"Quello di cui le persone hanno più bisogno per crescere, rimanere in salute e sopravvivere o affrontare la morte, è dell'umanizzazione dell'assistenza [human caring] ...L'assistenza è l'essenza dell'infermieristica, ...Gli infermieri allora devono acquisire conoscenza dei valori, delle credenze e delle forme d'assistenza espresse nelle varie culture e mettere a frutto tale conoscenza per prendersi cura delle persone sane e dei malati" .

M. Leininger

INDICE

INTRODUZIONE ……..…….. pag 4

Capitolo 1: IMMIGRAZIONE, TRANSCULTURALITA' E SALUTE

1.1Immigrazione: dimensioni e caratteristiche del fenomeno migratorio in Italia …….… pag 6

1.2 Multicultura, intercultura, transcultura: definizioni …….…... pag 10

1.3 Transcultura e salute …….…... pag 12

1.4 Lo stato di salute del soggetto immigrato ……..…….…. pag 13

Capitolo 2: IL NURSING TRANSCULTURALE

2.1 La teoria di Madeleine Leininger ……. pag 19

2.2 Le teorie moderne …….… pag 23

Capitolo 3: IL RUOLO DEI PROFESSIONISTI NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE IMMIGRATO

3.1 L'assistenza infermieristica in rapporto al fenomeno immigrazione… pag 28

3.2 Il ruolo dell'infermiere …….....…... pag 30

3.3 Il ruolo del mediatore culturale ……..….. pag 36

3.4 L'azione sinergica per raggiungere il risultato ……...…..……... pag 42

Capitolo 4: L'APPROCCIO ALLA TERAPIA DEL PAZIENTE IMMIGRATO CON PATOLOGIE CRONICHE……. Pag 45

CONCLUSIONI …….…..pag 51

BIBLIOGRAFIA ……..pag 54

SITOGRAFIA ……...pag 56

ALLEGATI ……pag 57

INTRODUZIONE

Il concetto di salute per molto tempo è stato definito come assenza di malattia, da anni invece l'organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha definito la salute come uno "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale".

Inoltre l'articolo 32 della Costituzione italiana afferma: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti...".

Ma non basta il diritto giuridico all'accesso alle cure per ritenersi esaurito l'impegno nei confronti di soggetti fragili come possono essere gli immigrati.

Occorre una organizzazione sanitaria che faccia sì che l'accesso sia adeguato e tempestivo e soprattutto tenga conto delle caratteristiche culturali, sociali di ogni individuo.

Del resto l'aumento della complessità sociale per la presenza di persone appartenenti a diverse culture ed etnie ha evidenziato la necessità di sviluppare una nuova coscienza culturale anche da parte della professione infermieristica.

Madeleine Leininger già a metà degli anni '50 si accorse che la cultura era assente dall'assistenza infermieristica, fu la prima ad introdurre il concetto di nursing transculturale che ha come fine "fornire con rispetto un'assistenza valida competente a persone appartenenti a culture diverse che conduca alla

salute o al benessere e che sia di aiuto nell'affrontare la morte o le infermità dei singoli individui e dei gruppi".

Da queste considerazioni è nata la scelta di verificare la necessità di un approccio transculturale nell'ambito dell'Area Vasta 4, partendo da un'analisi dei soggetti stranieri che negli ultimi anni sono stati ricoverati nell'Unità Operativa di Malattie Infettive. Ne abbiamo visto la nazionalità, le principali diagnosi di dimissione proprio per capire come una visione transculturale facilita la comprensione della patologia, l'adesione alle cure ed il successo terapeutico.

Capitolo 1: IMMIGRAZIONE, TRANSCULTURALITA' E SALUTE

1.1 Immigrazione: dimensioni e caratteristiche del fenomeno migratorio in Italia

Il fenomeno migratorio è molto antico e complesso: gruppi di popoli nel corso della storia hanno dovuto lasciare il proprio Paese, a causa di guerre, carestie, povertà, per trovare una vita migliore.

Secondo i dati Istat, in Italia, dal 2004 ad oggi il numero degli stranieri è andato progressivamente aumentando, passando da 3,8 a 5,2 milioni, eppure negli ultimi anni il fenomeno migratorio è diventato stabile nei numeri, aumentando, infatti, rispetto l'anno precedente di solo di 220 mila persone (Fig1). Gli stranieri regolari residenti in Italia al 1° gennaio 2019 sono quindi 5.255.503 e rappresentano l'8,7% della popolazione residente (Fig1.).

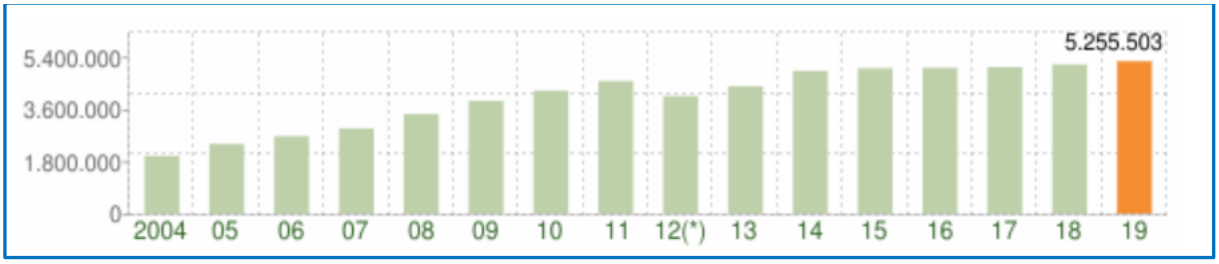

Fig.1 Andamento della popolazione straniera residente in Italia. Dati ISTAT 1 gennaio 2019.

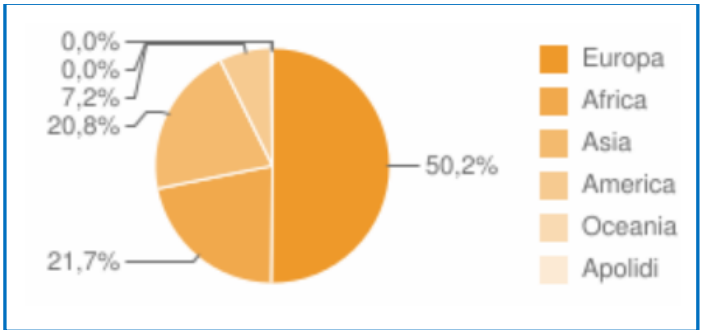

Fig. 2 Rappresentazione popolazione straniera in Italia.

Come evidenziato nel grafico la popolazione straniera prevalente è quella europea seguita da quella africana e asiatica (Fig2).

La comunità straniera più numerosa infatti è quella proveniente dalla Romania con il 23,0% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'Albania (8,4%) e dal Marocco (8,0%)[1] (Fig3).

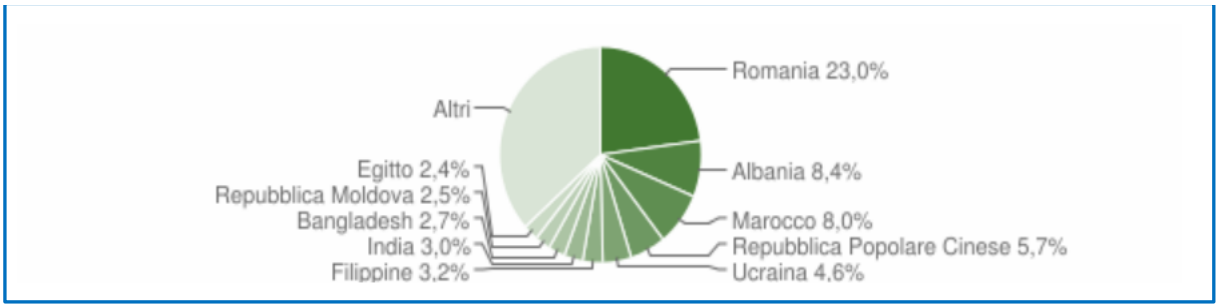

Fig 3 Percentuale popolazione straniera, in relazione al paese di provenienza. Dati ISTAT 1° Gennaio 2019.

Per quanto riguarda la distribuzione in base all'età e al sesso, si evidenzia che quella straniera è una popolazione giovane, le classi di età maggiormente rappresentate sono infatti quelle comprese tra i 20 e 59, le più basse tra i 70 e 94 anni. Mentre per quanto riguarda il sesso le femmine risultano mediamente più anziane rispetto i maschi (Fig4).

[1] https://www.lenius.it/immigrazione-in-italia/

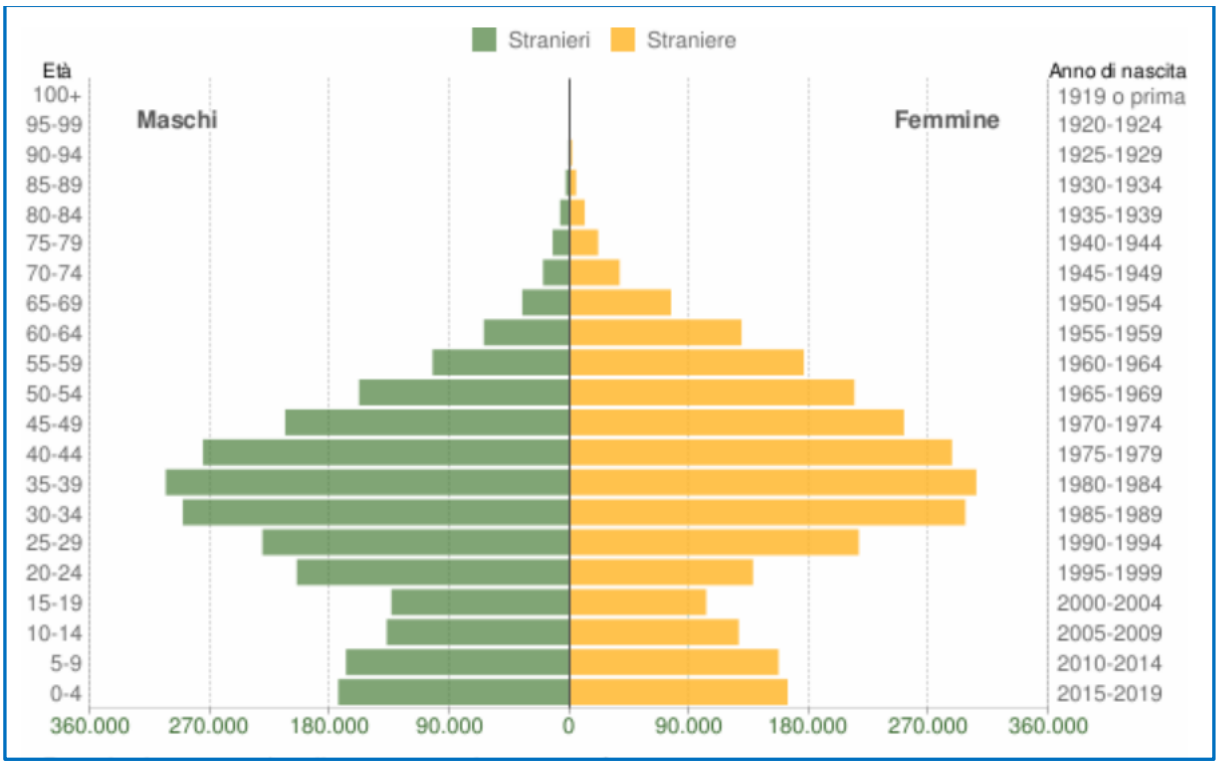

Fig. 4 Distribuzione per età e sesso della popolazione straniera residente in Italia. Dati Istat 1° gennaio 2019.

Agli stranieri regolari residenti vanno però aggiunti gli stranieri regolari ma non residenti, che hanno cioè un regolare permesso di soggiorno ma non sono iscritti all'anagrafe di nessun comune italiano. Secondo i calcoli del 25° Rapporto sulle Migrazioni 2019 di Fondazione ISMU, si tratta di circa 400 mila persone. A questi stranieri regolari vanno aggiunti i richiedenti asilo e i migranti irregolari, di cui non abbiamo un numero ufficiale e certificato, ma solo stime. Le stime più attendibili ed aggiornate sono quelle elaborate dalla Fondazione ISMU nel suo già citato Rapporto annuale sulle Migrazioni. L'ultimo dato disponibile, riferito al 1°gennaio 2019, parla di una stima di 562 mila immigrati irregolari presenti in Italia, il 10% circa degli stranieri regolari. Possiamo

concludere che in totale gli stranieri presenti in Italia sono circa 6,2 milioni, il 10,3% della popolazione. Per quanto riguarda la situazione marchigiana, vediamo che gli stranieri residenti nelle Marche al 1° gennaio 2019 sono 136.936 e rappresentano il 9,0% della popolazione residente (Fig5).

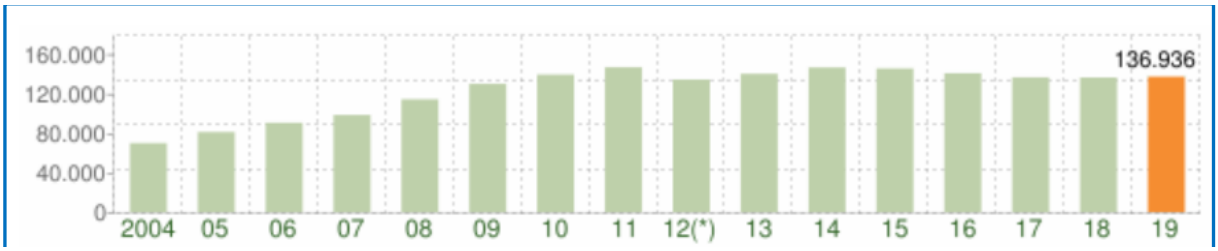

Fig 5 Andamento della popolazione straniera nella Regione Marche 2019. Dati ISTAT 1° Gennaio 2019.

Anche nella nostra regione nel 54% dei casi si tratta di immigrati di origine europea, nel 21% di origine asiatica e nel 20% africana. Nel dettaglio, la comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 19,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'Albania (11,6%) e dal Marocco (7,8%). Nella tabella sottostante vediamo, nel dettaglio la distribuzione per paese di provenienza (Fig 6).

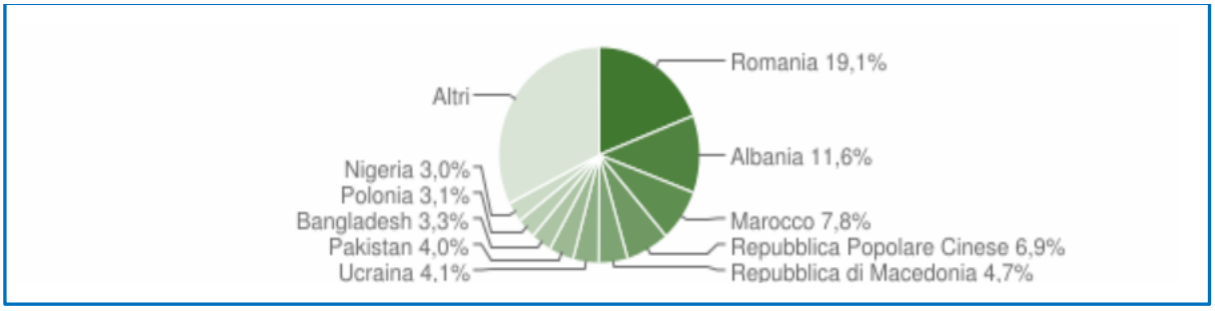

Fig. 6 Distribuzione della popolazione straniera, in relazione al paese di provenienza nella regione Marche. Dati ISTAT 1° Gennaio 2019.

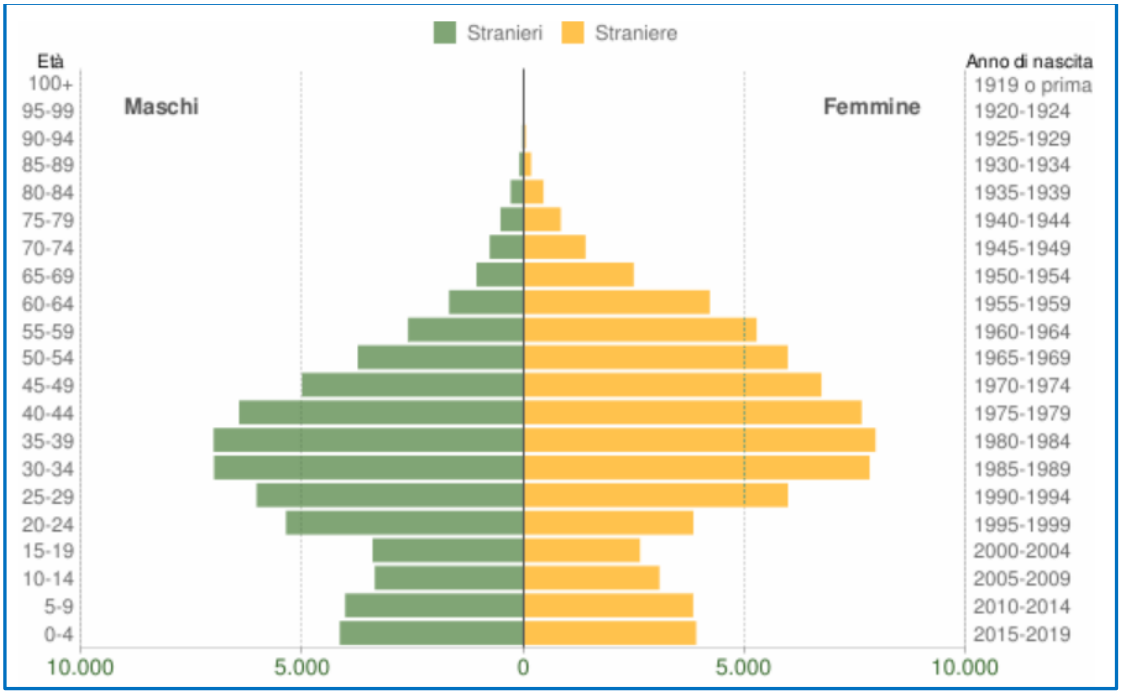

Fig. 7 Distribuzione per età e sesso della popolazione straniera residente nelle Marche. Dati Istat 1° Gennaio 2019.

1.2 Multicultura, Intercultura, Transcultura

Il fenomeno delle migrazioni da una parte e il fenomeno più generale della globalizzazione dall'altra, ha permesso inevitabilmente l'incontro di culture diverse. Tutti abbiamo continuamente l'occasione di incontrare persone diverse da noi per cultura, età, genere, lingua, religione, modi di pensare e di comportarsi, con le quali tutti siamo chiamati a confrontarci, scontrarci, ma anche a trovare punti di incontro e a collaborare.

Si inizia quindi a parlare di multiculturalità, interculturalità e transculturalità.

Per descrivere la presenza in uno stesso luogo di diverse culture si è inserito il termine di multiculturalità, termine con un'accezione neutra, indica infatti la

convivenza in uno stesso territorio di differenti popoli senza che questi abbiano necessariamente degli scambi culturali. L'intervento multiculturale (o del multiculturalismo) parte da una situazione di fatto (la presenza di due o più culture) e studia comparativamente comunanze e differenze. Esso ha come obiettivo educare al rispetto e al riconoscimento dei diritti. Il problema consiste nel passaggio da una multiculturalità, vista come semplice attestazione della compresenza, sia pure pacifica, di culture e di etnie diverse (ASPETTO STATICO) alla interculturalità vista come politica della convivenza e della solidarietà attiva (ASPETTO DINAMICO). Quindi si può parlare di scambi reciproci, di coesione, di arricchimento con il termine di interculturalità. Questo concetto esprime una dinamicità alla base delle culture che entrano in contatto e possono essere influenzate tra di loro con esito positivo, senza la necessità di relazionarsi in maniera gerarchia e conflittuale. Diventa interculturale quella società nella quale l'incontro/scontro con persone appartenenti ad etnie diverse, produce profondi mutamenti al suo interno, mutamenti causati proprio dall'impatto tra le diversità. Tale scontro non porta mai alla somma di tratti culturali diversi, ma alla loro reciproca modifica, in un dinamico interscambio tra le parti, reso possibile dalla disponibilità di entrambi ad accogliere la novità dell'altro.

Da qui nasce la sfida più importante cioè la transculturalità che trascende la particolarità e la specificità delle singole culture, mirando all'individuazione degli elementi universali, comuni a tutti gli esseri umani, a prescindere dal colore della pelle, dalla lingua, dalle modalità di pensiero o dalla religione.

1.3 Transcultura e salute

La cura della salute è tra le sfide più importanti del momento, in quanto richiede una medicina culturalmente sensibile, in grado di stabilire un contatto con altri universi culturali. Agire con un approccio concentrato sulla persona, uno stile orientato all'ascolto e un lavoro di comprensione, favorisce la possibilità e la potenzialità di accoglienza.

La pratica clinica in relazione alla globalizzazione evidenzia la necessità di dotarsi di specifici strumenti teoretici e pragmatici, mettendo in evidenza la necessità di formazione del personale e, in ambito transculturale, l'istituzione di programmi di prevenzione e organizzazione dell'assistenza per la presa in carico dei soggetti migranti.

Fino a pochi anni fa, una buona salute rappresentava per gli immigrati l'unica certezza su cui investire il proprio futuro. Il patrimonio di salute però può dissolvere per una serie di fattori di rischio come il malessere psicologico legato alla condizione di immigrato, la mancanza di lavoro e reddito, il degrado

abitativo, l'assenza del supporto familiare, il clima, le abitudini alimentari, la difficoltà di accesso ai servizi sanitari.

Nel 1948, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definì la salute uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplicemente l'assenza di malattia o infermità. Il Comitato Nazionale per la Bioetica, dedicato al rapporto tra immigrazione e salute, ha individuato nella tutela della salute, quale principio costituzionale, un diritto sociale della persona e della collettività da garantire nel suo contenuto essenziale e senza discriminazioni a chiunque si trovi sul territorio nazionale, indipendentemente dal fatto che le persone siano giunte sul territorio nazionale in modo regolare o meno, che siano irregolari, profughi, richiedenti asilo o migranti economici.[2]

1.4 Lo stato di salute del soggetto immigrato

Un approccio culturale così come è stato descritto permette quindi di affrontare in modo diverso ed appropriato le problematiche sanitarie dei soggetti stranieri che accedono ai servizi sanitari nel nostro paese.

Dai diversi report che delineano lo stato di salute dei soggetti stranieri residenti nel nostro paese si evince che in media, la salute degli immigrati è migliore di quella della popolazione nativa per un meccanismo di selezione (il cosiddetto

[2] https://www.sprar.it/

effetto migrante sano che si applica soprattutto a chi è immigrato con un progetto di lavoro e di studio che richiede un buon capitale di salute). In alcuni gruppi ancora minoritari, come i rifugiati e i richiedenti asilo, la salute può anche essere più compromessa in partenza a causa delle stigmate e dei traumi che hanno motivato la ricerca di asilo. In altri gruppi, sempre più numerosi, dei parenti che si riuniscono ai loro cari per ragioni di ricongiungimento, la salute media non è molto differente da quella dei nativi.

Spesso le sfavorevoli condizioni di vita e di lavoro nel Paese ospite insieme ai processi di acculturazione (modifica dello stile di vita), fanno perdere progressivamente la protezione dell'effetto migrante, sciupando così il capitale di salute.

E'necessario tuttavia ricordare, tra i migranti, le malattie da importazione di origine endemica o costituzionale o culturale, come rispettivamente la tubercolosi o il cancro della cervice, la talassemia o le mutilazioni genitali.

Per quanto riguarda lo stato di salute degli immigrati irregolari**,** i dati sono parcellizzati, a causa della natura del fenomeno, caratterizzato da forte dinamicità ed instabilità. Tuttavia le informazioni che si possono ricavare segnalano una maggiore vulnerabilità della salute, sia per la maggiore esposizione a povertà ed esclusione sociale, sia per la ritrosia ad avvicinare i servizi sanitari indotta dal timore legato allo status giuridico delle persone.

Secondo i dati del WHO europeo le maggiori cause di mortalità tra la popolazione migrante rispetto i residenti risultano le malattie infettive (Fig 8).

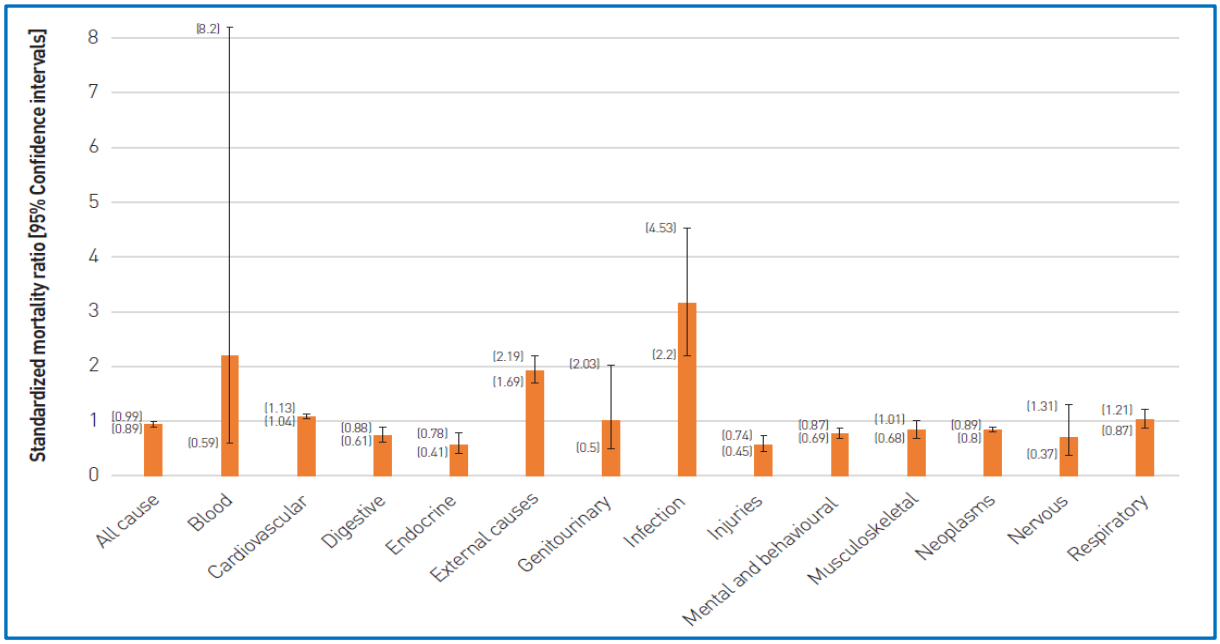

Fig. 8 Rapporti di mortalità standardizzati riepilogativi per rifugiati e migranti rispetto alla popolazione ospitante nella Regione Europea dell'OMS per varie cause di mortalità

Uno strumento utile, in Italia, a delineare lo stato effettivo di salute della popolazione straniera sono le schede di dimissione ospedaliera (SDO). Nel 2016, si sono registrati circa 521 mila ricoveri di cittadini stranieri *(erano circa 557 mila nel 2012),* pari al 6,0% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese (5,7% nel 2012). I cittadini provenienti dai paesi a forte pressione migratoria (PFPM) costituiscono la quasi totalità di questi ricoveri (92,7%), nella tabella sottostante vengono riportate le principali diagnosi di dimissione.

Da una rapida analisi si evidenzia che una delle maggiori cause di ricovero sono legate a patologie infettive (Tab 9).

Diagnosi principale alla dimissione	%	Maschi Tassi std residenti PFPM*	Tassi std italiani*	%	Femmine Tassi std residenti PFPM	Tassi std italiani*
Non indicato	0,0	n.a.	n.a.	0,0	n.a.	n.a.
I - Malattie infettive e parassitarie	6,1	2,7	1,9	1,5	1,6	1,4
II - Tumori	6,9	8,6	12,6	6,8	8,4	11,4
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	1,9	1,7	1,9	1,4	1,7	3,0
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	0,8	0,7	0,9	0,6	0,8	0,9
IV.1 - Anemie	0,5	0,5	0,7	0,5	0,6	0,7
V - Disturbi psichici	5,0	1,8	3,3	2,1	1,8	2,9
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	4,2	3,3	4,2	1,8	2,4	3,6
VI.4 - Epilessia	0,6	0,3	0,4	0,1	0,2	0,3
VI.7 - Malattie dell'occhio	1,2	1,1	1,2	0,4	0,7	0,9
VI.8 - Malattie dell'orecchio	0,8	0,5	0,4	0,5	0,6	0,5
VII - Malattie sistema circolatorio	14,6	18,6	25,4	4,5	9,4	14,8
VII.2 - Malattie del cuore	9,8	12,5	17,2	2,7	5,8	9,2
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	9,7	8,0	10,7	3,0	4,7	7,1
VIII.1 - Infezioni respiratorie	4,4	3,2	3,5	1,5	2,1	2,5
VIII.2 - Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva	0,6	0,9	1,0	0,1	0,4	0,6
VIII.3 - Asma	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1
IX - Malattie apparato digerente	13,8	9,4	12,1	6,7	8,0	9,2
IX.6 - Disturbi del tratto intestinale inferiore (inclusa appendicite)	4,6	2,4	3,1	1,6	1,8	2,6
X - Malattie apparato genito-urinario	5,7	5,6	7,8	6,2	6,4	7,4
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	n.a.	n.a.	n.a.	52,9	39,9	28,0
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	1,2	0,6	1,0	0,3	0,4	0,7
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	6,3	4,6	7,9	3,4	5,6	8,2
XIV - Malformazioni congenite	0,7	0,3	0,6	0,4	0,4	0,7
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4,0	3,1	4,1	2,0	2,4	3,3
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	15,1	7,5	10,1	3,4	4,6	9,2
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	4,1	3,7	5,1	3,0	4,1	5,6
Totale	**100,0**	**80,4**	**109,6**	**100,0**	**102,6**	**117,6**

Tab.9 Dimissioni (valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria e tasso (standardizzato per 1.000) di pazienti italiani di età 18 anni ed oltre in regime di Ricovero Ordinario per genere e per diagnosi principale alla dimissione - Anno 2016

L' infezione da HIV, la tubercolosi e le epatiti virali sono le patologie infettive che richiedono spesso un ricovero e che hanno un non trascurabile carattere di stigma ma sono soprattutto rilevanti per le caratteristiche legate alla cura. Nel caso della patologia da HIV trattandosi di una infezione divenuta cronica, la terapia è long-time, così anche per l'epatite B, se cronicizza, mentre la tubercolosi richiede comunque un trattamento che si protrae per mesi.

Quindi si tratta di patologie nelle quali l'aderenza alla terapia diventa un fattore fondamentale per il successo terapeutico e per la prevenzione della trasmissione dell'infezione.

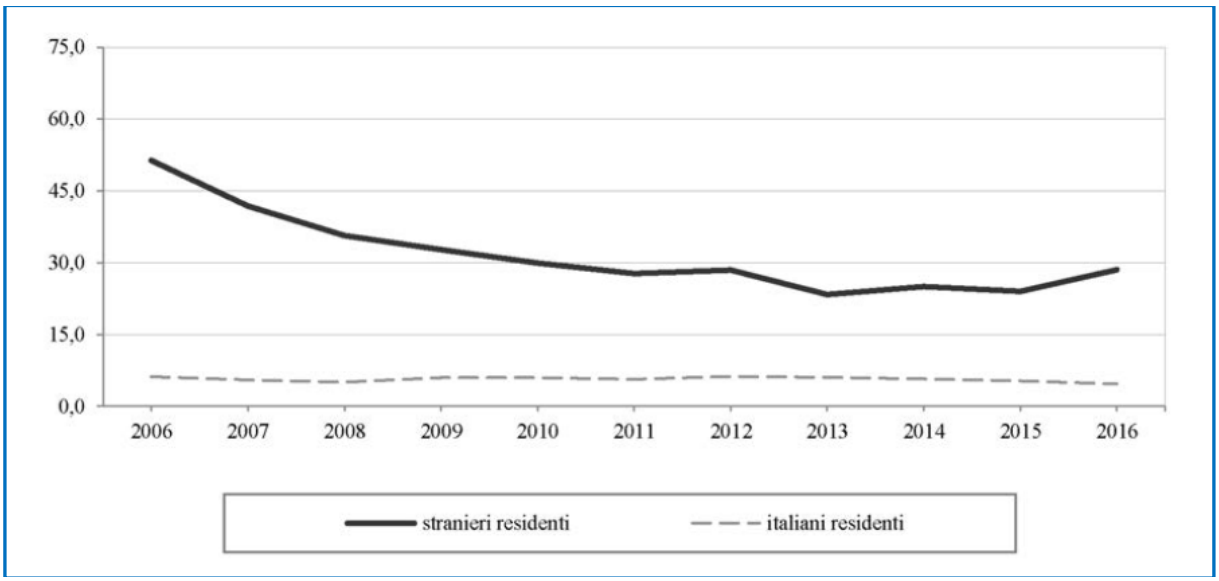

Fig.10 Tasso (valori per 100.000) di incidenza di infezione da HIV tra i cittadini stranieri residenti in Italia e i cittadini italiani di età 18 anni ed oltre per anno di diagnosi - Anni 2006-2016.

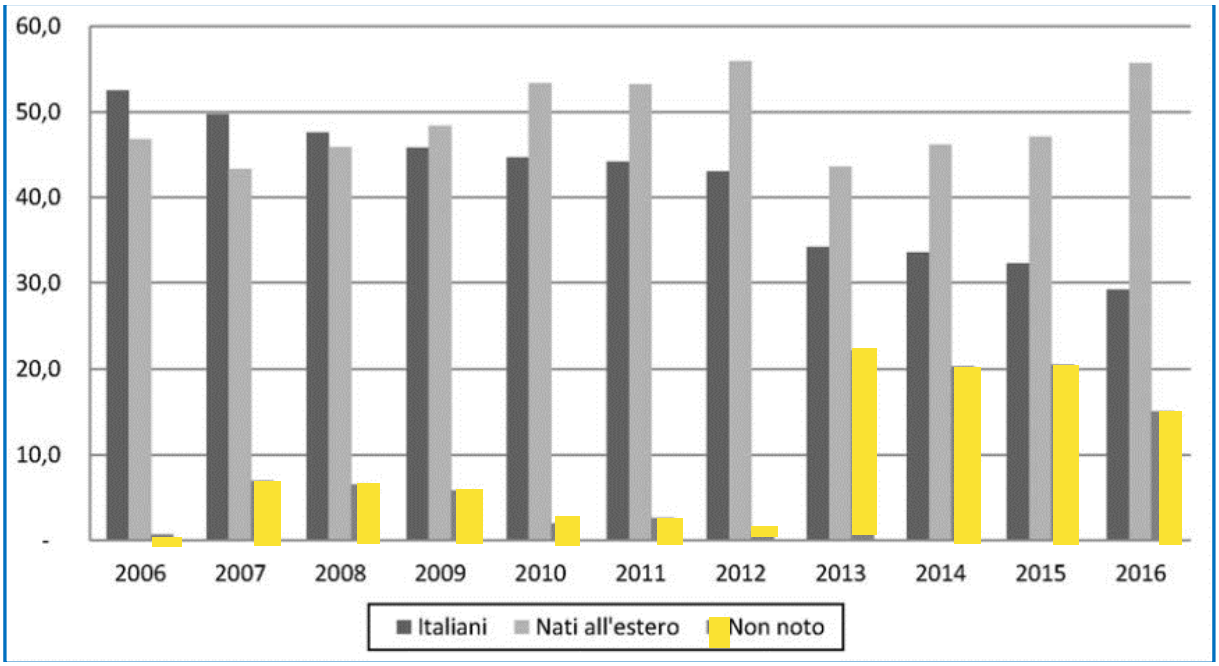

Fig.11 Casi (valori per 100) di tubercolosi: confronto tra italiani e nati all'estero - Anni 2006-2016. Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi /internazionale. Anno 2017

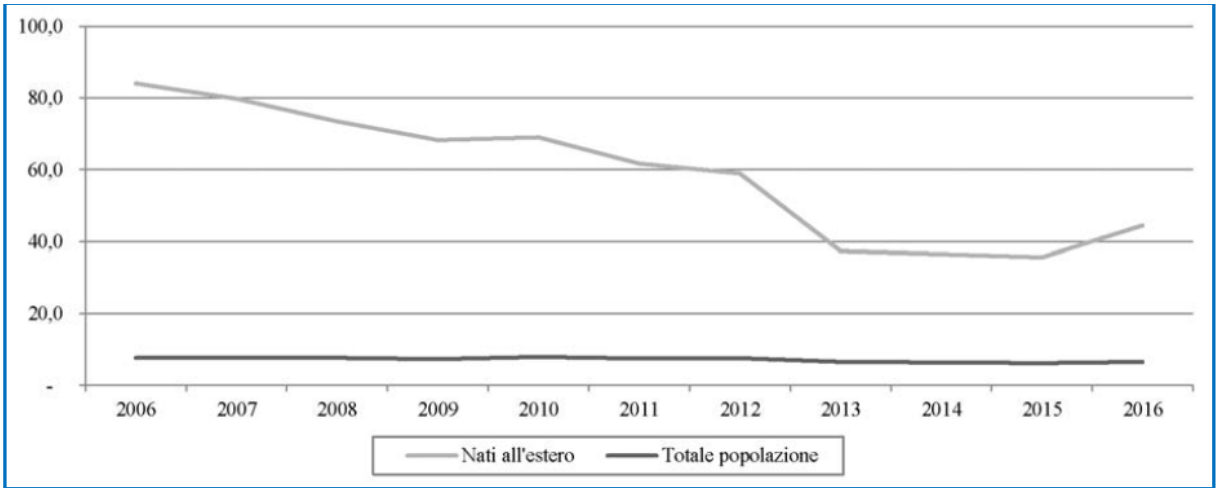

Fig12: Frequenza (valori per 100.000) dei casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero e nella popolazione totale - Anni 2006-2016. Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2017

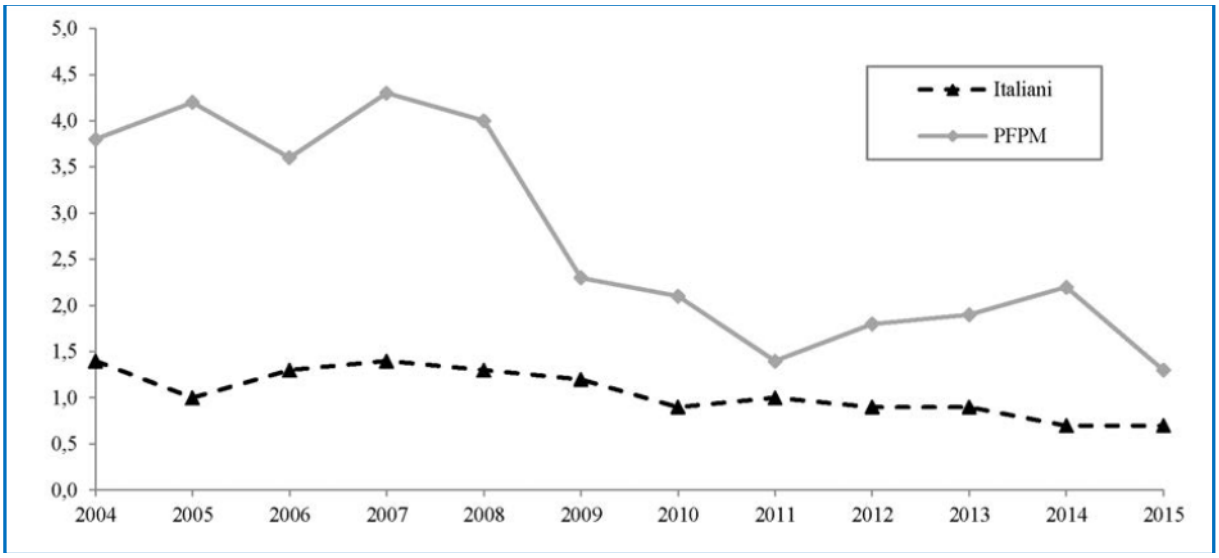

Fig13: Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale B tra gli italiani e i cittadini stranieri provenienti dai Paesi a Forte Pressione Migratoria - Anni 2004-2015
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2017.

Capitolo 2: IL NURSING TRANSCULTURALE

2.1 La teoria di Medeleine Leininger

Nasce il 13 Luglio del 1925 a Sutton (USA), si diploma Infermiera presso la scuola del St.Antony Hospital. Diventa poi caposala del reparto di chirurgia e successivamente direttrice del personale infermieristico presso il reparto psichiatrico dell'ospedale di Omaha. Nel 1954 si specializza in nursing psichiatrico. Nel 1965 ottiene il dottorato in Antropologia presso l'università di Seattle. Influenzata dall'incontro con l'antropologa Margaret Mead studia le relazioni tra nursing ed antropologia. Nel 1966 tiene all'università del Colorado il primo corso di nursing Transculturale.

La Leininger fu la prima a parlare di nursing transculturale, cioè di una pratica che ha "al suo centro uno studio comparato e l'analisi di diverse culture…in riferimento al loro comportamento di assistenza nei confronti dei malati, dell'assistenza infermieristica e della salute e della malattia". Si instaura una visione olistica dell'infermieristica che tiene conto di diversi parametri: la struttura sociale, la visione del mondo, i valori, l'ambiente, il linguaggio, i sistemi professionali della società in cui si va ad agire. Il principale metodo adottato da M.Leininger è l'etnonursing, ovvero: " lo studio sistematico e la classificazione dell'assistenza, delle teorie, dei valori e delle pratiche infermieristiche come vengono percepite cognitivamente da una certa cultura

tramite la lingua locale, l'esperienza, le idee e i sistemi di valori". L'assistenza diventa un fenomeno universale, un'attività che si registra in tutte le culture, perché sia efficace deve organizzarsi tenendo conto del contesto in cui si esplica e del fatto che non si può imporre un modello di assistenza estraneo alla cultura in cui si opera. Per essere efficace l'attività infermieristica deve declinarsi secondo i fattori della struttura sociale degli assistiti: la religione, la politica, l'economia, il sistema di parentele. I comportamenti, gli obiettivi e i compiti dell'assistenza dunque variano col , variare della struttura sociale e dei valori. L'uomo viene considerato come un essere con visioni ampie e divergenti sulla vita, sul vivere e sulle esperienze, influenzato da fenomeni culturali, materiali e non, dall'ambiente politico, economico, legale, educativo, tecnologico e fisico, non solo, anche dalla lingua e dalle pratiche assistenziali popolari e professionali. La Leininger supera il rapporto dualistico infermiere/paziente, focalizzando l'attenzione sulla famiglia, sui gruppi, sulle comunità, sulle complessità delle culture. Si concentra oltre che sulla figura dell'uomo anche sulla salute, riferendosi ad una condizione di benessere che è definita, valutata e perseguita culturalmente, che riflette la capacità degli individui o gruppi di svolgere le attività quotidiane secondo gli stili di vita espressi e codificati. Analizzando i vari aspetti caratterizzanti la vita di un individuo riesce a fornire un nuovo modo di concepire l'assistenza infermieristica: una professione,

umanistica e scientifica che è centrata sui fenomeni e sui comportamenti di assistenza all'uomo al fine di sostenere, facilitare o rendere possibile di mantenere o riacquistare il benessere (o salute) in un modo significativo culturalmente e benefico, o a far fronte all'invalidità o alla morte[3].

L'azione infermieristica è basata sul principio del cultural care: azioni o decisioni professionali che aiutano le persone a mantenere e conservare i valori rilevanti della propria cultura, cercando di farli aderire a pratiche professionali nel modo più soddisfacente possibile. Un'assistenza culturalmente congruente con azioni e decisioni di tipo cognitivo, fatte su misura per adattarsi ai valori e stili di vita diversi, al fine di garantire la salute o il benessere con prestazioni valide.

Per illustrare le principali componenti dell'assistenza infermieristica, utilizza il "modello del Sole nascente", formato da quattro livelli, il primo è il più astratto mentre il quarto è meno astratto. I primi tre livelli forniscono una base di conoscenze per erogare un'assistenza idonea da un punto di vista culturale. Il primo livello rappresenta la visione del mondo e i sistemi sociali, questo porta ad avere tre prospettive: la micro-prospettiva ovvero gli individui nell'ambito di una cultura, la media-prospettiva con fattori più complessi in una specifica cultura e la macro-prospettiva con fenomeni che riguardano le diverse culture. Il

[3]Medeleine Leininger, Marilyn R. McFarland, *Infermieristica transculturale,* Editore CEA (2004)

secondo livello cerca di fornire informazioni a individui, famiglie, gruppi e istituzioni nei diversi sistemi sanitari e relative a significati ed espressioni specifiche in relazione all'assistenza sanitaria. Il terzo livello riguarda i sistemi popolari e professionali compresa l'assistenza infermieristica che operano nell'ambito di una cultura, quindi consente l'individuazione della diversità e dell'universalità culturale. Il quarto livello riguarda il piano delle azioni e decisione, secondo la Leininger l'assistenza viene erogata a questo livello, che comprende la conservazione, l'adattamento e il rimodernamento, così da fornire un'assistenza idonea anche dal punto di vista culturale. Obiettivo di questo modello è arrivare a una comprensione dell'assistenza e del concetto di salute nelle diverse culture, così da poter rendere le persone capaci di trovare le risposte più adeguate per raggiungere gli obiettivi di salute.

Dal modello concettuale del sole nascente si sviluppano dei meta paradigmi. La persona, che viene definita come un essere umano, colui che è capace di prendersi cura e di interessarsi agli altri; l'assistenza è universale, ma i modi di erogarla variano nelle diverse culture. La salute che viene considerata come una condizione di benessere e valutata da un punto di vista culturale. L'ambiente è la visione del mondo di ognuno. L'assistenza processo dinamico e interattivo rivolto alla persona affinché essa abbia capacità di adattarsi ai cambiamenti della vita quotidiana per mantenere il proprio livello di salute.

La Leininger propone un nuovo modello di assistenza infermieristica che si incentra sull'uomo e su ciò che lo circonda, sottolineando l'importanza dello scambio culturale, passaggio fondamentale per ottenere un buon risultato. Un rimodellamento dell'assistenza che deve tendere ad aiutare i pazienti a comprendere determinate pratiche e ad affrontarle nel rispetto dei retaggi culturali.

2.2 Le teorie moderne

Professori di Nursing all'Università di Delegare, Purnell e Paulanka elaborarono un modello nel 1998 negli Stati Uniti. Il modello è graficamente rappresentato con un cerchio, il cui bordo esterno rappresenta la società globale (comunicazione, politica, conflitti, disastri naturali, scambi commerciali ed educativi, progressi della scienza, opportunità di viaggiare ed interagire con altri individui). Il secondo bordo rappresenta la comunità, come gruppo di persone accomunate da un interesse e un'identità (caratteristiche sociali, fisiche e simboliche come la religione, la lingua, gli stili di vita, la storia). Il terzo bordo rappresenta la famiglia, ovvero il legame che unisce due persone senza relazioni di parentela, ma unite affettivamente. Influenzano la struttura familiare diversi fattori come l'età, la generazione, lo stato socio-economico. Il quarto circolo rappresenta la persona, un essere bio-psico-socio-culturale dinamico, in continuo adattamento con la sua comunità: gli esseri umani si adattano

dinamicamente ai processi di cambiamento in accordo con la famiglia, la comunità e la più ampia società globale. L'interno del cerchio è diviso in 12 spicchi che rappresentano i diversi significati di cultura correlati tra loro (visione del mondo e topografia, comunicazione, ruoli familiari, concetti culturali legati al lavoro, ecologia, comportamenti a rischio, nutrizione, gravidanza, rituali, spiritualità, pratiche di salute ed assistenza, coloro che eseguono le pratiche assistenziali). Il centro del cerchio indica i fenomeni sconosciuti della cultura di riferimento. In basso al cerchio c'è una linea discontinua che riguarda il percorso dell'operatore e dei sistemi sanitari, che percorrono 4 tappe: incompetenza inconscia, incompetenza conscia, competenza conscia, competenza inconscia [4].

Il modello presentato da Purnell e Paulanka viene definito come "modello oleografico della complessità" perchè può essere usato da tutti gli operatori sanitari: si può ampliare in un sistema interdisciplinare di case management tra i vari professionisti per assicurare che una persona riceva le risposte di salute corrette nel momento giusto superando la frammentarietà dei singoli interventi.

La teorica Campinha-Bacote nel 1991 identifica la competenza culturale come un processo dinamico, in cui l'operatore sanitario rinnova continuamente le sue

[4]S. Brenna, A. Oliveira Silva. *Revisione e sintesi dei modelli teorici del nursing che supportano l'assistenza infermieristica in un contesto multietnico.* Wichtig Editore 2012.

abilità, per aumentare l'efficacia del suo lavoro all'interno dell'universo culturale dell'utente. È un modello di apprendimento continuo da parte dell'infermiere composto da quattro concetti e cinque assunti, relazionati tra di loro, che l'operatore deve sviluppare per avere un'adeguata competenza nel nursing: la propria consapevolezza culturale, la conoscenza culturale dell'altro, l'abilità culturale, l'incontro culturale, il desiderio culturale, che è l'energia che spinge l'operatore sanitario verso la competenza culturale [5]. Con la consapevolezza culturale si intende la capacità di auto-valutazione dei propri pregiudizi verso le altre culture, nonché del proprio background culturale e professionale; consiste, inoltre nell'essere consapevoli dell'esistenza di forme documentate di razzismo e discriminazioni all'interno del sistema sanitario. La conoscenza culturale è definita come il processo attraverso cui i professionisti del sistema sanitario ottengono informazioni riguardanti le rappresentazioni culturali di differenti gruppi etnici, le variabilità biologiche, le condizioni di salute e di malattia, le variazioni nel metabolismo dei farmaci. L'abilità culturale si realizza nella capacità di svolgere una valutazione culturale per raccogliere dati culturalmente rilevanti sui pazienti, così come compiere una valutazione fisica fondata su aspetti culturali. L'incontro culturale è il processo che

[5]S. Brenna, A. Oliveira Silva. *Revisione e sintesi dei modelli teorici del nursing che supportano l'assistenza infermieristica in un contesto multietnico.* Wichtig Editore 2012.

incoraggia i professionisti sanitari ad entrare in contatto diretto, faccia a faccia, con persone provenienti da altre culture, al fine di modificare le proprie preesistenti credenze sui gruppi etnici e prevenire possibili stereotipi. Infine, il desiderio culturale rappresenta la motivazione dei professionisti sanitari ad innescare il processo che li renderà culturalmente competenti. Quest'ultimo punto risulta cruciale per Campinha-Bacote: gli infermieri dovrebbero sentire realmente il desiderio di diventare competenti sugli aspetti culturali connessi all'assistenza e non percepire tale processo come un'imposizione.

Nella più recente formulazione della propria teoria, l'autrice ha stilizzato il suo modello raffigurandolo come un vulcano, poiché ritiene che il desiderio culturale debba erompere al pari di un'eruzione; soltanto allora sarà possibile stimolare il processo che porta alla competenza culturale. Inoltre per aiutare gli infermieri ad iniziare o continuare tale processo, Campinha-Bacote esorta a porsi la domanda " have I ASKED myself the right question?", dove la parola ASKED è utilizzata come un acronimo che ricorda le 5 domande che l'infermiere dovrebbe porsi per valutare il suo grado di competenza culturale. L'acronimo si compone delle seguenti domande: *Awereness:* sono consapevole di tutti gli errori o pregiudizi che ho verso gli altri?

Skill: ho le competenze per compiere una valutazione sensibile alle diversità culturali?

Knowledge: sono informato sulle altre culture?

Encounters: cerco l'incontro con coloro che sono diversi da me?

Desire: voglio davvero diventare culturalmente competente?

I modelli teorici del nursing transculturale pongono l'accento sulla conoscenza e valorizzazione di tutte le culture esistenti. Vengono anche introdotti nuovi approcci teorici, nuovi metodi di ricerca e dei risultati spendibili, offrendo così strumenti operativi ai professionisti sanitari.[6]

---

6 La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale di AA. VV. Gennaro Rocco, Costantino Cipolla, Alessandro Stievano.

Capitolo 3: IL RUOLO DEI PROFESSIONISTI NELL'ASSISTENZA AL PAZIENTE IMMIGRATO

3.1 L'assistenza infermieristica in rapporto al fenomeno dell'immigrazione

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria il rapportarsi con soggetti di diverse culture ed etnie rappresenta un'importante sfida per gli infermieri, i quali devono dimostrare competenze professionali e relazionali in ogni circostanza ed ambito culturale. Il quadro teorico dell'infermieristica transculturale è stato sviluppato per supportare gli infermieri in questa sfida. Erogare un'assistenza rispettosa del background religioso e culturale dei pazienti curati, permette di migliorare l'adesione alle cure.

Ci si trova a fronteggiare delle vere e proprie barriere che si possono dividere in esterne ed interne. Quelle esterne fanno riferimento a tutte le difficoltà legate alla comunicazione, tra cui le differenze linguiste e le particolarità culturali. Sia per gli infermieri che per gli assistiti, la non comprensione della lingua porta ad una diversa interpretazione e descrizione di segni e sintomi della malattia, inoltre potrebbe non far comprendere pienamente le problematiche sanitarie di cui si è affetti. Non si devono tralasciare le manifestazioni proprie di una cultura riguardo la malattia, il dolore, il lutto, l'accettazione e il rifiuto di pratiche cliniche, interpretare il tutto tramite la flessibilità, ovvero attraverso una mente aperta ai bisogni. Le barriere interne sono legate ad aspetti più profondi della

relazione paziente-operatore, per il personale sanitario il punto focale è la cosiddetta fiducia, in quanto gli immigrati mostrano diffidenza sotto forma di alcune credenze e comportamenti, tendendo a prestare più attenzione ai consigli di persone a loro vicine piuttosto che a dei professionisti. Si mostrano spesso diffidenti e non accettano le prescrizioni, può capitare addirittura che cambino medico perché credono che il precedente non sia affidabile. Anche alcuni tratti personali possono incidere sul trattamento di certe patologie: l'essere timidi è uno degli ostacoli per affrontare disturbi riguardanti l'apparato genitale. Quando si sommano i fattori esterni ed interni, si possono avere problematiche legate alle credenze religiose, che portano a preferire ad esempio un medico dello stesso sesso, come può essere per la donna l'esame ginecologico oppure, sempre nella donna, il patriarcato può diventare un ostacolo per il trattamento di alcune patologie [7].

L'infermiere quando si prende cura dell'altro, non solo offre una competenza tecnica, ma rispetta l'unicità dell'altro, contestualizzando l'intervento e cogliendo la sua identità culturale. Egli deve considerare le persone che incontra come esseri unici con una propria personalità, sociale e culturale e la relazione

[7] Amiri R, Heydari A, Dehghan-Nayeri N, Vedadhir AA, Kareshki H. *Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran: a qualitative study.* Glob J Health Sci (2016). PubMed.

che si instaura con loro diventa un momento attraverso il quale si può cogliere la complessità dei problemi nel rispetto dei valori che le persone stesse esprimono. L'assistenza transculturale è una disciplina di confine attenta e sensibile alle diversità di cultura, di atteggiamento, di aspettative, di contesto, lontana da pregiudizi e realtà precostituite. Si richiede una medicina culturalmente sensibile in grado di stabilire un contatto con altri universi simbolici e culturali, un nuovo approccio ai modelli interpretativi e terapeutici occidentali che spesso si rilevano incompatibili e inadeguati per l'immigrazione con i relativi problemi sociali e psicologici. Concepire le migrazioni come fenomeno complesso e dinamico favorisce le possibilità e potenzialità di accoglienza. Operare quindi, con un approccio centrato sulle persone: uno stile orientato all'ascolto, un lavoro di comprensione tra persone appartenenti a culture diverse. [8]

3.2 Il ruolo dell'infermiere

Il ruolo dell'infermiere è in continua evoluzione, con il tempo si sono instaurati dei nuovi modi di interpretare il "prendersi cura" della persona malata. Ogni giorno si trova ad affrontare situazioni assistenziali diverse tra loro, deve fronteggiare il dolore, i vissuti, le emozioni e i cambiamenti di salute del

[8] Il nursing transculturale. Collegio IPASVI BAT.

paziente. Si tratta di accogliere persone con le loro storie, ansie, sogni, progetti e bisogni.

Per l'infermiere preparato all'assistenza transculturale la cura dello straniero diventa una esperienza assistenziale, culturale e antropologica. Il vecchio paradigma *sapere, essere e saper essere* si arricchisce del *saper accogliere, saper ascoltare, saper conoscere.* Senza questo approccio antropologico non si riuscirebbe a comprendere i bisogni dell'altro e garantire le migliori cure possibili in regime di equità e di rispetto del diritto umano. L'etica infermieristica si arricchisce della consapevolezza, della responsabilità professionale e della solidarietà umana, rispondendo alla richiesta di aiuto da parte del migrante. Questo nuovo paradigma culturale trova la sua radice e la sua ricchezza nella valorizzazione delle differenze, nell'accoglienza delle diversità delle persone, delle culture, dei modelli, delle tradizioni e dei diversi significati della vita. [9]

Da differenti studi svolti nel corso degli anni, si nota un miglioramento nella comprensione della dimensione culturale nell'assistenza infermieristica. La maggior parte degli infermieri, infatti, sostengono che i bisogni di un paziente sono influenzati dalla provenienza socio-culturale e che proprio quest'ultima deve essere considerata in tutti gli aspetti per poter erogare una buona

[9] Il nursing transculturale (Collegio IPASVI BAT)

assistenza. Inoltre un elemento di positiva influenza è data dalla formazione universitaria, anche se si nota una certa difficoltà nel tradurre nella pratica professionale le conoscenze acquisite. Viene data una maggiore importanza ad atteggiamenti e a qualità umane quali il rispetto, il dialogo e la comunicazione, piuttosto che a strategie più marcatamente legate a competenze specifiche acquisite. Riguardo alle risorse esterne, organizzative e di formazione ritenute più utili per migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica ai pazienti immigrati, lo strumento considerato più efficace risulta essere il sevizio di Mediazione Culturale. I più propensi a raccogliere la sfida di farsi carico personalmente del problema di un' assistenza culturalmente competente sono gli infermieri che hanno in proseguito gli studi dopo la laurea, per i quali il servizio di Mediazione passa in secondo piano rispetto alla necessità di una maggiore formazione specifica ed all'organizzazione del lavoro. Permangono comunque difficoltà legate ai problemi di comunicazione e differenze linguistiche, ed altre dovute invece al maggior carico assistenziale derivato dalla presenza di immigrati. I piani di studio del corso universitario hanno sensibilizzato gli operatori verso le tematiche dell'infermieristica interculturale che, dalla maggior parte di essi, è considerata interessante. Gli infermieri italiani di oggi hanno una consapevolezza teorica maggiore di quanto non avessero i loro colleghi di un tempo in merito agli aspetti socio-culturali del bisogno di assistenza. Pur avendo

una buona base teorica è difficile tradurre il tutto nella pratica, infatti emergono situazioni concrete di incertezze e disorientamento difronte al paziente straniero, si sentono di mettere in campo soprattutto le loro capacità umane per creare fiducia, vicinanza, empatia e per stabilire un contatto[10].

L'infermiere svolge una professione al servizio della salute e della vita. È chiamato non solo ad assicurare una qualificata assistenza infermieristica ma anche a dare risposte professionali nuove per favorire il progresso della salute nel Paese. Rispetta la libertà, la religione, la razza, la condizione sociale della persona. Facilita, nelle dovute forme, i rapporti umani e sociali dell'assistito al fine di stimolare e promuovere le sue capacità personali, i suoi interessi culturali, il suo produttivo inserimento nel mondo del lavoro. L'infermiere nella sua autonoma responsabilità e nel rispetto delle diverse competenze, collabora attivamente coi medici e gli altri operatori per la migliore tutela della salute dei cittadini, sia nella programmazione e nel funzionamento delle strutture, sia nella gestione democratica dei servizi, tenendo sempre presente i bisogni reali della popolazione. [11]

---

[10] Dullio F. Manara, Ilaria Isernia, Serena Buzzetti. *Assistenza infermieristica interculturale: analisi delle variazioni nella percezione delle problematiche relazionali con pazienti stranieri.* Professioni infermieristiche, volume 66 (2013).

[11] Sandra Bombardi. *Progettare la formazione dell'infermiere. La cultura al centro della professione infermieristica.* Franco Angeli (1 gennaio 2000).

La personalizzazione dell'assistenza infermieristica sottintende un approccio transculturale basato sul confronto, sulla negoziazione e sul relativismo culturale, in cui utente e operatore si incontrano, creano situazioni di reciprocità e di scambio, mediando i rispettivi modelli culturali, bisogni ed esigenze. Da questo nuovo modo di leggere il bisogno e di fornire risposte alle persone, emerge una figura d'infermiere nuovo, che, cercando di "mettersi nei panni" degli individui, si pone in una posizione di interprete e di mediatore culturale. Ciò si rende oggi necessario, vista la complessità culturale della nostra società, in cui le differenze culturali incideranno sempre più pesantemente sulla definizione del bisogno, nonché sulle possibili riposte da attivare. Se mediare può essere tradotto come processo per rendere compatibili le diversità attraverso l'esplicitazione di ciò che non è noto, perchè estraneo al proprio sistema di riferimento, l'infermiere dovrà imparare a guardare con occhi diversi la realtà, utilizzando metodi e strategie d'approccio ai problemi, che facilitino la comprensione dell'utente e del contesto in cui vive per attivare percorsi e procedure d'intervento condivisi. L'infermiere professionale, nell'esercizio della professione, si ritrova così a svolgere funzioni di interfaccia mediazione a più livelli: tra se stesso e l'utente, tra medico e utente, tra questo e la famiglia, tra differenti personalità, classi sociali, generazioni, tra culture regionali, tra diverse etnie. Gli strumenti più importanti che può utilizzare, per costruire una relazione

terapeutica interculturale, e che siano d'aiuto nella mediazione sono la comunicazione, l'ascolto l'osservazione.[12]

Tra tutti gli operatori sanitari coinvolti nel sistema sanitario, gli infermieri possono essere considerati una delle figure che agiscono in prima linea nel rapporto con le persone straniere. La crescita continua della popolazione straniera fa sì che gli infermieri debbano entrare in relazione con un numero crescente di pazienti appartenenti a svariate etnie. L'identità dell'infermiere appare sempre più orientata in senso professionale, assolvendo compiti di tipo curativo, palliativo, riabilitativo e di educazione alla salute. Nel rapporto con il paziente, mette in campo tante capacità tecniche, quante capacità umane e relazionali.[13]

Questa figura interviene a 360° nella cura di un individuo, a partire dalle pratiche strettamente clinico-assistenziali fino ad arrivare alla spiegazione di problemi sociali o burocratici che può incontrare un paziente. L' infermiere è presente quotidianamente e grazie alle conoscenze e competenze che acquisisce nel corso della sua carriera, riesce ad offrire un'assistenza più completa possibile, capace di superare anche le barriere culturali.

---

[12] Sandra Bombardi. *Progettare la formazione dell'infermiere. La cultura al centro della professione infermieristica.* Franco Angeli (1 gennaio 2000).

[13] Alessandro Stievano, Alessia Bertolazzi. *Nursing transculturale: un confronto tra infermieri italiani e sudamericani.* Franco Angeli (6 novembre 2012).

Prendersi cura dell'altro diviene il punto cruciale, significa entrare in empatia con gli altri, comprendere le loro ragioni, ascoltare le loro storie, dare speranza ai loro sogni. Non solo, questo implica anche accoglierle, rispettarle, dare loro serenità e certezza. In quest'ottica tutti gli operatori sanitari devono tener presente cosa significhi prendersi cura dell'altro, allargando i propri orizzonti e confini, a queste figure viene chiesto di ricevere persone e dare assistenza, non facendo coincidere la persona con la malattia.

La competenza professionale dell'operatore sanitario deve essere adattata al bisogno relazionale dell'utente, perciò l'acquisizione da parte dell'infermiere di conoscenze mutate dall'antropologia culturale, dal nursing transculturale ed interculturale e dalla psicologia relazionale, associate alla conoscenza di specifici aspetti etico-deontologici e della normativa vigente in materia di immigrazione, può ottimizzare le prestazioni erogate agli utenti stranieri.[14]

3.3 Il ruolo del mediatore

La mediazione transculturale viene definita come un processo complesso di conoscenze, di pratiche, di cure e di prendersi cura, di declinazioni vastamente attive. Senza abbandonarne il carattere originario, coloro che si confrontano con lo sviluppo del dialogo possono coerentemente privilegiare le comunicazioni tra

[14] Angelo Antonio Gambera, Anna Rita Marucci, Marcello Pezzino. *Assistenza infermieristica su base multietnica*. Professioni infermieristiche, 61(4), 2008.

saperi ed esperienze, tra nuove teorie e inedite applicazioni. Viene inoltre considerata come un'alleanza terapeutica all'interno dell'equipe sanitaria, entro cui gli operatori sono una sorta di rete di protezione che coinvolge tutti, dalla persona migrante al mediatore transculturale.

Il mediatore transculturale è un referente essenziale, una risorsa in un contesto di lavoro, integrazione o costruzione e che si esprime nella sua capacità di decodificare le espressioni. Con la sua presenza riqualifica l'ambiente, in un certo senso fa respirare aria di casa, il luogo di cura diventa così rassicurante e familiare. È una figura che può essere considerata come un "ponte" e creatrice di legami tra soggetti diversi, ma può essere visto anche con la funzione di porre rimedio, di attenuar le tensioni e smussare le dissonanze.[15]

Nell'ambiente sanitario il mediatore è una figura indispensabile, per gli immigrati è fondamentale per poter accedere ai servizi, per poter essere guidati durante il percorso di guarigione e per far sì che una persona ospedalizzata possa sentirsi a proprio agio. Si instaura una relazione proficua e rispettosa dei valori che una cultura trasmette, modelli diversi di cura di sé chiedono, infatti, di essere conosciuti e riconosciuti.

La mediazione si occupa di far rispettare le regole e di promuovere l'uso dei servizi e delle risorse in maniera adeguata. Il mediatore transculturale, può

[15] Il nursing transculturale. Collegio IPASVI BAT.

essere considerato come uno strumento per affrontare la sfida di oggi, quella di una completa integrazione sociale di questi nuovi cittadini e per quel che riguarda la sanità, garantire loro una reale fruibilità dei servizi e delle prestazioni. Questa figura nasce dall'esigenza di conciliare più di un interesse e di salvaguardare anche alcuni valori culturali e religiosi e peculiarità delle numerose comunità immigrate. Non riconoscere e non valorizzare tale ruolo e l'utilità sociale che deriva dal suo operato, vuol dire ignorare la complessità del fenomeno dell'immigrazione.

Il linguaggio rimane il principale veicolo di comunicazione, fondamentale per costruire un'alleanza, ottenere informazioni, comprendere il funzionamento e lo stato di salute di un paziente. La conoscenza del contesto socioculturale del paziente risulta fondamentale e questo dà centralità alla figura del mediatore nella sua funzione traduttore della cultura e del contesto sociale. Il lavoro di traduzione e di mediazione sono distinti, anche se parzialmente sovrapposti. Non hanno gli stessi compiti, infatti il traduttore non fa altro che riportare in un'altra lingua ciò che un individuo pronuncia; il mediatore oltre a svolgere il ruolo di traduttore, deve conoscere i contesti culturali entro cui opera ed essere in grado di confrontarsi con lo straniero.

La mediazione rappresenta un passaggio fondamentale per assicurare un ugual accesso alla cura e all'educazione. Nella pratica clinica l'interprete, viene

integrato come membro dell'equipe. Durante un colloquio transculturale, si stabilisce una relazione tra mediatori e pazienti, nella quale vengono trasmesse le informazioni utili. È inevitabile però che il mediatore inserisca almeno in minima parte la propria conoscenza e prospettiva all'interno dell'interazione sia con un linguaggio verbale che non. È comunque necessario un livello base di neutralità professionale, che permetta di focalizzarsi sui bisogni del paziente e l'abilità di essere sensibili al complesso impatto della malattia.[16]

I mediatori vengono scelti sulla base delle proprie competenze linguistiche, è molto importante però, considerare altre loro caratteristiche che includono: l'età, il genere, il livello socioeconomico, il livello educativo, l'appartenenza etnica e la religione. Il mediatore e l'operatore devono collaborare, per ottenere un miglior risultato possibile. È importante discutere dei potenziali conflitti con il mediatore, stabilire un rapporto di fiducia con tutti i membri dell'equipe e non trascurare nulla durante i vari colloqui.

Ad oggi non è ancora possibile affermare che i mediatori culturali godano di un reale riconoscimento sociale, in ambito sanitario, del proprio lavoro e i tentativi di rendere gli interpreti parte della routine della pratica clinica rischiano di fallire in assenza di un tale riconoscimento. La letteratura mostra come un corretto utilizzo di mediatori riduca i costi e migliori la qualità di cura: i pazienti

[16] Mediazione e approccio transculturale (APP training 2017).

che non sono assistiti e trattati in modo adeguato a causa di una mancanza di comunicazione possono andare avanti nel ricercare cure aggiuntive nel tentativo di trovare una cura adeguata. Questo è importante non solo per una singola istituzione ma per tutto il sistema curante e per l'intera società. Le ricerche mostrano che si risparmia almeno il 40% di tempo qualora si lavori con un mediatore. I mediatori necessitano di un training specifico relativo allo stato di salute generale ed a livello educativo. I mediatori possono trovare il lavoro in questi contesti particolarmente faticoso o stressante, per esempio per l'alto carico emotivo. I mediatori che lavorano con i bambini e le famiglie necessitano di un training aggiuntivo per poter essere in grado di rivolgersi al bambino in un modo appropriato all'età e per dare informazioni corrette relativamente al linguaggio verbale e non verbale del bambino. Il linguaggio è solo un aspetto della cultura e lavorare con i mediatori deve essere integrato con formazioni più ampie in competenza culturale e avrà esito positivo se l'incontro clinico sarà vissuto come un processo di comunicazione e negoziazione all'interno di un contesto sociale[17].

Gli operatori che svolgono l'accoglienza giocano un ruolo fondamentale nella comprensione delle esigenze comunicative e linguistiche dell'utente. È fondamentale che l'operatore all'accoglienza specifichi all'utente che i membri

[17] Mediazione e approccio transculturale.(APP training 2017)

della famiglia non dovrebbe assumere il ruolo di mediatori professionali. L'utilizzo di mediatori informali (quali membri della famiglia, amici o altri operatori utilizzati come mediatori) è fortemente sconsigliata perché ha conseguenze negative potenzialmente serie. I membri della famiglia rischiano di diventare i principali interlocutori durante l'incontro, rispondendo al posto del paziente possono, per esempio, decidere di non comunicare delle parti del discorso dell'utente perché pensano che esulino dall'interesse degli operatori oppure non tradurre alcune affermazioni degli operatori in modo da controllare le decisioni del proprio parente. Ad esempio nel caso di un adulto che medi per un altro membro della famiglia, un marito che medi per la moglie, vi è il rischio di non poter avere una prospettiva esterna all'utente, come quella fornita dal mediatore. Infine, per poter garantire un'alleanza di lavoro e una continuità di cura, è buona pratica lavorare con lo stesso mediatore per uno stesso utente. La continuità è importante per rafforzare la squadra di lavoro fra operatori e mediatore. Per gli utenti i cambiamenti nell'equipe di lavoro possono causare stress e disorientamento; i pazienti sviluppano alleanza e attaccamento con l'interprete e una sostituzione brusca può causare una perdita di fiducia e di sicurezza[18].

[18] Mediazione e approccio transculturale (APP training 2017).

3.4 L'azione sinergica per raggiungere il risultato

Migliorare i risultati sanitari e l'assistenza stessa sono degli obiettivi fondamentali per raggiungere un livello di salute ottimale. Il benessere riguarda la sostenibilità, la fiducia e la continuità, che sono tutti elementi indispensabili per erogare cure.

Il lavoro di équipe è la chiave per ottenere il miglior risultato possibile. L'assistenza sanitaria si compone di tutte quelle figure che possono rotare intorno ad un paziente, come il medico e [19]l'infermiere, ma non solo, OSS, fisioterapisti, assistenti sociali e molti altri. Sono dei professionisti che con il proprio lavoro contribuiscono a migliorare lo stato di salute del malato.

Lavorare in équipe non significa annullare la specificità dei compiti, essendo le differenze tecniche contributo fondamentale alla qualità del servizio da offrire. Pur mantenendo distinte le attività relative alle specifiche competenze, è necessaria una flessibilità che garantisca che alcuni compiti accoglienza, formazione e conduzione di gruppi educativi e operativi possano essere svolti da tutti, indipendentemente dalle diverse professionalità. Nel lavoro multidisciplinare, ogni figura professionale, pur integrandosi con le altre, mantiene un ruolo centrale e pari dignità, per potenziare l'intervento mirato al raggiungimento degli obiettivi prefissati. La qualità dell'assistenza sanitaria è

direttamente proporzionale alla qualità delle relazioni interpersonali tra le diverse figure professionali dell'équipe integrata e delle relazioni con i pazienti. Il processo di inserimento delle équipe multiprofessionali nell'assistenza ospedaliera va fatto con gradualità e le difficoltà si superano tramite l'informazione, l'educazione continua e la comunicazione interpersonale all'interno del gruppo. Conoscere i limiti della propria professionalità e i confini del proprio ruolo è una prerogativa importante quanto l'apertura ad un autentico interesse nell'ascolto dell'altro nella sua dimensione personale e tecnica[20].

A livello transculturale si devono sviluppare delle competenze che vengono considerate come degli strumenti per gestire gli ostacoli organizzativi, strutturali e clinici all'accesso dalla fornitura di assistenza sanitaria. La competenza culturale è quel mezzo che permette di colmare le distanze culturali, è necessaria per conciliare i divergenti punti di vista tra operatori e pazienti, permette di condividere un linguaggio comune e di far emergere nuovi significati in ambito clinico.

Centrale diviene il ruolo del mediatore che mette in comunicazione tutta l'équipe con il paziente e viceversa, la collaborazione si carica di un significato ancora maggiore quando si è difronte ad un assistito straniero, in quanto sono

[20]http://www.healthdialogueculture.org/it/convegni/congresso-internazionale-2007/199-equipe-multiprofessionale-e-qualita-dellassistenza-in-ospedale.html (consultato in data 10/03/20).

presenti maggiori barriere. Superare gli ostacoli presenti durante il percorso di cura richiede un sapere specifico a livello culturale, che va ad eliminare le disuguaglianze e dà spazio all'omogeneità. L'infermiere che è una delle figure centrali che entra in campo quotidianamente per superare le diversità, ma anche questo professionista ha bisogno di sviluppare delle competenze, così come il medico e le altre figure presenti a livello sanitario. La competenza culturale è una sfida, non include solo la consapevolezza dell'eterogeneità di bisogni dei pazienti, ma richiede anche una certa consapevolezza della natura culturale, della pratica medica stessa, compresi i pregiudizi, assunti e valori istituzionali [21]. Questo è un punto di partenza per tutti i professionisti sanitari, da dover tener conto sempre, così da fornire una migliore assistenza.

21A David Napier, Clyde Ancarno, Beverley Butler, Joseph Calabrese, Angel Chater, Helen Chatterjee, François Guesnet, Robert Horne, Stephen Jacyna, Sushrut Jadhav, Alison Macdonald, Ulrike Neuendorf, Aaron Parkhurst, Rodney Reynolds, Graham Scambler, Sonu Shamdasani,Sonia Zafer Smith, Jakob Stougaard-Nielsen, Linda Thomson, Nick Tyler, Anna-Maria Volkmann, Trinley Walker, Jessica Watson,Amanda C de C Williams, Chris Willott, James Wilson, Katherine Woolf The Lancet Commissions: Cultura e salute.

Capitolo 4: L'APPROCCIO ALLA TERAPIA DEL PAZIENTE IMMIGRATO CON PATOLOGIE CRONICHE.

Per valutare l'approccio transculturale necessario nell'ambito dell'Area Vasta 4, abbiamo pensato di analizzare la popolazione straniera ricoverata nella UOC di Malattie Infettive.

Abbiamo pertanto analizzato retrospettivamente le diagnosi di dimissione dei pazienti stranieri ricoverati dal 2015 al 2019.

Nell'arco di tempo preso in considerazione sono stati ricoverati circa 277 pazienti, con una distribuzione annua come riportato nella figura (Fig.14).

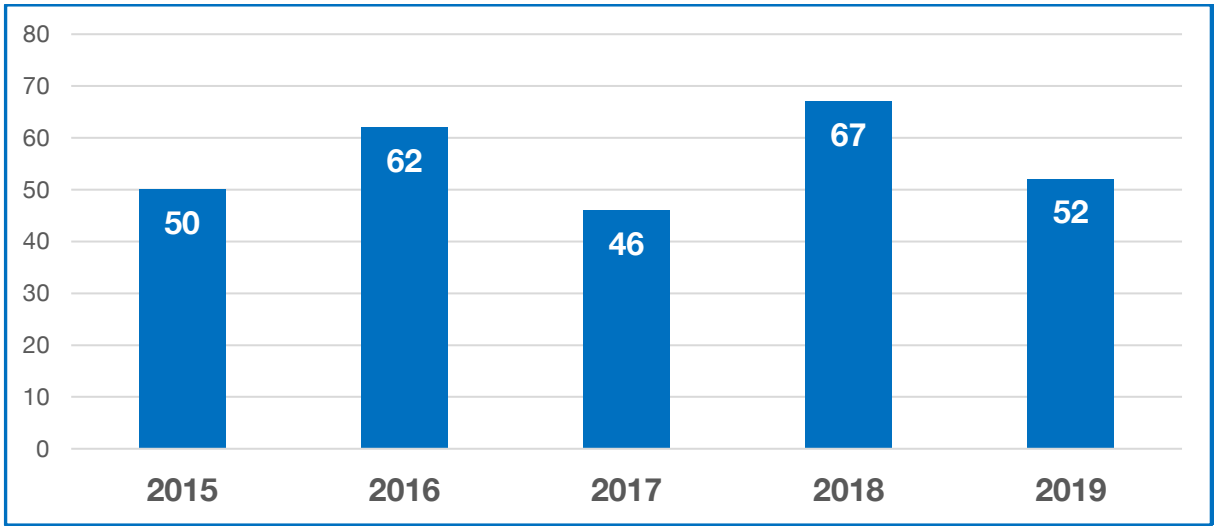

Fig.14 Numero/anno dei pazienti stranieri ricoverati presso la UOC di Malattie Infettive AV4, dal 2015 al 2019.

Per 246 pazienti era nota la nazionalità che vediamo rappresentata nel grafico sottostante. Come possiamo vedere, nella nostra realtà il numero maggiore dei

pazienti stranieri ricoverati è di origine africana (42%), una quota rilevante è data anche da soggetti provenienti dall'Est-Europa (27%), prevalentemente rumeni ed albanesi, e da soggetti di origine asiatica (22%), prevalentemente cinesi, afgani ed indiani (Fig.15).

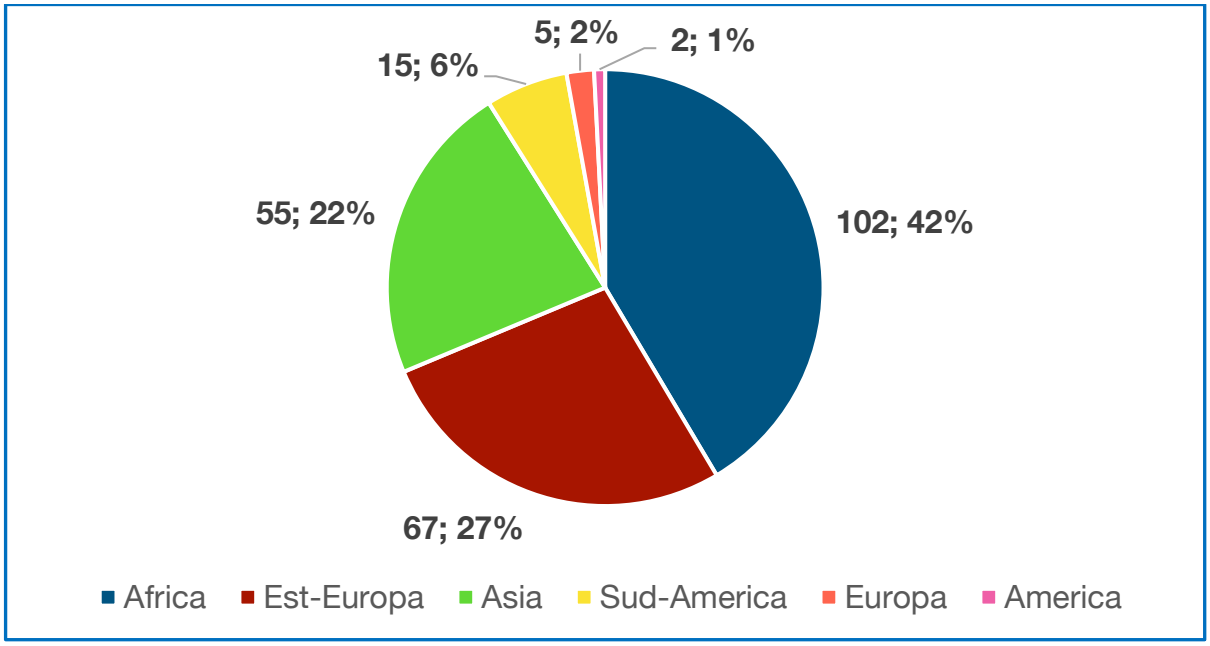

Fig.15 Nazionalità dei pazienti stranieri ricoverati presso la UOC di Malattie Infettive AV4, dal 2015 al 2019.

Nel grafico sottostante possiamo vedere come è variata negli anni la nazionalità dei pazienti ricoverati. Osserviamo che il numero dei soggetti africani è generalmente sempre più alto, soprattutto nel 2016, verosimilmente legato al flusso migratorio che in quell'anno fu molto alto. Tutto sommato stabile è il numero dei soggetti provenienti dall'Est Europa, mentre sono aumentati i pazienti provenienti dall'Asia (Fig.16).

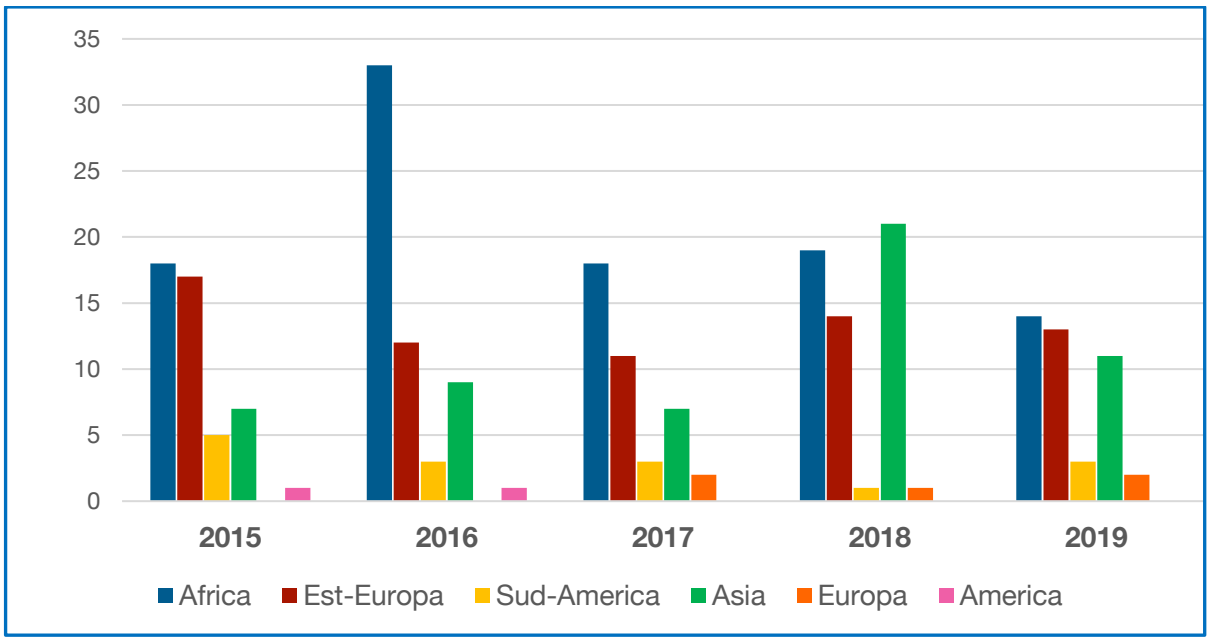

Fig.16 Nazionalità dei pazienti ricoverati presso la UOC di Malattie Infettive AV4, dal 2015 al 2019

Il grafico sottostante chiarisce ulteriormente questo andamento temporale (Fig. 17).

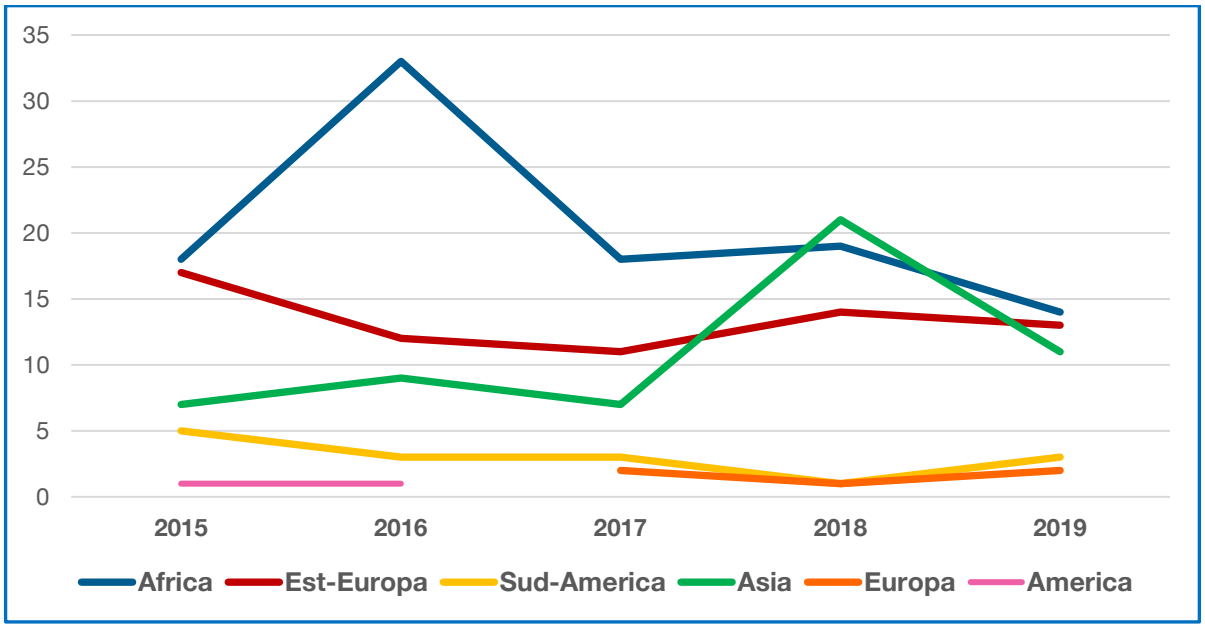

Fig. 17 Andamento temporale dei pazienti stranieri ricoverati nella UOC di Malattie Infettive AV 4, dal 2015 al 2016

Si tratta mediamente di soggetti giovani, infatti le classi di età maggiormente rappresentate sono quelle tra i 20 e i 50 anni. Gli africani hanno un'età media più giovane, 30 anni, rispetto ai soggetti provenienti dall'Asia o dall'Est-Europa rispettivamente 35 e 43 anni (Fig.18).

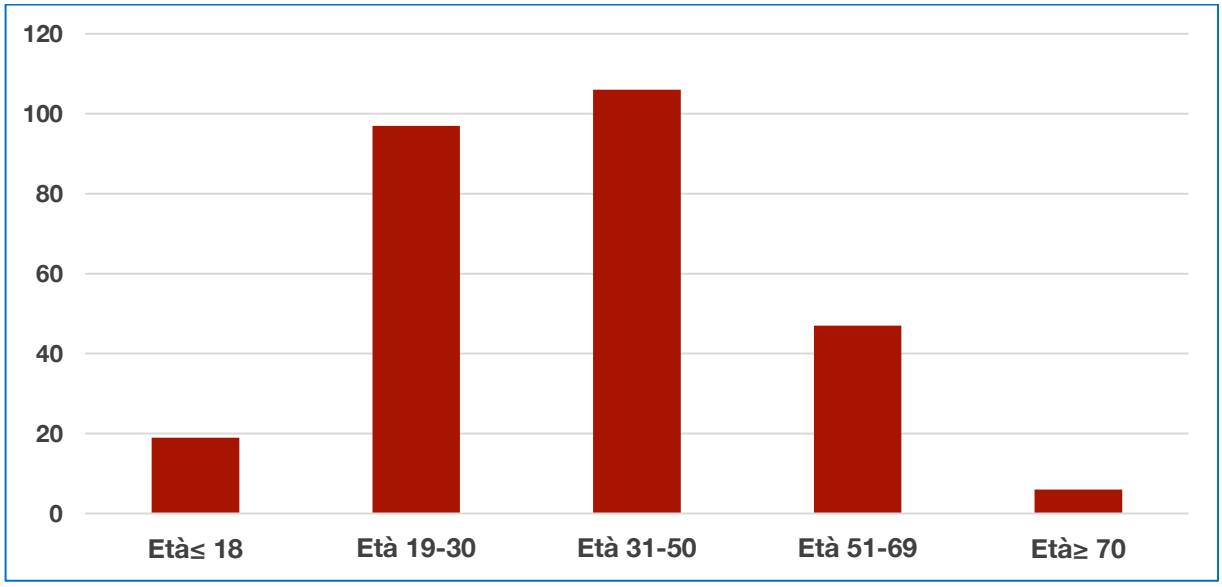

Fig.18 Rappresentazioni delle classi di età dei soggetti stranieri ricoverati presso la UOC di Malattie Infettive AV4, dal 2015 al 2019

Le principali diagnosi di dimissione sono state la tubercolosi, la polmonite, la sepsi e le malattie del fegato, principalmente la cirrosi. Se consideriamo la tubercolosi, le epatiti croniche, la cirrosi e l'infezione da HIV queste rappresentano circa il 35% di tutte le diagnosi (Fig.19).

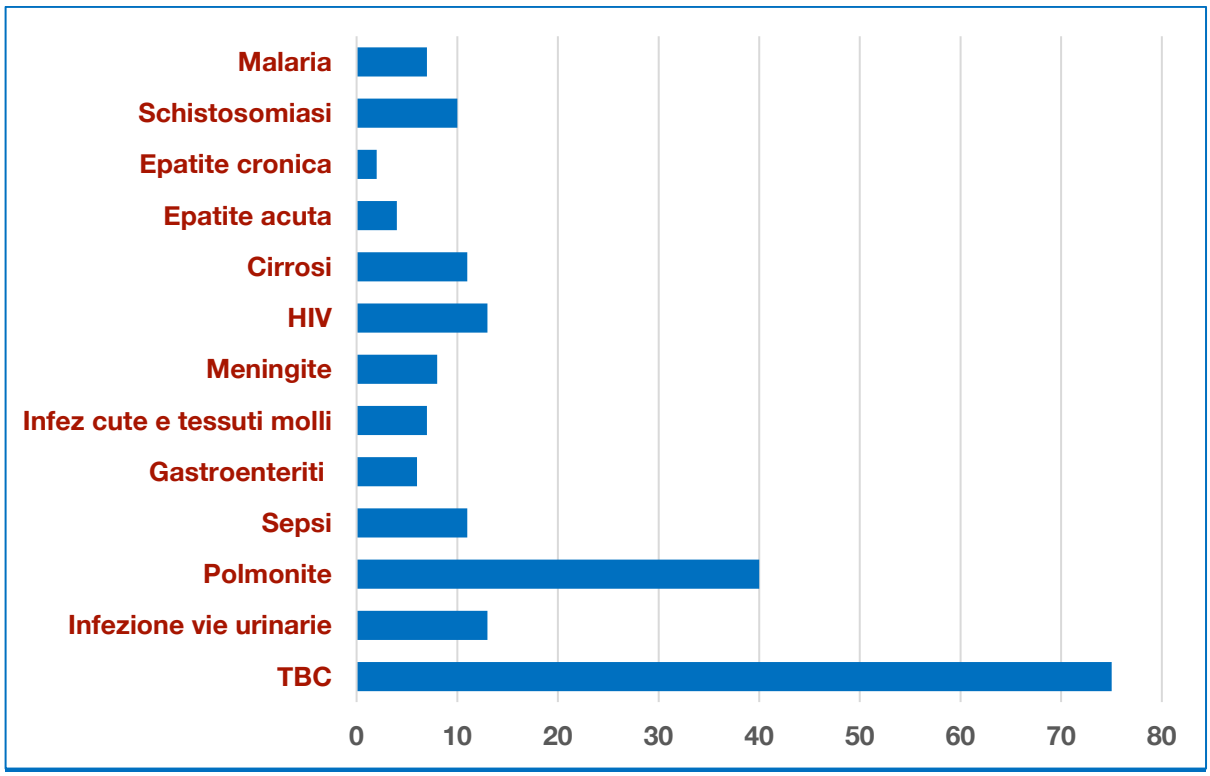

Fig.19 Principali diagnosi di dimissione dei pazienti stranieri ricoverati nella UOC di Malattie Infettive AV 4, dal 2015 al 2019

La durata media del ricovero è stata di 13 giorni, solo negli ultimi due anni è stata di circa 16 giorni. Questo tempo più lungo è verosimilmente legato ad un aumento del numero di casi di tubercolosi, come riportato nel grafico sottostante (Fig.20).

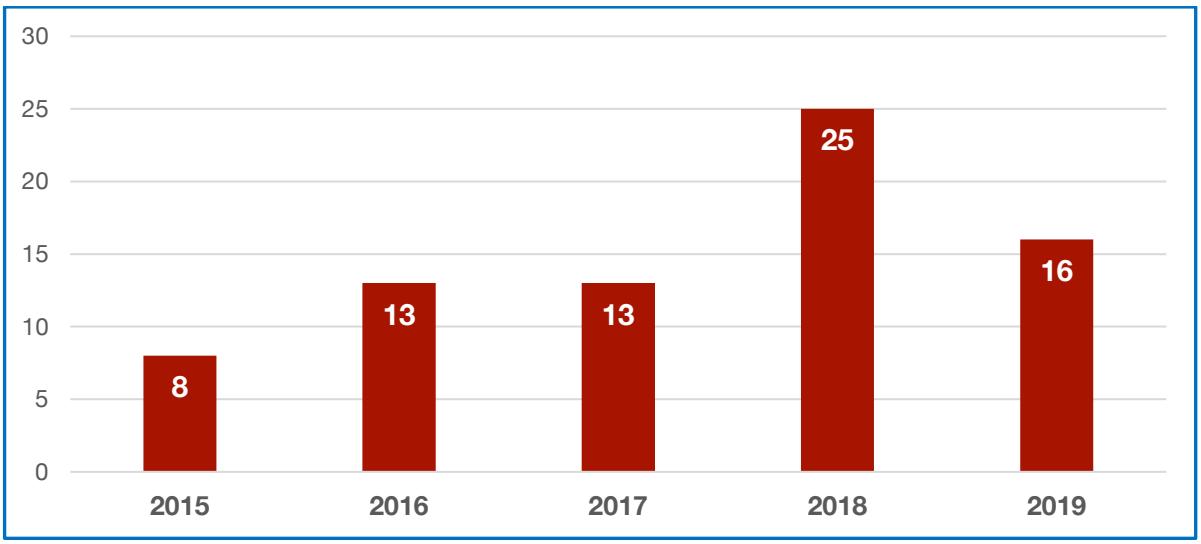

Fig. 20 Distribuzione negli anni dei casi di tubercolosi di pazienti stranieri ricoverati nella UOC di Malattie Infettive AV 4, dal 2015 al 2019

Da un'ulteriore analisi abbiamo visto che il 30% di tali pazienti presenta delle comorbidità come l'HIV, ipertensione, il diabete, presentandone a volte anche più di una (Fig.21).

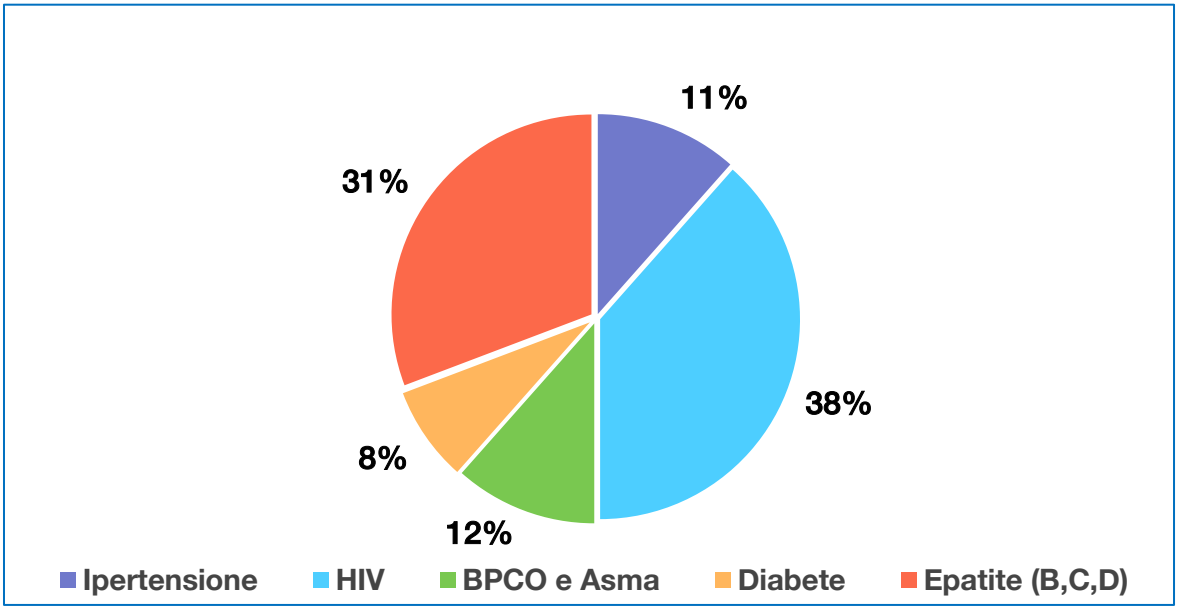

Fig.21 Comorbidità nei pazienti stranieri ricoverati nella UOC di Malattie Infettive AV4, dal 2015 al 2019

CONCLUSIONI

E'evidente che un approccio transculturale come quello descritto dalla Leininger non deve essere pensato esclusivamente per soggetti stranieri, ma deve essere rivolto ad ogni persona che incontriamo nell'esercizio della nostra professione sanitaria. Tale approccio transculturale ci permette di guardare un paziente nella sua totalità, tenendo conto del suo livello culturale, socio-economico e della sua religione, così da non ridurre la persona alla sola malattia.

Sicuramente per quanto riguarda il paziente straniero un'accoglienza transculturale ha una valenza maggiore in quanto spesso, tale soggetto si trova ad affrontare il percorso di diagnosi e cura da solo, senza il supporto familiare e spesso senza un'adeguata comprensione della patologia di cui è affetto e delle possibili implicazioni e complicanze.

In questi anni è emersa la figura del mediatore culturale, troppo spesso ridotto a ad un semplice traduttore, e che invece rappresenta un ponte di conoscenza reciproca.

Se guardiamo alla nostra casistica abbiamo una popolazione straniera eterogenea, per lo più giovane destinata a variare negli anni.

La patologia maggiormente rappresentata è la tubercolosi. Si tratta di un'infezione che necessita di un periodo di ricovero a volte lungo e la cui cura, alla dimissione, si protrae per mesi. E'chiaro che il tempo trascorso in ospedale

diventa un periodo prezioso per favorire l'aderenza del paziente alla cura e a favorire un processo di integrazione.

Quindi un infermiere culturalmente consapevole si adopera per mettere in atto tutte le strategie necessarie a far comprendere la malattia in atto, il processo diagnostico intrapreso e la cura, in un'azione sinergica con altri operatori sanitari. Contribuisce ad addestrare il paziente ad una corretta assunzione dei farmaci trattandosi di un trattamento, per i primi due mesi, con 4 farmaci due dei quali devono essere assunti 3 volte al giorno, la terapia poi prosegue per altri 4 mesi a due farmaci.

La non aderenza alla terapia da parte del paziente è tanto più rilevante nella gestione delle patologie croniche, pensiamo alla patologia epatica cronica e all'infezione da HIV. In entrambi i casi si tratta di infezioni per le quali è necessaria l'assunzione di una terapia a lungo termine con un follow-up clinico ed ematobiochimico necessario a valutarne l'efficacia e gli eventuali effetti collaterali.

In molti casi la mancata aderenza porta ad un fallimento terapeutico che ha, inevitabilmente ripercussioni socio-economiche, può portare ad un ulteriore ricovero, oltre alla possibile trasmissione dell'infezione.

Quindi un approccio transculturale fornisce indicazioni su come approcciarsi alle differenti culture e credenze in maniera tale da attuare una visione globale

della persona ed un approccio olistico che si focalizzi sull'individuo considerando il contesto ambientale, sociale e culturale da cui proviene.

BIBLIOGRAFIA

- AA. VV. Gennaro Rocco, Costantino Cipolla, Alessandro Stievano, *La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale,*Franco Angeli editore 2015*;*

- APP training 2017, *Mediazione e approccio transculturale;*

- Aru Narayanasamy, *Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs?,* British Journal of Nursing (2003)*;*

- Collegio IPASVI BAT, *Il nursing transculturale: salute e assistenza nella multiculturalità* (2012)*;*

- Collette Loftin, Vicki Hartin, Marietta Branson and Helen Reyes, *Measures of Cultural Competence in Nurses: an integrative review,* Hindawi J. Telfar Editor (2013) *;*

- ISPI. Istituto per gli studi di politica internazionale;

- Mateus Rotta, *Health Dialogue Association: équipe multiprofessionale e qualità dell'assistenza in ospedale,* Health Dialogue Culture (2011)*;*

- Medeleine Leininger, Marilyn R. McFarland, *Infermieristica transculturale,* Editore CEA (2004);

- PubMed Amiri R, Heydari A, Dehghan-Naveri N, Vedadhir AA, Kareshki H, *Challenges of Transcultural Caring Among Health Workers in Mashhad-Iran: a qualitative study;* Global Journal of Health Science; Vol. 8, No. 7; 2016

- Rapporto ISTAT 2019;

- Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. 2018;

- S. Geraci, G. Baglio, A. Burgio, *Rapporto osservasalute* 2017;

- Saidy Eliana Arias Murcia, Lucero Lopez, *The experience of nurses in care for culturally diverse families: a qualitative meta-synthesis,* Pubmed Rev Lat Am Enfermagem 2016.;

- Sandra Bombardi, *Progettare la formazione dell'infermiere. La cultura al centro della professione infermieristica,* Franco Angeli Editore 2000;

- S. Brenna, A. Oliveira Silva, *Revisione e sintesi dei modelli teorici del nursing che supportano l'assistenza infermieristica in un contesto multietnico,* Vol.24,n 2, 2012 Sezione Nefrologia infermieristica in collaborazione con Società Infermieri Area Nefro *;*

- The Lancet Commissions, *Cultura e salute.*

SITOGRAFIA

-https://www.lenius.it/immigrazione-in-italia/ (consultato in data 10/01/20).

-https://www.istat.it/ (consultato il data 10/01/20).

-http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2019/12/Focus_6_2019-sanità.pdf (consultato in data 16/01/20).

-https://www.sprar.it/ (consultato in data 15/01/20).

-https://www.mediatoreinterculturale.it/transcultura/ (consultato in data 16/01/20).

-http://www.healthdialogueculture.org/it/convegni/congresso-internazionale-2007/199-equipe-multiprofessionale-e-qualita-dellassistenza-in-ospedale.html (consultato in data 10/03/20).

ALLEGATI

Fermo, li 09/12/19

ASUR MARCHE AREA VASTA 4 — FERMO

Al Direttore Medico Presidio Ospedaliero
Dott.ssa Anna Fiorenza Padovani

Al Dirigente Area inf.ca/ Ostetrica —SPS
Dott. Renato Rocchi

Al direttore della UU.OO. :

- Malattie Infettive

All'infermiere coordinatore della UU. OO. :

- Malattie Infettive

LORO SEDI

Oggetto: richiesta autorizzazione alla consultazione di dati sensibili e personali nel reparto delle malattie infettive, riguardo l'aderenza alla terapia in pazienti con malattie croniche.

Io sottoscritta Vanessa Buratti,

nata a Fermo il 23/08/97 e residente a Grottazzolina, via Montottonese sud 32, studentessa del Corso di Laurea in Infermieristica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, sede Fermo,

Al fine di elaborare e discutere la tesi di laurea nella sessione di Aprile 2020, chiedo alle S.S.L.L l'autorizzazione alla consulta dei dati relativi all'ambulatorio delle malattie infettive, che si incentrerà sulle seguenti tematiche:

- Conoscere la tipologia di popolazione che soffre di queste patologie
- Comprendere le difficoltà presentate dai pazienti
- Nursing transculturale: assistenza ai pazienti stranieri affetti da patologia infettiva
- Analisi dei mezzi più efficaci per l'adesione alla terapia
- Conoscenze infermieristiche sul trattamento di patologie infettive
- Influenza della cultura nel percorso di cura.

Tutti i dati, trattati rispettando la normativa sulla privacy, verranno sottoposti all'analisi statistica descrittiva che verrà inserita nella mia Tesi di Laurea.

Cordiali saluti.

Firma studentessa.....

VISTO DIRETTORE ADP Dott. Adoriano Santarelli

IL DIRETTORE
delle Attività Didattiche Professionalizzanti
del Corso di Laura in Infermieristica
(sede di Fermo)
Dr. Adoriano SANTARELLI

Si Autorizza

Il Direttore Medico Presidio Ospedaliero Dr.ssa A. F. Padovani

Regione Marche A.S.U.R.
Area Vasta n.4 - Fermo
DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA
Dott. Fabrizio SANTILLO
Cod. Fisc.: SNT FRZ 66S17 G482A

Il Direttore UOS Area Infermieristica– Ostetrica – SPS Dr. R. Rocchi

Regione Marche A.S.U.
Area Vasta n.4 - Fermo
SERVIZIO PROFESSIONI SA
U.O.C. Area Infermieristica
Direttore Dr. Renato R
Tel. 0734 625.2930 - Fax.073
e-mail: renato.rocchi@sanit

Il Direttore U.O. Malattie Infettive Dr. G. Amadio Nespola

Regione Marche A.S.U.R.
area vasta n.4 - Fermo
U.O.C. MALATTIE INFETTIVE
DIRIGENTE MEDICO
Dott. Giorgio AMADIO NESPOLA
Cod.Fisc.: MDN GRG 59L04 Z700O
Tel. 0734.62511

L'infermiere coordinatore della U.O.C Malattie Infettive Dr. G. Beltrami

Regione Marche A.S.U.R.
Area Vasta n.4 - Fermo
U.O.C. MALATTIE INFETTIVE
Coordinatore Infermieristico
Giampietro BELTRAMI