposte a questa domanda:

- 2% (1 su 50) in completo accordo;
- 28% (14 su 50) né in accordo né in disaccordo;
- 26% (13 su 50) in disaccordo;
- 44% (22 su 50) in completo disaccordo.

15.8 La difficoltà non è solo linguistica ma anche culturale

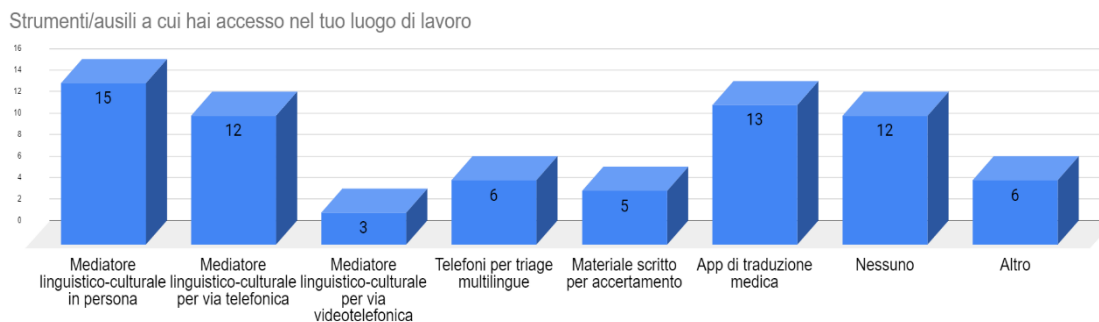


Secondo gran parte degli infermieri, la difficoltà non è esclusivamente linguistica, ma anche culturale. Infatti, il 26% (13 su 50) e il 48% (24 su 50) sono rispettivamente in

completo accordo e in accordo con l'affermazione 15.8, mentre il 20% (10 su 50) non è né in accordo né in disaccordo e solo il 6% (3 su 50) è in completo disaccordo.

### **Strumenti ed ausili per la comunicazione con il paziente straniero**

#### **16. STRUMENTI, AUSILI E STRATEGIE A CUI SI HA ACCESSO NEL LUOGO DI LAVORO**



La domanda 16 è mirata a valutare gli strumenti a cui hanno accesso gli infermieri nel proprio luogo di lavoro tra mediatore linguistico-culturale (in persona, per via telefonica e per via videotelefonica), telefoni apposti per triage multilinguistico, schede o questionari per accertamento infermieristico multilinguistico, app di traduzione medica. La domanda prevede la scelta di più opzioni, in quanto la struttura potrebbe mettere a disposizione più strumenti, infatti il 30% (15 su 50) del campione ha selezionato più opzioni.

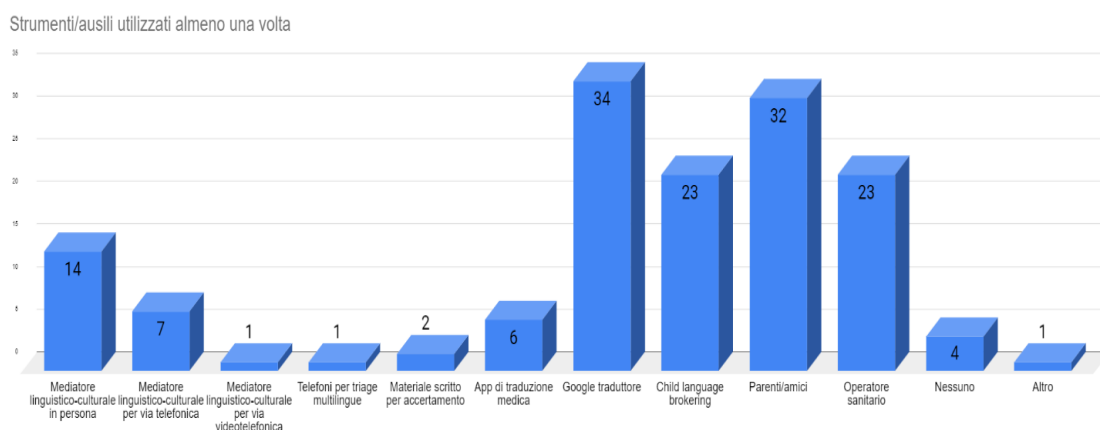
Gli strumenti a cui si ha più accesso sono i mediatori linguistico-culturali, in particolare quello in persona e per via telefonica, insieme alle app di traduzione medica. Purtroppo, dall'analisi delle risposte emerge anche che una buona parte degli infermieri non dispone di alcun strumento messo a disposizione dall'azienda sanitaria.

Le strategie di superamento della barriera linguistica sono così state scelte dagli infermieri:

- 30% (15 su 50) mediatore linguistico-culturale in persona;
- 24% (12 su 50) mediatore linguistico-culturale per via telefonica;
- 6% (3 su 50) mediatore linguistico-culturale per via videotelefonica;
- 12% (6 su 50) telefoni per triage multilinguistico;
- 10% (5 su 50) schede e questionari per accertamento multilingue ;

- 26% (13 su 50) app di traduzione medica;
- 24% (12 su 50) nessuno;
- 12% (6 su 50) altro: alcuni infermieri hanno specificato su ‘altro’ strategie come Google traduttore, l’utilizzo di familiari per via telefonica, applicazioni di traduzione scaricate personalmente e l’aiuto da parte di colleghi, che pur essendo degli strumenti utili alla gestione del paziente che non parla italiano, non sono strumenti messi a disposizione dal datore di lavoro.

## 17. STRUMENTI, AUSILI E STRATEGIE UTILIZZATE ALMENO UNA VOLTA

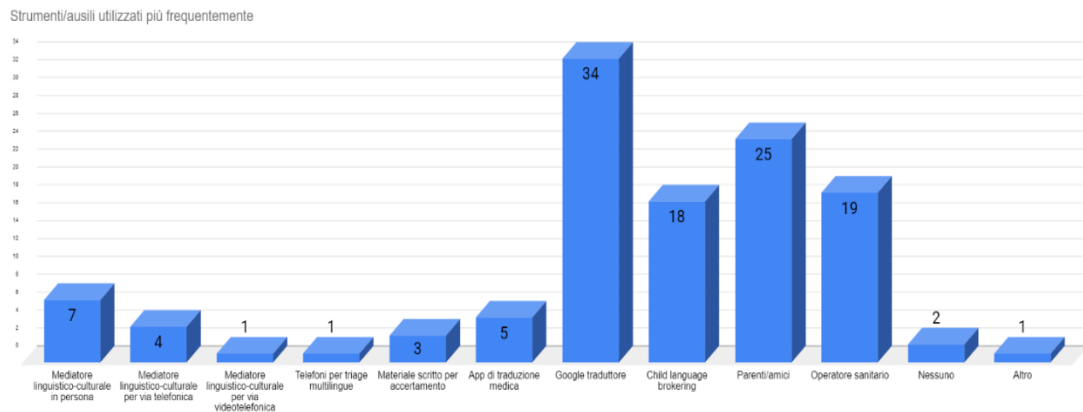


La domanda 17 chiede invece quali strategie sono state utilizzate almeno una volta dagli operatori sanitari tra mediatore linguistico-culturale (in persona, per via telefonica e per via videotelefonica), telefoni appositi per triage multilinguistico, schede o questionari per accertamento infermieristico multilinguistico, app di traduzione medica, Google traduttore, *Child language brokering*, interpretazione da parte di familiari o amici ed interpretazione da parte di operatori sanitari. anche qui la risposta non è unica, ma gli infermieri hanno avuto la possibilità di scegliere più risposte.

Tutti gli strumenti sono stati utilizzati almeno una volta dal campione, e le risposte a tale domanda sono le seguenti: il 28% (14 su 50) ha usato almeno una volta il mediatore linguistico-culturale in persona, il 14% (7 su 50) il mediatore linguistico-culturale per via telefonica, il 2% (1 su 50) il mediatore linguistico-culturale per via videotelefonica, il 2% (1 su 50) i telefoni appositi per triage multilinguistico, il 4% (2 su 50) schede e questionari multilingue, il 12% (6 su 50) le applicazioni di traduzione medica, il 68% (34 su 50) Google traduttore, il 46% (23 su 50) il *child language brokering*, l’64% (32

su 50) i familiari o conoscenti del paziente, il 46% (23 su 50) l'operatore sanitario che conosce la lingua parlata dal paziente ed il 2% (1 su 50) ha risposto 'altro', specificando con 'utilizzo di gesti e oggetti per spiegare le procedure'. Inoltre, l'8% (4 su 50) ha scelto 'nessuno' come risposta.

## 18. STRUMENTI, AUSILI E STRATEGIE UTILIZZATI PIÙ FREQUENTEMENTE



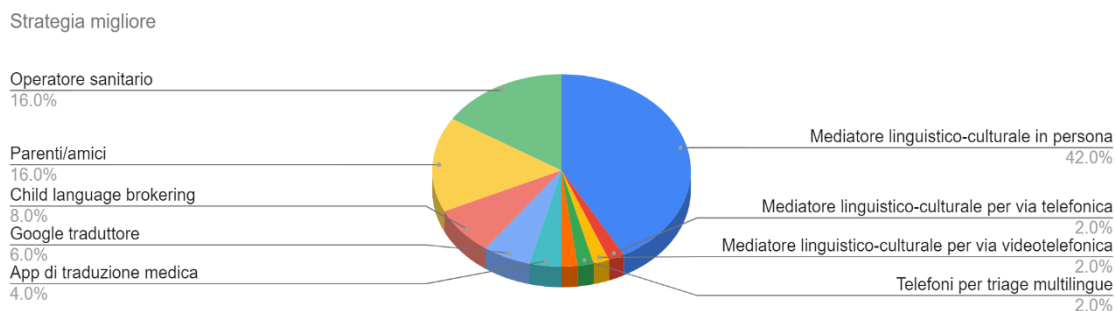
La domanda 18 intende valutare quali strategie sono utilizzate più frequentemente dagli infermieri che hanno risposto al questionario, le possibili risposte sono le stesse della domanda precedente. Anche qui è stato possibile selezionare più opzioni.

Gli infermieri hanno risposto alla domanda nel seguente modo:

- 14% (7 su 50) mediatore linguistico-culturale in persona;
- 8% (4 su 50) mediatore linguistico-culturale per via telefonica;
- 2% (1 su 50) mediatore linguistico-culturale per via videotelefonica;
- 2% (1 su 50) telefoni per triage multilinguistico;
- 6% (3 su 50) schede e questionari per accertamento multilingue ;
- 10% (5 su 50) app di traduzione medica;
- 68% (34 su 50) Google traduttore;
- 36% (18 su 50) *child language brokering*;
- 50% (25 su 50) familiari o conoscenti;
- 38% (19 su 50) operatori sanitari.
- 4% (2 su 50) nessuno;
- 2% (1 su 50) altro: specificando con 'utilizzo di gesti e oggetti per spiegare le procedure'.

Si può vedere che Google traduttore è lo strumento più utilizzato, seguito dall'utilizzo degli interpreti ad hoc.

## 19. STRUMENTI, AUSILI E STRATEGIA RITENUTA MIGLIORE



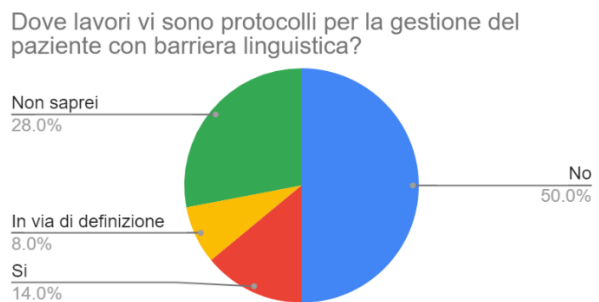
La domanda 19 intende analizzare la percezione del campione riguardo le strategie di superamento della barriera linguistica e valutare quale strategia è ritenuta come migliore.

Quasi la metà degli infermieri ritiene che lo strumento migliore sia l'utilizzo del mediatore linguistico-culturale in persona, tuttavia non vi è nessun strumento che non sia stato considerato come migliore da almeno un infermiere, come si può notare dalle risposte ricevute alla domanda 19:

- 42% (21 su 50) mediatore linguistico-culturale in persona;
- 2% (1 su 50) mediatore linguistico-culturale per via telefonica;
- 2% (1 su 50) mediatore linguistico-culturale per via videotelefonica;
- 2% (1 su 50) telefoni per triage multilinguistico;
- 2% (1 su 50) schede e questionari per accertamento multilingue ;
- 4% (2 su 50) app di traduzione medica;
- 6% (3 su 50) Google traduttore;
- 8% (4 su 50) *child language brokering*;
- 16% (8 su 50) familiari o conoscenti;
- 16% (8 su 50) operatori sanitari.

## 20. PRESENZA, NEL LUOGO DI LAVORO, DI PROTOCOLLI O LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON BARRIERA LINGUISTICA

Come si può notare dalle risposte alla domanda 20, solo il 14% (7 su 50) del campione ha risposto di avere dei protocolli per la gestione del paziente con barriera linguistica e nell'8% (4 su 50) dei casi tali protocolli sono in via di definizione, mentre il 50% (25 su 50) ha dichiarato di non avere tali strumenti nel proprio luogo di lavoro assieme al 28% (14 su 50) che non ha saputo rispondere alla domanda.



### Domanda facoltativa

L'ultima domanda, la n.21 chiedeva agli infermieri come, secondo loro, si potesse migliorare l'assistenza al paziente straniero, sia a livello lavorativo che didattico.

La domanda 21 ha ricevuto 13 risposte:

1. 'Rendere almeno la conoscenza della lingua inglese obbligatoria nei percorsi formativi per sanitari'.
2. 'Da un punto di vista didattico dovrebbe essere promosso e insegnato non solo teoricamente ma anche in pratica. Nel lavoro le strutture pubbliche faticano molto a mettere gli strumenti idonei a disposizione'.
3. 'Approfondendo tematiche interculturali'.
4. 'Sicuramente sarebbe migliore se ci fosse una migliore conoscenza delle lingue, soprattutto l'inglese'.
5. 'Formando il personale a livello linguistico'.
6. 'Conoscenza lingua straniera e relativi termini medico-scientifici appropriati'.
7. 'Con la formazione del personale e la messa a disposizione di mediatori'.
8. 'Corsi linguistici'.
9. 'La conoscenza della lingua inglese è fondamentale. Per lavorare in ambiente multiculturale sarebbero utili corsi di base per i professionisti. Il mediatore linguistico è fondamentale ma è anche una figura di difficile inserimento nel

fitto programma di pazienti ed assistenza. L'idea che la lingua straniera sia una cosa del tutto estranea e da non esplorare è un concetto da superare. Se lavoro in un hotspot di accoglienza migranti, ad esempio, è importante che io abbia una conoscenza basica per quanto possibile della lingua ma anche della cultura in questione, non risolverà la barriera culturale ma è un primo passo verso la fiducia e la costruzione del buon rapporto paziente-professionista. Dal punto di vista pratico/assistenziale serve una comunicazione il più possibile chiara tramite traduttori e mediatori linguistici. Sì, la barriera culturale aggiunge tempo e fatica alla nostra professione, ma va affrontata come ogni sfaccettatura del nostro lavoro, con metodo'.

10. 'Inutile'.
11. 'Con la presenza attiva di un mediatore linguistico'.
12. 'Migliorando gli strumenti a disposizione'.
13. 'Corsi di formazione'.

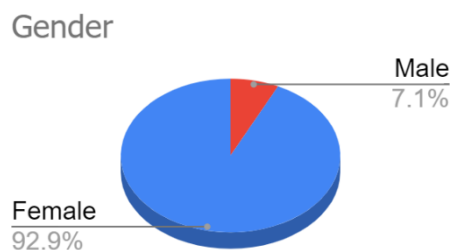
## QUESTIONARIO SOMMINISTRATO IN REGNO UNITO

Il questionario somministrato agli infermieri che lavorano in Regno Unito ha prodotto 15 risposte totali, di cui solo 14 sono state prese in considerazioni ai fini dello studio, mentre 1 è stata esclusa in quanto il compilatore non era infermiere lavoratore in Regno Unito.

Successivamente, verranno analizzate le risposte ad ogni singola domanda.

### Dati socio-anagrafici

#### 1. GENERE

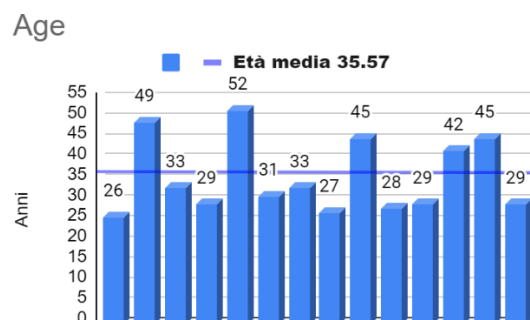


Dalla domanda 1 risulta che il 92.9% (13 su 14) del campione è di sesso femminile, mentre il 7.1% (1 su 14) è di sesso maschile.

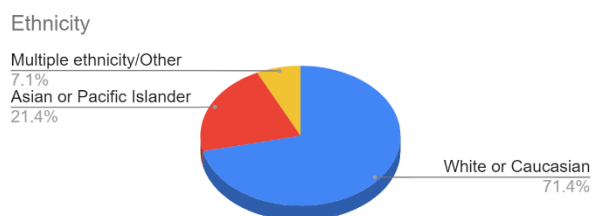


## 2. ETÀ ANAGRAFICA

Secondo la domanda 2, l'età del campione va da un minimo di 26 anni ad un massimo di 52, con una media di 35.57.



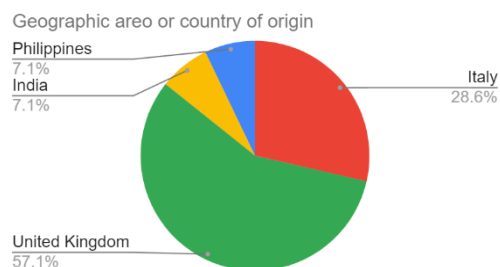
## 3. APPARTENENZA ETNICA



Secondo la domanda 3, l'appartenenza etnica del campione è così composta:

- 71.4% (10 su 14) bianca o caucasica;
- 21.4% (3 su 14) asiatica o oceanica;
- 7.1% (1 su 14) etnia mista (specificata dal compilatore come mista bianca e asiatica).

## 4. AREA GEOGRAFICA O PAESE DI PROVENIENZA

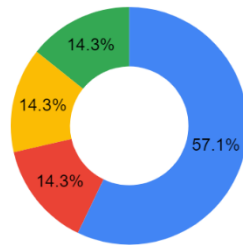


Alla domanda 4, il 28.6% (4 su 14) ha dichiarato di provenire dall'Italia, il 57.1% (8 su 14) dal Regno Unito, il 7.1% (1 su 14) dall'India e il 7.1% (1 su 14) dalle Filippine.

## 5. TITOLO DI STUDIO

### Educational qualification

- Band 6 Registered Nurse (Nursing Specialist or Senior Nurse)
- Band 7 Registered Nurse (Advanced Nurse or Nurse Practitioner)
- Band 8 Registered Nurse (Modern Matron or Chief Nurse)
- Band 5 Registered Nurse (Newly Qualified Nurse)



La domanda 5 evidenzia che il 14.3% (2 su 14) sono infermieri band 5, il 57.1% (8 su 14) sono band 6, il 14.3% (2 su 14) sono band 7 e il 14.3% (2 su 14) sono band 8.

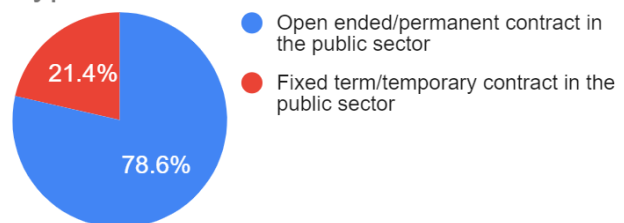
In Regno Unito, una volta conseguita la laurea in Infermieristica della durata di quattro anni, si procede, attraverso meritocrazia e formazione continua, all'aumento del livello di qualifica che si suddivide nel seguente modo:

- Band 5 registered nurse: newly qualified nurse;
- Band 6 registered nurse: nursing specialist or senior nurse;
- Band 7 registered nurse: advanced nurse or nurse practitioner;
- Band 8 registered nurse: modern matron or chief nurse;
- Band 9 registered nurse: consultant.

## 6. TIPO DI CONTRATTO

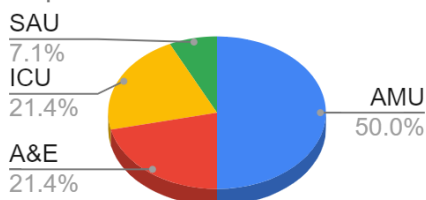
Alla domanda 6, il 78.6% (11 su 14) dei partecipanti ha dichiarato di avere un contratto determinato e il 21.4% (3 su 14) un contratto indeterminato. Tutti i partecipanti lavorano nel settore pubblico.

### Type of contract



## 7. AREA LAVORATIVA (UNITÀ OPERATIVA)

### Department/ward/unit

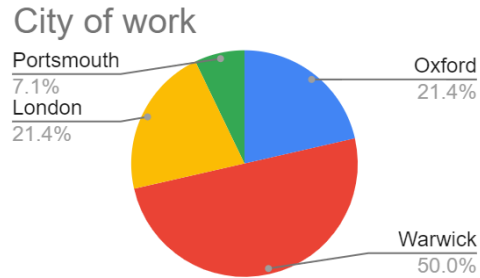


Secondo la domanda 7 riguardo l'area lavorativa, Il 50% (7 su 14) svolge la proprio professione presso AMU (Acute Medicine Unit, ambulatory care), il 21.4% (3 su 14) in A&E (Accident & Emergency), il 21.4% (3 su 14) in ICU (Intensive Care Unit) e il 7.1% (1 su 14) in SAU (Surgical Assesment Unit).

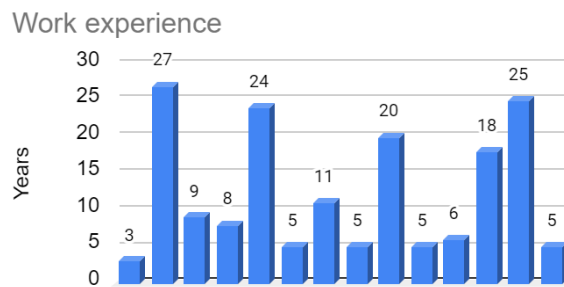
Secondo quanto dichiarato dagli infermieri di ICU, il 66.7% (2 su 3) di loro lavora in una terapia intensiva generica, mentre il 33.3% (1 su 3) lavora in terapia intensiva cardiotoracica e covid.

## 8. SEDE LAVORATIVA (CITTÀ)

Alla domanda 8, il 50% (7 su 14) ha risposto che lavora a Warwick, il 21.4% (3 su 14) a Oxford, il 21.4% (3 su 14) a Londra ed il 7.1% (1 su 14) a Portsmouth.



## 9. ANNI DI SERVIZIO



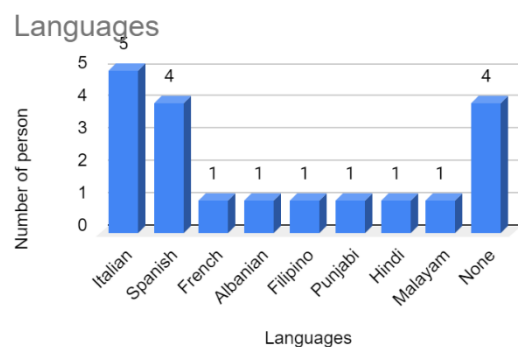
La domanda 9 valuta l'anzianità di servizio, che va da un minimo di 3 ad un massimo di 27 anni, con una media di 12.21 anni.

## Esperienze personali

### 10. LINGUE CONOSCIUTE

La domanda 10 è utile per valutare il bagaglio linguistico del campione, ossia le lingue conosciute oltre l'inglese.

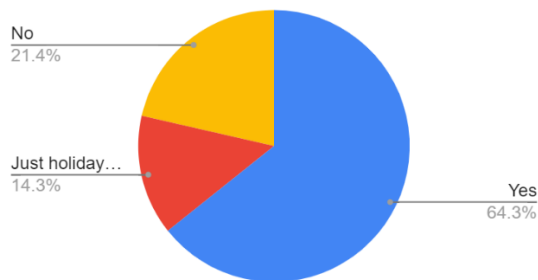
Il 35.7% (5 su 14) conosce l'italiano, il 28,6% (4 su 14) sa lo spagnolo, il 7.1% (1 su 14) sa il francese, il 7.1% (1 su 14) sa l'albanese, il 7.1% (1 su 14) sa il filippino,



il 7.1% (1 su 14) sa il punjabi, il 7.1% (1 su 14) sa l'hindi, il 7.1% (1 su 14) sa il malese. Il 21.4% (3 su 14) conosce più di una lingua, mentre il 28.6% (4 su 14) non conosce nessuna lingua oltre l'inglese.

## 11. ESPERIENZE ALL'ESTERO

Have you ever had any work experience abroad?



Alla domanda 11, il 64.3% (9 su 14) ha dichiarato di aver avuto esperienze lavorative all'estero, mentre il 21.4% (3 su 14) non le ha avute e il 14.3% (2 su 14) ha solo avuto esperienze all'estero per vacanze.

## 12. ATTIVITÀ DIDATTICA

La domanda 12 è mirata a valutare la formazione universitaria e lavorativa riguardante l'argomento trattato. Per fare ciò la domanda è stata scomposta in altre quattro sotto domande:

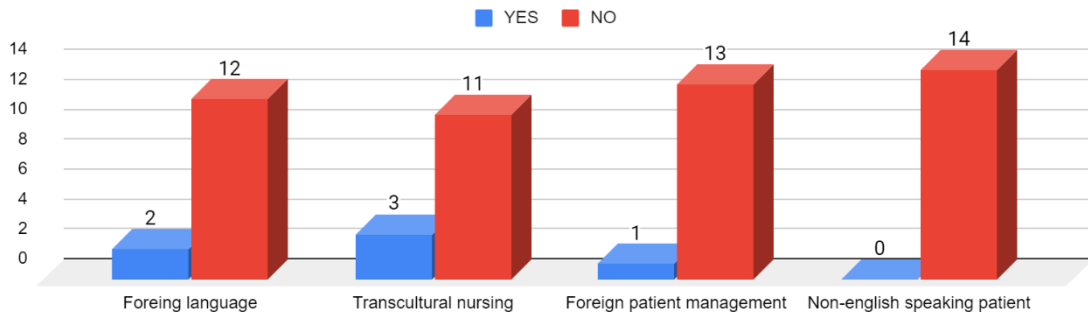
12.1 Hai mai seguito corsi/lezioni di lingua straniera?

12.2 Hai mai seguito corsi/lezioni sul nursing transculturale?

12.3 Hai mai seguito corsi/lezioni sulla gestione del paziente straniero?

12.4 Hai mai seguito corsi/lezioni sulla gestione del paziente che non parla inglese?

During your nursing school or work experience have you ever taken courses or lessons about

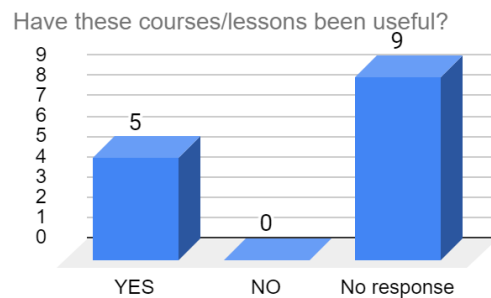


Dalle risposte si può dedurre che la maggior parte degli infermieri non ha mai seguito lezioni o corsi come quelli sopracitati. Infatti, solo il 14.3% (2 su 14) durante la carriera universitaria o esperienza lavorativa ha studiato una lingua straniera mentre l'85.7% (12 su 14) non l'ha fatto. Corsi e lezioni sul nursing transculturale sono stati seguiti solo dal 21.4% (3 su 14) a discapito del 78.6% (11 su 14). Per quanto riguarda la formazione inerente alla gestione del paziente straniero, solo il 7.1% (1 su 14) dichiara di averne avuto la possibilità, mentre il 92.9% (13 su 14) non l'ha avuta. L'intero campione ammette di non aver seguito corsi o lezioni sulla gestione del paziente che non parla inglese.

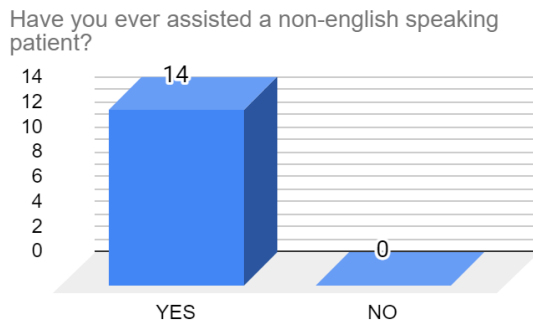
### 13. UTILITÀ DELL'ATTIVITÀ DIDATTICA

La domanda 13 chiedeva agli infermieri, che hanno risposto SI ad una delle voci della domanda precedente, di valutare l'utilità della formazione ricevuta a livello lavorativo.

Questa domanda ha prodotto solo 5 risposte, che affermano l'utilità della formazione, mentre 9 persone non hanno risposto, in quanto hanno risposto NO a tutte le voci della domanda precedente.



## 14. HAI MAI ASSISTITO UN PAZIENTE STRANIERO CHE NON PARLA INGLESE



Alla domanda 14, il 100% (14 su 14) del campione ha risposto di aver assistito un paziente con barriera linguistica.

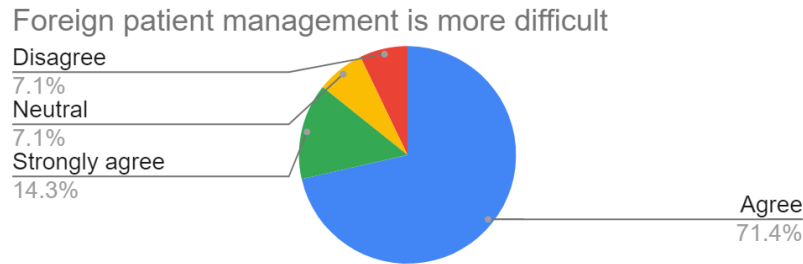
### Gestione del paziente straniero

#### 15. GESTIONE DEL PAZIENTE STRANIERO

La domanda 15 valuta la percezione degli infermieri riguardo la gestione del paziente straniero, a tal fine viene chiesto al campione di dare una loro valutazione (fortemente in disaccordo, disaccordo, né in accordo né in disaccordo, in accordo, fortemente in accordo) a delle affermazioni, perciò la domanda 15 è stata scomposta in 8 sotto domande, che verranno analizzate una per una:

- 15.1 La gestione del paziente straniero risulta più difficoltosa;
- 15.2 La gestione del paziente straniero mi mette preoccupazione e/o ansia;
- 15.3 Il tempo dedicato al paziente straniero è maggiore;
- 15.4 Il tempo dedicato al paziente straniero è minore;
- 15.5 L'approccio al paziente straniero è uguale all'approccio ad un qualsiasi altro paziente;
- 15.6 La responsabilità nella gestione del paziente straniero è maggiore;
- 15.7 La responsabilità nella gestione del paziente straniero è minore;
- 15.8 La difficoltà non è solo linguistica ma anche culturale.

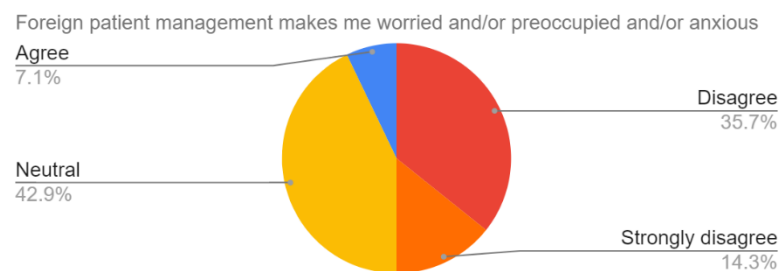
### 15.1 La gestione del paziente straniero risulta più difficoltosa



La maggior parte degli infermieri ritiene che la gestione del paziente straniero sia più difficoltosa.

Infatti, il 71.4% (10 su 14) è d'accordo con l'affermazione 15.1, il 14.3% (2 su 14) è fortemente d'accordo, il 7.1% (1 su 14) non è né d'accordo né in disaccordo, e solo il 7.1% (2 su 14) è in disaccordo.

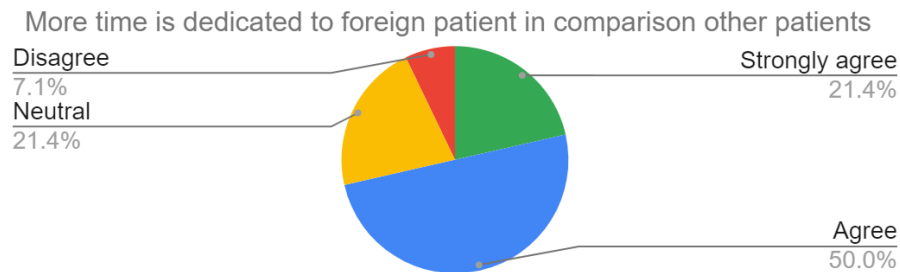
### 15.2 La gestione del paziente straniero mi mette preoccupazione e/o ansia



La gran parte del campione dichiara di non provare emozioni come preoccupazione e ansia durante la gestione del paziente straniero.

All'affermazione 15.2, il 14.3% (2 su 14) ha dichiarato di essere fortemente in disaccordo, il 35.7% (5 su 14) è in disaccordo e il 42.9% (6 su 14) non è né in accordo né in disaccordo, mentre, solo il 7.1% (1 su 14) dichiara di essere d'accordo e provare preoccupazione e/o ansia nella gestione del paziente straniero.

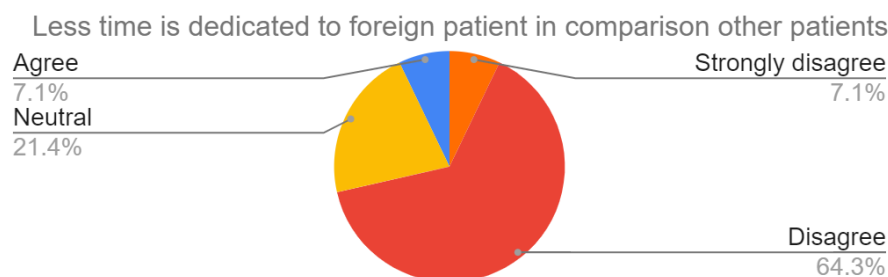
### 15.3 Il tempo dedicato al paziente straniero è maggiore



Per quanto riguarda il tempo dedicato alla gestione del paziente straniero, la maggioranza degli operatori dichiara di dedicare maggior tempo al paziente straniero.

Infatti, il 50% (7 su 14) dichiara di essere d'accordo con l'affermazione 15.3, il 21.4% (3 su 14) è fortemente d'accordo, il 21.4% (3 su 14) si mantiene neutro e solo il 7.1% (1 su 14) non è d'accordo con l'affermazione.

### 15.4 Il tempo dedicato al paziente straniero è minore

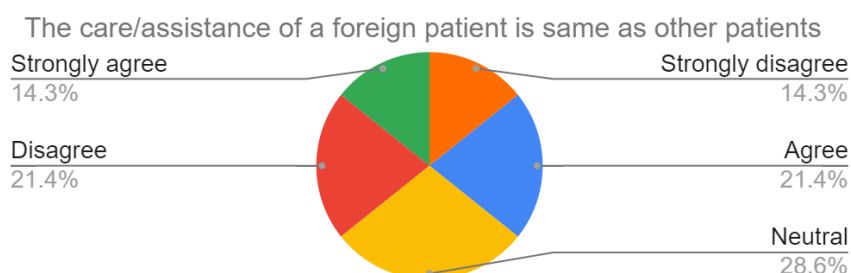


Per lo più, gli infermieri, sono in disaccordo con l'affermazione 15.4 e ritengono che il tempo dedicato al paziente straniero non sia minore.

In effetti, il 64.3% (9 su 14) del campione ha dichiarato di essere in disaccordo, il 7.1% (1 su 14) è in forte disaccordo, il 21.4% (3 su 14) non è né in accordo né in disaccordo, e solo il 7.1% (1 su 14) è in accordo.



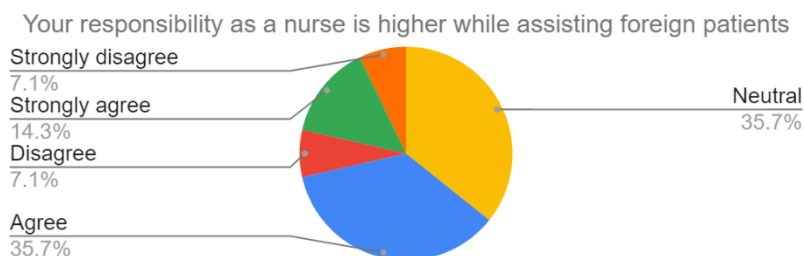
15.5 L'approccio al paziente straniero è uguale all'approccio ad un qualsiasi altro paziente



Riguardo l'affermazione 15.5, inerente all'approccio al paziente straniero rispetto al paziente autoctono, non vi è concordanza tra il campione.

In quanto, si ha la stessa percentuale di risposte per fortemente accordo e fortemente in disaccordo, ossia il 14.3% (2 su 14), e la stessa percentuale di risposte per accordo e disaccordo, ossia il 21.4% (3 su 14), e il 28.6% (4 su 14) non è né in accordo né in disaccordo.

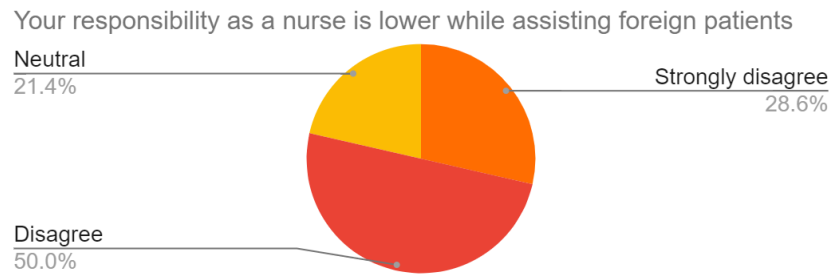
15.6 La responsabilità nella gestione del paziente straniero è maggiore



La maggioranza degli infermieri ritiene che la responsabilità infermieristica sia maggiore durante la gestione del paziente straniero.

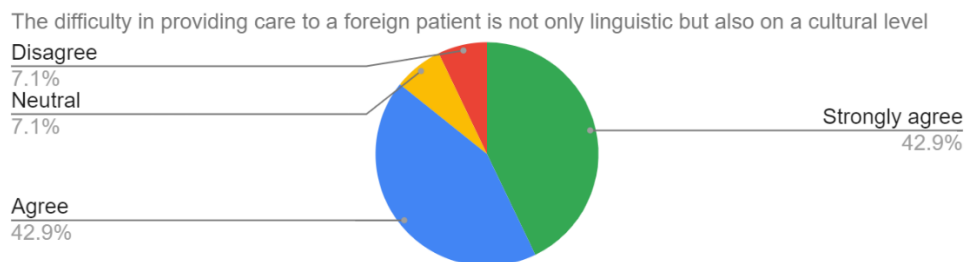
All'affermazione 15.6, difatti, il 35.7% (5 su 14) e il 14.3% (2 su 14) hanno rispettivamente risposto in accordo e fortemente in accordo e solo il 7.1% (1 su 14) ha dichiarato di essere in disaccordo e il 7.1% (1 su 14) è fortemente in disaccordo. Il 35.7% (5 su 14) si mantiene in posizione neutra.

### 15.7 La responsabilità nella gestione del paziente straniero è minore



La grande maggioranza del campione è in disaccordo con l'affermazione 15.7, infatti, il 50% (7 su 14) è in disaccordo, il 28.6% (4 su 14) è fortemente in disaccordo e il 21.4% (3 su 14) non è né accordo né in disaccordo. Da notare, come nessuno delle risposte sia in accordo con l'affermazione.

### 15.8 La difficoltà non è solo linguistica ma anche culturale

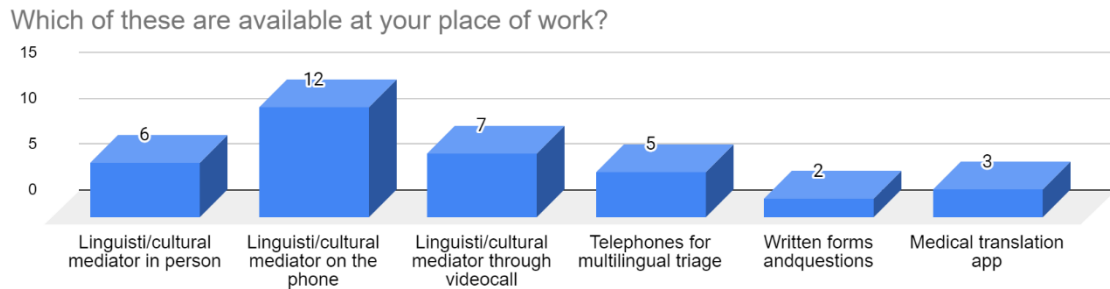


L'affermazione 15.8 valuta la percezione della difficoltà nella gestione del paziente straniero.

La gran parte degli infermieri è d'accordo nel dire che la difficoltà non è solo linguistica ma anche culturale. Ciò si può vedere dalle risposte ottenute: il 42.9% (6 su 14) è fortemente d'accordo, il 42.9% (6 su 14) è d'accordo e il 7.1% (1 su 14) si mantiene neutro, solo il 7.1% (1 su 14) è in disaccordo con l'affermazione.

## Strumenti ed ausili per la comunicazione con il paziente straniero che non parla inglese

### 16. STRUMENTI, AUSILI E STRATEGIE A CUI SI HA ACCESSO NEL LUOGO DI LAVORO

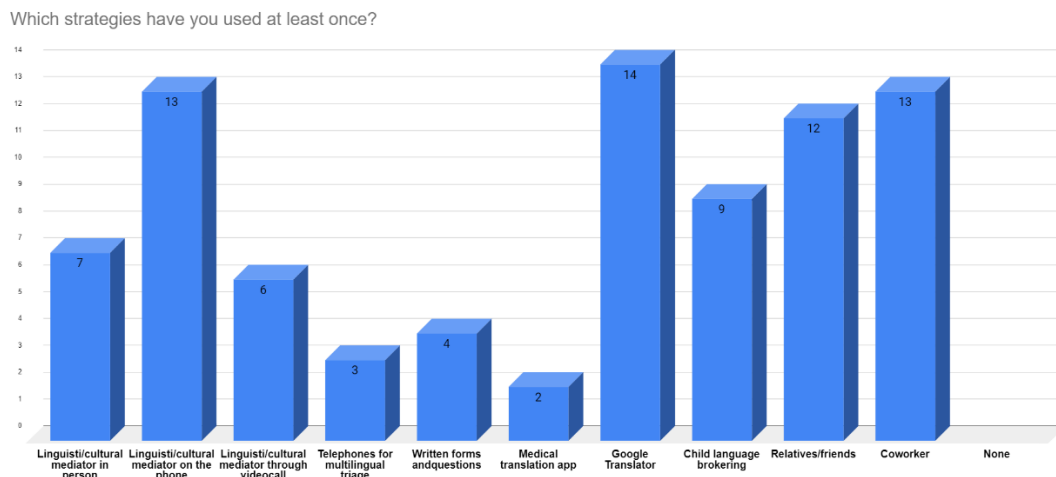


La domanda 16 è mirata a valutare gli strumenti a cui hanno accesso gli infermieri nel proprio luogo di lavoro tra mediatore linguistico-culturale (in persona, per via telefonica e per via videotelefonica), telefoni appositi per triage multilinguistico, schede o questionari per accertamento infermieristico multilinguistico, app di traduzione medica. La domanda prevedeva la scelta di più opzioni, in quanto la struttura potrebbe mettere a disposizione più strumenti, infatti il 71.4% (10 su 14) del campione ha selezionato più opzioni.

Il mediatore linguistico-culturale è stato messo a disposizione da varie aziende ospedaliere, infatti, il 42.9 % (6 su 14), l'85.7% (12 su 14) e il 50% (7 su 14) del campione dichiara di poter usufruire rispettivamente del mediatore linguistico personale in persona, per via telefonica e per via videotelefonica. Il 35.% (5 su 14) può usufruire di telefoni appositi per il triage multilinguistico, il 14.3% (2 su 14) ha accesso a schede o questionario scritti multilingue e il 21.4% (3 su 14) ha a disposizione app di traduzione medica.

Lo strumento maggiormente disponibile è quindi il mediatore linguistico-culturale per via telefonica.

## 17. STRUMENTI, AUSILI E STRATEGIE UTILIZZATE ALMENO UNA VOLTA

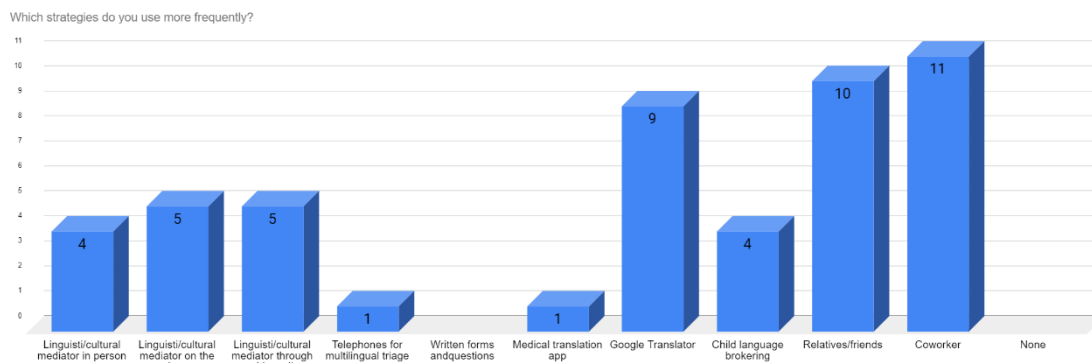


La domanda 17 chiede invece quali strategie sono state utilizzate almeno una volta dagli operatori sanitari tra mediatore linguistico-culturale (in persona, per via telefonica e per via videotelefonica), telefoni apposti per triage multilinguistico, schede o questionari per accertamento infermieristico multilinguistico, app di traduzione medica, Google traduttore, *Child language brokering*, interpretazione da parte di familiari o amici ed interpretazione da parte di operatori sanitari. anche qui la risposta non è unica, ma gli infermieri hanno avuto la possibilità di scegliere più risposte.

Tutti gli strumenti sono stati utilizzati almeno una volta dal campione, e le risposte a tale domanda sono le seguenti: il 50% (7 su 14) ha usato almeno una volta il mediatore linguistico-culturale in persona, il 92.9% (13 su 14) il mediatore linguistico-culturale per via telefonica, il 42.9% (6 su 14) il mediatore linguistico-culturale per via telefonica, il 21.4% (3 su 14) i telefoni apposti per triage multilinguistico, il 28.6% (4 su 14) schede e questionari multilingue, il 14.3% (2 su 14) le applicazioni di traduzione medica, il 64.2% (9 su 14) il *child language brokering*, l'85.7% (12 su 14) i familiari o conoscenti del paziente, il 92.9% (13 su 14) l'operatore sanitario che conosce la lingua parlata dal paziente, infine il 100% (14 su 14) Google traduttore.

Come si può vedere, Google traduttore è lo strumento che tutti gli infermieri hanno utilizzato almeno una volta.

## 18. STRUMENTI, AUSILI E STRATEGIE UTILIZZATE PIÙ FREQUENTEMENTE



La domanda 18 intende valutare quali strategie sono utilizzate più frequentemente dagli infermieri che hanno risposto al questionario, le possibili risposte sono le stesse della domanda precedente. Anche qui è stato possibile selezionare più opzioni.

Il 28.6% (4 su 14) del campione ha risposto mediatore linguistico-culturale in persona, il 35.7% (5 su 14) il mediatore linguistico-culturale per via telefonica, il 35.7% (5 su 14) il mediatore linguistico-culturale per via videotelefonica, il 7.1% (1 su 14) i telefoni per triage multilinguistico, il 7.1% (1 su 14) le app di traduzione medica, il 64.2% (9 su 14) Google traduttore, il 28.6% (4 su 14) il *child language brokering*, il 71.4% (10 su 14) l'interpretazione da parte di familiari e conoscenti e il 78.6% (11 su 14) l'interpretazione da parte di un operatore sanitario. L'utilizzo di schede e questionari multilingue per l'accertamento non è stato scelto come risposta da nessuno degli infermieri.

Le strategie più utilizzate, quindi, sono Google traduttore, l'aiuto di familiari e conoscenti e l'aiuto da parte di colleghi.

## 19. STRUMENTI, AUSILI E STRATEGIA RITENUTA MIGLIORE

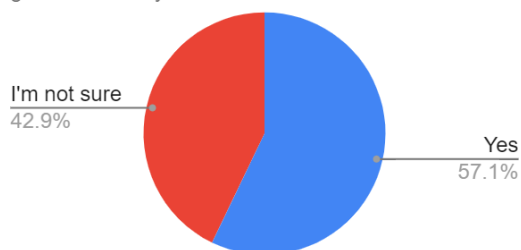


La domanda 19 è stata ideata per valutare la percezione degli infermieri riguardo la strategia ritenuta migliore per superare le barriere linguistiche, in questo caso le opzioni tra cui scegliere erano le stesse alla domanda precedente, ma si poteva scegliere un'unica risposta.

Secondo il campione, la migliore strategia, per comunicare con il paziente che non parla inglese, è l'interpretazione da parte di un operatore sanitario che abbia le stessi origini del paziente. Infatti, il 50% (7 su 14) degli infermieri ha scelto quest'opzione, mentre il 14.3% (2 su 14) ha risposto con mediatore linguistico-culturale in persona, il 14.3% (2 su 14) con mediatore linguistico-culturale per via videotelefonica, il 14.3% (2 su 14) con interpretazione da parte di familiari e conoscenti e il 7.1% (1 su 14) con telefoni per triage multilinguistico. Le altre opzioni, ossia mediatore linguistico-culturale per via telefonica, schede e questionari multilingue, app di traduzione medica, Google traduttore e *child language brokering*, non sono ritenute tra le migliori.

## 20. PRESENZA, NEL LUOGO DI LAVORO, DI PROTOCOLLI O LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON BARRIERA LINGUISTICA

Does your place of work have protocols and/or guidelines that you can consult if needed?



Alla domanda 20, il 57.1% (8 su 14) ha risposto di poter usufruire di protocolli e linee guida nel proprio luogo di lavoro, mentre il 42.9% (6 su 14) non ha saputo rispondere.

### Domanda facoltativa

L'ultima domanda, la n.21 chiedeva agli infermieri come, secondo loro, si potesse migliorare l'assistenza al paziente straniero, sia a livello lavorativo che didattico.

Questa domanda ha ricevuto solo 5 risposte:

1. *'Continue with the facilities available in the hospital, professional language translator would be helpful'.*

Secondo questo infermiere, sarebbe d'aiuto un'interprete linguistico professionale, continuando ad usare i servizi offerti nel suo luogo di lavoro.

2. *'Training to understand the complexities more and scenarios whereby english speakers have to try and interpret what is being said in a foreign language'.*

Il compilatore consiglia di ampliare la formazione per comprendere di più le complessità e esercitarsi sugli scenari in cui gli anglofoni devono cercare di interpretare ciò che viene detto in una lingua straniera

3. *'At work: training and posters on how to access language line (telephone translation service) and policy on when we have to use it. Training to raise awareness of racism/xenophobia in health care, including implicit bias. During nursing course: mandatory module on transcultural nursing and racism/xenophobia in health care (the module i did was optional and did not discuss structural racism/xenophobia)'.*

Questo operatore sanitario, per migliorare l'assistenza transculturale, consiglia a livello lavorativo di formare bene gli operatori e creare poster su come accedere ai servizi di traduzione telefonica e soprattutto informazioni su quando devono essere utilizzati. A livello formativo, si dovrebbe aumentare la consapevolezza del razzismo/xenofobia nell'assistenza sanitaria, inclusi i pregiudizi inconsci, attraverso un modulo obbligatorio su infermieristica transculturale e razzismo/xenofobia nell'assistenza sanitaria nel corso della formazione universitaria per diventare infermiere (il modulo che l'infermiera ha fatto era facoltativo e non trattava il razzismo/xenofobia strutturale).

4. *'I find our language line very productive however, it is still using a third party which is not ideal'.*

L'infermiere che ha dato questa risposta afferma che il servizio di mediazione offerto dall'azienda in cui lavora è abbastanza produttivo, ma è gestito da terzi, per cui sarebbe ideale una gestione interna.

5. *'I think the improvement should be diversified for clinical services, for example what it is good in icu maybe is not worth at all in the community. Involve family and friends is good for lots aspect but could be difficult for other. I work in london which is very multicultural and this facilitate us very much in helping with communication, as well it gives us the opportunity to care for people from*

*different backgrounds and languages and make us well prepared to face this challenges but in our hospital we have proper policies in place that can help us and different tools. I am Italian and I know what is the difference comparing with here and I believe that be open mind is the first step, the key to innovation and improvement’.*

Per questo infermiere, l’ottimizzazione dell’assistenza transculturale dovrebbe essere diversificata in base al servizio offerto, ad esempio un miglioramento attuato in terapia intensiva potrebbe non esserlo nella comunità. Il coinvolgimento di familiari e amici è vantaggioso per molti aspetti ma anche svantaggioso. L’infermiere in questione dichiara di lavorare a Londra, città multiculturale, ciò facilita molto la comunicazione in quanto vi è maggiore opportunità di assistere pazienti provenienti da culture diverse. Oltretutto, nell’ospedale in cui lavora il compilatore, vi sono politiche aziendali adeguate e strumenti che permettano una buona gestione del paziente straniero. Il compilatore dichiara anche di essere di origine italiana, ragione per cui comprende le differenze tra Italia e Londra, e crede che il primo passo da fare sia aprire la propria mente per garantire innovazione e miglioramento.

#### **5.4. DISCUSSIONE**

La branca dell’infermieristica che tratta la gestione del paziente culturalmente ‘diverso’, ossia l’infermieristica transculturale, è una disciplina divenuta assai importante in questo periodo storico, in quanto il flusso migratorio e il flusso turistico hanno portato ad un maggiore e sempre crescente incontro tra culture diverse, in cui è essenziale che le diverse culture vengano rispettate, particolarmente questo deve avvenire in ambito sanitario, dove imporre una cultura sull’altra è dannosa per tutte le parti coinvolte nel processo di assistenza.

Per quanto riguarda la diversità linguistica, essa svolge un ruolo ancora più importante nella riuscita di una buona assistenza infermieristica transculturale in quanto rappresenta il principale ostacolo all’erogazione dell’assistenza. Infatti, “la presenza nella nostra popolazione di più etnie e la conseguente dinamicità del contesto



sociale e sanitario hanno fatto emergere le diversità culturali in cui la comunicazione gioca un ruolo cruciale” [25].

### **Cosa dice la letteratura in merito al nursing transculturale?**

La parte iniziale dello studio si concentra sulle informazioni e conoscenze che derivano dalla letteratura presa in riferimento, riguardante il nursing transculturale, la gestione del paziente straniero e le strategie per il superamento della barriera linguistica.

Ricordiamo innanzitutto la definizione di Nursing transculturale , ossia “un’area formale di studio e di esercizio professionale che pone il proprio interesse principale sul confronto delle differenze e delle affinità esistenti tra le credenze, i valori e gli stili di vita delle culture nell’ambito dell’assistenza degli esseri umani al fine di offrire un’assistenza sanitaria culturalmente congruente, utile e valida” [8].

Il nursing transculturale è quindi una disciplina che richiede, oltre alla conoscenze teoriche e pratiche ai fini della pratica clinica, anche capacità personali di carattere morale ed etico, essenziali per intraprendere una riflessione interna e consapevolezza sia della propria identità culturale che delle diversità culturali che caratterizzano il nostro pianeta. Tale conoscenza, insieme alle capacità e abilità specifiche di ogni persona, sono il requisito essenziale per l’acquisizione della competenza culturale che permette l’erogazione di un’assistenza culturalmente congruente e competente, che assicuri la visione olistica del paziente.

Come visto nel capitolo 3, nella gestione del paziente straniero intervengono molteplici ostacoli dati dalle barriere, specie quella linguistica, culturale e relazione. Tali barriere derivano dalle diverse origine delle parti coinvolte nell’assistenza sanitaria e rischiano di compromettere la riuscita del processo assistenziale, recando danni sia al paziente che all’operatore sanitario e sistema sanitario nazionale.

Le diverse barriere hanno soluzioni di superamento diverse, quelle linguistiche sono le più semplici da superare in quanto sono date essenzialmente dalla diversa lingua e possono essere risolte attraverso l’ausilio di strumenti e strategie volte alla conciliazione e mediazione linguistica.

Le barriere culturali e relazionali, invece, sono più difficili da superare, per vari motivi. Il primo in assoluto è dato dai processi inconsci della mente che tende a visionare il

‘diverso’ come minaccia nei propri confronti portando ad un comportamenti di esclusione e discriminazione, ma anche la mancanza di formazione, giusti strumenti e tempo comporta la difficoltà nel risolvere tale barriere.

È dimostrato, come le varie barriere, si esplicano attraverso effetti negativi sia sul paziente che sull’operatore sanitario e sul sistema sanitario nazione, diviene perciò essenziale la ricerca di strumenti e vie per il superamento delle barriere.

Le barriere si possono superare solo dopo certa consapevolezza e volontà dell’individuo di cambiare il proprio pensiero, dopo di che sono utili strumenti, sia a livello formativo che lavorativo, come la letteratura, le evidenze scientifiche, gli studi validati, le teorie e i modelli di nursing transculturale, lo studio e gli strumenti concreti come quelli per il superamento della barriera linguistica.

Per quanto concerne le strategie dedicate alla risoluzione della barriera comunicativa, nel capitolo 4, sono stati dettagliatamente descritti tutti gli strumenti e azioni che l’operatore sanitario può adottare.

Sia le esperienze professionali che gli studi sull’argomento trattato, sono d’accordo nel definire che il mediatore linguistico-culturale rappresenta il *gold standard* del superamento della barriera, ma le limitazioni legate al suo uso, rende necessario l’utilizzo di altre strategie, meno convenzionali, per erogare l’assistenza sanitaria, nonostante gli svantaggi e gli effetti negativi di esse.

Gli altri strumenti che si possono utilizzare in ambito sanitario sono: linee dedicate al completamento del triage in lingue diverse, materiale scritto multilingue, applicazione di traduzione dia generica che medica, interpretazione da parte di membri della famiglia, anche minori, e conoscenti, oppure interpretazione da parte di operatori sanitari stranieri che condividono l’origine culturale del paziente.

Essenziale per una corretta identificazione del giusto strumento in relazione al contesto situazionale, è un’adeguata formazione e educazione sia all’utilizzo che dedicata ai vantaggi e svantaggi di tali strumenti. Tale formazione è da attuare sia a livello universitario, quindi integrata nel piano di studi dei percorsi formativi che sottoforma di formazione continua a livello lavorativo.

### **Come è percepita dagli infermieri la gestione del paziente straniero?**

L'erogazione dell'assistenza infermieristica al paziente straniero presenta numerose difficoltà, sia legate alla diversa lingua che alla diversa identità culturale, che entrando in conflitto con quella dell'operatore sanitario potrebbe intensificare la presenza di barriere linguistiche.

Il campione di infermieri analizzato ai fini dello studio, attraverso il questionario, dimostra l'ipotesi di ricerca, secondo la quale la gestione del paziente straniero è più difficoltosa rispetto al paziente autoctono. Infatti, la maggior parte degli infermieri, ha dichiarato di che si trovano più in difficoltà nella gestione di un paziente straniero. Sempre secondo la maggioranza degli infermieri, la difficoltà non è solo linguistica ma anche culturale.

Per capire meglio l'effetto di tale difficoltà, è stato chiesto agli infermieri di valutare il proprio approccio nei confronti del paziente culturalmente diverso, ma le risposte non hanno né confermato, né smentito che l'approccio sia diverso o meno. Questo perché parte degli infermieri ritiene che l'approccio sia diverso, mentre altri ritengono che l'approccio assistenziale sia il medesimo. Analizzando le risposte, si è giunti alla conclusione che la diversità del risultato non sia riportabile né alla formazione universitaria né all'esperienza lavorativa, si può quindi ipotizzare che tale discrepanza sia dovuta solamente alla singolarità di ogni operatore, per cui ogni individuo si comporta diversamente di fronte ad una stessa situazione, in base alle proprie capacità e abilità relazionali.

In merito all'impegno emotivo, solo una piccola parte del campione afferma di provare emozioni come preoccupazione o ansia nel gestire questo tipo di paziente. Ciò potrebbe esser dovuto sia ad una giusta conoscenza delle diversità culturali e quindi ad una pratica basata sulla visione olistica del paziente oppure ad un'errata percezione e consapevolezza delle vere emozioni dell'operatore sanitario che vengono messe in secondo posto rispetto all'attività professionale.

Per quanto concerne il tempo necessario alla gestione del paziente straniero, in linea generale, vi è accordo nell'affermare che la durata dell'incontro operatore sanitario-paziente richieda più tempo rispetto alla gestione di un paziente autoctono.

Focalizzando l'attenzione sul livello di responsabilità professionale percepita dagli infermieri, si può certamente affermare che gran parte del campione non ritiene minore tale responsabilità, ma solo parte di essi la ritiene maggiore. Da queste risposte si può presupporre che gli infermieri reputino la propria responsabilità nei confronti del paziente straniero medesima a quella nella gestione del paziente 'nativo'. Tale presupposto, sembra rispecchiare il risultato dell'analisi della domanda inerente all'approccio all'assistito, in quanto generalmente, coloro che ritengono l'approccio delle due tipologie medesimo percepiscono anche lo stesso livello di responsabilità nei confronti di entrambi gli assistiti.

### **Cosa pensano gli infermieri delle strategie per il superamento della barriera linguistica?**

La parte quarta del questionario è interamente dedicata alla valutazione della percezione ed utilizzo, da parte del campione, delle strategie messe in atto al fine di superare la barriera linguistica.

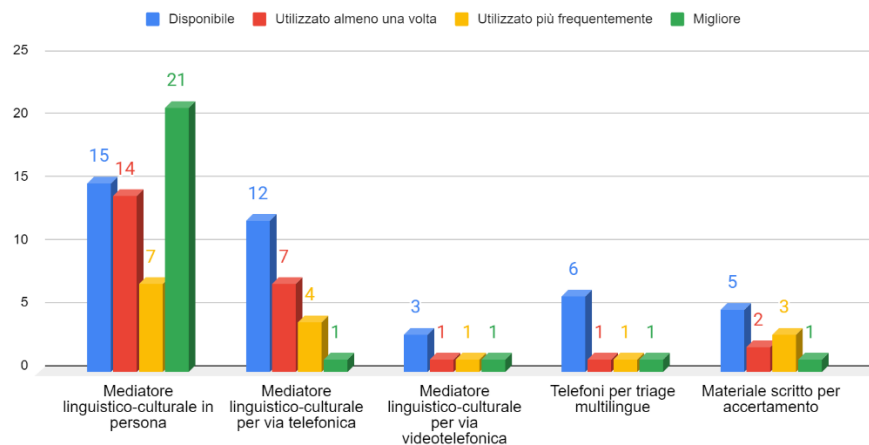
Le strategie e strumenti analizzati sono i seguenti:

- Mediatore linguistico-culturale in persona;
- Mediatore linguistico-culturale per via telefonica;
- Mediatore linguistico-culturale per via videotelefonica;
- Telefoni appositi per triage multilinguistico;
- Schede e questionari multilingue per accertamento;
- App di traduzione medica;
- App di traduzione generica, in particolare Google traduttore;
- *Child language brokering*;
- Dialogo attraverso l'interpretazione da parte di familiari o conoscenti del paziente;
- Mediazione da parte di operatori sanitari stranieri.

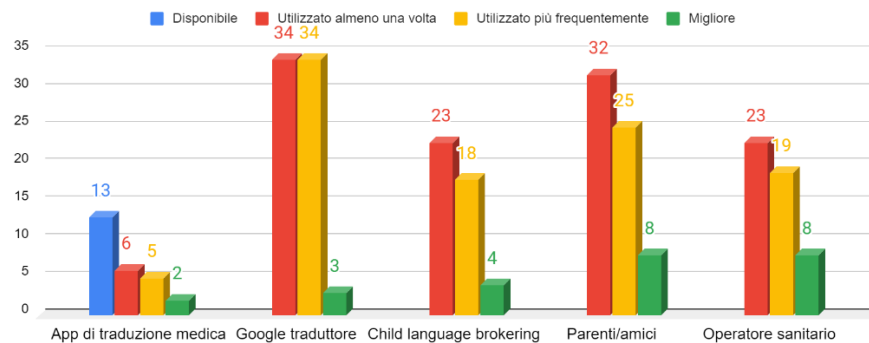
In questa parte è stato chiesto al campione di selezionare gli strumenti a cui hanno accesso nel proprio luogo lavorativo, quelli utilizzati almeno una volta e quello utilizzati più frequentemente, infine è stato chiesto loro di indicare la propria preferenza riguardo lo strumento, secondo loro, considerato migliore.

Per capire bene ciò che è emerso dall'analisi delle selezioni effettuate dal campione, le risposte sono state rielaborate in vari grafici per permettere il confronto fra gli strumenti. Di seguito, sono presenti quattro grafici, due dati dalla rielaborazione dei dati della versione italiana del questionario e due dati dalla rielaborazione della versione inglese del questionario.

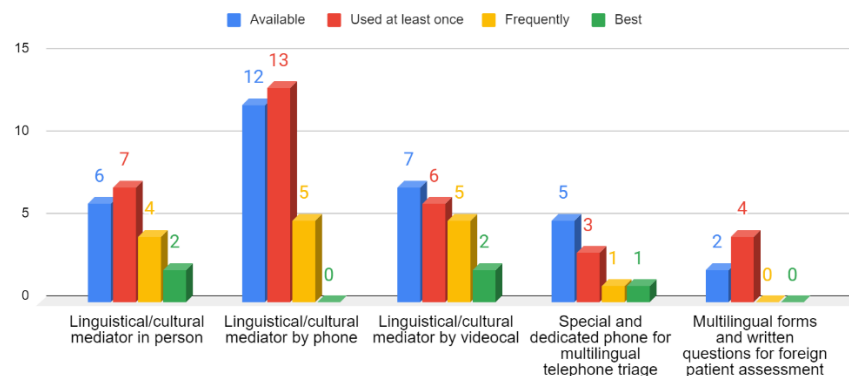
Confronto tra strategie (1)

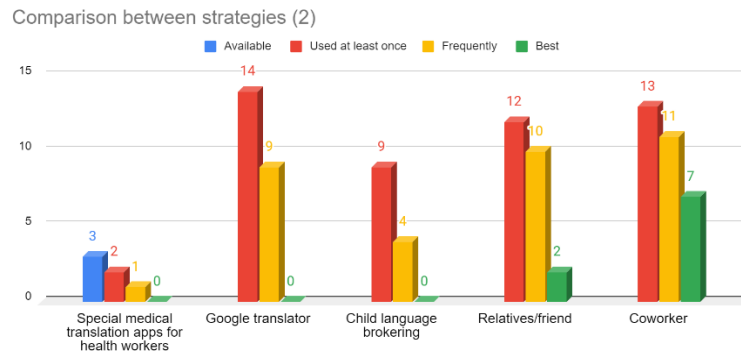


Confronto fra strategie (2)



Comparison between strategies (1)





Dalla rielaborazione dei dati, si può notare come vi sia una discrepanza tra strumenti a cui si ha accesso nella propria struttura lavorativa e l'effettivo utilizzo di essi. Di seguito verranno analizzate le risposte alle domande 16-17-18-19 prendendo in considerazioni i vari strumenti singolarmente.

Il servizio di mediazione linguistico-culturale è messo a disposizione da molte aziende ospedaliere, nonostante ciò, non viene utilizzato frequentemente dagli infermieri. In particolare, in Italia si ha la maggior presenza di servizi di mediazione in persona, mentre nel Regno Unito si ha maggiore disponibilità di mediatori linguistico-culturali in linea generale, specie quello per via telefonica. Ciò è dato anche dalla maggiore presenza e da più tempo di pazienti stranieri, rispetto l'Italia, dove il fenomeno migratorio ha comunque avuto una recente crescita. Il servizio di mediazione per via telefonica, invece, è poco presente in Italia, a differenza del Regno Unito dove tale pratica trova maggiore utilizzo. Tuttavia, il mediatore linguistico-culturale in Regno Unito non è considerato, dagli infermieri che hanno compilato il questionario, tra gli strumenti migliori, mentre in Italia, il servizio di mediazione in persona è considerato il migliore, tra le strategie per il superamento della barriera linguistica.

I telefoni per triage multilinguistico sono ugualmente disponibili in Italia e in Regno Unito, ma sono lievemente più utilizzati in Italia. Nonostante ciò, non è ritenuto lo strumento migliore.

Anche il materiale scritto, come schede e questionari multilingue per accertamento, sono equamente lievemente più disponibili in Italia, ma utilizzate più frequentemente in regno Unito.

Le applicazioni di traduzione medica, invece, sono più utilizzate e disponibili in Italia rispetto al Regno Unito, ma anche queste non sono ritenute lo strumento migliore alla problematica in questione.

Le applicazioni di traduzione generica, come Google traduttore, rappresentano lo strumento più frequentemente utilizzato nei due paesi, ma non è ritenuto superiore agli altri strumenti.

Il *child language brokering* viene utilizzato più frequentemente in Italia rispetto al Regno Unito. Ma non si ha alcuna certezza se questo sia dovuto al fatto che in Regno Unito si ha maggiore considerazione degli svantaggi di tale pratica oppure sia solamente dovuto alla disponibilità di metodiche alternative per permettere la comunicazione con il paziente straniero.

L'ausilio di familiari o conoscenti del paziente per l'interpretazione del dialogo tra operatore sanitario e paziente è abitualmente utilizzato sia in Regno Unito che in Italia, ma in quest'ultimo caso, alcuni infermieri ritengono che sia lo strumento adatto al superamento delle barriere linguistiche rispetto ad altri strumenti.

Infine, la mediazione da parte di un operatore sanitario, che lavora nella stessa unità operativa e che condivide la stessa lingua e cultura del paziente, è numerosamente utilizzata in entrambi gli stati. Tuttavia, dalle risposte ricavate dai questionari somministrati in Regno Unito, si può sottolineare la preferenza di tale strategia, ritenuta la migliore dagli infermieri che lavorano in Regno Unito.

Ricapitolando, si può affermare che la frequenza dell'utilizzo degli strumenti, come Google traduttore e gli interpreti ad hoc, è la stessa in Italia e Regno Unito, ma la tipologia di mediazione linguistico-culturale più adottata è differente, infatti in Regno Unito si fa più uso della mediazione per via telefonica, mentre in Italia si predilige la mediazione di persona.

Per quanto riguarda la strategia ritenuta preminente, in Italia si preferisce la mediazione linguistico-culturale in persona, mentre il Regno Unito si predilige l'interpretazione attuata da un operatore sanitario con origini straniere o conoscenza di lingua straniera.

**Vi sono differenze tra il pensiero degli infermieri che lavorano in Italia e quelli che lavorano in Regno Unito? se sì, quali?**

I risultati ottenuti dai questionari somministrati in Italia e quelli ottenuti in Italia, hanno determinato, in linea generale, una concordanza delle risposte. Infatti, si può affermare che il pensiero degli infermieri italiani sia simile a quello degli infermieri inglesi, ciò potrebbe essere attribuibile sia alla grande maggioranza di infermieri originari dall'Italia che dopo il conseguimento della Laurea hanno deciso di lavorare all'estero, sia ad una simile formazione ricevuta, in quanto più o meno, la formazione universitaria del corso di Infermieristica è uniforme a livello internazionale. Vi sono però delle piccole differenze che vale la pena illustrare.

I risultati riguardo le conoscenze linguistiche indicano un maggiore plurilinguismo degli infermieri italiani rispetto quelli inglesi, infatti, dalle risposte della versione italiana del questionario, si può notare che il 38% del campione conosce più di una lingua straniera mentre solo il 21.4% del campione britannico è plurilingue. Bisogna tenere bene a mente che gran parte del campione britannico è formato da infermieri di origine italiana, per cui la lingua straniera che aumenta la percentuale del campione plurilingue è l'italiano.

Questo maggiore plurilinguismo potrebbe essere attribuito alla grande importanza che assume la lingua inglese a livello mondiale, e quindi anche a livello universitario e lavorativo, soprattutto in una professione come quella infermieristica in cui è necessaria una formazione continua basata sulle evidenze scientifiche che richiede sempre più una buona padronanza della lingua inglese. Infatti, il 90% del campione italiano conosce la lingua inglese, mentre in minore percentuale si affermano le conoscenze di lingue straniere come spagnolo, tedesco, albanese, francese, rumeno e albanese.

Il plurilinguismo è quindi attribuito principalmente alla conoscenza della lingua inglese, per noi straniera, ma lingua principale del Regno Unito, ovvero una lingua mondiale che maggior parte della popolazione è tenuta ad imparare con l'aumento del fenomeno migratorio e turistico.

Inoltre, in Italia si ha maggiore percentuale di conoscenza di lingue europee rispetto al Regno Unito.



Sempre legata alla maggioranza di italiani nel campione britannico, l'esperienza lavorativa all'estero risulta essere maggiore in regno Unito rispetto l'Italia.

In Italia, rispetto al Regno Unito, si può osservare una prevalenza di attività educativa legata all'assistenza interculturale, ossia maggiore aderenza e presenza, sia in ambito didattico che lavorativo, di didattica riguardante le lingue straniere, il nursing transculturale, la gestione del paziente straniero e la gestione del paziente straniero in presenza di barriera comunicativa.

Per quanto concerne le opinioni degli infermieri riguardo la gestione del paziente straniero, queste sono sostanzialmente in accordo, l'unica maggiore differenza è data dalla responsabilità percepita, in quanto la maggioranza del campione inglese ritiene che la responsabilità professionale durante l'assistenza al paziente straniero sia maggiore, mentre il campione italiano afferma che tale affermazione non sia corretta, ritenendo la responsabilità medesima sia nella gestione del paziente straniero che nella gestione di un paziente autoctono.

In merito alle strategie per il superamento della barriera linguistica, nell'insieme si può affermare che la disponibilità e l'utilizzo degli strumenti sia equivalente.

Tuttavia, in Regno Unito abbiamo una maggiore disponibilità di servizi di mediazione linguistico-culturale per via telefonica, mentre in Italia il servizio di mediazione principalmente disponibile è quello di persona.

Dalle risposte del questionario somministrato in Regno Unito, si rileva che la strategia maggiormente adottata e ritenuta ottimale è l'interpretazione da parte di un collega, ossia un operatore sanitario con conoscenze linguistiche e culturali medesime a quelle dell'assistito.

In Italia, invece, il mediatore linguistico-culturale in persona è lo strumento considerato ottimale, nonostante quello più adottato sia Google traduttore e l'utilizzo di interpreti ad hoc, come operatori sanitari o familiari e conoscenti dell'assistito.

Ultima differenza tra i due paesi è data dalla presenza di linee guida e protocolli a livello aziendale per la gestione del paziente con barriera linguistica, infatti il 57.1% del campione britannico afferma di avere tali documenti di cui usufruire, mentre in Italia, solo il 14% del campione ha dichiarato tale possibilità, nonostante vi sia l'8% degli

infermieri, nel luogo di lavoro dei quali linee guida o protocolli siano in via di definizione.

**Le conoscenze e opinioni degli infermieri sono concordi alla letteratura? la percezione e la pratica clinica sono discrepanti dalle evidenze della letteratura?**

Le risposte ricavate dai questionari somministrati, sia in Italia che in Regno Unito, permettono di identificare un'unanimità tra le percezioni del campione e le informazioni rilevate dalla ricerca della letteratura riguardo la gestione del paziente culturalmente diverso.

Infatti, l'analisi delle risposte rispecchia il contenuto di molti articoli e studi inerenti alla relazione infermiere-paziente, in quanto in entrambi i casi vi è sintonia nell'affermare che la gestione del paziente stranieri sia più complessa rispetto alla gestione di un qualsiasi altro paziente, e che questa difficoltà non sia solo linguistica ma anche culturale e relazionale.

Anche per quanto riguarda il fattore tempo, vi è accordo nell'affermare che l'assistenza del paziente forestiero necessiti di più tempo. Nonostante ciò, è interessante considerare anche la percezione degli assistiti stessi che, secondo vari studi, lamentano di esser trattati in maniera differente e che il tempo a loro dedicato sia minore.

Tuttavia, vi sono pareri discordanti per quanto concerne l'aspetto emotivo legato all'assistenza transculturale, in quanto molti studi sottolineano lo stress emotivo causato da tale attività, mentre le opinioni del campione analizzato non sostengono tale affermazioni.

Inversamente, parlando di strategie per l'eliminazione delle barriere linguistiche, vi sono maggiori divergenze tra la letteratura e il comportamento del campione analizzato.

Difatti, quasi tutte le evidenze scientifiche concordano nel ritenere che il mediatore linguistico-culturale sia l'unico strumento con maggiori vantaggi e minori svantaggi, per cui sia lo strumento che andrebbe rafforzato e implementato nella cura del paziente straniero. Tuttavia, gli studi a riguardo, non si soffermano sulla realizzabilità di tale implementazione, in quanto, in ambito sanitario, non si hanno le risorse, sia economiche che temporali, per permettere la presenza continua del mediatore lungo l'intera assistenza transculturale.

Per questo motivo, gli infermieri sono obbligati ad utilizzare strumenti alternativi, ma non sempre viene effettuata una corretta selezione del giusto strumento, perché non vi è un'adeguata formazione riguardo i vantaggi, gli svantaggi e il giusto uso degli altri strumenti. Di conseguenza, spesso si intensifica il danno creato dalla barriera linguistica con la scelta dello strumento non idoneo.

Le limitazioni legate all'utilizzo del mediatore, dunque, sono la principale causa della discrepanza tra evidenze dettate dalla letteratura e pratica clinica.

Infine, in ambito didattico, non vi è la presenza di tutta quella formazione legata al trans culturalismo sui cui pongono l'attenzione i vari teorici e studiosi che hanno formato la letteratura riguardante l'argomento trattato.

**Quali sono le principali problematiche legate alla gestione del paziente straniero, con particolare riferimento alla presenza della barriera linguistica? in caso, come si potrebbero risolvere?**

Le principali problematiche che si riscontrano nella cura del paziente culturalmente diverso sono legate alla presenza delle barriere, linguistiche, culturali e relazionali, e alla difficoltà che si incontra nel momento in cui si cerca di risolvere tali barriere.

Nel risolvimento delle barriere culturali, le problematiche sono principalmente legate alla diversa origine culturale ed alla difficoltà nel comprendere e quindi superare tale diversità. Le motivazioni sono varie, ma assume particolare importanza l'inconsapevolezza della presenza di tale diversità e la mancanza, sia per volontà che di tempo, di strumenti ed azioni utili a risolvere tale problema.

Per quanto riguarda la barriera relazionale, la causa principale di tale ostacolo è la presenza a livello inconscio di pregiudizi, stereotipi e comportamenti etnocentrici che si risolvono in azioni dettate da razzismo, discriminazioni, cecità culturale e imposizione culturale. Per ovviare a questi problemi, è essenziale, innanzitutto, prendere coscienza e consapevolezza del proprio comportamento e essere volenterosi all'idea di cambiare il proprio pensiero etnocentrico per poter avere una visione più ampia della realtà che ci circonda che permetta di considerare ed accettare il 'diverso'.

Inoltre, secondo Alessandro Sannella, "una possibile strategia di risposta deve innanzitutto fondarsi su un quadro normativo dove le regole siano certe e chiare per tutti

e dove il rispetto e la dignità della persona siano tutelati da facili riduzionismi stereotipati e pregiudiziali. Ciò significa attuare quella che Tullio Zeppilli chiama ‘calibrazione socio-culturale’ dei servizi sanitari, in base alle eterogeneità culturali delle popolazioni migranti” [20].

Per risolvere tutte le situazioni appena descritte, una volta acquisita la volontà di superare gli ostacoli culturali e relazionali, si potrebbe porre maggiore attenzione all’educazione, attraverso una formazione universitaria che tenga conto delle diversità culturali e dell’olisticità della persona, invece di considerare solamente la sfera biomedica che si focalizza esclusivamente sul fattore patologico della malattia.

L’ultima domanda del questionario chiedeva agli infermieri come, secondo loro, si potesse migliorare l’assistenza al paziente straniero, di seguito sono riportate alcune delle loro risposte, utili al superamento delle barriere appena descritte:

- ‘Approfondendo tematiche interculturali’;
- ‘È importante che io abbia una conoscenza basilica per quanto possibile della lingua ma anche della cultura in questione, non risolverà la barriera culturale ma è un primo passo verso la fiducia e la costruzione del buon rapporto paziente-professionista’;
- ‘A livello formativo, si dovrebbe aumentare la consapevolezza del razzismo/xenofobia nell’assistenza sanitaria, inclusi i pregiudizi inconsci, attraverso un modulo obbligatorio su infermieristica transculturale e razzismo/xenofobia nell’assistenza sanitaria nel corso della formazione universitaria per diventare infermiere’.

Puntando l’attenzione sulla barriera linguistica, si può affermare che, nonostante questa sia la barriera più semplice da superare, presenta comunque delle criticità.

Ciò è dovuto in primo luogo alla presenza di discrepanze tra strumenti a cui si ha accesso e quelli effettivamente utilizzati. Difatti, strumenti come il mediatore culturale, che rappresentano numerosi benefici, nonostante siano sulla carta ampiamente disponibili, non sono frequentemente utilizzati. Questo perché l’accesso a tale servizio è dispendioso in termini economici e tempistici, e a causa delle criticità e limitazioni dello stesso, che sono state ben descritte nel capitolo 4.

Inoltre, il personale sanitario non riceve un'adeguata formazione all'utilizzo degli strumenti ed è quindi impossibilitata a compiere una corretta selezione del giusto strumento in conformità con il contesto situazionale che ha di fronte.

Per risolvere queste difficoltà, sarebbe opportuno agevolare sia l'accesso ai servizi che contribuire alla giusta formazione del personale. Per fare ciò, potrebbero essere utili corsi dedicati all'utilizzo delle strategie di superamento della barriera linguistica, sia in ambito universitario che in ambito lavorativo attraverso corsi di formazione promossi dall'azienda ospedaliera.

Alcuni infermieri, rispondendo alla domanda 21 del questionario, hanno provato a dare delle dritte per il risolvimento di tali problematiche:

- 'Rendere almeno la conoscenza della lingua inglese obbligatoria nei percorsi formativi per sanitari';
- 'Da un punto di vista didattico [l'utilizzo degli strumenti] dovrebbe essere promosso e insegnato non solo teoricamente ma anche in pratica. Nel lavoro le strutture pubbliche faticano molto a mettere gli strumenti idonei a disposizione';
- 'Conoscenza lingua straniera e relativi termini medico-scientifici appropriati';
- 'La conoscenza della lingua inglese è fondamentale. Per lavorare in ambiente multiculturale sarebbero utili corsi di base per i professionisti. Il mediatore linguistico è fondamentale ma è anche una figura di difficile inserimento nel fitto programma di pazienti ed assistenza. L'idea che la lingua straniera sia una cosa del tutto estranea e da non esplorare è un concetto da superare.';
- 'Corsi di formazione';
- 'A livello lavorativo, formare bene gli operatori e creare poster su come accedere ai servizi di traduzione telefonica e soprattutto informazioni su quando devono essere utilizzati';
- 'L'ottimizzazione dell'assistenza transculturale dovrebbe essere diversificata in base al servizio offerto, ad esempio un miglioramento attuato in terapia intensiva potrebbe non esserlo nella comunità'.

### **Le ipotesi di ricerca sono state confermate o smentite?**

Precedentemente alla ricerca letteraria ed alla somministrazione del questionario, sono state prodotte delle ipotesi di ricerca, per permettere, alla fine del lavoro di ricerca, di poter confrontare tali ipotesi con quanto risultato dalla ricerca stessa.

Successivamente, saranno considerate le ipotesi una per una e sarà data una valutazione riguardo la conferma o rifiuto dell'ipotesi in luce dei risultati ottenuti.

*L'assistenza al paziente straniero, specie in presenza di barriera linguistica, è più complessa rispetto alla gestione del paziente autoctono.*

*Gli infermieri percepiscono la gestione del paziente straniero più difficoltosa, con maggiore responsabilità e con maggiore dispendio, sia emotivo che tempistico.*

*La difficoltà non è esclusivamente linguistica, ma anche culturale e relazionale.*

Sia la ricerca della letteratura che le risposte ottenute dal questionario confermano l'ipotesi per cui la gestione del paziente straniero in ambito sanitario risulta essere più complessa a vari livelli (linguistico, culturale, relazionale).

*L'approccio al paziente straniero è diverso rispetto all'approccio al paziente 'nativo', sia per la complessità del paziente che per le diversità linguistiche, culturali e relazionali, spesso associate a giudizi inconsci.*

Questa ipotesi non è stata né confermata né rifiutata, in quanto parte del campione ritiene che l'approccio al paziente non dipenda dal tipo di paziente che si ha di fronte, mentre l'altra parte ritiene che l'approccio sia differente, appunto, a causa delle differenze culturali e linguistiche.

Nella letteratura, vi è maggiore accordo nell'affermare che la condotta degli infermieri si diversifichi in base alla tipologia di paziente che ci si trova ad assistere.

*Le conoscenze e percezioni degli infermieri sono simili sia per chi lavora in Italia che per chi lavora in Regno Unito.*

Questa ipotesi è stata per lo più confermata, in quanto l'analisi delle risposte permette di affermare l'unanimità del campione britannico e italiano riguardo le percezioni sulla gestione del paziente straniero, con piccole divergenze esclusivamente legate all'utilizzo

delle strategie di superamento della barriera linguistica, causate anche dalla diversa impostazione sociale e sanitaria nei due paesi.

*L'utilizzo degli strumenti per il superamento della barriera linguistica è basato su evidenze scientifiche, derivanti dalla letteratura, e la scelta degli strumenti considera i vantaggi e svantaggi di essi, per una corretta selezione del giusto strumento in base al contesto situazionale.*

Nel corso di questo lavoro sono emerse varie complessità legate all'utilizzo degli strumenti di comunicazione multilinguistica, in primis dovute all'inadeguata conoscenza degli strumenti stessi che impediscono la corretta selezione del giusto ausilio. Inoltre, sono venute a galla varie criticità e limitazioni all'utilizzo degli stessi nonostante la giusta conoscenza.

*Vi è la predisposizione degli infermieri a migliorare l'assistenza al paziente straniero attraverso una presa di coscienza e volontà di cambiare sé stessi per superare le varie problematiche legate al nursing transculturale.*

Durante la ricerca della letteratura, sono stati presi in considerazione numerosi modelli, teorie, articoli e studi inerenti i requisiti che permettano il superamento delle problematiche e l'erogazione di un'assistenza culturalmente congruente e competente, perciò si può affermare che, almeno a livello teorico, vi è la volontà conscia di migliorare l'assistenza offerta attraverso un processo di riflessione interiore, alla base dell'acquisizione della competenza culturale, fondamento della disciplina transculturale.

#### **5.4.1 LIMITI DELLO STUDIO E PUNTI DI FORZA**

Lo studio presenta sia limiti che punti di forza.

Il principale limite dello studio è rappresentato dalla limitata numerosità del campione, specie quella del campione inglese rispetto a quello italiano, che rende difficile un corretto e fedele confronto tra la realtà italiana ed inglese.

Inoltre, nonostante sia stato preventivamente dichiarato l'anonimato nella raccolta dei dati, la possibile preoccupazione degli infermieri di essere riconosciuti, potrebbe aver influenzato la veridicità delle risposte, specie quelle inerenti alle percezioni riguardo la

gestione del paziente straniero, sottostimando i comportamenti discriminatori alla base del diverso approccio con il paziente 'diverso' e sovrastimando i comportamenti ritenuti socialmente 'corretti'.

Altro limite dello studio è dato dalla mancata validazione del questionario alla base di questo elaborato, che comporta una mancata verifica della chiarezza e accuratezza delle domande e quindi della loro utilità ai fini dello studio. Tale limite comporta anche il rischio di diversa interpretazione delle domande da parte degli operatori sanitari.

Oltretutto, il presente studio, essendo stato redatto come ricerca universitaria, è stato eseguito con risorse limitate e tempi ristretti, che ne impedisce una corretta e veritiera valutazione. A tal fine sarebbe opportuno ampliare lo studio, sia per quanto riguarda il campione che per quanto concerne il tipo di campione, infatti per una corretta valutazione sarebbe opportuno indagare anche il punto di vista dell'assistito, oggetto di questo elaborato, per poter così confrontare le percezioni sia degli operatori che dei pazienti e risolvere le problematiche da entrambe le parti.

Per quanto riguarda la ricerca della letteratura, il limite principale è dato dalla mancanza di tempo per un'adeguata e completa analisi delle evidenze scientifiche e l'inesperienza nell'utilizzo di banche dati scientifiche.

Tuttavia, vi sono anche dei punti di forza di questo studio. Il principale punto di forza è dato dall'argomento dell'elaborato stesso, in quanto nel momento di revisione della letteratura non sono stati scoperti elaborati simili riguardo l'argomento che abbiano trattato in maniera esaustiva la letteratura inerente all'infermieristica transculturale e allo stesso tempo le varie difficoltà che si riscontrano nella gestione del paziente straniero, seguite dal possibile approccio al loro superamento al fine di erogare la migliore assistenza possibile.

Proprio per questo, questo elaborato potrebbe essere preso come spunto per ampliare le conoscenze personali e professionali, attraverso un più adeguato studio della tematica.



## CONCLUSIONI

---

L'infermiere è il primo contatto che l'assistito ha con i servizi sanitari, perciò è essenziale che tale figura abbia le giuste abilità e conoscenze che permettano l'instaurarsi di una buona relazione terapeutica su cui si fonderà poi l'intera assistenza sanitaria.

Nel momento in cui l'assistito sia culturalmente e linguisticamente 'diverso' potrebbero emergere delle barriere che ostacolano l'instaurarsi di tale relazione terapeutica. Diviene, quindi, prerogativa dell'infermiere attuare tutte le possibili strategie affinché si raggiunga il superamento delle difficoltà e si possa erogare la giusta assistenza infermieristica personalizzata per ogni paziente.

Anche il Codice Deontologico delle professioni infermieristiche sottolinea l'importanza del giusto approccio al paziente straniero, attraverso i seguenti articoli:

- Art.3: "L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare" [26].
- Art. 21: "L'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci" [26].

Come abbiamo già affermato precedentemente, per permettere la creazione di un buon rapporto tra assistito e infermiere è essenziale considerare il paziente nella sua olisticità e non focalizzare la propria attenzione esclusivamente sulla patologia del paziente. Affinché sia possibile una visione olistica, si deve tener conto di tutte le parti che formano un individuo, inclusa l'identità culturale e linguistica.

Ciò risulta essere più semplice quando si condivide tale identità con l'assistito, ma durante la gestione del paziente straniero si deve affrontare una cultura ed una lingua diversa dalla propria. Infatti, tutt'oggi, nonostante si parli di assistenza transculturale dalla metà degli anni '50, si fa difficoltà a gestire un paziente 'diverso'.

La causa di questa difficoltà, come evidenziato molteplici volte nel corso dell'elaborato, è data dal fatto che non vi è un'adeguata formazione all'approccio al paziente straniero e la ricerca bibliografica presenta varie lacune e discrepanze, né tantomeno vi è un'adeguata formazione all'utilizzo di strumenti per il superamento delle barriere, specie quella linguistica che permetta poi il superamento delle altre barriere. Inoltre, non vi sono in ambito lavorativo le giuste risorse che permettano il superamento delle barriere, sia per motivi economici che per motivi di tempistica, e laddove le risorse siano presenti, esse non sono pienamente utilizzate, ricorrendo ad altre strategie meno efficienti e possibilmente dannose.

A tal fine, è di fondamentale importanza il risolvimento delle barriere linguistiche, culturali e relazionali, mediante l'utilizzo di tutti i comportamenti, tecniche e strategie pienamente trattati in questo elaborato. Pertanto, si dovrebbe investire sulla formazione di base ed integrare il programma di studi con attività che preparino i futuri infermieri a garantire l'erogazione di assistenza infermieristica culturalmente e linguisticamente competente e congruente ed assicurare un'adeguata formazione continua dato che col cambiare delle dinamiche socio-culturali diviene necessario cambiare anche sé stessi, per poter raggiungere l'apice delle proprie capacità.

È evidente, quindi, che sia in ambito formativo che didattico, sia necessario un intervento ristrutturativo che fornisca maggiori indicazioni al fine dell'erogazione della giusta assistenza.

In accordo con ciò appena detto, ricordiamo Alessandro Sannella, che afferma che “le barriere linguistiche, culturali, percettive che superano il migrante degli operatori posso, possono essere allentate con l'ausilio di supporti formativi e informativi che consentono di accogliere la cultura della quale lo straniero è portatore, quindi il suo vissuto di salute e malattia” [20].

Madeleine Leininger, già negli anni '60, si rese conto del forte legame tra cultura e salute, e fu seguita da altri teorici e studiosi, i quali concordando con lei cercarono di spiegare a modo loro l'importanza della nascita dell'*infermieristica transculturale*.

Questo elaborato nasce dalla volontà di evidenziare tutte le criticità relative all'assistenza transculturale e di individuare il giusto approccio per annullare tali

criticità attraverso lo studio della letteratura e delle opinioni del personale infermieristico, al fine di poter dare un minimo contributo al percorso intrapreso dalla pioniera del nursing transculturale e stimolare il mondo della professione infermieristica ad approfondire e trarre vantaggio da questa tematica di grande importanza in un mondo multiculturale come il nostro.

A questo punto, risulta necessario ricordare anche che l'assistenza transculturale non deve indurre a categorizzare gruppi di individui esclusivamente in virtù dell'appartenenza culturale mettendo in secondo luogo l'individualità della persona, in quanto prima del rispetto per la cultura vi deve essere il rispetto della persona.

In conclusione, si può affermare che in una realtà dinamica come quella attuale, è inevitabile l'incontro fra individui di diversa origine culturale e linguistica, ciò che si può evitare, invece, è la nascita di barriere ideologiche che portano al distanziamento tra gli individui.

Per fare ciò si deve possedere un atteggiamento di rispetto verso la cultura del prossimo, senza mai dimenticare di rispettare altresì l'individualità della persona, in quanto come afferma Marco Mazzetti:

*“«incontro fra culture» è un'espressione di uso comune.*

*Ma non sono le culture a incontrarsi nella realtà, semmai si incontrano persone provenienti da mondi culturali differenti.*

*Dunque, gli incontri interculturali sono, in primo luogo, incontri di persone“* [27]

# ALLEGATI

---

## Allegato 1

### Questionario per tesi sulla gestione del paziente straniero e superamento della barriera linguistica

---

Salve, sono Loveleen Singh, studentessa del III anno del CdL Infermieristica all'Università Politecnica delle Marche (Sede Ancona).

Per la mia tesi sto conducendo uno studio riguardo la gestione del paziente straniero con focus sul superamento della barriera linguistica e confronto tra Italia e Regno Unito.

A tal fine vi chiedo di dedicare pochi minuti del vostro tempo per rispondere a questo breve questionario in forma anonima.

Sono a disposizione per ulteriori informazioni al seguente indirizzo e-mail: [loveleen.singh@libero.it](mailto:loveleen.singh@libero.it)

Vi ringrazio anticipatamente per la collaborazione, Singh.

---

**\*Campo obbligatorio**

#### DATI SOCIO-ANAGRAFICI

1. Genere\* (contrassegnare solo un quadrato)

- Maschio
- Femmina
- Preferisco non specificare
- Altro: \_\_\_\_\_

2. Età anagrafica\*

\_\_\_\_\_

3. Appartenenza Etnica\* (seleziona tutte le voci applicabili)

- Bianca o caucasica
- Mediorientale
- Africana o afroamericana
- Asiatica o oceanica
- Latina o ispanica
- Indo americana o nativi dell'Alaska
- Non saprei
- Altro: \_\_\_\_\_

4. Specificare area geografica o paese di provenienza\*

\_\_\_\_\_

5. Titolo di studio\* (seleziona tutte le voci applicabili)

- Laurea triennale
- Laurea magistrale
- Master di I livello
- Master di II livello
- Diploma scuole regionali titolo equipollente
- Altro: \_\_\_\_\_

6. Tipo di contratto: \*

(contrassegnare solo un quadrato)

- Determinato pubblico
- Determinato privato
- Indeterminato pubblico
- Indeterminato privato
- Libero professionista
- Non impiegato attualmente

7. Area lavorativa (indicare l'unità operativa in cui esercita la professione) \*

\_\_\_\_\_

8. Sede lavorativa (indicare la città in cui esercita la professione) \*

\_\_\_\_\_

9. Anni di servizio \*

\_\_\_\_\_

**ESPERIENZE PERSONALI**

10. Quali lingue conosci oltre l'italiano? \*(seleziona tutte le voci applicabili)

- Inglese
- Francese
- Spagnolo
- Tedesco
- Nessuna
- Altro: \_\_\_\_\_

11. Hai avuto esperienze lavorative all'estero? \* (contrassegnare solo un quadrato)

- Sì
- No
- Solo vacanze

12. Durante la carriera universitaria o esperienza lavorativa hai avuto modo di: \* (contrassegnare solo un ovale per riga)

	SI	NO
Seguire corsi/lezioni sulla lingua inglese?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguire corsi/lezioni sul nursing transculturale?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguire corsi dedicati alla gestione del paziente straniero?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguire corsi/lezioni dedicati alla gestione del paziente che non parla italiano?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Se hai risposto SI ad una delle opzioni della domanda precedente: (contrassegnare solo un ovale)

	SI	NO
Sono stati utili al fine lavorativo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Hai mai dovuto assistere pazienti che non parlano italiano? \* (contrassegnare solo un quadrato)

- Si
- No

### GESTIONE DEL PAZIENTE STRANIERO

15. Indica la tua preferenza (accordo/disaccordo) riguardo le seguenti affermazioni sulla gestione del paziente straniero\*(contrassegnare solo un ovale per riga)

	In completo disaccordo	In disaccordo	Né in accordo né in disaccordo	In accordo	Completo accordo
La gestione del paziente straniero risulta più difficoltosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La gestione del paziente straniero mi mette preoccupazione e/o ansia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il tempo dedicato alla gestione del paziente straniero è maggiore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Il tempo dedicato alla gestione del paziente straniero è minore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'approccio al paziente straniero è uguale all'approccio ad un qualsiasi altro paziente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La responsabilità nella gestione del paziente straniero è maggiore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La responsabilità nella gestione del paziente straniero è minore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La difficoltà non è solo linguistica ma anche culturale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**STRUMENTI ED AUSILI PER LA COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE STRANIERO CHE NON PARLA ITALIANO**

16. A quale dei seguenti strumenti/ausili hai accesso nel tuo luogo di lavoro? \*(seleziona tutte le voci applicabili)

- Mediatore linguistico/culturale in persona
- Mediatore linguistico/culturale per via telefonica
- Mediatore linguistico/culturale per via videotelefonica
- Telefoni appositi per triage multilinguistico telefonico
- Schede/questionari per accertamento infermieristico multilinguistico
- App di traduzione medica
- Nessuno
- Altro: \_\_\_\_\_

17. Indica quale di questi metodi/strumenti per la comunicazione con il paziente straniero hai usato almeno una volta \*(seleziona tutte le voci applicabili)

- Mediatore linguistico/culturale in persona
- Mediatore linguistico/culturale per via telefonica
- Mediatore linguistico/culturale per via videotelefonica
- Telefoni appositi per triage multilinguistico telefonico
- Schede/questionari per accertamento infermieristico multilinguistico
- App di traduzione medica
- Google traduttore
- Language brokering (figli che fanno da tramite tra paziente e operatore sanitario)
- Familiare/conoscente che fa da tramite tra paziente e operatore sanitario
- Operatore sanitario che conosce la lingua parlata dal paziente
- Nessuno
- Altro: \_\_\_\_\_

18. Quale di questi metodi/strumenti per la comunicazione con il paziente straniero usi più frequentemente? \*(seleziona tutte le voci applicabili)

- Mediatore linguistico/culturale in persona
- Mediatore linguistico/culturale per via telefonica
- Mediatore linguistico/culturale per via videotelefonica
- Telefoni appositi per triage multilinguistico telefonico
- Schede/questionari per accertamento infermieristico multilinguistico
- App di traduzione medica
- Google traduttore
- Language brokering (figli che fanno da tramite tra paziente e operatore sanitario)
- Familiare/conoscente che fa da tramite tra paziente e operatore sanitario
- Operatore sanitario che conosce la lingua parlata dal paziente
- Nessuno
- Altro: \_\_\_\_\_

19. Quale di questi metodi/strumenti per la comunicazione con il paziente straniero reputi sia il migliore? \*  
(contrassegnare solo un quadrato)

- Mediatore linguistico/culturale in persona
- Mediatore linguistico/culturale per via telefonica
- Mediatore linguistico/culturale per via videotelefonica
- Telefoni appositi per triage multilinguistico telefonico
- Schede/questionari per accertamento infermieristico multilinguistico
- App di traduzione medica
- Google traduttore
- Language brokering (figli che fanno da tramite tra paziente e operatore sanitario)
- Familiare/conoscente che fa da tramite tra paziente e operatore sanitario
- Operatore sanitario che conosce la lingua parlata dal paziente
- Nessuno
- Altro: \_\_\_\_\_

20. Dove lavori vi sono protocolli per la gestione del paziente con barriera linguistica? \* (contrassegnare solo un quadrato)

- Sì
- No
- In via di definizione
- Non saprei

21. DOMANDA FACOLTATIVA: Come si potrebbe migliorare l'assistenza al paziente straniero (sia in ambito lavorativo che didattico)?

---

---

---

---



## Allegato 2

### Survey for degree thesis/dissertation about foreign patient management and overcoming language barriers

---

Hi, I'm Loveleen Singh, a nursing student from Italy currently studying at Università Politecnica delle Marche (Ancona, Italy).

To graduate here in Italy every nursing student must produce a dissertation on a nursing relevant subject, my study is focused on the management of foreign patient, in particular on how to overcome language barriers. I also wanted to compare two different healthcare and educational systems (Italy and UK). For this purpose, I kindly ask you to dedicate less than five minutes of your time to fill this anonymous survey.

For any kind of help or further information do not hesitate to contact me at [loveleen.singh@libero.it](mailto:loveleen.singh@libero.it)  
Thank you in advance, Singh.

---

#### \*Required fields

#### DEMOGRAPHIC DATA

1. Please select your gender\* (Choose only one)

- Male
- Female
- I prefer not to say
- Other : \_\_\_\_\_

2. Please specify your age\*

\_\_\_\_\_

3. Please select the ethnicity that best describes you \*(Select all that apply)

- White or Caucasian
- Middle Eastern
- Black or African American
- Asian or Pacific Islander
- Hispanic American
- American Indian or Native of Alaska
- I'm not sure
- Multiple ethnicity/Other (please specify): \_\_\_\_\_

4. Please specify your geographic area or country of origin\*

\_\_\_\_\_

5. Educational qualification\*(Select one option)

- Band 1(Nursery Assistant)
- Band 2 (Healthcare Assistant)
- Band 3 (Emergency Care Assistant)
- Band 4 (Assistant Practitioner or Theatre Support Worker)
- Band 5 Registered Nurse (Newly Qualified Nurse)
- Band 6 Registered Nurse (Nursing Specialist or Senior Nurse)

- Band 7 Registered Nurse (Advanced Nurse or Nurse Practitioner)
- Band 8 Registered Nurse (Modern Matron or Chief Nurse)
- Band 9 Registered Nurse (Consultant)

6. Type of contract: \*(select one option)

- Fixed term/temporary contract in the public sector
- Fixed term/temporary contract in the private sector
- Open ended/permanent contract in the public sector
- Open ended/permanent contract in the private sector
- Agency Nurse
- Not employed at the moment

7. Please indicate in which department/ward/unit you work\*

\_\_\_\_\_

8. Please indicate in which city you work\*

\_\_\_\_\_

9. For how many years have you been working as a nurse?\*

\_\_\_\_\_

#### **PERSONAL EXPERIENCE**

10. Which other languages do you know beside English? (Select all that apply) \*(select all that apply)

- Italian
- French
- Spanish
- German
- Portuguese
- None
- Other: \_\_\_\_\_

11. Have you ever had working experience abroad? \* (select one)

- Yes
- No
- Just holidays/vacation

12. During your nursing school or work experience have you ever\* (select one option per row)

	YES	NO
Studied another language beside English?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taken classes/courses about transcultural nursing?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taken classes/courses about foreign patient management?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Taken classes/courses about management of a non-English speaking patient?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. If any of the answers on the previous question is YES:(select one)

	YES	NO
Have they been useful?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Have you ever assisted a non-English speaking patient?\* (select one)

- Yes
- No

#### FOREING PATIENT MANAGEMENT/CARE

15. Please state you preference (strongly disagree, disagree, neutral, agree, strongly agree) about the statements below\* (Select one option per row)

	Strongly disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly agree
Foreign patient management is more difficult	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Foreign patient management makes me worried and/or preoccupied and/or anxious	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
More time is dedicated to foreign patient in comparison other patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Less time is dedicated to foreign patient in comparison other patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
The care/assistance of a foreign patient is same as other patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Your responsibility as a nurse is higher while assisting foreign patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Your responsibility as a nurse is lower while assisting foreign patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
The difficulty in providing care to a foreign patient is not only linguistic but also on a cultural level	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### COMUNICATING WITH A NON-ENGLISH-SPEAKING PATIENT

16. Which of these tools/means for communicating with a non-English speaking patient are available at you work of place? \* (select all that apply)

- Linguistic/cultural mediator in person
- Linguistic/cultural mediator on the phone
- Linguistic/cultural mediator through videocall
- Special and dedicated phone for multilingual telephone triage
- Multilingual forms and written questions for foreign patient assessment
- Special medical translation apps for health workers
- None of the above
- Other: \_\_\_\_\_

17. Select the tools/means/methods for communicating with a non-English speaking patient that you have used at least once \*(select all that apply)

- Linguistic/cultural mediator in person
- Linguistic/cultural mediator on the phone
- Linguistic/cultural mediator through videocall
- Special and dedicated phone for multilingual telephone triage
- Multilingual forms and written questions for foreign patient assessment
- Special medical translation apps for health workers
- Google translator
- Language brokering (children translating for their parents)
- Relatives/friend translating for the patient
- Healthcare coworker that speaks the same language as the patient
- None of the above
- Other: \_\_\_\_\_

18. Select the tools/means/methods for communicating with a non-English speaking patient that you use more frequently \* (select all that apply)

- Linguistic/cultural mediator in person
- Linguistic/cultural mediator on the phone
- Linguistic/cultural mediator through videocall
- Special and dedicated phone for multilingual telephone triage
- Multilingual forms and written questions for foreign patient assessment
- Special medical translation apps for health workers
- Google translator
- Language brokering (children translating for their parents)
- Relatives/friend translating for the patient
- Healthcare coworker that speaks the same language as the patient
- None of the above
- Other: \_\_\_\_\_

19. Which of these tools/means/methods for communicating with a non-English speaking patient do you think is the best? \* (select one option)

- Linguistic/cultural mediator in person
- Linguistic/cultural mediator on the phone
- Linguistic/cultural mediator through videocall
- Special and dedicated phone for multilingual telephone triage
- Multilingual forms and written questions for foreign patient assessment
- Special medical translation apps for health workers
- Google translator
- Language brokering (children translating for their parents)
- Relatives/friend translating for the patient
- Healthcare coworker that speaks the same language as the patient
- None of the above
- Other: \_\_\_\_\_

20. Does your place of work have protocols and/or guidelines that you can consult if needed? \* (select only one)

- Yes
- No
- I'm not sure
- Being defined

21. OPTIONAL QUESTION: How do you think we could improve the care/management of foreign patients (both at work and during the nursing course)?

---

---

---

---

## BIBLIOGRAFIA

---

- [8] Leininger, M.M., & McFarland, M. (1995). *Transcultural nursing. concepts, theories, research and practice*. New York: Mcgraw-Hill. trad. it. Leininger, M.M., & McFarland, m. (2004). *Infermieristica transculturale*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
- [9] Douglas, M. K., Pierce, J. U., Rosenkoetter, M., Pacquiao, D., Callister, L. C., Hattar-Pollara, M. et. al (2011). Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: 2011 Update. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4).
- [11] Colasanti, R., & Geraci, S. (2000). I livelli d'incomprensione tra medico e paziente migrante. In S. Geraci S. (Eds.), *Argomenti di Medicina delle Migrazioni*. Roma: Edizioni Anterem
- [14] Değer, V. B. (2018). *Transcultural Nursing. Nursing*.
- [17] Tonioli, V. (2016). Una figura da ri-definire Il mediatore linguistico e culturale. In Melero Rodríguez C.A. *Le lingue in Italia, le lingue in Europa: dove siamo, dove andiamo* (pp. 165-176). Venezia: Edizioni Ca' Foscari.
- [20] Sannella, A. (2010). *Salute transculturale Percorsi socio-sanitari* (Nuova edizione aggiornata). Milano: Salute e Società, Franco Angeli.
- [21] Alexandre, B., Loutan, L. (1998). *Due lingue, un colloquio* (Shott C., trad.). n.d.
- [22] Jiménez R.T., Eley C., Leander K. & Smith P.H. (2015). *Transnational Immigrant Youth Literacies: A Selective Review of the Literature*. In Smith P. & Kumi-Yeboah A. (2015). *Handbook of Research on Cross-Cultural Approaches to Language and Literacy Development* (cap. 13). N.d.
- [23] Antonini R. (2010). *The study of child language brokering: Past, current and emerging research*. mediAzioni 10.
- [24] Ceccoli, F. (2018). *Child Language Brokering : la percezione degli studenti di origine straniera e dei rispettivi insegnanti*. In Coonan, C.M., Bier, A., & Ballarin, E. (2018). *La didattica delle lingue nel nuovo millennio* (pp. 71-82). Venezia: Edizione Ca' Foscari.

[25] Aletto, L., Di Leo, L. (2003). *Nursing nella società multiculturale* (2° ed.). Roma: Carocci editore.

[27] Mazzetti, M. (2018). *Il dialogo transculturale*. Roma: Carocci Faber.

Ben, J., Cormack, D., Harris, R., & Paradies, Y. (2017). Racism and health service utilisation: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, *12*(12).

Benucci, A., & Grosso, G. (2021). *Aspetti interculturali nella comunicazione medico-paziente Il punto di vista del personale sanitario e dei pazienti*.

Brenna S., Silva O. (2018). Revisione e sintesi dei modelli teorici del nursing che supportano l'assistenza infermieristica in un contesto multietnico. *Giornale di Clinica Nefrologica e Dialisi*.

Carrasquillo, O., John Orav, E., Brennan, T. A., & Burstin, H. R. (1999). Impact of language barriers on patient satisfaction in an emergency department. *Journal of General Internal Medicine*, *14*(2), 82–87.

Carl, M., & Braun, S. (2019). Translation, interpreting and new technologies. In *The Routledge Handbook of Translation Studies and Linguistics*. Routledge.

Ceccoli, F. (2018). *Child Language Brokering : la percezione degli studenti di origine straniera e dei rispettivi insegnanti*.

Gerchow, L., Burka, L. R., Miner, S., & Squires, A. (2021). Language barriers between nurses and patients: A scoping review. *Patient education and counseling*, *104*(3), 534–553.

Hampers, L. C., & McNulty, J. E. (2002). Professional interpreters and bilingual physicians in a pediatric emergency department: effect on resource utilization. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, *156*(11), 1108–1113.

Ji, X., Chow, E., Abdelhamid, K., Naumova, D., Mate, K., Bergeron, A., & Lebouché, B. (2021). Utility of mobile technology in medical interpretation: A literature review of current practices. *Patient education and counseling*, *104*(9), 2137–2145.

Katz, V. (2014). Children as brokers of their immigrant families' health-care connections. *Social Problems*, *61*(2).

- Khander, A., Farag, S., & Chen, K. T. (2018). Identification and Evaluation of Medical Translator Mobile Applications Using an Adapted APPLICATIONS Scoring System. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 24(8), 594–603.
- Marcelin, J. R., Siraj, D. S., Victor, R., Kotadia, S., & Maldonado, Y. A. (2019). The Impact of Unconscious Bias in Healthcare: How to Recognize and Mitigate It. *The Journal of infectious diseases*, 220(220 Suppl 2), S62–S73.
- Martinez, C. R., McClure, H. H., & Eddy, J. M. (2009). Language Brokering Contexts and Behavioral and Emotional Adjustment among Latino Parents and Adolescents. *The Journal of early adolescence*, 29(1), 71–98.
- McCarthy, J., Cassidy, I., Graham, M. M., & Tuohy, D. (2013). Conversations through barriers of language and interpretation. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 22(6), 335–339.
- Murphy S. C. (2006). Mapping the literature of transcultural nursing. *Journal of the Medical Library Association : JMLA*, 94(2 Suppl), E143–E151.
- Narayan M. C. (2010). Culture's effects on pain assessment and management. *The American journal of nursing*, 110(4), 38–49.
- Narayanasamy A. (2002). The ACCESS model: a transcultural nursing practice framework. *British Journal of nursing*.
- Panayiotou, A., Gardner, A., Williams, S., Zucchi, E., Mascitti-Meuter, M., Goh, A. M., You, E., Chong, T. W., Logiudice, D., Lin, X., Haralambous, B., & Batchelor, F. (2019). Language Translation Apps in Health Care Settings: Expert Opinion. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(4), e11316.
- Purnell, L.D. (2013). *Transcultural healthcare. A culturally Competent Approach* (4<sup>o</sup> ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Ramirez, D., Engel, K. G., & Tang, T. S. (2008). Language interpreter utilization in the emergency department setting: a clinical review. *Journal of health care for the poor and underserved*, 19(2), 352–362.



- Rainey, V. R., Flores, V., Morrison, R. G., David, E. J. R., & Silton, R. L. (2014). Mental health risk factors associated with childhood language brokering. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, 35(5), 463–478.
- Russell, B. R., Morales, A., & Ravert, R. D. (2015). Using children as informal interpreters in pediatric consultations. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 8(3), 132–143.
- Saver C. (2007). Cultural competency benefits patients, therapists. *Nursing*, 37 *Suppl Therapy*, 6–9.
- Schouten, B. C., & Meeuwesen, L. (2006). Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient education and counseling*, 64(1-3), 21–34.
- Squires A. (2018). Strategies for overcoming language barriers in healthcare. *Nursing management*, 49(4), 20–27.
- Tse, L. (1996). Language Brokering in Linguistic Minority Communities: The Case of Chinese- and Vietnamese-American Students. *Bilingual Research Journal*, 20(3–4).
- Young, S., & Guo, K. L. (2020). Cultural Diversity Training: The Necessity of Cultural Competence for Health Care Providers and in Nursing Practice. *The health care manager*, 39(2), 100–108.

## SITOGRAFIA

---

Accesso dati da agosto 2021 a ottobre 2021

[<sup>1</sup>] Vocabolario on line Treccani (n.d.). Migrazione. [www.treccani.it](http://www.treccani.it)

URL: <https://www.treccani.it/vocabolario/migrazione/>

[<sup>2</sup>] Enciclopedia on line Treccani (n.d.). Immigrazione. [www.treccani.it](http://www.treccani.it)

URL: <https://www.treccani.it/enciclopedia/immigrazione/>

[<sup>3</sup>] Caritas e Migrantes (2015). XXV Rapporto Immigrazione 2015 La cultura dell'incontro Sintesi [www.caritas.it](http://www.caritas.it)

URL: [https://www.caritas.it/caritasitaliana/allegati/6472/Sintesi\\_OK%20\(1\).pdf](https://www.caritas.it/caritasitaliana/allegati/6472/Sintesi_OK%20(1).pdf)

[<sup>4</sup>] ISTAT (2021). Stranieri residenti al 1° gennaio.

URL: [https://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_POPSTRRES1](https://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPSTRRES1)

[<sup>5</sup>] ISTAT (2020). Stranieri residenti al 1° gennaio – Cittadinanza.

URL: [https://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_POPSTRCIT1#](https://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPSTRCIT1#)

[<sup>6</sup>] CARTA DEI DIRITTI FONDAMENTALI DELL'UNIONE EUROPEA (2000). Articolo 35. [www.europarl.europa.eu](http://www.europarl.europa.eu)

URL: [https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_it.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_it.pdf)

[<sup>7</sup>] Costituzione della Repubblica Italiana (2012). Articolo 32. [www.senato.it](http://www.senato.it)

URL: [https://www.senato.it/sites/default/files/media-documents/COST\\_REG\\_luglio\\_2020\\_archivio.pdf](https://www.senato.it/sites/default/files/media-documents/COST_REG_luglio_2020_archivio.pdf)

[<sup>10</sup>] Corriere della Sera, Dizionario online (n.d.). Barriera. [www.dizionari.corriere.it](http://www.dizionari.corriere.it)

URL: [https://dizionari.corriere.it/dizionario\\_italiano/B/barriera.shtml](https://dizionari.corriere.it/dizionario_italiano/B/barriera.shtml)

[<sup>12</sup>] Barriera linguistica (n.d.). [www.wikipedia.it](http://www.wikipedia.it)

URL: [https://it.wikipedia.org/wiki/Barriera\\_linguistica#:~:text=Una%20barriera%20linguistica%20%C3%A8%20un,che%20gli%20%C3%A8%20stato%20inviato.](https://it.wikipedia.org/wiki/Barriera_linguistica#:~:text=Una%20barriera%20linguistica%20%C3%A8%20un,che%20gli%20%C3%A8%20stato%20inviato.)

[<sup>13</sup>] Micheli A. (n.d.). Le barriere culturali. [www.didaweb.net](http://www.didaweb.net)

URL: [https://www.didaweb.net/mediatori/articolo.php?id\\_vol=1903](https://www.didaweb.net/mediatori/articolo.php?id_vol=1903)

[15] Vocabolario on line Treccani (n.d.). Razzismo. [www.treccani.it](http://www.treccani.it)

URL: <https://www.treccani.it/vocabolario/razzismo/>

[16] Vezzani M.D. (2010). Quali barriere nella comunicazione tra professionisti e donne immigrate? [PowerPoint]. [www.bollettino-emiliaromagna.it](http://www.bollettino-emiliaromagna.it)

URL: [http://www.bollettino-emiliaromagna.it/DOCUMENTI\\_RELAZIONI/L'ARTE%20DEL%20COMUNICARE%20IN%20GINECOLOGIA%20ED%20OSTETRICIA,%20RIMINI%2023%20OTTOBRE%202010/06.%20VEZZANI.pdf](http://www.bollettino-emiliaromagna.it/DOCUMENTI_RELAZIONI/L'ARTE%20DEL%20COMUNICARE%20IN%20GINECOLOGIA%20ED%20OSTETRICIA,%20RIMINI%2023%20OTTOBRE%202010/06.%20VEZZANI.pdf)

[18] Servizio orientamento, tutorato e stage dell'Università per stranieri di Perugia (2013). Mediatore Linguistico Culturale. [www.unistrapg.it](http://www.unistrapg.it)

URL: <https://www.unistrapg.it/sites/default/files/docs/orientamento/il-mediatore-linguistico-culturale.pdf>

[19] Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro CNEL (2009). Mediazione e mediatori interculturali: indicazioni operative. [www.italiana.wordpress.com](http://www.italiana.wordpress.com)

URL: <https://italiana.files.wordpress.com/2012/04/documento-finale-mediazione-culturale-cnel.pdf>

[26] FNOPI, (2019). CODICE DEONTOLOGICO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE. [www.fnopi.it](http://www.fnopi.it)

URL: [https://www.fnopi.it/archivio\\_news/attualita/2688/codice%20deontologico\\_2019.pdf](https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf)

ASST Pavia (n.d.). IL PAZIENTE STRANIERO IN PRONTO SOCCORSO. [www.asst-pavia.it](http://www.asst-pavia.it)

URL: <https://www.asst-pavia.it/node/141>

AUSL Reggio Emilia (n.d.). Modulistica per vaccinazione Covid-19. [www.ausl.re.it](http://www.ausl.re.it)

URL: <https://www.ausl.re.it/modulistica-per-vaccinazione-covid-19>

Betancourt J.R., Renfrew, M.R., Green, A.R., Lopez, L. e Wasserman (2012). Improving Patient Safety Systems for Patients with Limited English Proficiency: A Guide for Hospitals [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)

URL: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/lepguide.pdf>

Cavallin S., Novi F. (n.d.). Strategie per facilitare la comunicazione tra un paziente straniero e professionista sanitario: mediazione linguistica e culturale [PowerPoint]

URL: <https://www.yumpu.com/it/document/read/34103632/strategie-per-facilitare-la-comunicazione-tra-paziente-straniero-e->

Deontologia e bioetica infermieristica (n.d.), Sviluppo della sensibilità interculturale di Bennett. [www.deontologiabioetica.wordpress.com](http://www.deontologiabioetica.wordpress.com)

URL: <https://deontologiabioetica.wordpress.com/infermieristica-iii/interculturalita/sviluppo-della-sensibilita-interculturale-di-bennett/>

Decreto della Giunta Regionale Marche n.129/2016. Aggiornamento del profili professionale di base per “Mediatore interculturale” del relativo standard formativo. [www.regione.marche.it](http://www.regione.marche.it)

URL: [https://www.regione.marche.it/Portals/0/ODS/MATERIALE%202018/DGR0129\\_16.pdf?ver=2018-03-27-160709-767&ver=2018-03-27-160709-767](https://www.regione.marche.it/Portals/0/ODS/MATERIALE%202018/DGR0129_16.pdf?ver=2018-03-27-160709-767&ver=2018-03-27-160709-767)

Eurostreet Translations Services (n.d.). Servizi HELPVOICE® “24per365”. [www.eurostreet.it](http://www.eurostreet.it)

URL: [https://www.eurostreet.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=191&Itemid=135](https://www.eurostreet.it/index.php?option=com_content&view=article&id=191&Itemid=135)

Gruppo Formazione Triage (n.d.). SCHEDE TRIAGE MULTILINGUA. [www.triage.it](http://www.triage.it)

URL: <https://www.triage.it/index.php/schede-triage-multilingua>

Language Brokering (n.d.) [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com)

URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Language\\_brokering](https://en.wikipedia.org/wiki/Language_brokering)

Luzi, A.m., Pasqualino, G.M., Pugliese, L., Schwarz, M., Suligoj, B. (2015). L’accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

URL: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_297\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_297_allegato.pdf)

McKesson Medical Surgical (n.d.). McKesson VerbalCare®. [www.mms.mckesson.com](http://www.mms.mckesson.com)

URL: <https://mms.mckesson.com/content/our-services-solutions/patient-care-engagement/mckesson-verbalcare/>

MediBabble (n.d.). MediBabble Features. [www.medibabble.com](http://www.medibabble.com)

URL: <http://www.medibabble.com/features.html>

Talento M. (2009). Diventare mediatore linguistico-culturale. [www.guidaconsumatore.com](http://www.guidaconsumatore.com)

URL: [https://www.guidaconsumatore.com/professioni/diventare\\_mediatore\\_linguistico\\_culturale.html](https://www.guidaconsumatore.com/professioni/diventare_mediatore_linguistico_culturale.html)

Verrept, H. (2019). Health Evidence Network synthesis report 64. What are the roles of intercultural mediators in health care and what is the evidence on their contributions and effectiveness in improving accessibility and quality of care for refugees and migrants in the WHO European Region?

URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327321/9789289054355-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

VOX Gentium (n.d.). SOSInfomondo, soluzioni linguistiche per la sanità italiana. [Brochure].

URL: [https://www.colloquia.it/dati/\\_shared\\_/SOS%20InfoMondo%202017.pdf](https://www.colloquia.it/dati/_shared_/SOS%20InfoMondo%202017.pdf)

## RINGRAZIAMENTI

---

Dopo tre lunghi ed intensi anni, che in questo preciso momento sembrano come se fossero volati via, mi ritrovo a scrivere questo ultimo pezzo che segnerà la fine del fantastico percorso universitario, che mi ha permesso di crescere, sia a livello professionale che personale. Tengo ringraziare coloro che hanno reso ciò possibile.

Prima di tutto, vorrei ringraziare il Direttore ADP del Corso di Laurea in Infermieristica di Ancona, il Dott. Maurizio Mercuri e le Tutor Anna Rita Lampisti, Mara Marchetti, Claudia Giacani e Sabina Strologo per il loro supporto costante con il quale mi hanno guidato e supportato durante l'intero percorso accademico e per il bagaglio di conoscenze che mi hanno donato.

Dopo di che, ringrazio vivamente la Dott.ssa Silvia Giacomelli, mia docente e relatrice della tesi, per l'aiuto continuo, le dritte indispensabili e il contributo che ha dato per la realizzazione del mio elaborato di tesi. Senza di lei non sarei qui a scrivere queste righe.

Un ringraziamento speciale va alla mia famiglia, a *Ba'* e *Ma'*, senza i quali non avrei avuto modo di arrivare a questo punto, apprezzo il vostro costante sostegno e gli insegnamenti che mi avete dato, che mi hanno resa ciò che sono oggi.

Dopo di che, vorrei ringraziare i miei 'compagni di università' per essere stati sempre d'aiuto e avermi sempre sostenuto, nei momenti belli e in quelli brutti.

Altro ringraziamento speciale va alla mia 'persona', a Federica, che mi ha fatto ridere anche quando l'unica ovvia alternativa era piangere. Grazie, per avermi supportato, ma soprattutto per avermi sopportato, specie durante i miei periodi pieni d'ansia e di complessi mentali a cui solo noi possiamo arrivare. Terrò sempre con me i ricordi che abbiamo creato in queste aule di università, anche i più stupidi, e sappiamo bene che ne sono tanti.

Infine, ma non per importanza, vorrei ringraziare me stessa per l'impegno, i sacrifici, le notti passate in bianco e per l'attitudine e volontà a non mollare mai, qualunque situazione abbia avuto di fronte.

Grazie di cuore a tutti per avermi permesso di raggiungere questo traguardo, grazie davvero.