



LO SPAZIO DELLE TESI

INFERMIERISTICA TRANSCULTURALE, FLUSSI MIGRATORI E SALUTE MENTALE: UN'INDAGINE DESCRITTIVA SULLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

Alessia Albano¹

Relatore: Dott.ssa Livia Bicego; Correlatore: Dott. Angelo Dante

ISSN: 2283-8961

INTRODUZIONE

I dati Istat, alla data del 1° gennaio 2014, attestano che sono regolarmente presenti in Italia 3.874.726 cittadini non comunitari, pari al 7,4% della popolazione totale, con un incremento, rispetto all'anno precedente, del 3%. I dati delle statistiche ufficiali, come è ovvio, non comprendono gli stranieri che non hanno ancora il permesso di soggiorno, definiti presenti “irregolarmente” sul territorio nazionale. La Fondazione Ismu pubblica ogni anno una stima degli stranieri irregolari che nel 2013 (dato più recente) si aggirava intorno a 294 mila (il 6% del totale delle presenze).

Appare dunque chiaro che la presenza di stranieri in Italia è significativa e in aumento nel tempo. Il cittadino straniero residente in Italia con o senza regolare permesso di soggiorno ha diritto all'assistenza sanitaria gratuita.

¹ Università degli studi di Trieste Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute. Corso di Laurea in Infermieristica

Gli infermieri - che generalmente rappresentano il primo contatto con una struttura sanitaria – e tutti i professionisti sanitari, sono e saranno sempre più chiamati ad assistere persone straniere.

Studi condotti in Italia (Festini et al., 2009) dimostrano che gli infermieri hanno difficoltà ad assistere persone straniere a causa della presenza di barriere linguistiche e culturali.

Ne consegue che, se gli infermieri non hanno le conoscenze (tranne in rari casi, non esistono corsi di formazione specifici) e i mezzi per assistere le persone straniere (mancanza di mediatori culturali), non saranno in grado di fornire una competente ed appropriata assistenza infermieristica (Festini et al. 2009).

Studi significativi hanno inoltre evidenziato una importante correlazione tra persone immigrate in difficili situazioni socio-economiche e disturbo nell'area della salute mentale (Bhugra, 2004).

L'area psichiatrica rappresenta un setting molto complesso in cui le competenze infermieristiche nell'assistenza ai diversi quadri psicopatologici, dovrebbero accordarsi e coniugarsi con il sapere nell'area dell'assistenza transculturale.

Il mio studio intende coniugare la volontà di analizzare ed approfondire la tematica della preparazione degli infermieri per quanto riguarda un'assistenza culturalmente adeguata con la tematica dell'insorgenza del disturbo mentale in persone straniere.

L'obiettivo del mio studio è esplorare le esperienze degli infermieri nell'incontro con l'utenza dei servizi di salute mentale provenienti da culture diverse. Si vogliono inoltre rilevare le modalità formative adottate dagli infermieri e sondare la percezione riguardo la propria preparazione.

A tal fine ho replicato uno studio precedentemente condotto in America da Cang-Wong et al. (2009), anche allo scopo di poter paragonare i risultati.

È stato somministrato un questionario a partecipazione volontaria agli infermieri della Struttura Operativa del DSM dell'ASS1 Triestina.

La tesi è divisa in 5 capitoli; nei primi capitoli ho contestualizzato il mio lavoro, negli ultimi due descrivo il mio studio.

Nel primo capitolo ho voluto inquadrare il problema in generale fornendo alcune brevi e certamente non esaustive informazioni sui dati demografici degli stranieri in Italia, sulle dinamiche migratorie, sull'accesso ai servizi sanitari e sulle principali patologie da loro presentate.

Nel secondo capitolo ho voluto inizialmente definire e un inquadrare in modo generale la disciplina dell'infermieristica transculturale e la teoria di Leninger, sua prima teorica.

Successivamente, analizzando studi condotti in Italia, ho descritto le difficoltà da parte degli infermieri ad assistere persone straniere. Infine mi sono soffermata sulla situazione dal punto di vista formativo in Italia.

Nel terzo capitolo ho riportato gli studi che associano la migrazione e le condizioni socio-economiche al momento dell'arrivo come fattore di rischio per l'insorgenza di un disturbo mentale e ho cercato di dare una panoramica sulla situazione in Italia e le modalità di "cura" adottate.

Il quarto viene dedicato alla presentazione del mio studio e dei risultati ottenuti.

Nel quinto infine si sono discussi gli esiti paragonandoli a quelli dello studio replicato, le difficoltà incontrate e i limiti dello studio stesso.

In conclusione spero che il mio lavoro, nonostante i suoi limiti, risulti utile per capire qual è la formazione degli infermieri (nell'ambito della salute mentale) riguardo l'assistenza infermieristica offerta alle persone straniere e soprattutto se ci sia o meno la volontà di ricevere una maggiore formazione in merito nonché la percezione dell'importanza dell'argomento.

Son convinta che a Trieste, essendo città storicamente multiculturale e d'impronta basagliana, - se ci fosse la volontà - sarebbe possibile attivare un programma di tutto rilievo riguardo tale problematica.

CAPITOLO 2 – I FLUSSI MIGRATORI

- **Premessa**
- **Caratteristiche demografiche e dinamiche migratorie:**
 1. **Caratteristiche demografiche**
 2. **La situazione in FVG**
 3. **Dinamiche migratorie:**
- **I determinanti di salute**
- **Accesso ai servizi**
- **Patologie e ospedalizzazione**

Premessa

I flussi migratori hanno portato con sé persone di origine, religione e lingua diverse, con capacità, abitudini di vita e stato sociale che hanno contribuito a una forte trasformazione culturale e sociale.

La migrazione - definita come lo spostamento di una popolazione verso aree diverse da quella di origine nelle quali ci si stabilisce permanentemente – oggi non è più soltanto un movimento di popoli, ma è divenuta una realtà complessa e globale che mette in moto molte componenti tra cui quelle sociali ed etiche ma anche giuridiche. È bene ricordare che le persone nella maggior parte dei casi cambiano luogo di residenza alla ricerca di *condizioni di vita migliori*, alcuni scelgono di emigrare, altri sono costretti a lasciare la propria casa a causa di persecuzioni politiche, conflitti, calamità naturali o per una serie di altri motivi.

La Costituzione Italiana, all'articolo 32 recita: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti”*

In questo quadro bisogna pensare al concetto di salute, che rappresenta uno dei valori più importanti di ogni comunità. Oggi, garantire un livello di “buona salute” a tutti i cittadini, rappresenta una delle funzioni primarie di ciascuno Stato. Ogni Paese offre

risposte diverse. In Italia la normativa sanitaria ha l'obiettivo di includere a pieno titolo i cittadini stranieri nel sistema di diritti e doveri affinché tutti possano godere delle stesse chances di salute. Il diritto all'assistenza sanitaria è esteso anche alle persone presenti sul territorio del nostro Paese in condizione di irregolarità/ clandestinità (Di Palma, 2012).

Tuttavia, benché la normativa miri a garantire il diritto alla salute per tutti, nella pratica esistono delle barriere all'accesso ai circuiti socio-sanitari, causate da regole amministrative che non attuano a pieno i dettati legislativi. Questo problema emerge con particolare evidenza nel caso di immigrati privi di permesso di soggiorno. Esistono inoltre ostacoli all'accesso che dipendono dalla conoscenza e dalla consapevolezza dei diritti, *consapevolezza assente* tanto negli immigrati, quanto negli operatori socio-sanitari (Di Palma, 2012).

Dall'analisi dei dati riguardanti lo stato di salute degli stranieri in Italia emerge un quadro di una popolazione straniera residente con bisogni di salute abbastanza simili a quelli della popolazione italiana e mediamente in migliori condizioni di salute.

Caratteristiche demografiche e dinamiche migratorie

Un primo passo fondamentale per entrare in relazione con persone straniere è conoscere le caratteristiche demografiche e le dinamiche migratorie degli immigrati nel nostro paese, per evitare di incorrere in equivoci e pregiudizi che possono danneggiare la qualità della relazione (Mazzetti, 2003) e dell'assistenza.

Gli operatori sanitari si trovano a relazionarsi con comunità di migranti diverse in base al paese di provenienza, all'esperienza migratoria vissuta, alla struttura della comunità, la dimensione lavorativa vissuta in Italia, alla posizione dell'immigrato da un punto di vista legale.

Caratteristiche demografiche

Con popolazione straniera residente si fa riferimento alla popolazione di cittadinanza straniera che è iscritta nelle anagrafi comunali. Il termine straniero non è sinonimo di

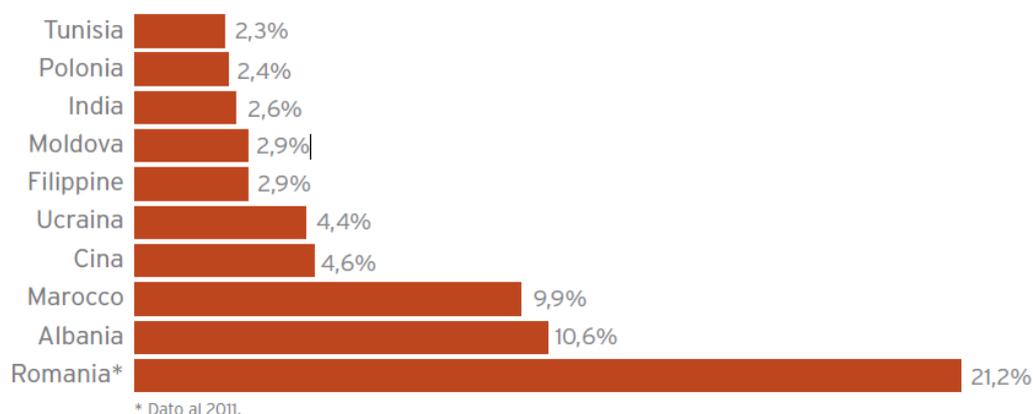
immigrato in quanto tra gli stranieri presenti in Italia ci sono anche le persone provenienti dai Paesi europei o extraeuropei a sviluppo avanzato (PSA), assimilabili, pertanto, agli Italiani per quanto riguarda l'accesso ai servizi sanitari.

Gli immigrati, sono coloro che provengono da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) siano essi appartenenti all'Unione Europea (UE) che extra europei. In questo quadro occorre distinguere tra immigrati regolari, residenti in Italia con cittadinanza in PFPM, e immigrati clandestini/irregolari (STP) con cittadinanza in PFPM e residenza all'estero (Giunti, 2011).

All'inizio del 2013 risiedevano in Italia 59.685.227 persone, di cui 4.387.721 (7,4%) di cittadinanza straniera. La popolazione straniera residente è aumentata di oltre 334 mila unità (+8,2% rispetto all'anno precedente). L'incremento registrato negli anni, nota l'Istat, è dovuto anche all'apporto alla natalità dato dalle donne straniere. Infatti, di pari passo con l'aumento degli immigrati che vivono in Italia, anche l'incidenza delle nascite di bambini stranieri sul totale dei nati ha avuto una notevole crescita.

Per quanto riguarda i cittadini non comunitari, invece, al 1 gennaio del 2013 sono risultati 3.764.236, di cui il 49,3% donne e il 24,1% minori. Sopra le 450 mila presenze si trova prima l'Albania e, a breve distanza, il Marocco. Seguono altre storiche collettività di stranieri che, nell'ordine, sono quella cinese, l'ucraina, la filippina e la moldava. Le prime cinque nazionalità rappresentano oltre il 50% del totale dei stranieri in Italia. (Caritas e Migrantes, XXIII Rapporto Immigrazione 2013).

Cittadini stranieri. Le prime 10 nazionalità. Anno 2012.



FONTE: Caritas e Migrantes. XXIII Rapporto Immigrazione 2013. Elaborazione su dati ISTAT.

La situazione regionale conferma un dato ormai storico, che vede il 61,8% degli immigrati nel Nord, il 24,2% nel Centro e il 14% nel Sud e nelle Isole. La Lombardia si conferma la regione con il maggior numero di presenze (23,4%), seguita dal Veneto (11,1%), dall'Emilia Romagna (11,1%) e dal Lazio (10,9%). La città con il numero maggiore è, invece, quella di Roma che con l'8,7% supera quella di Milano (8,2%) e di Torino (4,5%) (ISTAT 2013).

I dati delle statistiche ufficiali sono basati sulla residenza, e come è ovvio, non comprendono i numerosi stranieri che dimorano “illegalmente” sul territorio nazionale. Al 1° gennaio 2013 l'Ismu (Iniziativa e Studi sulla Multietnicità) stima che non hanno un valido titolo di soggiorno 294mila stranieri. La componente irregolare rappresenta quindi il 6% del totale delle presenze (ISMU 2013, Iniziati e Studi sulla Multietnicità).

Per quanto riguarda i richiedenti asilo invece i rifugiati in Italia alla fine del 2012 erano 64.779 e nel 2012 l'Italia ha ricevuto 15.715 richieste d'asilo. Tra i paesi europei che hanno ricevuto il maggior numero di richieste nello stesso periodo: Germania (77.500, pari al 23% del totale), Francia (60.600, il 18%) e Svezia (43.900, il 13%), Gran Bretagna (28.200 l'8%) e Belgio (28.100 e l'8%). Questi 5 Paesi raggruppano più del 70% di tutte le richieste d'asilo presentate nei 27 paesi UE (ISTAT 2012).

La situazione in FVG

Gli stranieri presenti in Friuli Venezia Giulia sono 102.568 e rappresentano l'8,4% della popolazione. L'Europa dell'Est è la più rappresentata grazie alla Romania (circa 20 mila), all'Albania (13.250) e al Kosovo, Serbia e Montenegro (13.217). Oltre il 72% degli stranieri presenti in regione risiede a Udine e a Pordenone.

Ben oltre la metà della forza lavoro straniera risulta impegnata in attività del terziario dove un lavoratore straniero ogni tre lavora nei servizi domestici presso famiglie e convivenze. Tra luglio 2012 e giugno 2013 sono stati 840 gli immigrati non in regola individuati lungo la frontiera orientale terrestre soprattutto afgani, pakistani, somali ed eritrei. (Caritas e Migrantes, XXIII Rapporto Immigrazione 2013)

Dinamiche migratorie

Demografi e sociologi ci spiegano che i comportamenti dei flussi migratori sono determinati dall'azione più o meno sinergica di due forze che vengono definite “fattori di espulsione” e “fattori di attrazione”.

I fattori di espulsione sono molteplici. Il primo, è la *povertà*, ma (Mazzetti, 2003) è anche il fattore che più facilmente può trarre in inganno. È vero che la maggior parte dei Paesi da cui provengo sono paesi poveri ma a partire non sono sempre i più poveri ma sono al contrario coloro che hanno una certa capacità economica e anche un buon livello culturale. Un secondo fattore di espulsione è l'*urbanizzazione*: la città funziona come un polo d'attrazione ma, allo stesso tempo, la crescita esponenziale della popolazione urbana determina condizioni sociali di vita sempre più difficili. Gli eventi bellici degli ultimi anni ci ricordano un altro dei fattori espulsivi: *le guerre, i disordini sociali e le repressioni interne*; sono persone che fuggono per salvarsi la vita, e anche qui spesso c'è una selezione: fuggire richiede capacità organizzative e disponibilità economiche che non possono essere alla portata di tutti. Anche le *catastrofi ambientali* possono avere un analogo effetto espulsivo per le popolazioni di territori danneggiati da inondazioni, siccità, carestie etc. Infine Mazzetti si sofferma su quelle che definisce *le aspettative culturali frustrate* dicendo “..ho avuto il privilegio di lavorare, per i primi anni dopo la laurea, nei paesi in via di sviluppo: ho visto generazioni di giovani acculturati, curiosi di conoscere il mondo, ansiosi di svolgere le professioni per le quali avevano studiato, desiderosi di vivere in paesi liberi e democratici. Sono questi, i più colti e intraprendenti, che godono delle condizioni per poter migrare.” Aggiunge inoltre che le *aspettative culturali* sono il ponte tra i fattori di espulsione e di attrazione infatti molti immigrati hanno raggiunto il nostro paese attratti da uno stile di vita più libero e stimolante culturalmente. Un altro fattore di attrazione decisivo è legato alla richiesta di manodopera e alle possibilità economiche che vi sono connesse; ampie fette del mercato del lavoro sono sempre più disertate dagli italiani: i lavori domestici, l'assistenza agli anziani e ai bambini, l'edilizia, l'agricoltura etc. tutte attività faticose, rischiose o poco remunerate. (Mazzetti, 2003).

I determinanti di salute

I determinanti della salute sono i fattori la cui presenza modifica in senso positivo o negativo lo stato di salute di una popolazione.

Accreditati studi internazionali hanno effettuato una stima quantitativa dell'impatto di alcuni fattori sulla longevità delle comunità, utilizzata come indicatore indiretto dello stato di salute: i fattori socio-economici e gli stili di vita contribuiscono per il 40-50%; lo stato e le condizioni dell'ambiente per il 20-30%; l'eredità genetica per un altro 20-30%, e i servizi sanitari per il 10-15% (Wilkinson, 2003)

Lo stato di salute dei migranti è influenzato da numerosi fattori, come ad esempio quelli culturali e linguistici che assumono un ruolo molto importante soprattutto nel creare rapporti con la comunità e con le istituzioni. Gli altri determinanti riguardano l'ambiente di salute nel paese di origine, il tipo di migrazione (se forzata o volontaria), le condizioni socio-economiche e lo stile di vita sia nel proprio paese che in quello di arrivo.

Per questo motivo i determinanti di salute si diversificano in base alla comunità di appartenenza, in quanto hanno un peso diverso in base alla cultura del paese di origine; di conseguenza è necessario pianificare e attuare delle politiche che siano in linea con le differenze culturali.

Ad esempio, la lingua, è uno dei primi ostacoli che il migrante incontra quando arriva nel paese ospitante e spesso può rappresentare un problema di accesso ai servizi assistenziali con conseguente marginalizzazione. Oltre al problema linguistico sono da considerare importanti anche i determinanti biologici che si diversificano in base alla zona di provenienza e al tipo di ambiente di vita nel proprio paese di origine.

Un altro fattore che gioca un ruolo determinante sul profilo di salute è il tipo di migrazione, se volontaria o forzata, in particolar modo per i migranti in una situazione di irregolarità; il processo migratorio spesso è accompagnato dall'esposizione a situazioni di violenza e trauma fisico e psichico che possono avere degli effetti anche sulla salute mentale delle persone coinvolte e causa delle patologie stress-correlate.

Infine è da porre l'attenzione anche sulle barriere legali, amministrative e sociali che

la persona incontra nel paese di arrivo, in quanto possono limitare il libero accesso ai servizi assistenziali. Lo stato di irregolarità è la prima causa che ostacola lo straniero non in regola a rivolgersi alle istituzioni, in quanto la paura di essere denunciati alle autorità è ancora molto grande, anche se la legge, in queste circostanze ha l'obbligo di difendere la persona.

Accesso ai servizi

Le politiche sanitarie per la tutela della salute degli immigrati e dei rifugiati in Italia sono di origine abbastanza recente. Soltanto nel 1998 il tema viene affrontato dalla legge n.40 "Turco-Napolitano", successivamente confluita nel Testo Unico sull'Immigrazione. L'art.34 di quest'ultimo prevede l'assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e contiene le norme che riguardano gli immigrati "regolarmente soggiornanti sul territorio nazionale cioè con una titolarità giuridica di presenza testimoniata da un regolare permesso o carta di soggiorno". L'art.35 riguarda l'assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al SSN e affronta il tema della tutela sanitaria a salvaguardia della salute individuale e collettiva anche nei confronti di coloro non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno. (Giunti, 2011)

Attraverso questi atti giuridici viene sancito il diritto alla salute e all'assistenza sanitaria per i cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, con l'obiettivo dichiarato di includere a pieno titolo i rifugiati e gli immigrati in condizione di irregolarità giuridica, garantendo loro oltre alle cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva.

In tal modo vengono introdotti, da un punto di vista normativo, principi di equità relativamente all'accesso all'assistenza, eliminando quelli che in passato costituivano i principali ostacoli: residenza, limite temporale, aliquote diversificate per l'iscrizione al SSN. Per non ostacolare l'accesso alle cure il Testo Unico contiene il divieto, da parte delle strutture sanitarie, di segnalazione all'autorità di polizia della presenza di immigrati senza permesso di soggiorno che richiedono aiuto medico (Mareca, 1999). Tale provvedimento si allinea all'esortazione da parte del Parlamento Europeo ad eliminare qualunque obbligo, riservato al personale sanitario, di segnalare ai poteri

pubblici la presenza di immigrati irregolari. Pertanto la proposta di abrogazione di tale divieto, contenuta all'interno del Pacchetto Sicurezza elaborato dal Governo nel 2008, ha suscitato l'indignazione dell'opinione pubblica e del mondo socio assistenziale. Il provvedimento è stato ritirato, ma l'introduzione del reato di ingresso e soggiorno illegale ha creato situazioni di confusione, successivamente chiarite da circolari del Ministero dell'Interno, e di diffuso timore da parte degli stessi immigrati. (Bonciani, 2011)

Ad ogni modo, nonostante la legge nazionale risalga al 1998, si riscontra una mancanza di uniformità nella sua applicazione sul territorio legata al processo di decentramento amministrativo e politico dell'offerta sanitaria, soprattutto per quanto concerne le disposizioni che regolano l'accesso ai servizi sanitari per gli immigrati irregolari. Pur essendo la politica sull'immigrazione dettata a livello nazionale e inserita nel contesto di promozione delle misure di integrazione per i migranti individuate dall'Unione Europea, i percorsi di inserimento, di integrazione e di promozione in ambito sanitario sono implementati e realizzati localmente. Ciò può determinare una sensibile eterogeneità tra le varie regioni sia in ambito di accesso ai servizi, sia in ambito di profilo di salute della popolazione immigrata su base territoriale. In alcuni contesti la discrezionalità organizzativa a livello locale viene usata come pretesto per una inadeguata garanzia dei livelli assistenziali previsti dalla normativa nazionale (Giunti, 2011).

Patologie e ospedalizzazione

Nel primo periodo dell'immigrazione in Italia, la popolazione straniera è stata composta soprattutto da soggetti giovani, complessivamente in buona salute, che hanno quindi determinato un impatto modesto sul sistema sanitario nazionale. È la situazione che è andata sotto il nome di "effetto migrante sano" (Geraci, Mareca, 2000).

Tuttavia la situazione è in rapida evoluzione: il costituirsi di famiglie immigrate sul suolo italiano ha portato a una sensibile crescita del numero di bambini stranieri, che fanno sentire la loro presenza nei servizi pediatrici e nella medicina scolastica, le donne

hanno contatti crescenti con i servizi di tutela della maternità, e il loro numero nelle sale parto comincia a essere consistente in molte aree. Inoltre comincia a essere crescente la quota di immigrati che avanzano nell'età, e progressivamente perdono quelle caratteristiche di "giovani sani" che eravamo abituati a riconoscere al profilo sanitario dell'immigrato.

Per completare il quadro, va detto poi che cominciano ad apparire segnalazioni di **migranti anziani**: alcuni immigrati richiamano i genitori dal paese per farsi aiutare nell'accudimento dei figli, e altre volte si fanno raggiungere espressamente per consentire loro di avere qui le cure che altrove non potrebbero ottenere. (Mazzetti, 2003)

I ricoveri effettuati da cittadini stranieri ammontano nel 2010 a circa 560 mila, **il 5% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro paese.**

L'analisi conferma dunque la tendenza degli immigrati ad utilizzare i servizi ospedalieri in modo più contenuto rispetto agli italiani. Aumenta progressivamente il peso relativo delle patologie croniche (tumori, malattie cardio-circolatorie, BPCO ed asma), in coerenza con la transizione epidemiologica in atto nella popolazione immigrata, attribuibile all'invecchiamento ed all'acquisizione di stili di vita e comportamenti a rischio nel Paese ospite. Persistono situazioni di grave criticità come, ad esempio, l'elevato ricorso alle interruzioni volontarie di gravidanza, verso cui orientare interventi di Sanità Pubblica a sostegno di scelte per una procreazione responsabile. (RapportoOsservaSalute 2013)

Tra i PFPM **l'ospedalizzazione delle donne è sempre maggiore rispetto agli uomini** per motivi legati alla riproduzione (gravidanza, parto, aborto e puerperio), le differenze tra PFPM ed italiane dipendono principalmente da un diverso ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) con tassi 2.4 volte più elevati tra le straniere rispetto alle italiane.

Il vissuto malato della maternità e del parto ospedalizzato incidono sulla salute della donna e del bambino, ne sono indice le nascite pre-termine con neonati di basso peso (i nati prematuri nelle donne immigrate sono il doppio, circa il 10.76% contro il 4.63% delle italiane) e l'alto numero di parti cesarei. Le migranti vivono durante la gestazione

ed il parto un profondo senso di inadeguatezza provocato dalla condizione di essere straniera e dalla mancanza della famiglia allargata e dalle difficoltà di comprensione linguistica e culturale con gli operatori sanitari.

Negli uomini i **traumatismi** (imputabili all'elevato numero di incidenti lavorativi), con il 18,5% dei ricoveri continuano a rappresentare **la causa più frequente di ospedalizzazione**, seguono le malattie dell'apparato digerente (14,7%) e le malattie del sistema cardio-circolatorio (12.3%).

Si registra un leggero incremento dei tumori sia per i maschi che per le femmine, e della malattie del sistema cardio-circolatorio per i maschi, confermando una tendenza, presente già da qualche anno, al viraggio epidemiologico verso malattie più comuni della società occidentale, da imputare sia all'invecchiamento progressivo della popolazione straniera sia all'acquisizione di stili di vita e abitudini che portano con sé specifici fattori di rischio (RapportoOsservaSalute 2013).

Salute mentale:

Il processo migratorio **può avere degli effetti negativi anche sulla salute mentale** del migrante che vive l'emigrazione in prima persona; questa condizione viene creata dall'esperienza vissuta dalla persona che in moltissimi casi risulta essere molto **pericolosa e stressante** (Cardamone, 2011). Un capitolo a parte sarà dedicato a questo aspetto.

TABELLA: Dimissioni (tasso standardizzato per 1000) ospedaliere di stranieri da PFPM della classe di età 18 anni e oltre per genere, provenienza e raggruppamento di diagnosi principale alla dimissione. - Anno 2009.

| DIAGNOSI PRINCIPALE ALLA DIMISSIONE | MASCHI | | FEMMINE | |
|---|---|---|---|---|
| | TASSI STD RESIDENTI PFPM | TASSI STD RESIDENTI ITALIANI | TASSI STD RESIDENTI PFPM | TASSI STD RESIDENTI ITALIANE |
| Malattie infettive e arassitarie | 2,7 | 2,0 | 2,0 | 1,4 |
| Tumori | 8,9 | 15,9 | 9,9 | 13,5 |
| Malattie endocrine,metaboliche ed immunitarie | 2,0 | 2,4 | 2,4 | 3,5 |
| Malattie sistema nervoso | 4,2 | 6,1 | 4,0 | 5,6 |
| Malattie sistema circolatorio | 20,2 | 32,4 | 13,2 | 20,0 |
| Malattie apparato Respiratorio | 8,2 | 12,6 | 6,0 | 7,6 |
| Malattie apparato digerente | 11,0 | 15,8 | 10,7 | 11,4 |
| Malattie apparato genito-urinario | 5,9 | 8,7 | 8,2 | 9,4 |
| Complicazioni della gravidanza, parto, puerperio | - | - | 48,0 | 30,8 |
| Traumatismi ed avvelenamenti | 9,3 | 12,9 | 6,4 | 10,6 |
| TOTALE | 90,3 | 139,1 | 130,1 | 142,7 |

CAPITOLO 3 - L'assistenza transculturale

- **Contestualizzazione**
- **Antropologia e infermieristica: i fondamenti per un'assistenza transculturale**
- **Il metaparadigma del nursing e la teoria della diversità e universalità dell'assistenza:**
- **La competenza culturale degli infermieri**
- **Le difficoltà degli infermieri italiani nell'assistere persone straniere**
- **La formazione transculturale in Italia**

Contestualizzazione

L'aumento della popolazione straniera nel nostro paese porta gli infermieri sempre più spesso a confrontarsi e ad interagire con persone o gruppi con background culturali diversi per cui lo sviluppo di un'assistenza sanitaria culturalmente competente è diventato un **tema d'interesse internazionale** e viene prodotta molta letteratura infermieristica sull'argomento; tuttavia in Italia è ancora un aspetto poco sviluppato anche a partire dalla formazione di base.

Non tutti gli infermieri possiedono una preparazione e un supporto teorico adeguati per definirsi culturalmente competenti e questo influisce sulla qualità delle prestazioni erogate (Festini et al., 2009).

Riconoscere ed adattare i bisogni culturali degli assistiti così come dei loro familiari è quindi diventata parte integrante dell'assistenza infermieristica.

Il soggetto della scienza infermieristica è la persona, considerata nel suo continuum salute-malattia; il bisogno di assistenza infermieristica riflette tutte le dimensioni costitutive dell'essere umano: **bio-fisiologica, psicologica e socio-culturale**. Sebbene la professione infermieristica sia considerata olistica, purtroppo il **modello biomedico ancora domina sugli altri** e ad oggi siamo abituati ad un contesto sociale **poco orientato verso la cultura dell'alterità**. Gli elementi riguardanti i fenomeni culturali

e assistenziali spesso sono poco considerati o dati per scontati ai fini del benessere e della guarigione degli assistiti. Anche nel nostro **Codice Deontologico** è affrontato il tema dell'alterità culturale:

2.4 “L'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo. “

Per competenza culturale si intende l'insieme di conoscenze e abilità che permettono al professionista di fornire un'assistenza coerente con le diverse necessità del paziente. Se questa non è adeguatamente posseduta si rischia di **basare l'assistenza su una valutazione superficiale, stereotipata ed etnocentrica** o di pensare che tutti i soggetti appartenenti ad un gruppo culturale abbiano le medesime esigenze (Mazzetti, 2003). L'etnocentrismo professionale va dunque superato inserendo la persona nel suo contesto culturale e impostando l'assistenza tenendone conto. Per pianificare ed erogare un'assistenza infermieristica culturalmente competente, l'infermiere dovrebbe quindi comprendere la definizione di cultura, le competenze culturali e i vari aspetti della cultura che dovrebbero essere esplorati in ogni assistito.

Antropologia e infermieristica: i fondamenti per un'assistenza transculturale

La parola “**cultura**” **etimologicamente deriva da colere** che significa coltivare, curare, anche se in Italia con il termine cultura intendiamo istruzione, un insieme di conoscenze acquisite attraverso le esperienze personali e lo studio.

In campo antropologico il termine cultura assume un significato diverso. Taylor, antropologo britannico, nel 1871 definisce la cultura: “...*quell'insieme complesso che include la conoscenza, le credenze, l'arte, la morale, il diritto, il costume e qualsiasi altra capacità e abitudine acquisita dall'uomo come membro di una società*”.

L'antropologia e l'infermieristica sono in realtà due discipline molto legate tra di loro: l'oggetto specifico degli studi antropologici è l'uomo ed è sempre l'uomo, la famiglia e la comunità il soggetto a cui si rivolge la professione infermieristica.

Le parole dell'infermiera francese Marie-Françoise Collière esprimono molto bene questo concetto:

“ogni situazione di cura in realtà è una situazione antropologica, ovvero che riguarda l'uomo inserito nel suo ambiente, intessuto da ogni tipo di legame simbolico; così l'approccio antropologico appare come il percorso più opportuno per scoprire le persone che vengono curate e rendere significative le informazioni che esso contiene”

L'antropologia e l'infermieristica considerano l'uomo inteso nella sua interezza, comprensivo di tutte le sue componenti, biologiche, psicologiche, socioculturali e spirituali, e considerano l'essere umano come un sistema integrato, in continuo contatto e interazione con l'ambiente circostante.

L'obiettivo dell'assistenza infermieristica è la soddisfazione dei bisogni primari ed assistenziali dell'uomo. Per comprendere e risolvere il bisogno di queste necessità è utile la conoscenza e la padronanza di concetti propri del sistema sociale, quali la salute, l'uso di emozioni, la malattia e la sofferenza, la cura e così via (Boi, 2005).

Il sapere antropologico appare dunque un utile elemento per la professione infermieristica.

“Lo scopo dell'infermieristica transculturale è quello di scoprire e stabilire il corpo di conoscenze e abilità concentrate sull'assistenza transculturale, la salute e la malattia, in modo da aiutare gli infermieri a fornire un'assistenza culturalmente competente, sicura e congruente a persone di diverse culture in tutto il mondo”.
(Leininger 1978)

Solo da poco in Italia si cominciano a studiare le teorie di **un'infermiera antropologa** statunitense, **Madeleine Leininger**, che grazie al suo sguardo antropologico sull'assistenza, ha portato alla nascita del *nursing transculturale*.

L'infermieristica transculturale è quindi una branca del nursing che prende in considerazione lo studio comparato e l'analisi di diverse culture in rapporto al nursing e alle pratiche di assistenza connesse allo stato di salute/malattia, alle credenze ad ai valori, con lo scopo di fornire alle persone un'assistenza infermieristica efficace e significativa, in linea con i loro valori e il loro contesto culturale.

Leininger fu la prima a chiedersi quale ruolo assume la cultura nelle aspettative che si nutrono nei confronti del personale infermieristico e dell'assistenza infermieristica e questo la portò a formulare la sua *Teoria della diversità e universalità dell'assistenza culturale*, il *Modello del Sole Nascente* e il *Metodo di Ricerca Etno-infermieristico*.

Durante la metà degli **anni '50**, dopo aver lavorato per anni come infermiera e come coordinatrice in un reparto di medicina e chirurgia, si **specializza in psichiatria infantile**. Lavorando presso il reparto psichiatrico, Madeleine comincia a prendere consapevolezza delle differenze culturali allora esistenti tra i suoi assistiti, specialmente tra i vari bambini che giungevano al suo servizio. Ella nota alcune spiccate differenze comportamentali per quanto riguardava, ad esempio, il cibo, i trattamenti farmacologici, gli schemi di gioco ed i diversi rituali nel momento della messa a letto. Ma oltre alle pure differenze, Leininger osserva **l'evidente mancanza, da parte del personale di assistenza - infermieristico e non - di specifica competenza culturale**.

Non trovando risposte nel campo proprio del nursing, cominciò ad attingere ad altre discipline, ed è proprio in quegli anni che Leininger conobbe la celebre antropologa *Margaret Mead*, la cui influenza sarà decisiva per il suo pensiero. Con lei, discute delle potenziali relazioni tra antropologia e “*nursing*”. Madeline conseguirà laurea e successivamente dottorato di ricerca in antropologia culturale.

Sin dall'inizio Leininger ha posto l'accento sullo studio delle persone e partendo delle loro esperienze e conoscenze locali, usando metodologie di ricerca qualificata sviluppando così l’“*etnonursing*”.

Nel 1966 si è tenuto il primo corso di *nursing transculturale* alla Colorado School of Nursing, dove Leininger era professoressa di nursing e di antropologia.

Secondo il suo pensiero:

“l'assistenza infermieristica, se lasciata a sé stessa porta all'etnocentrismo come modo intenzionale di imporre i propri valori, credenze e pratiche su altri in quanto l'esercente li ritiene superiori o migliori”.

Negli anni successivi, Leininger fondò il **Comitato di Nursing e Antropologia** (nel 1968) al fine di scambiare idee, opinioni ed effettuare ricerche abbinate tra il nursing e l'antropologia. Negli anni successivi fondò la Società del **Nursing Transculturale** e vennero poi avviati, negli Stati Uniti, i primi dottorati di ricerca in nursing con focus scientifico sul nursing transculturale. Nel 1988 prese vita il programma per la certificazione degli infermieri in campo culturale, attraverso **la Transcultural Nursing Society**, come momento fondamentale per la legittimazione dell'epistemologia dell'infermieristica.

Dai primi anni novanta, in molti ospedali, università e aziende sanitarie si cominciò ad introdurre il concetto di nursing transculturale.

Per oltre 40 anni Leininger ha portato avanti l'attività di insegnamento assistenziale attento alle diversità culturali e, seppur molto anziana, ha continuato a tenere ogni anno alcune conferenze.

Il metaparadigma del nursing e la teoria della diversità e universalità dell'assistenza:

Il metaparadigma del nursing prevede quattro concetti fondamentali, che devono essere presi in considerazione in ogni teoria infermieristica.

Nella visione transculturale di Leininger, questo meta paradigma assume delle sfumature diverse e più ampie:

- **UOMO:** viene promossa **una visione dell'individuo in senso olistico**, si prendono quindi in considerazione diverse dimensioni: la visione del mondo, la condizione biofisica, l'orientamento religioso e spirituale, gli schemi di parentela, gli aspetti culturali, l'ambiente politico, economico, legale, educativo, tecnologico e fisico, la lingua, le pratiche assistenziali popolari e professionali.

Leininger considera l'uomo un essere culturale con **visioni divergenti** sulla vita, sul vivere e sulle esperienze.

Supera inoltre il rapporto dualistico infermiere/paziente, allargando l'attenzione e lo sguardo alla **complessità delle culture**, quindi alla famiglia, alle comunità, ai gruppi ecc.

- **AMBIENTE:** questo è determinato da diverse dimensioni sociali e culturali, ed è il contesto fisico, ecologico, socio-politico e culturale nel quale si trova l'individuo o il gruppo. Sono inclusi gli eventi con i significati e le interpretazioni a loro attribuiti, e le forze esistenti al di fuori dell'organismo nel contesto della cultura.
- **SALUTE:** è un concetto chiave del nursing transculturale. Per Leininger è una condizione di benessere definita, valutata e perseguita culturalmente che riflette le capacità degli individui di attuare le proprie attività **in accordo con gli stili di vita codificati dalla cultura**. Per la necessità degli infermieri di avere una conoscenza che sia specifica della cultura nella quale stanno praticando, è riconosciuto che la salute è da considerarsi come universale per tutte le culture, ma distinta in ogni cultura in modo da rappresentare credenze, valori e pratiche di quella particolare cultura. Ne segue che **la salute è al contempo universale e diversa**.
- **ASSISTENZA INFERMIERISTICA:** è vista come una professione appresa, umanistica e scientifica, centrata sui fenomeni e sui comportamenti di assistenza all'uomo al fine di assistere, sostenere, facilitare o rendere possibile agli individui o ai gruppi di **mantenere o riacquistare il benessere (o la salute) in modo significativo culturalmente**, o nell'aiutare gli individui a far fronte all'invalidità o alla morte.

“L’infermieristica transculturale è un’area considerevole dello studio e della pratica, incentrata sulle differenze e le somiglianze comparative dell’assistenza umana (prendersi cura) tra le convinzioni, i valori e le pratiche di individui o gruppi di culture simili o diverse. L’obiettivo dell’infermieristica transculturale è quello di fornire pratiche di assistenza infermieristica specifiche di una cultura e universali per la salute e il benessere delle persone o per aiutarle ad affrontare condizioni umane sfavorevoli, le malattie o la morte in modi culturalmente significativi.”

È da queste parole di Leininger che si capisce il dualistico concetto chiave della sua teoria: per scoprire le somiglianze e le differenze a proposito dell’assistenza e del suo impatto sulla salute e sul benessere dei gruppi è necessario considerare sia la diversità che l’universalità culturale.

Leininger evidenzia nel ruolo dell’infermiere la necessità di superare gli stereotipi e presumere che tutti gli individui rispondano ugualmente allo stesso tipo di assistenza. Quindi in opposizione all’assistenza professionale, vale a dire il comune approccio

formale alla malattia (modello medico), Leininger introduce il concetto di assistenza generica, che consiste nell'uso di rimedi che sono stati trasmessi di generazione in generazione nell'ambito di una particolare cultura. Secondo questa visione, dunque, l'approccio corretto non è certamente quello di "bollare" queste credenze come semplice superstizione o ignoranza, bensì di valorizzarle per la crescita della relazione terapeutica tra infermiere e assistito e per il miglioramento della visione stessa dell'assistenza da parte di quest'ultimo e della sua famiglia.

La teoria di Leininger si dipana in due ulteriori punti. Come primo punto consideriamo l'**assistenza specifica di una cultura**: questo concetto si riferisce all'assistenza che deriva dall'identificazione e dall'astrazione umana di pratiche assistenziali in una particolare cultura; esse portano alla pianificazione e all'applicazione di un'assistenza infermieristica che si adatta agli specifici bisogni di assistenza e allo stile di vita di un membro di quella data cultura.

L'**assistenza culturalmente congruente** è il secondo concetto importante. Esso va riferito alle decisioni o agli atti che sono basati sulla conoscenza e hanno carattere assistenziale, di supporto, di facilitazione o di abilitazione. L'infermiere trova ciò nei valori, nelle convinzioni e nelle pratiche culturali di un individuo -o di un gruppo- in modo da poter fornire un'assistenza significativa, benefica e soddisfacente che porti alla salute e al benessere generale. L'assistenza culturalmente congruente è dunque l'*idea-obiettivo* centrale della teoria dell'assistenza culturale di Madeline.

In termini pratici, il pensiero critico di Leininger propone cinque punti per guidare l'infermiere nel percorso dell'assistenza generica. Per prima cosa, l'operatore usa la **partecipazione, l'osservazione e le interviste** come strumento base verso la scoperta della visione del mondo da parte della persona -o del gruppo- appartenente ad una determinata cultura. L'infermiere **analizza**, poi, le informazioni raccolte per ricercare modelli e tematiche finalizzati alla salute ed al benessere, basati sulle credenze culturali specifiche del suddetto assistito. La competenza nell'operatore sta, a questo punto, nello scegliere il tipo di assistenza più indicato in base ai dati posseduti, senza escludere -bensì integrando- gli elementi di assistenza popolare se ritenuti importanti per l'assistito in questione. Infine l'infermiere **pianifica** l'assistenza basata su credenze popolari oppure l'integrazione della stessa con un trattamento "scientifico

tradizionale”. Durante questo processo l’operatore deve poter misurare gli effetti di un’assistenza così completa in modo da verificarne il grado di miglioramento ottenuto.

La competenza culturale degli infermieri

Come accennato prima, in America e nel mondo anglosassone, la disciplina del **Transcultural Nursing** è affermata ormai da anni. Prova lo sono i numerosi Comitati e Società di nursing transculturale nonchè l'importanza che viene data alla formazione e alla ricerca in questo campo. Ad oggi l'**etnonursing** è un campo in grande sviluppo, basti pensare che su PubMed i risultati sono più di 600. Dopo Leininger, numerosi altri teorici hanno formulato le loro teorie sull'assistenza transculturale. Si tratta di teorie altrettanto importanti ma non le analizzerò in questa sede in quanto esulano dall'obiettivo del mio lavoro. Si riportano solo come esempio alcuni autori e modelli teorici:

- Davidhizar R, Giger JN, Hannenpluf LW (Giger-Davidhizar Transcultural Assessment) (GDTAM) 1988
- Campinha-Bacote (The Process of Cultural Competence in the delivery of Healthcare Services Model) 1994
- Narayanasamy A (Assessment, Communication, Cultural negotiation and compromise, Establishing respect and rapport, Sensitivity, Safety (ACCESS) model) 1999
- Papadopoulos, Tilky & Taylor (The Papadopoulos, Tilki and Taylor model for developing cultural competence) 2004

Si tratta, comunque, di modelli formulati circa 30-40 anni dopo lo sviluppo del “pensiero Leininger”.

A partire dalla fine degli anni Novanta del secolo scorso, sono stati elaborati numerosi modelli per l'accertamento infermieristico che includono gli aspetti culturali del paziente.

Inoltre **esistono sistemi di valutazione che indagano il livello effettivo di competenza culturale posseduto dall'infermiere** e a strumenti di rilevazione.

Uno studio italiano, scritto da Bressan e Stevanin e pubblicato su "L'Infermiere" n°2/2014, conduce una ricerca bibliografica per identificare gli strumenti che possono rappresentare per gli infermieri italiani un contributo nell'affrontare e comprendere le diversità culturali dei pazienti. In questa ricerca si evidenzia che al momento non esistono né strumenti italiani che possano supportare gli infermieri nella presa in carico degli utenti di culture diverse, né modelli teorici nazionali a cui poter fare riferimento.

Si riportano altresì in questo studio le norme di buona pratica per un'assistenza infermieristica culturalmente competente elaborati da Douglas, Pierce et al., 2011

| | |
|--|--|
| <p>1.<i>Giustizia Sociale</i></p> | <p>L'infermiere promuove la giustizia sociale per tutti. L'applicazione di principi di giustizia sociale guida gli infermieri nelle decisioni relative alla famiglia del paziente, alla comunità e ad altri professionisti del settore sanitario. Gli infermieri devono sviluppare capacità di leadership per sostenere le politiche di giustizia sociale.</p> |
| <p>2.<i>Riflessioni critiche</i></p> | <p>Gli infermieri devono impegnarsi in una riflessione critica sui propri valori, credenze e patrimonio culturale al fine di comprendere come questi aspetti possono incidere sull'assistenza infermieristica culturalmente congruente.</p> |
| <p>3.<i>Conoscenze di Nursing Transculturale</i></p> | <p>Gli infermieri devono comprendere le prospettive, le tradizioni, i valori, le pratiche e i sistemi familiari degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle popolazioni culturalmente diversi che assistono, nonché conoscere le complesse variabili che influenzano il raggiungimento della salute e del benessere.</p> |
| <p>4.<i>Pratiche interculturali</i></p> | <p>Gli infermieri devono utilizzare le conoscenze transculturali e le competenze culturalmente sensibili nell'erogare un'assistenza infermieristica culturalmente congruente.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>5.<i>Sistemi sanitari e Organizzazioni</i></p> | <p>Le organizzazioni sanitarie dovrebbero fornire una struttura e le risorse necessarie per valutare e soddisfare le esigenze culturali e linguistiche dei propri pazienti.</p> |
| <p>6.<i>Difesa dei pazienti ed Empowerment</i></p> | <p>Gli infermieri devono riconoscere l'effetto sui pazienti delle politiche sanitarie, passaggio di informazioni, inoltre sono responsabili e devono sostenere i loro pazienti come indicato. Gli infermieri devono promuovere l'utilizzo delle credenze culturali dei loro pazienti e le pratiche in tutte le dimensioni della loro assistenza.</p> |
| <p>7.<i>Forza lavoro multiculturale</i></p> | <p>Gli infermieri devono essere attivisti nello sforzo globale di garantire una forza lavoro multiculturale all'interno degli ambienti sanitari.</p> |
| <p>8.<i>Educazione e formazione</i></p> | <p>Gli infermieri devono essere formati per promuovere ed erogare un'assistenza sanitaria culturalmente congruente. Le conoscenze e abilità per assicurare che l'assistenza infermieristica sia culturalmente congruente sono inclusi nei programmi di assistenza globale sia come mandato di istruzione teorica e formazione clinico-pratica, sia come previsto nel proseguo della formazione, continuando l'istruzione anche per tutti gli infermieri che già lavorano.</p> |
| <p>9.<i>Comunicazione e transculturale</i></p> | <p>Gli infermieri devono utilizzare abilità di comunicazione verbale e non verbale culturalmente competenti per identificare i valori, le credenze, le pratiche, le percezioni e le esigenze uniche di assistenza sanitaria del paziente.</p> |
| <p>10.<i>Leadership transculturale</i></p> | <p>Gli infermieri devono avere la capacità di influenzare gli individui, i gruppi e i sistemi per raggiungere i risultati di assistenza culturalmente competenti per le diverse popolazioni.</p> |

| | |
|--|---|
| 11. <i>Sviluppo di politiche</i> | Gli infermieri devono avere le conoscenze e le competenze necessarie per lavorare con enti pubblici e organizzazioni private, associazioni professionali e comunità , per stabilire le politiche e gli standard per la completa attuazione e valutazione di un'assistenza culturalmente competente. |
| 12. <i>Evidence-Based Practice e ricerca</i> | Gli infermieri devono basare la propria pratica su interventi sistematicamente testati e che hanno dimostrato di essere i più efficaci per le popolazioni culturalmente diverse che assistono. Nei settori in cui vi è una mancanza di prove di efficacia, gli infermieri ricercatori devono investigare e testare interventi che devono essere i più efficaci nel ridurre le disparità nei risultati di salute |

Le difficoltà degli infermieri italiani nell'assistere persone straniere:

L'Italia è diventata oggi una **società multiculturale** a tutti gli effetti, ma questo processo ha preso vita “solamente” negli ultimi 20 anni. Il nursing transculturale è ancora un concetto nuovo che fatica a farsi strada nell'assistenza sanitaria e anche nell'ambiente universitario.

La maggior parte degli infermieri italiani fornisce assistenza a pazienti stranieri senza che abbiano un background e un supporto teorico alle spalle.

Questo potrebbe generare una **inappropriata e inadeguata assistenza infermieristica**, oltre che a un sentimento di **impotenza e frustrazione** negli infermieri soprattutto a causa della mancanza di comprensione linguistica (Festini et al., 2009).

La maggior parte delle persone che, per diverse ragioni professionali, interagisce con questa nuova realtà, non di rado si sente in difficoltà (Mazzetti, 2003). Ci pare talvolta che le differenze culturali siano tali da rendere difficile una reciproca comprensione. Altre volte ci avviciniamo a queste persone sulla base di idee che ci siamo precostituite, spesso positive e testimoni di notevole disponibilità d'animo, ma che non corrispondono alla realtà. Infine mancano informazioni su cosa significa migrare. Questo può essere rilevante nell'entrare in relazione con i nuovi ospiti. (Mazzetti, 2003)

Festini evidenzia inoltre il fatto che l'assistenza infermieristica a individui con background culturali diversi incrementa il livello di difficoltà percepita dagli infermieri sul luogo di lavoro.

A tal proposito ho esaminato alcuni studi condotti in Italia che documentano le difficoltà degli infermieri italiani nell'assistere persone straniere.

Lo scopo del primo studio (Festini et al., 2009) riguarda l'analisi degli atteggiamenti e dei problemi incontrati dagli infermieri italiani di un reparto **pediatrico** mentre fornivano assistenza a bambini e famiglie con un'altra cultura.

Il secondo studio (Proietti et al., 2012) si riconduce ad un'esperienza romana presso un servizio creato ad hoc per fornire assistenza a **stranieri temporaneamente presenti**. Per svolgere l'indagine sono stati interpellati sia gli utenti sia gli infermieri al fine di comprendere da una parte le difficoltà incontrate nell'utilizzo dei servizi, dall'altra quanto i professionisti si sentano in grado di gestire efficacemente le problematiche di salute degli immigrati.

I risultati di entrambi gli studi sono tra loro abbastanza sovrapponibili. Infatti il principale problema indicato da entrambi i gruppi di infermieri è il problema comunicativo/linguistico e a questo segue l'individuazione di differenze culturali e religiose.

Di seguito si riportano i risultati di ciascuno studio.

Secondo l'analisi di Festini, condotta su 129 infermieri in area pediatrica, quasi l'80% di essi sottolinea che ha avuto difficoltà a prendersi cura di bambini e famiglie straniere. Le **barriere linguistiche** sono riportate come il problema maggiore per circa il 63% dei partecipanti, a cui segue un 20% riguardante le differenze culturali.

I mediatori culturali sono spesso disponibili negli ospedali italiani grazie alle organizzazioni no-profit o di volontariato; viene riportato che essi sono tuttavia presenti solo nel 66% dei casi. Il 52% rileva **difficoltà di coordinamento tra mediatori e infermieri** specie in situazioni di emergenza.

Il 54% di infermieri ha rilevato difficoltà riguardo le **abitudini alimentari** degli assistiti. Questi sono stati indicati principalmente come non accettazione del cibo

disponibile a causa delle preferenze culturali (34,8%) e religiose (11,4%) delle famiglie interessate.

Il 58,1% degli infermieri riporta inoltre difficoltà per quanto riguarda le **abitudini igieniche** personali di alcuni utenti stranieri. Gli infermieri hanno riferito scarsa igiene o una diversa percezione di igiene personale standard.

Per quanto riguarda la **religione**, il 26,3% dei partecipanti hanno riportato che hanno incontrato problemi nel fornire assistenza a causa di pratiche religiose: la difficoltà più frequentemente riportata era dare ai genitori la possibilità di praticare il loro credo piuttosto che assistere i loro figli durante il ricovero (14,7%), compreso il rispetto delle norme di Ramadan per i pazienti musulmani. Situazioni segnalate come particolarmente fastidiose erano **trasfusioni** di sangue per i bambini figli di Testimoni Geova e l'ignoranza di una tradizione che regola il **taglio di capelli nei bambini rom**.

Table 3. Circumstances Reported as Causing Embarrassment

| Circumstance | N | % |
|---------------------------------------|----|------|
| Parents' religious and worship habits | 33 | 56.8 |
| Eating habits | 27 | 46.5 |
| Views on personal hygiene | 23 | 39.6 |
| Beliefs about the role of women | 18 | 31.0 |
| Views on children's education | 16 | 27.5 |
| Use of specific clothes | 4 | 6.8 |
| Other | 4 | 6.8 |

Note. Total answers: 58. Multiple answers were possible.

Da quanto emerso nello studio di Proietti et al. (2012) le maggiori difficoltà incontrate nell'utilizzo dei servizi secondo gli utenti sono i problemi di **comunicazione** (49%), la differenza **religiosa** (26%) e quella **culturale** (25%). Confrontando tali risposte con quelle degli infermieri, si constata come il problema della barriera linguistica sia avvertito dal 50% degli intervistati, quello culturale dal 27% e quello religioso dal 22,5%. Il problema linguistico è molto sentito dunque sia dagli utenti che dagli infermieri. D'altra parte il non condividere non solo il linguaggio verbale, ma anche quello non verbale, è un grave ostacolo alla comunicazione, sia perché un soggetto è prima visto e poi ascoltato, sia perché gesti ben accetti in una cultura possono non esserlo per altre. Segue il problema della religione: poiché la maggior parte degli

assistiti è di religione musulmana; durante il periodo del Ramadan, per esempio, spesso non vengono seguite correttamente le terapie farmacologiche e le raccomandazioni dietetiche. Anche il problema culturale è evidenziato da ambedue i gruppi: l'interazione che nasce dall'incontro operatore-utente non può non tener conto del fatto che la percezione della malattia, (come questa viene vissuta ed espressa sotto forma di bisogni sanitari,) varia a secondo della cultura di appartenenza. A questo si aggiunga che gli infermieri **ammettono una scarsa competenza** nel coinvolgere il paziente e i suoi familiari e nel gestire le criticità. Tuttavia la buona disponibilità verso l'utente di cultura diversa da un lato e, il bisogno sanitario urgente del paziente dall'altro fanno sì che, di fatto, si riesca ad ottenere la **fidelizzazione** dell'utente nel 52% dei casi. (Proietti et al., 2012)

Le **conclusioni** di entrambi gli studi sono anche in questo caso molto simili.

In primis si auspica una maggiore **presenza** dei **mediatori** culturali, fin dal momento **dell'accoglienza** e in tutte le fasi della prestazione al fine di superare le barriere linguistiche. La **comunicazione** è il principale aspetto per sviluppare un'assistenza culturalmente competente. Il linguaggio come mezzo di comunicazione è fondamentale per un rapporto infermiere-paziente e senza l'assistenza infermieristica non può essere soddisfacente. Il mediatore culturale è una figura complessa: si inserisce come interfaccia fra operatore e utente ed è proprio dalla triangolarità della comunicazione che scaturisce la complessità di questa figura. Obiettivo del mediatore è quello di mettere in relazione la comunità di appartenenza del paziente e la società di accoglienza (Proietti et al., 2012).

Il secondo punto indicato da **entrambe** le ricerche riguarda la formazione del personale sia sulla conoscenza delle diverse culture con cui vengono a contatto, sia sugli aspetti relazionali e comunicativi. Festini sottolinea che gli infermieri italiani, tranne che per alcune eccezioni, non hanno corsi formativi di nursing transculturale. Inoltre evidenzia che, sebbene il suo studio sia limitato a un gruppo specifico di infermieri, una possibile e iniziale soluzione al problema individuato sia l'inserimento di un curriculum di questo tipo all'interno del percorso universitario.

La formazione transculturale in Italia

È stato però riconosciuto in vari documenti ufficiali a livello nazionale (Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri 2008; Organizzazione Mondiale della Sanità 2008) che la formazione e l'aggiornamento degli operatori sociosanitari, volta a qualificarne l'intervento nell'affrontare le questioni associate alla migrazione, rappresenta un elemento rilevante e strategico per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni immigrate.

L'accordo Stato-Regioni del 5/11/2009 su “il Nuovo Sistema di Formazione Continua in Medicina” con riferimento a “*gli obiettivi formativi nazionali e regionali*” riconosce la “*multiculturalità e cultura dell'accoglienza nell'attività sanitaria*” tra le “aree di riferimento che, in coerenza con i Piani sanitari nazionali e regionali vigenti e quindi periodicamente rinnovabili, dovranno essere utilizzate per l'individuazione degli obiettivi formativi che devono essere evidenziati nei Piani di Formazione dei singoli provider, pubblici e privati”. Ciò comporta che tale tema sia stato incluso tra le “aree di riferimento per l'accreditamento dell'offerta formativa ECM” (Mareca,2011)

È il SIMM (Società Italiana di Medicina delle Migrazioni) che è attualmente la principale società scientifica di riferimento sul tema, che si occupa delle attività formative.

Negli ultimi anni si è verificato un incremento dei corsi di formazione riguardo questi temi, sintomo che dell'attualità della tematica e di un'attenzione sempre crescente in merito.

Riguardo all'ambito della formazione desidero sottolineare che il SIMM scrive sul documento “*Raccomandazioni sulla formazione*” che *la formazione inerente le tematiche proprie della medicina delle migrazioni s'inquadra a pieno titolo nella definizione di formazione continua e permanente e di conseguenza non può essere concepita come azione una tantum. Aspetto interessante da sottolineare inoltre riconoscono che “la formazione non può ricorrere solamente a metodologie tradizionali, di stampo accademico-scolastico, di tipo puramente trasmissivo,*

dimostratesi inefficaci nel processo formativo di individui adulti, ma deve adottare metodologie che assumano il contesto dell'esperienza quotidiana di lavoro, l'applicazione "sul campo", come "motore per la conoscenza e il cambiamento"

Quanto più sopra riportato si riferiva in generale all'ambito socio-sanitario. Per quanto riguarda più specificatamente l'ambito infermieristico si evidenzia una importante carenza in merito.

Purtroppo l'insegnamento e la pratica dell'infermieristica nel nostro paese tendono ancora a porre molta enfasi sulle diagnosi e sulle patologie, sulle relative cure e sulle modalità con cui gestire i sintomi ignorando i fattori riguardanti i fenomeni assistenziali e culturali.

L'antropologia sociale e culturale solo ora comincia a farsi spazio nella formazione degli infermieri e non è chiaro a tutti i professionisti come la cultura influenzi il modello di salute o come ad esempio la religione sia un elemento tanto intimo e profondo dell'individuo da incidere sui processi assistenziali.

Di Girolamo (2008) ipotizza il ruolo di *counselor transculturale* nella presa in carico di persone di altra etnia, che risente della conoscenza delle norme, dei valori, dei significati della cultura del cliente, per cui è necessario che il professionista d'aiuto abbia una formazione antropologica. La difficoltà a relazionarsi con culture diverse mette spesso a rischio l'efficienza e l'efficacia della prestazione, o perlomeno la percezione che ne ha il cittadino straniero. Conoscere il contesto sociale e culturale dell'immigrato è un impegno deontologico per l'infermiere al fine di una gestione ottimale degli stili di vita dell'assistito. Vi è la necessità di servizi che orientino e aprano un dialogo continuativo con questo tipo di utenza, con l'obiettivo di facilitare l'utilizzo delle strutture pubbliche e fare educazione sanitaria. Per fare questo occorre conoscere la specificità dei bisogni di salute degli immigrati e individuare nuove modalità operative per soddisfare la loro domanda emergente e sommersa.

Per quanto riguarda la formazione di base presso la nostra Università, solamente 12 ore sono destinate al nursing transculturale; a livello generale del Corso di Studi

l'aspetto dell'assistenza a persone straniere è trattato in modo superficiale o del tutto marginale.

Confrontando i piani di studio di diverse Università italiane ho osservato come in alcune di esse il nursing transculturale non sia proprio inserito come disciplina nel corso formativo, in altre invece il percorso in tal senso è sviluppato con attenzione.

Si vuole riportare come esempio il piano di studi del corso di Laurea in infermieristica di Reggio Emilia. Essa prevede un percorso in tal senso articolato nei tre anni con l'offerta formativa continuamente aggiornata e in relazione ai cambiamenti correlati al flusso migratorio emiliano e alle relative influenze sulle dinamiche sociali. Al primo anno di corso lezioni frontali delle materie di Sociologia Generale, Discipline Demotnoantropologiche e Infermieristica di Base, incontri di Laboratorio in Clinica e un tirocinio formativo presso il Centro Salute per la Famiglia Straniera; il secondo anno prevede la trattazione della tematica interculturale attraverso l'analisi di casi tratti dall'esperienza clinica reale e un tirocinio specifico in strutture in cui l'utenza immigrata è particolarmente presente ; il terzo anno prevede un laboratorio pedagogico di infermieristica interculturale, un laboratorio gestito da personale esperto, attività didattiche elettive specifiche e un tirocinio di dieci settimane in ambito interculturale; inoltre viene proposto uno stage presso un ospedale in Madagascar.

Si può di conseguenza considerare che lo studio di questo coinvolgente ed attualissimo ambito, sia ancora considerato marginale.

L'interesse nei confronti dell'etnonursing viene, quindi, ad essere correlato agli interessi personali dell'infermiere come entità privata, non è ancora subentrata la mentalità che preveda uno studio sistematico dell'argomento (come del resto prevedeva la stessa Leininger).

CAPITOLO 4 – IMMIGRAZIONE E SALUTE MENTALE

- **I fattori di rischio per l'instaurarsi del disturbo mentale nella popolazione immigrata**
- **Aspetti della psichiatria comparata e dell'etnopsichiatria**
- **Esperienze italiane**
- **Strumento di lavoro per gli infermieri**
- **La situazione dei richiedenti asilo**
- **L'esperienza di Trieste**

I fattori di rischio per l'instaurarsi del disturbo mentale nella popolazione immigrata:

La salute mentale dei migranti è da considerarsi oggi uno dei problemi più attuali di salute individuale e pubblica (Tarricone, 2014). La migrazione può essere un'esperienza potenzialmente stressante e traumatica e la risposta individuale sarà determinata da un numero cospicuo di fattori, personali, sociali e culturali. Alcuni di questi fattori possono essere attenuati dal supporto sociale e dalla solidità dei propri gruppi di riferimento (Cardamone, 2011).

Le persone migranti sono quindi soggetti vulnerabili.

La ricerca ha evidenziato un rischio di disturbo mentale doppio nei migranti - sia di prima che di seconda generazione - ponendo così la priorità di indagarne le ragioni. Innanzitutto tale rischio non è stato riscontrato nei paesi di origine dei migranti, per cui sono da escludere fattori genetici (Tarricone, 2014).

Un primo punto che si può indicare è il “*vacillamento della propria identità culturale*” come terreno favorevole per lo sviluppo dei disturbi psicologici più comunemente osservati fra gli immigrati. Quanto più il confronto con la società ospite

è caratterizzato da ostilità, da fenomeni di rifiuto, di negazione o di aggressione tanto meno essa ha la possibilità di integrarsi, di sperimentare nuovi stili comunicativi e nuove transizioni (Beneduce, 1993). Il benessere psicologico degli immigrati sembra dunque dipendere dalla capacità di “rimodellare” la propria identità nel corso del processo di transculturazione; quando il processo non funziona il migrante cede, e la sofferenza psichica esplode (Mazzetti, 2003).

Oltre al tema dell’“identità” ci sono molti altri fattori ambientali e sociali che agiscono come fattori di rischio per lo sviluppo di una psicopatologia.

Bhugra et al. (2004) evidenziano tali fattori collocandoli nelle tre fasi del processo migratorio: pre-migratoria, migratoria e post migratoria.

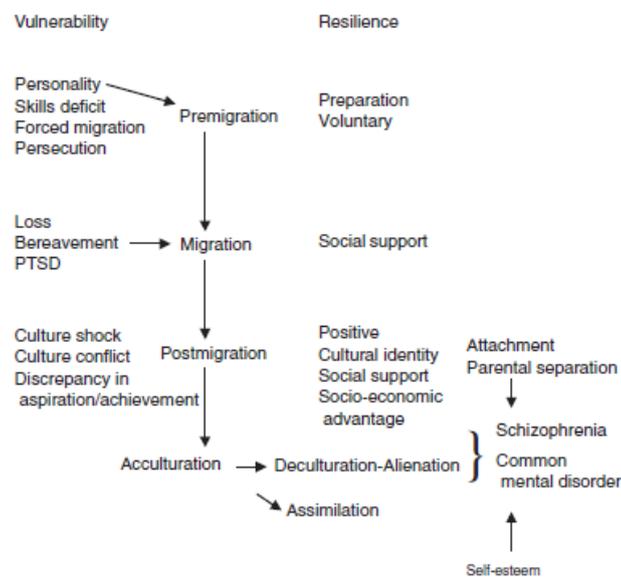


Fig. 2. Migration and psychiatric disorders a hypothetical model.

Ad esempio, nella fase di pre-migrazione, possono svolgere un ruolo importante la propria personalità e le proprie abilità. Queste saranno ulteriormente influenzate dalla natura volontaria o forzata della migrazione. Una volta che la migrazione è avvenuta, altri fattori come esperienze negative o positive della vita, problemi legati alla perdita di relazioni, la presenza di attività di supporto possono diventare rilevanti (Bhugra et al., 2004). Anche il non poter contare sulla condivisione del gruppo, che rappresenta una delle risorse più comuni per far fronte all'effetto dello stress dell'adattamento in un nuovo contesti di vita, pone la persona in una condizione di grande **vulnerabilità psicologica** (Beneduce, 1994). I migranti possono scegliere di emigrare per scelta personale, per ragioni economiche, aspirazioni o anche la società può costringerli a migrare. La natura dei fattori di attrazione o espulsione può determinare il tipo di risposta dell'individuo (Bhugra et al., 2004). Gli studi condotti sino ad oggi, rilevano come i più importanti fattori causali siano collocati

nella fase post-migratoria e, in particolare, risiedano nelle difficoltà di integrazione nella società ospite (Tarricone, 2014). Oltre a fattori che intervengono sul singolo individuo per determinarne la predisposizione al disturbo mentale - quali lo svantaggio sociale, la discriminazione, la confusione tra aspettative e realizzazione - sembrano avere un ruolo rilevante fattori che agiscono a livello di area. Alcuni studi hanno evidenziato come l'incidenza della schizofrenia sia inferiore nelle zone dove le minoranze etniche vivono in gruppi più coesi e meno frammentati. Un'ipotesi fatta è che il capitale sociale possa mediare l'effetto di queste variabili, per cui i più alti tassi di schizofrenia si avrebbero **nei contesti più disorganizzati delle città, non necessariamente nei più poveri** (Tarricone, 2014).

Privati del sostegno offerto dai codici affettivi e dalle reti di significato condivise nella propria cultura di appartenenza, confrontati con atteggiamenti di diffidenza, alcuni immigrati finiscono allora per sperimentare una sofferenza che supera quella più diffusa e comune del malessere (sickness) per assumere la forma di un vero e proprio disturbo psichiatrico (Beneduce, 1994).

Aspetti della psichiatria comparata e dell'etnopsichiatria

Nel corso degli anni si sono sviluppate, in risposta all'interrogativo sulla funzione della cultura nello sviluppo psicopatologie, **due tradizioni scientifiche**: quella della psichiatria comparata (o psichiatria transculturale) e quella dell'etnopsichiatria (Cardamone, 2011).

- I lavori scientifici della psichiatria comparata hanno origine con l'esperienza di Kraepelin (1904). Essa si basa sulla concezione che il funzionamento della psiche umana è universalmente simile, ma prende forma attraverso una **relazione con la cultura in cui è inserito**, ad esempio il tipo di famiglia, i valori civili e religiosi, le tecnologie e i sistemi ideologici. L'obiettivo è dunque indagare la prevalenza di determinati disturbi psichiatrici in diversi contesti culturali (Cardamone, 2011). Alcuni studi dimostrano come in alcune popolazioni che hanno affrontato un percorso migratorio, il tasso di schizofrenia sia più rilevante rispetto al resto della popolazione (Bhugra et al., 2004).

Cardamone (2011) però sottolinea anche che le critiche verso la psichiatria comparativa sono molto severe perché le basi teoriche di questa disciplina sono il prodotto di un determinato contesto culturale, cioè quello occidentale, che ha creato un proprio concetto di salute, di malattia mentale e di cura psichiatrica, imponendo in seguito categorie diagnostiche universali, all'interno delle quali inserire tutti i fenomeni comportamentali giudicati come sintomi di psicopatologia in ogni contesto osservato. Aggiunge che *“in un'ottica culturalmente orientata, è necessario riflettere come non sempre le categorie diagnostiche proposte dalla psichiatria internazionale siano applicabili acriticamente, se si vuole evitare il rischio di sottintendere e svilire l'esperienza e la sofferenza dei pazienti migranti”*.

- L'Etnopsichiatria clinica nasce dalla scuola francese di Tobie Nathan, psicologo, che ha applicato in campo psicoterapeutico le teorie dell'etnologo Georges Devereux, fondatore dell'impianto teoretico dell'etnopsichiatria.

L'etnopsichiatria è una pratica della psicopatologia che considera che la cultura della persona costituisce una parte del suo “essere nel mondo” almeno importante quanto la sua biologia o la sua storia particolare. La psicologia e la psichiatria classiche rispecchiano la cultura dominante, l'etnopsichiatria si occupa invece delle nuove minoranze socio-culturali, dei loro **bisogni** e delle difficoltà di individuazione e integrazione nelle culture che le inglobano (Nathan, 1993).

Nathan inoltre descrive l'etnopsichiatria come una disciplina *pluridisciplinare e complementarista* - in quanto **le indagini antropologiche sono una preziosa fonte di informazioni per il terapeuta** - *interattiva* – perchè il principale informatore sul proprio quadro di riferimento è proprio il paziente stesso – *pragmatica e modellizzata* – in quanto **in clinica etnopsichiatrica si comincia con il trattamento** (e non segue la sequenza logica della psichiatria: diagnosi, prognosi, trattamento).

Nathan sottolinea, riportando numerosi esempi pratici, come **le pratiche terapeutiche abituali siano inefficaci coi pazienti migranti**.

Esperienze italiane

Come già espresso in precedenza, in Italia in ambito sanitario solo dai primi anni '90 è iniziato un progetto per l'accoglienza di pazienti provenienti da contesti culturali diversi e i Servizi di Salute Mentale si stanno da tempo muovendo per individuare risorse e modalità organizzative in grado di rispondere ai bisogni di salute mentale dei migranti.

In Italia, nel 2007, il Ministero della Salute ha promosso **la commissione “salute e immigrazione”**, il cui scopo era quello di radunare i maggiori esperti sul tema e di formulare indicazioni in varie aree, tra cui quella della promozione della salute mentale e del miglioramento delle cure psichiatriche dei pazienti migranti. Le Regioni si sono organizzate in vario modo, anche sotto la spinta efficace di chi all'interno dell'associazionismo e del mondo del volontariato si fa da sempre carico delle problematiche socio-sanitarie dei migranti in Italia (Tarricone, 2014).

Cardamone (2011) sottolinea che alcune esperienze italiane hanno saputo proporre modelli di intervento innovativo nell'ambito dei servizi di salute mentale, tuttavia sono esperienze che rischiano di rimanere “fini a sé stesse” e che arrivano difficilmente a una piena strutturazione. Quindi da una parte, le singole esperienze stentano ad arrivare a piena maturazione, dall'altra le competenze e le conoscenze accumulate stentano a delineare una strategia complessiva di azione ed a fecondare significativamente le culture dei servizi e l'agire operativo (clinico e comunitario) delle generalità degli operatori.

Risulta evidente (Cardamone, 2011) come andrebbe adottata **una nuova prospettiva di approccio** per permettere ai Servizi di Salute Mentale di rispondere in modo più specifico, stabile e strutturato ai bisogni emergenti di nuove fasce di popolazione.

Si riporta come esempio l'esperienza di Bologna che alla fine degli anni '90 ha istituito un servizio all'interno del servizio psichiatrico territoriale: il Centro di Psichiatria della Migrazione **“Bologna Transcultural Psychiatric Team”**. Inizialmente, la necessità principale era di attrezzarsi per curare persone che presentavano forti diversità linguistiche e culturali e per cui era necessario creare gruppi di lavoro arricchiti e specializzati. Alle figure professionali tradizionalmente presenti nelle equipe dei

servizi (psichiatri, infermieri, educatori e assistenti sociali) sono state affiancate quindi figure professionali nuove, quali mediatori culturali e antropologi. Successivamente è emersa l'esigenza di diffondere le competenze culturali a tutti i membri dell'equipe dei centri di salute mentale.

Strumento di lavoro per gli infermieri

Non esistono in letteratura linee-guida per un'assistenza transculturale infermieristica nell'ambito della salute mentale. Narayanasamy (1999) indica l'**ACCESS** model (Assessment, Communication, Cultural negotiations and compromise, Establishing respect, Sensitivity and Safety) come proposta allo scopo di fornire assistenza infermieristica in salute mentale. I teorici dell'argomento e l'EBN suggeriscono che le componenti dell'ACCESS sono fondamentali per l'assistenza infermieristica.

| <i>Components of the ACCESS model</i> | |
|--|---|
| <i>Assessment</i> | <i>Focus on cultural aspects of client's lifestyle, health beliefs and health practices</i> |
| <i>Communication</i> | <i>Be aware of variations in verbal and non-verbal responses</i> |
| <i>Cultural negotiation and compromise</i> | <i>Become more aware of aspects of other people's cultures well as understanding clients' views and explaining their problems</i> |
| <i>Establishing respect and rapport</i> | <i>A therapeutic relationship portraying genuine respect for clients' cultural beliefs and values is required</i> |
| <i>Sensitivity</i> | <i>Deliver diverse culturally sensitive care to culturally diverse groups</i> |
| <i>Safety</i> | <i>Enable clients to derive a sense of cultural safety</i> |

Narayanasamy 1998

Le conclusioni dell'articolo di Narayanasamy (1999) suggeriscono che gli interventi infermieristici nelle cure transculturali nell'ambito della salute mentale possano essere una utile **strategia per prendersi cura delle persone con diversi valori** culturali, credenze e pratiche; alcune manifestazioni dei sintomi di salute mentale sono strettamente connesse alla cultura di appartenenza della persona assistita e pertanto diverse dalla manifestazione che l'operatore suppone.

L'ACCESS model è suggerito come **possibile strumento** per l'assistenza transculturale in salute mentale (Narayasamy, 2002).

La situazione dei richiedenti asilo

Negli ultimi anni in Italia si è osservato un notevole afflusso di migranti provenienti da paesi in cui sono in corso **conflitti bellici e instabilità sociale** che cercano nel nostro Paese (o tentano di raggiungere il Nord Europa) **asilo politico e protezione internazionale**. La letteratura ha evidenziato come questo gruppo di migranti sia **particolarmente vulnerabile** per lo sviluppo di una malattia mentale.

Il disagio mentale presentato dai titolari/richiedenti asilo politico è un'evenienza che sottopone le strutture di accoglienza a particolari **tensioni organizzative e professionali** (Provincia di Parma e CIAC, 2011) e che quindi richiede l'integrazione con la rete territoriale di servizi e sanitaria. Sono evenienze che richiedono **competenze tecniche, materiali e umane specifiche** e che esulano dalla funzione di accoglienza e supporto di tali strutture. Per questo motivo ci vuole una collaborazione tra tali strutture e i Dipartimenti di Salute Mentale. Diverse esperienze e collaborazioni sono in atto in alcune regioni e in particolare all'interno dei servizi SPRAR.

L'esperienza di Trieste

Anche a Trieste, al pari di altre città italiane, all'interno del DSM si è avviato un programma di presa in carico specializzata per una determinata categoria di persone migranti.

Si legge sul sito del DSM *“Il gruppo di lavoro regionale, cui il DSM ha dato il suo contributo, ha approfondito **le possibili strategie terapeutiche** psicologiche, psichiatriche e farmacologiche per orientare gli operatori rispetto ad alcuni comportamenti da privilegiare nell'affrontare il disagio psichico all'interno del **disagio da sradicamento** dal proprio ambiente geografico e culturale utilizzando la risorsa dei **mediatori culturali**. A partire da questi elementi e con il fine di costruire insieme pratiche accettabili in culture diverse il CSM di via Gambini ha iniziato a collaborare al progetto **“Disagio Invisibile”**: Nuovi Approcci alla Salute degli*

Immigrati, con il Consorzio Italiano di Solidarietà”².

Il progetto “*Disagio Invisibile: Nuovi Approcci alla Salute degli Immigrati*” si è svolto negli anni 2005-2006. Successivamente ha preso avvio una **collaborazione diretta** e proficua tra il DSM e l'ICS (Consorzio Italiano di Solidarietà – Ufficio Rifugiati Onlus). Lo SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati) riconoscendo la situazione di vulnerabilità dei soggetti migranti, riserva alcuni posti SPRAR ai migranti a cui è stato riconosciuto tale status. A Trieste i posti SPRAR disponibili per tali persone sono 7 (<http://www.serviziocentrale.it/?ProgettiTerritoriali&i=2&s=4>): la loro presa in carico è facilitata da una **specifica convenzione con l'Azienda Sanitaria**.

Attualmente queste 7 persone sono attribuite ai CSM e al SPCD: 2 persone sono in carico al CSM4 Gambini, 2 persone al SPDC, 1 persona al SAR, 1 persona al CSM1 Barcola e 1 persona al CSM2 Maddalena.

I posti risultano riservati solo a persone che hanno ottenuto lo status di rifugiato.

Molti di più sono i contatti richiesti dall'ICS per i *richiedenti* asilo (le persone che sono in attesa che gli venga concesso lo status di rifugiato, e possono passare anche 6 mesi dalla prima richiesta). Per tali persone la situazione è più complicata per diversi motivi: in primis non avendo una dimora fissa – spesso non gli viene assegnata proprio una casa o vengono spesso spostati di appartamento – si genera confusione su chi li deve prendere in carico (quale distretto) e dunque l'assistenza, già difficile di per sé, diviene ancora più complessa. Per confermare tale situazione basti pensare che i primi contatti sono molti ma non sono poi seguiti da una reale presa in carico (a volte non sussiste una reale necessità, a volte queste persone vengono effettivamente “perse”). Solitamente il primo contatto non avviene dalla persona stessa ma da enti di accoglienza come ICS, CARITAS e San Martino.

Proprio in questo periodo, all'interno del DSM, considerando le difficoltà incontrate nella presa in carico di queste persone si sta pensando a una riorganizzazione dell'intera struttura di accoglienza alle persone migranti.

²http://www.deistituzionalizzazione.trieste.it/guida/Guida/?apripagina=/guida/Guida/PROGR-AMM/&home=/guida/Guida/&home_programma=/guida/Guida/..#elemento31

Tabella 1 – Totale persone straniere divise per genere assistite per CSM negli ultimi quattro anni. Non è stato considerato il SPDC.

| Conteggio di Genere | | SC | | | | |
|---------------------|--------|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| Anno | Genere | CSMD1 | CSMD2 | CSMD3 | CSMD4 | Totale complessivo |
| 2010 | Donne | 21 | 45 | 14 | 33 | 113 |
| | Uomini | 21 | 34 | 6 | 25 | 86 |
| 2010 Totale | | 42 | 79 | 20 | 58 | 199 |
| 2011 | Donne | 17 | 55 | 21 | 36 | 129 |
| | Uomini | 17 | 37 | 8 | 26 | 88 |
| 2011 Totale | | 34 | 92 | 29 | 62 | 217 |
| 2012 | Donne | 13 | 44 | 19 | 32 | 108 |
| | Uomini | 18 | 28 | 5 | 24 | 75 |
| 2012 Totale | | 31 | 72 | 24 | 56 | 183 |
| 2013 | Donne | 11 | 37 | 23 | 29 | 100 |
| | Uomini | 13 | 27 | 10 | 23 | 73 |
| 2013 Totale | | 24 | 64 | 33 | 52 | 173 |
| Totale complessivo | | 131 | 307 | 106 | 228 | 772 |

Tabella 2 – Totale persone straniere e numero di contatti con il servizio

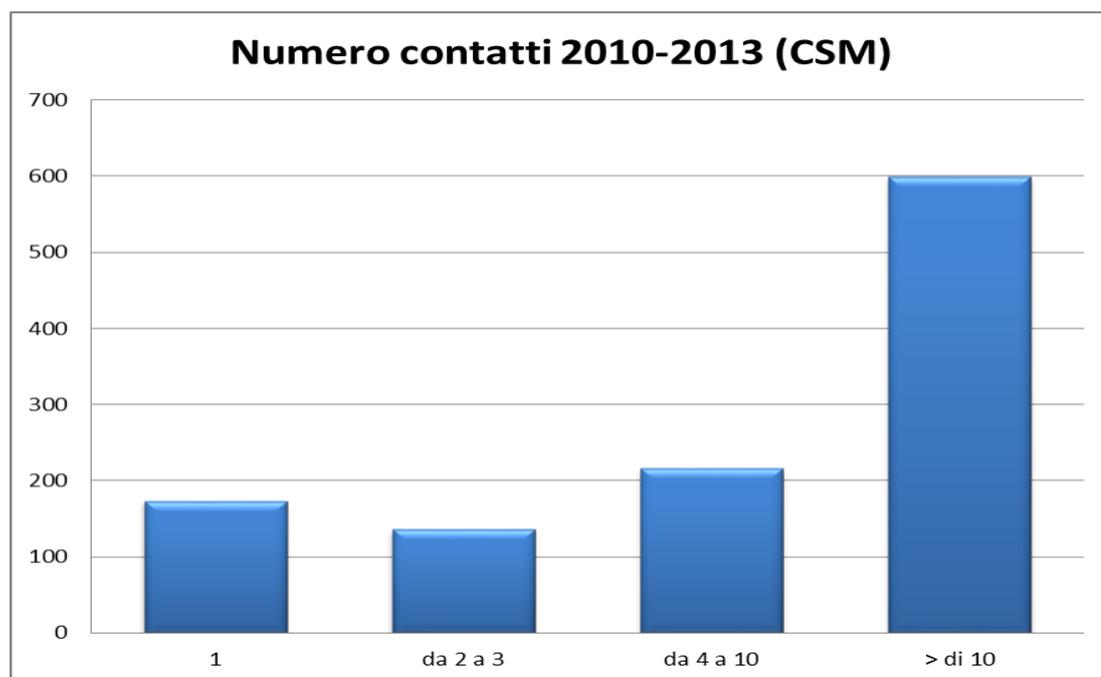


Tabella 3 – Totale persone straniere divise per provenienza assistite per CSM negli ultimi quattro anni. Non è stato considerato il SPDC.

| Conteggio di Provenienza dei cittadini stranieri | | SC | | | | |
|--|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| Anno | Provenienza dei cittadini stranieri | CSMD1 | CSMD2 | CSMD3 | CSMD4 | Totale complessivo |
| 2010 | Europa meridionale | 2 | | | | 2 |
| | Europa meridionale - Balcani | 20 | 41 | 13 | 35 | 109 |
| | Europa occidentale | 4 | 1 | | 1 | 6 |
| | Europa orientale | 6 | 12 | 2 | 7 | 27 |
| | Europa settentrionale | 1 | 1 | 1 | | 3 |
| | Asia | 5 | 8 | 1 | 8 | 22 |
| | Africa | 3 | 9 | 2 | 5 | 19 |
| | Americhe | 1 | 7 | 1 | 2 | 11 |
| 2010 Totale | | 42 | 79 | 20 | 58 | 199 |
| 2011 | Europa meridionale | 2 | | | | 2 |
| | Europa meridionale - Balcani | 19 | 47 | 15 | 35 | 116 |
| | Europa occidentale | 3 | 5 | 1 | 3 | 12 |
| | Europa orientale | 6 | 15 | 6 | 9 | 36 |
| | Europa settentrionale | 1 | | 2 | | 3 |
| | Asia | 2 | 12 | 2 | 10 | 26 |
| | Africa | 1 | 10 | | 3 | 14 |
| | Americhe | | 3 | 3 | 2 | 8 |
| 2011 Totale | | 34 | 92 | 29 | 62 | 217 |
| 2012 | Europa meridionale | 1 | | | | 1 |
| | Europa meridionale - Balcani | 11 | 39 | 16 | 35 | 101 |
| | Europa occidentale | 3 | 1 | | 1 | 5 |
| | Europa orientale | 3 | 14 | 4 | 8 | 29 |
| | Europa settentrionale | | | 1 | | 1 |
| | Asia | 3 | 9 | 1 | 6 | 19 |
| | Africa | 7 | 8 | | 2 | 17 |
| | Americhe | 3 | 1 | 2 | 4 | 10 |
| 2012 Totale | | 31 | 72 | 24 | 56 | 183 |
| 2013 | Europa meridionale | 1 | | | | 1 |
| | Europa meridionale - Balcani | 8 | 31 | 24 | 33 | 96 |
| | Europa occidentale | 3 | 2 | | | 5 |
| | Europa orientale | 3 | 12 | 4 | 7 | 26 |
| | Europa settentrionale | 1 | | 1 | | 2 |
| | Asia | 4 | 7 | 2 | 6 | 19 |
| | Africa | 2 | 7 | 1 | 3 | 13 |
| | Americhe | 2 | 5 | 1 | 3 | 11 |
| 2013 Totale | | 24 | 64 | 33 | 52 | 173 |
| Totale complessivo | | 131 | 307 | 106 | 228 | 772 |

CAPITOLO 5

LO STUDIO

Premessa:

L'obiettivo della ricerca è quello di indagare le modalità di comportamento degli infermieri e i vari tipi di esperienza nell'assistenza a persone con culture differenti nonché la loro percezione riguardo la propria formazione. Per realizzare questo si è replicato uno studio che è stato condotto da Cang-Wong et al., (2009) in California. Sono stati utilizzati gli stessi strumenti di ricerca in maniera tale da poter confrontare i risultati e successivamente poter paragonare due mondi formativi diversi. Ritengo tuttavia di dover sottolineare che - poiché si tratta appunto di due contesti formativi differenti - la somministrazione dello stesso questionario tradotto potrebbe aver portato ad alcune incomprensioni in merito come spiegherò meglio nel prossimo capitolo.

Appare importante sottolineare che né lo studio che si vuole replicare né gli studi prima citati (Festini et al., 2009; Proietti et al., 2012) prendevano in considerazione gli infermieri afferenti all'area della salute mentale.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Gli obiettivi sono:

- Esplorare le esperienze degli infermieri nell'incontro con l'utenza dei servizi di salute mentale proveniente da culture diverse
- Rilevare le modalità formative adottate; sondare la percezione sulla propria preparazione
- Evidenziare contributi e modalità efficaci per un'assistenza culturalmente competente

MATERIALI E METODI

- **Disegno dello studio**

È stato effettuato uno studio cross-sectional

- **Setting**

Lo studio è stato condotto presso la SO DSM dell'Azienda per i Servizi Sanitari n°1 Triestina ed in particolare presso 4 centri di Salute Mentale: CSM 1 Barcola, CSM2 Maddalena, CSM3 Domio, CSM4 Gambini, presso il SPDC e il SAR, nel periodo compreso tra settembre e ottobre 2014.

- **Campione e campionamento**

Sono stati considerati eleggibili tutti gli infermieri che operano all'interno del DSM ASS1

Criteri di inclusione

Sono stati arruolati tutti gli infermieri del DSM che abbiano fornito assistenza ad almeno una persona straniera e che esprimeranno il consenso alla partecipazione.

- **Variabili**

Attraverso un questionario semi-strutturato (allegato) saranno indagate:

- Le variabili nominali socio anagrafiche (nazionalità dei partecipanti, lingue parlate, cultura, religione, livello di istruzione) ed eventuali corsi di formazione, precedenti esperienze, cultura personale, esperienze personali/familiari
- Le esperienze degli infermieri nell'incontro con utenza in contatto con i servizi di salute mentale e proveniente da culture diverse
- Le strategie utilizzate per fornire un'assistenza culturalmente competente

- **Dimensioni dello studio**

Hanno partecipato allo studio 60 infermieri su un totale di 100 arruolabili

- **Procedura di raccolta dati**

I questionari, accompagnati da una lettera di presentazione, sono stati consegnati e

ritirati nel periodo 5 settembre – 6 ottobre 2014

- **Riservatezza**

È stata richiesta l'autorizzazione alla Direzione dell'ASS1

È stato garantito l'anonimato di tutti i partecipanti

- **Analisi dei dati**

I dati quantitativi vengono presentati con tabelle e/o grafici.

I dati qualitativi vengono organizzati e presentati in categorie e temi

RISULTATI

- **Partecipanti e dati descrittivi**

Hanno partecipato complessivamente allo studio 60 infermieri su un totale di 100 (60% di partecipazione). Sono stati 59 i questionari ritenuti validi.

Trentacinque (59,3%) erano femmine mentre ventiquattro maschi (40,7%). L'età media dei partecipanti era di 46,10 \pm 7,443 anni (mediana 47.00 range 24-60).

Il 100% dei partecipanti era di nazionalità italiana, il 98,3% (n=58) parlava l'italiano come lingua madre. Il 64,4% dei partecipanti ha affermato di parlare almeno un'altra lingua oltre alla lingua madre.

Il 44,1% (n=26) ha dichiarato di aver frequentato solo la scuola Infermieri, l'11,9% (n=7) di aver ottenuto il diploma universitario e il 13,6% (n=8) di aver conseguito la laurea. Il 27,1% (n=16) è in possesso di un Master di I livello.

Dei partecipanti che hanno fornito una risposta riguardo alla religione (n=38) l'86,8% ha dichiarato di essere di religione cattolica (cfr. Tabella 1).

| Caratteristiche socio demografiche | | n | % |
|------------------------------------|-----------------------|---------------|------|
| Genere | Femmine | 35 | 59,3 |
| | Maschi | 24 | 40,7 |
| Età | Media (DS) | 46,10 (7,443) | |
| Nazionalità | Italiana | 59 | 100 |
| | | | |
| Lingua madre | Italiano | 58 | 98,3 |
| | Sloveno | 1 | 1,7 |
| Altra lingua parlata | | 38 | 64,4 |
| Altra lingua parlata 2 | | 13 | 22 |
| Livello di istruzione | Laurea Magistrale | 2 | 3,4 |
| | Master I livello | 16 | 27,1 |
| | Laurea | 8 | 13,6 |
| | Diploma universitario | 7 | 11,9 |
| | Scuola Infermieri | 26 | 44,1 |
| Religione | Cattolica | 33 | 86,8 |
| | Atea | 3 | 7,9 |
| | Buddista | 1 | 2,6 |
| | Protestante | 1 | 2,6 |

Tabella 1

- **Risultati principali**

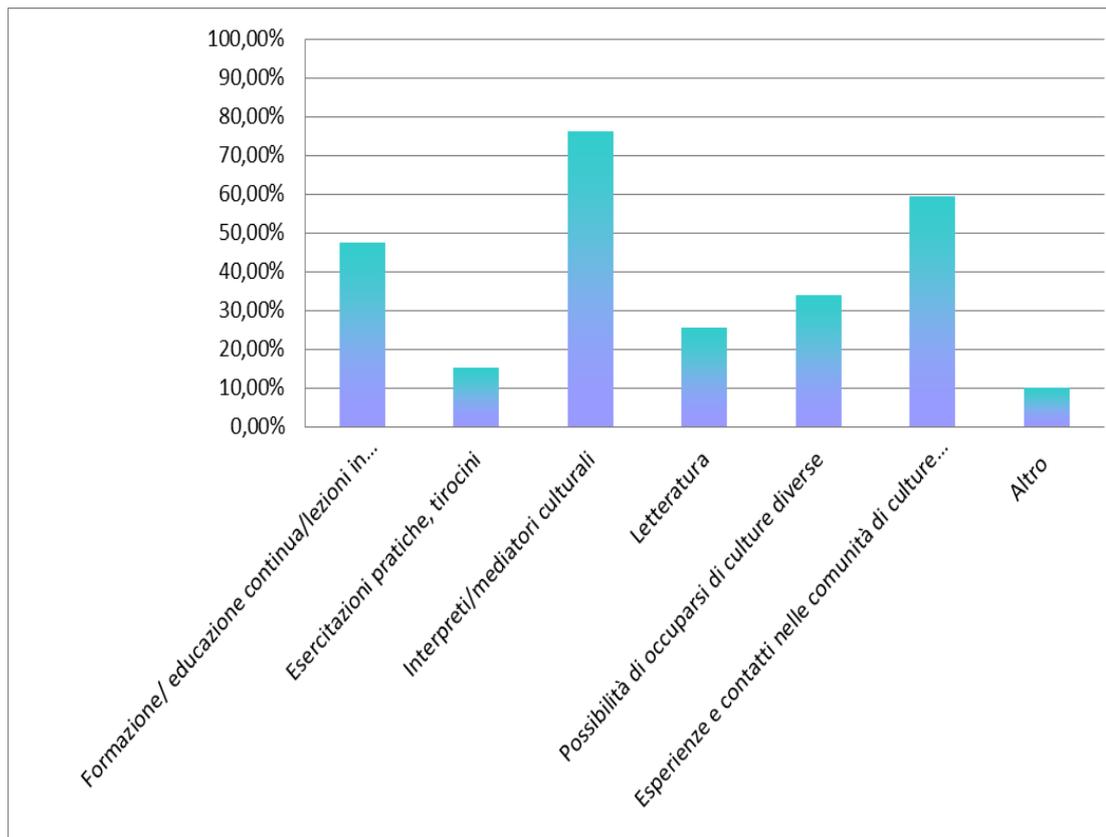
Il questionario (allegato) include domande a scelta multipla e a completamento (domande 1, 2, 5, 6) e quesiti a risposta aperta (domande 3, 4).

Nella **prima domanda** i partecipanti erano invitati a riflettere da dove provenga la modalità di comportamento e di cosa tengano conto quando assistono una persona con cultura diversa (grafico 1). Il questionario prevedeva 9 risposte multiple possibili; ai

partecipanti è stato richiesto di segnare tutte le risposte che ritenevano opportune e se necessario di aggiungere delle risposte proprie. La frequenza media di risposte fornite è stata di $3,2 \pm 2,015$ (mediana 3,00 range 1-8).

Il 69,5% degli infermieri (n=41) ha risposto che tiene conto della propria educazione e formazione; il 61% (n=36) sa come comportarsi grazie allo studio o interesse personale; il 42,4% (n=25) sa come comportarsi grazie a canali di informazione (internet, televisione, pubblicazioni); il 40,7% (n=24) ha risposto che si basa su esperienze passate, esperienze provenienti da viaggi (37,3%), esperienza proveniente dalla famiglia (28,8%) e da amici (18,6%). Solo il 22% (n=13) indica programmi di formazione.

I risultati di questa domanda saranno discussi nel prossimo capitolo (si suppone ci sia stato un errore nell'interpretazione della domanda).



Nella seconda domanda è stato chiesto ai partecipanti di elencare le differenti culture, comunità o etnie di pazienti di cui si sono occupati fino ad oggi (cfr. Tabella 2).

| <i>2- Elenca le diverse culture, comunità o etnie di pazienti di cui ti sei occupato/a fino ad oggi</i> | | | |
|---|----|------------------|----|
| Africa | 8 | Asia | 1 |
| Algerini | 1 | Afgani | 12 |
| Centroafrica | 1 | Araba | 7 |
| Congolese | 1 | Bengalese | 2 |
| Egiziana | 1 | Cina | 9 |
| Kenia | 1 | Curdi | 3 |
| Maliana | 1 | Giapponese | 1 |
| Marocchina | 2 | India | 4 |
| Nigeriana | 1 | Irak | 8 |
| Nord Africa | 5 | Iraniana | 6 |
| Senegal | 4 | Libanese | 3 |
| Sudafrica | 5 | Mauritius | 1 |
| Tunisia | 1 | Medio orientale | 2 |
| Europa | | Pakistani | 4 |
| Anglosassone | 1 | Turchia | 5 |
| Carso | 1 | America | |
| Finlandese | 1 | Argentina | 3 |
| Francesi | 3 | Brasiliana | 2 |
| Greca | 1 | Canadese | 1 |
| Nord Europa | 1 | Centro America | 4 |
| Tedesca | 3 | Cuba | 2 |
| Est Europa | | Dominicana | 2 |
| Albania | 4 | Latino-americani | 1 |
| Balcani | 5 | SudAmerica | 5 |
| Bosnia ortodossi | 1 | Australia | 1 |
| Bulgaria | 2 | Religioni | |
| Croazia | 11 | Ebraica | 4 |
| Ex Jugoslavia | 3 | Islamica | 1 |
| Ex URSS | 2 | Musulmani | 9 |
| Rumeni | 4 | Ortodossi | 1 |
| Russi | 2 | Protestanti | 1 |
| Serba | 12 | Rom | 9 |
| Slovenia | 11 | Ucraina | 1 |
| Ungherese | 1 | | |

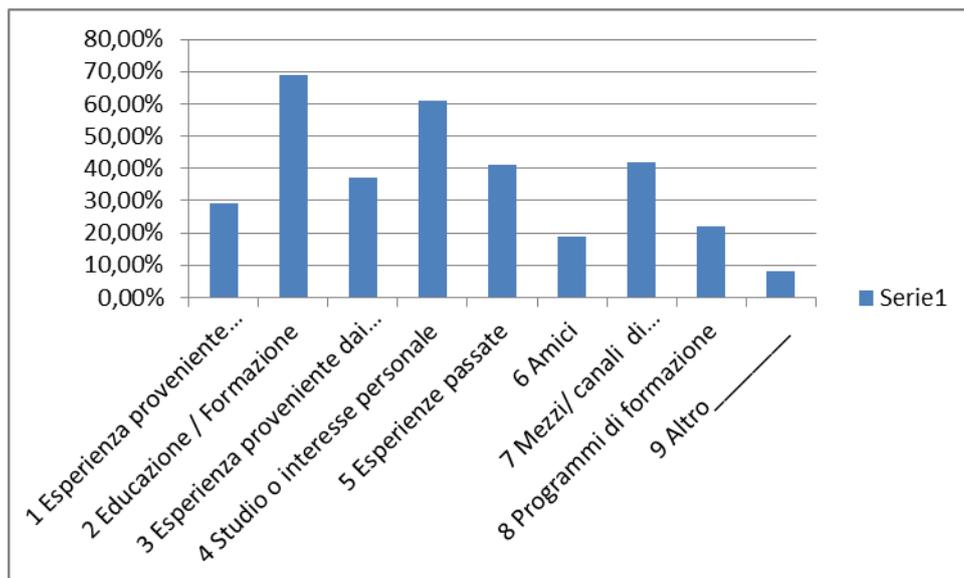
Nella **quinta domanda** è stato chiesto ai partecipanti di identificare quali risorse hanno ritenuto utili per assistere persone di culture differenti. La maggioranza dei partecipanti

ha risposto che la risorsa più utile è stata quella personale (70,9%) seguita dalla presenza di mediatori culturali (34,5%), dal richiedere l'aiuto di persone terze o servizi (32,7%), dal cercare informazioni e/o utilizzare internet (25,4%). Una sola persona ha indicato la formazione specifica (1,8%) (cfr. Tabella 3).

| <i>5 – Quale tipo di risorsa ti è stata d'aiuto/utile in questo tipo di situazioni? (persone, servizi, informazioni, risorse personali)</i> | |
|---|--------------|
| Risorse personali | N=39 (70,9%) |
| Mediatori culturali | N=19 (34,5) |
| Persone/Servizi | N=18 (32,7%) |
| Informazioni/Internet | N=14 (25,4%) |
| Formazione | N=1 (1,8%) |

Tabella 3

Infine per quanto riguarda la **sesta domanda** gli infermieri dovevano indicare che cosa ritenessero utile per fornire un'assistenza migliore a persone con culture differenti. Il questionario prevedeva 7 risposte multiple possibili; ai partecipanti è stato richiesto di segnare tutte le risposte che ritenevano opportune e se necessario di aggiungere delle risposte proprie. La frequenza media di risposte fornite è stata di $2,7 \pm 1,4$ (mediana 3,00 range 0-7). Il 76,3% degli infermieri (N=45) ha risposto che per migliorare le proprie abilità nel fornire assistenza culturalmente competente gli sarebbe utile una maggior presenza di mediatori culturali. Il 59,3% (N=35) ritiene che sarebbe utile avere la possibilità di fare esperienze e avere contatti nelle comunità di culture diverse, mentre il 47,5 % (N=28) ritiene che sarebbe opportuno avere una maggior formazione ("didattica") in merito. Altre risposte sono state "avere la possibilità di occuparsi di culture diverse" (33,9%), tirocini formativi (15,3%), aggiornarsi tramite letteratura (25,4%) (cfr. grafico 2).



Le domande 3 e 4 erano a risposta aperta (). È stato scelto di utilizzare anche questa tipologia di domanda affinché gli infermieri, se lo desiderassero, si sentissero liberi di esprimere le loro esperienze e opinioni riguardo l'assistenza a persone con culture differenti. Le risposte sono state organizzate per categorie tematiche. (Tabella 4, 5)

È stato chiesto agli infermieri di indicare cosa per loro fosse più *stimolante* e *impegnativo* nell'assistenza a una persona con cultura differente. Le risposte sono state raggruppate in 5 categorie per quanto riguarda la voce “stimolante” e 8 categorie per quanto riguarda la voce “impegnativo”. I risultati sono esposti nella tabella 4 (sotto) e di seguito si riportano delle citazioni che si ritengono significative.

In ordine decrescente di frequenza di risposte fornite, gli infermieri hanno indicato come “stimolante”: la conoscenza di una cultura differente “*conoscenza della cultura diversa per instaurare una buona relazione ed assistenza adeguata e rispettosa*”, “*conoscere nuovi modi di vivere e confronto*”, lo scambio reciproco e il confronto “*conoscersi reciprocamente e venire incontro alle esigenze della persona*” la diversità “*mimica linguaggio del corpo*”, il fornire informazioni riguardo la propria cultura “*far capire il nostro sistema*”, “*trasmettere la modalità di accoglienza*”.

Come “impegnativo” gli infermieri hanno indicato: il rispetto e la comprensione di culture differenti “*gestire il loro modo di vedere le donne*”, “*rispettare le regole morali dell'assistito*”, “*programmare un progetto personalizzato perché la differenza*

è troppa e troppo poco il tempo dedicato e troppo poca la formazione”, la lingua e la comunicazione “sfumature diverse nel comunicare”, “limiti dati dalla non comprensione, a volte non evidenti, riguardo dinamiche familiari, comunicative”, l'instaurarsi di una relazione e l'applicazione di metodi di lavoro differenti “applicare (la conoscenza di culture diverse)”, “applicazione di stili di lavoro diversi in base alla cultura” e l'adattamento “adattarsi in un contesto strutturato e organizzato in base alla cultura “dominante””, “adattare nostri stili di vita alle abitudini di persone di cultura diversa”.

| 3- Cosa credi sia più stimolante e impegnativo quando ti occupi di una persona proveniente da una cultura diversa dalla tua? | | | |
|---|---|----------|----------|
| | | n | % |
| STIMOLANTE | <i>Conoscenza</i> | 23 | 47,9 |
| | <i>Scambio reciproco/confronto</i> | 12 | 25 |
| | <i>Diversità</i> | 10 | 20,3 |
| | <i>Altro</i> | 3 | 6,5 |
| | <i>Trasmissione di informazioni in un verso</i> | 2 | 4,2 |
| IMPEGNATIVO | <i>Rispettare e comprendere le differenze culturali</i> | 19 | 35,8 |
| | <i>Lingua</i> | 17 | 32 |
| | <i>Comunicazione</i> | 7 | 13,2 |
| | <i>Altro</i> | 5 | 9,4 |
| | <i>Instaurare una relazione</i> | 4 | 7,5 |
| | <i>Applicare metodi di lavoro diversi</i> | 2 | 3,7 |
| | <i>La mediazione</i> | 3 | 5,6 |
| | <i>Adattamento</i> | 3 | 5,6 |

Tabella 4

Nella **quarta domanda** è stato chiesto agli infermieri di descrivere un'esperienza avuta quando si sono occupati di una persona di cultura diversa dalla propria. Le risposte sono state raggruppate in 7 categorie tematiche. I risultati sono esposti nella tabella 5 (sotto) e di seguito si riportano delle citazioni che si ritengono significative. Ben nel

65% delle risposte è indicata una certa *difficoltà* nell'assistenza, che può essere collegata a diverse cause: ci può essere una difficoltà legata alla diversa religione e cultura “*esperienza molto negativa di un paziente in crisi ipoglicemica che non voleva mangiare né idratarsi perché in Ramadan*”, difficoltà relazionali in generale “*c'è una scontata difficoltà iniziale per poter entrare in relazione con la persona perché ciò deve avvenire “in punta di piedi” per poter garantire un rispetto reciproco*”, difficoltà relazionali in quanto operatrici donne “*difficoltà a relazionarmi con un uomo in quanto professionista donna*”, “*difficoltà come operatore donna ad avere autorevolezza con utenza familiare mussulmana*”, difficoltà di collaborazione con i servizi, difficoltà per problemi linguistici “*come tutto il servizio ci siamo attivati per un ragazzo che era ricoverato: il grosso problema era la comunicazione in quanto lui non conosceva l'italiano*”. Infine un infermiere indica di aver incontrato difficoltà per mancanza di una formazione specifica “*per quanto arricchente, il contatto con persone di altra cultura afferenti al mio contesto di lavoro (psichiatria) si rivela in genere più complesso in quanto i servizi non hanno competenza specifica nella multiculturalità e quindi nella complessità a cui ci si vuole collegare*”. In minor percentuale l'esperienza è descritta come: esperienza arricchente “*ricordo un'esperienza relativa ad un the offertomi dalla famiglia di un paziente iraniano, è stato un momento di confronto anche culinario*”, esperienze dove viene evidenziato il ruolo fondamentale dei mediatori culturali “*difficoltà di presa in carico di un paziente di etnia e religione diversa dalla nostra inizialmente, poi attraverso i mediatori culturali si è instaurato un buon rapporto continuativo grazie ai mediatori culturali*”, “*l'esperienza avuta con un persona di etnia diversa è stata all'inizio difficoltosa per la diversità di vedute ma poi attraverso l'aiuto di mediatori culturali è stata presa in carico efficacemente*”. In tre risposte è stato evidenziato che nelle varie esperienze non si sono riscontrate problemi “*non mi ricordo problematiche particolari*”, “*per me non ci sono stati problemi nei pazienti di cultura diversa*”. Un solo infermiere esprime la propria formazione in merito “*esperienze diverse perché diverse sono le persone (sia utenti che operatori). Alcune con risoluzione della crisi e integrazione sociale perché si sono messe in campo risorse umane dalla famiglia alle istituzioni al buon entroterra culturale della persona in questione. Altre esperienze fallimentari ma sarebbe andata così anche se la persona fosse stata di nazionalità italiana. Esperienze infine valide a*

360 gradi perché validissima l'operatività del medico, e perché noi siamo stati formati sul campo con conseguente inserimento lavorativo e sociale della persona”.

| 4- Descrivi un'esperienza che hai avuto quando ti sei occupato di un paziente di cultura diversa dalla tua | | | |
|---|------------------------|--|-----------------------|
| <i>Difficoltà</i> | N=26 (65%) | Difficoltà legate alla religione e alla cultura | N=8 (20%) |
| | | Difficoltà relazionale | N=6 (15%) |
| | | Difficoltà di collaborazione con i servizi | N=4 (10%) |
| | | Difficoltà relazionale in quanto operatore donna | N=4 (10%) |
| | | Difficoltà per problemi linguistici | N=2 (5%) |
| | | Difficoltà per mancanza di formazione specifica | N=1 (2,5%) |
| <i>Altre risposte</i> | N=7 (17,5%) | | |
| <i>Esperienza arricchente</i> | N=5 (12,5%) | | |
| <i>Viene evidenziata la risoluzione dell'assistenza solo grazie a mediatori culturali</i> | N=3 (7,5%) | | |
| <i>Non ci sono stati problemi/situazioni particolari</i> | N=3 (7,5%) | | |
| <i>Evidenziano una necessaria collaborazione con persone/servizi</i> | N=2 (5%) | | |
| <i>Esprime la propria formazione in merito</i> | N=1 (2,5%) | | |

Tabella 5

CAPITOLO 6

DISCUSSIONE

- **Descrizione dei partecipanti**

Sono stati raccolti complessivamente 60 questionari – su un totale di 100 possibili – e sono stati considerati valutabili 59 di essi. Considerando eventuali infermieri che durante la somministrazione del questionario erano in ferie, malattia e/o infortunio, una percentuale di partecipazione del 60% appare un buon risultato, forse indice del fatto che esiste una certa sensibilità per la tematica trattata.

La popolazione era costituita da quasi il 60% di donne; l'età media era di 46 anni ma con una deviazione standard relativamente bassa ($\pm 7,443$).

La totalità dei partecipanti era di nazionalità italiana.

Più del 60% degli infermieri ha affermato di parlare almeno un altro idioma oltre l'italiano: questo dato si può tenere in considerazione perché conoscere una lingua straniera, in particolare l'inglese, potrebbe facilitare il primo contatto e la comunicazione tra infermiere e utente.

Circa la metà degli infermieri ha frequentato la scuola infermieri, mentre quasi il 30% ha conseguito anche un Master di I livello; un livello più elevato di istruzione potrebbe essere associato a una maggior consapevolezza della tematica analizzata.

Più del 85% degli infermieri ha affermato di essere di religione cattolica, dato che va tenuto in considerazione soprattutto per alcuni risultati esposti in seguito.

- **Discussione dei risultati**

Per analizzare i risultati si è deciso di partire dall'analisi della quarta domanda del questionario. Essa era una domanda a risposta aperta nella quale veniva chiesto all'infermiere di descrivere un'esperienza avuta quando si era occupato di una persona di cultura diversa dalla sua.

La domanda così posta era molto generale e soggettiva e pertanto poteva prevedere un'ampia gamma di risposte possibili; infatti si chiedeva semplicemente di raccontare

in poche righe un'esperienza avuta senza fornire ulteriori elementi che avrebbero potuto condizionarne la risposta.

Appare interessante notare che ben il 65% delle esperienze raccontate conteneva la parola *difficoltà*; la *difficoltà* incontrata deriva da diverse cause.

Questo dato in realtà non deve stupire perché è perfettamente in linea con i risultati della letteratura esposti nei capitoli precedenti (Festini et al., 2009; Proietti et al., 2012).

Però, mentre negli studi analizzati precedentemente, la principale difficoltà espressa era quella legata alla lingua, seguita dalla *difficoltà a causa delle differenze culturali*, è interessante notare che - ponendo la domanda in questa maniera - solo due infermieri hanno descritto l'esperienza con una *difficoltà per problemi legati alla lingua*:

“come tutto il servizio ci siamo attivati per un ragazzo che era ricoverato: il grosso problema era la comunicazione in quanto lui non conosceva l'italiano”

La maggior parte degli infermieri ha descritto invece la *difficoltà legata alle differenze culturali e religiose*:

“esperienza molto negativa di un paziente in crisi ipoglicemica che non voleva mangiare né idratarsi perché in Ramadan”

Leggendo questa esperienza si può pensare che l'infermiere in questione non riesca a comprendere l'importanza del rispetto delle regole del Ramadan per l'utente assistito o non riesca ad accettarle. Pur sicuramente non mancando il rispetto da parte dell'infermiere per la religione e le decisioni dell'assistito (fondamentale per la nostra professione non giudicare) è comunque difficile accettare fino in fondo tali differenze culturali soprattutto se alla base non c'è una conoscenza non superficiale della cultura/religione. Ed è forse proprio tale mancanza a generare tali risposte.

In ogni caso sono senz'altro applicabili soluzioni diverse che possono essere messe in atto in tali situazioni, purché il problema venga assunto in quanto tale in modo da cercare insieme all'equipe delle valide soluzioni.

In una buona percentuale di infermieri che hanno descritto l'esperienza con uno straniero, emergono *le difficoltà relazionali*:

“c'è una scontata difficoltà iniziale per poter entrare in relazione con la persona perché ciò deve avvenire “in punta di piedi” per poter garantire un rispetto reciproco”

e soprattutto per quanto riguarda le *difficoltà relazionali tra operatrici donne e utenti uomini:*

“difficoltà a relazionarmi con un uomo in quanto professionista donna”,

“difficoltà come operatore donna ad avere autorevolezza con utenza familiare mussulmana”

Anche queste testimonianze possono far riflettere. Sicuramente le infermiere si sono sentite svilite nel loro operato da professioniste, però bisognerebbe tener conto anche del contesto dal quale provenivano le persone assistite. In molti Stati il ruolo della donna è limitato alla cura della casa e della famiglia, quindi per una persona appena arrivata nel nostro paese possiamo capire che il primo impatto con la nostra cultura non sia semplice. Quando si legge *“difficoltà ad avere autorevolezza”* verrebbe da pensare che l'infermiera in questione abbia cercato di imporsi e di far valere il suo ruolo, senza però considerare il fatto che la donna in altri Stati ha un'altra “funzione”. Per l'infermiera quindi la visione occidentale della donna è l'unica possibile o l'unica accettata – anche inconsapevolmente – e quindi genera tali atteggiamenti e risposte.

Il comportamento corretto sarebbe quindi quello di far assistere la persona da un operatore uomo, dove possibile, in modo che si instauri una relazione di fiducia con il servizio; successivamente la persona capirà che il ruolo della donna nel nostro paese è altrettanto valido e con l'aiuto di tutta l'equipe si riuscirà ad instaurare una relazione di fiducia anche con le operatrici.

Infine, anche se da parte di un solo infermiere, si riconosce che le *difficoltà* incontrate sono causate soprattutto da una *mancaza di formazione specifica:*

“per quanto arricchente, il contatto con persone di altra cultura afferenti al mio contesto di lavoro (psichiatria) si rivela in genere più complesso in quanto i servizi non hanno competenza specifica nella multiculturalità e quindi nella complessità a cui ci si vuole collegare”.

Per completezza vorrei aggiungere che tre infermieri hanno specificatamente

evidenziato che nelle varie esperienze *non si son riscontrati problemi*:

“non mi ricordo problematiche particolari”, “per me non ci sono stati problemi nei pazienti di cultura diversa”, “si tratta di una ragazza iraniana in Italia da qualche anno con il marito approccio facile perché molto aperta e contenta di vivere un'esperienza diversa dalla vita precedente”

Questi risultati sono confermati dalle risposte al terzo quesito. Veniva chiesto agli infermieri di indicare che cosa trovassero più *impegnativo e stimolante* nell'assistenza a persone con cultura diversa. Le risposte emerse sono in linea con le esperienze raccontate (e con gli studi italiani di Festini 2009 e Proietti 2012), infatti hanno dichiarato di trovare impegnativi *la lingua e la comunicazione, il rispetto e la comprensione delle differenze culturali, l'instaurarsi di una relazione*. Si osserva che la maggior parte degli infermieri ha indicato come impegnativo in primis i problemi linguistici e comunicativi, mentre una minor percentuale le restanti risposte. Nell'analisi della domanda aperta sopra esposta succedeva il contrario. Non si possono fare considerazioni generali, soprattutto perché il campione è limitato, però un'ipotesi potrebbe essere che facendo una domanda diretta l'infermiere pensi subito al problema della lingua come problema principale ma, ponendo invece il quesito sotto forma di racconto di un'esperienza ciò evidentemente non è la prima cosa che emerge.

Come *stimolante* gli infermieri hanno indicato *la conoscenza, lo scambio reciproco, il confronto e la diversità*. Sono a mio parere delle risposte che indicano l'apertura mentale degli infermieri e la buona volontà con cui agiscono nell'assistenza nonostante le difficoltà incontrate.

Questo tipo di approccio mentale è sicuramente la base per fornire un'assistenza culturalmente competente.

| <i>3- Cosa credi sia più stimolante e impegnativo quando ti occupi di una persona proveniente da una cultura diversa dalla tua?</i> | | | |
|---|--|-----------|-------------|
| IMPEGNATIVO | Rispettare e comprendere le differenze culturali | 19 | 35,8 |
| | Lingua | 17 | 32 |
| | Comunicazione | 7 | 13,2 |
| | Altro | 5 | 9,4 |
| | Instaurare una relazione | 4 | 7,5 |
| | Applicare metodi di lavoro diversi | 2 | 3,7 |
| | La mediazione | 3 | 5,6 |
| | Adattamento | 3 | 5,6 |

| <i>4- Descrivi un'esperienza che hai avuto quando ti sei occupato di un paziente di cultura diversa dalla tua</i> | | | |
|---|---------------|--|-----------------|
| Difficoltà | N=26 (65%) | Difficoltà legate alla religione e alla cultura | N=8 (20%) |
| | | Difficoltà relazionale | N=6 (15%) |
| | | Difficoltà di collaborazione con i servizi | N=4 (10%) |
| | | Difficoltà relazionale in quanto operatore donna | N=4 (10%) |
| | | Difficoltà per problemi linguistici | N=2 (5%) |
| | | Difficoltà per mancanza di formazione specifica | N=1 (2,5%) |

Nella quinta domanda si chiedeva agli infermieri: “*Quale tipo di risorsa ti è stata d’aiuto/utile in questo tipo di situazioni?*”

Mentre nella sesta: “*Cosa ti sarebbe d’aiuto per offrire una migliore assistenza nel prendersi cura di persone provenienti da culture diverse dalla tua?*”.

Nel primo caso quindi si voleva sapere a quale risorsa hanno fatto ricorso in tali situazioni mentre nel secondo quale risorsa sarebbe utile per migliorare l’assistenza.

Le risorse maggiormente utilizzate sono state le *risorse personali* con ben il 71% di risposte (era possibile fornire più risposte per domanda). Il così largo utilizzo delle cosiddette “risorse personali” può significare un deficit all’interno del servizio. È giusto e appropriato che un infermiere utilizzi le sue personali conoscenze, esperienze, sensibilità etc. nell’assistenza, tuttavia ritengo che essa non possa essere la prima risorsa utilizzata. A mio parere è indice del fatto che manca una formazione specifica. Un solo infermiere infatti ha indicato quale risorsa utilizzata la sua formazione in merito.

| 5 – <i>Quale tipo di risorsa ti è stata d’aiuto/utile in questo tipo di situazioni? (persone, servizi, informazioni, risorse personali)</i> | |
|--|--------------|
| <i>Risorse personali</i> | N=39 (70,9%) |
| <i>Mediatori culturali</i> | N=19 (34,5) |
| <i>Persone/Servizi</i> | N=18 (32,7%) |
| <i>Informazioni/Internet</i> | N=14 (25,4%) |
| <i>Formazione</i> | N=1 (1,8%) |

Solo il 34% ha indicato che come risorsa utilizzata il ricorso ai mediatori culturali, mentre ben il 76% ha asserito che per migliorare le proprie abilità nel fornire assistenza culturalmente competente gli sarebbe utile una maggior presenza di mediatori culturali. Si può dunque concludere che i mediatori culturali o non siano numericamente presenti in maniera adeguata all’interno dei servizi oppure che il loro

impiego non sia di facile e immediato utilizzo. Emerge tuttavia come la loro presenza sia considerata utile per migliorare l'assistenza.

Più del 60% di infermieri ritiene che per fornire un'assistenza migliore sarebbe utile avere *la possibilità di fare esperienze e avere contatti nelle comunità di culture diverse e frequentare tirocini formativi*, mentre il 47,5% ritiene che sarebbe opportuno anche avere una maggior *formazione “didattica”* in merito.

Emerge quindi chiaramente la volontà di approfondire tale tematica allo scopo di fornire una migliore assistenza.

Interessante notare come la formazione “sul campo” venga preferita alla formazione “didattica” proprio come indica il SIMM (l'argomento della formazione è stato trattato nei capitoli precedenti). Riporto ciò che il SIMM scrive sul documento *“Raccomandazioni sulla formazione: [...] la formazione non può ricorrere solamente a metodologie tradizionali, di stampo accademico-scolastico, di tipo puramente trasmissivo, dimostrate inefficaci nel processo formativo di individui adulti, ma deve adottare metodologie che assumano il contesto dell'esperienza quotidiana di lavoro, l'applicazione “sul campo”, come “motore per la conoscenza e il cambiamento [...]”*

Infine passiamo alla prima domanda, nella quale è stato chiesto agli infermieri *“Nella cura di un paziente di cultura diversa, come sai come comportarti? Di cosa tieni conto quando ti prendi cura di pazienti provenienti da una cultura diversa dalla tua?”* essa era una domanda a risposta multipla e gli item previsti erano nove:

- Esperienza proveniente dalla mia famiglia
- Educazione/Formazione
- Esperienza proveniente dai viaggi
- Studio o interesse personale
- Esperienze passate
- Amici
- Mezzi/canali di informazione (internet, televisione, pubblicazioni)
- Programmi di formazione
- Altro _____

Lo scopo di questo quesito era di indagare *in che modo* gli infermieri hanno imparato a prendersi cura di un paziente di cultura diversa (da dove deriva la loro conoscenza).

Si suppone che in questa domanda ci siano state delle incomprensioni in quanto i risultati non sono in linea con le risposte delle domande precedenti. Nel tradurre il questionario dall'inglese all'italiano non si è tenuto conto delle differenze nel sistema di formazione. Con il secondo item *educazione/formazione* si voleva intendere la formazione appresa didatticamente durante la formazione base (quindi all'università o alla scuola Infermieri), mentre con l'ottavo item *programmi di formazione* si intendeva la formazione post-base (quindi eventuali corsi ECM o incontri organizzati dal Servizio etc.).

La maggioranza degli infermieri ha risposto che tiene conto della propria *educazione/formazione* e *interesse personale* (item 2 e 4), una buona percentuale dalle *esperienze personali precedenti* (item 1, 3, 5, 6) e solo una piccola percentuale ha indicato i *programmi di formazione* (item 8).

Si suppone che gli infermieri abbiano inteso l'item *educazione/formazione* inteso come *formazione personale*, in quanto i programmi di formazione su tale tematica sono presenti nelle università solo in tempi recenti (e come spiegato ampiamente nel capitolo 4.?).

Se così fosse questo risultato avrebbe senso e sarebbe in linea con quelli precedenti in quanto emergerebbe nuovamente il dato che la principale risorsa utilizzata sono le risorse personali in quanto mancano programmi di formazione specifica.

- **Confronto**

I risultati di questo studio confrontati con quelli dello studio di Cang-Wong et al. (2009) appaiono abbastanza sovrapponibili, in particolare per alcuni aspetti.

L'ipotesi iniziale si basava sul fatto che in America *la formazione specifica* fosse una risorsa maggiormente riconosciuta e utilizzata rispetto all'Italia; questo in virtù del fatto che negli Stati Uniti il filone dell'infermieristica transculturale esiste dagli anni '50, è inserita nei programmi di formazione dagli anni '80 e inoltre la presenza di stranieri è molto più elevata rispetto all'Italia.

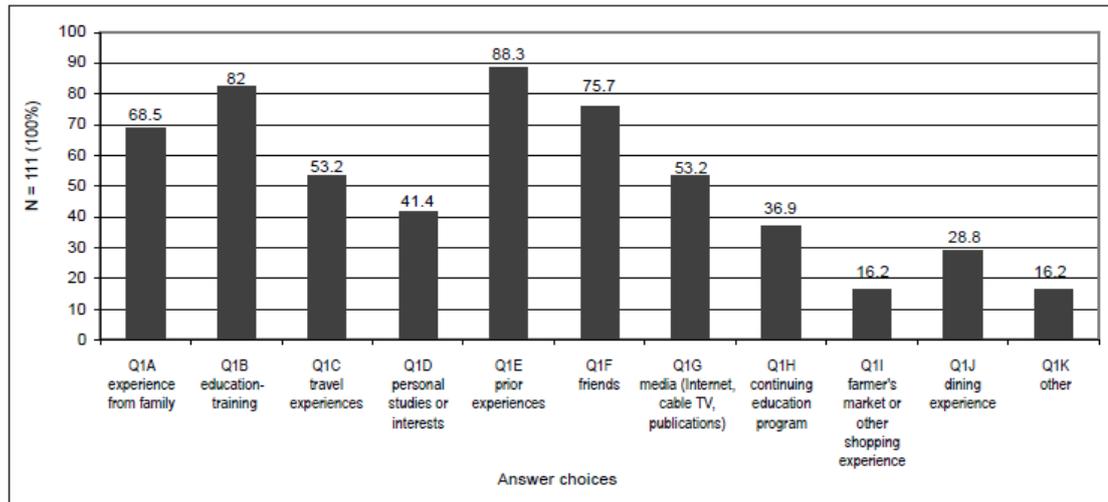


Figure 2. When caring for a patient (or family) from another culture, how do you know what to do? What do you draw on in caring for patients from a culture different from your own? How did you get your information about other cultures?

Da una parte questa ipotesi è confermata: infatti oltre l'80% degli infermieri indica la *formazione specifica* come risorsa utilizzata. D'altra parte bisogna però sottolineare come le percentuali maggiori le abbiamo le *esperienze precedenti* come accadeva nei risultati del nostro studio.

Anche gli infermieri sottoposti allo studio di Cang-Wong indicano che gli sarebbe utile come risorsa per migliorare l'assistenza ricevere una *maggiore formazione* e una superiore presenza di *interpreti*.

- **Limiti dello studio**

Un limite è stata sicuramente la dimensione ridotta del campione che non permette generalizzazioni; in ogni caso se si considera il totale di infermieri arruolabili in questa città la percentuale di partecipazione è alta e dunque, per la nostra città, può essere considerato un dato significativo.

Ci si è resi conto che la struttura del questionario – metà domande “chiuse” e metà “aperte” - ha generato confusione e disparità nelle risposte. Infatti mentre alle domande a risposta multipla hanno risposto tutti gli infermieri partecipanti, alle domande a risposta aperta ha risposto una percentuale minore di infermieri.

Come evidenziato nella discussione dei risultati un quesito è risultato problematico a causa della traduzione del questionario dalla lingua inglese. Infatti non si è pensato che era necessario adattare il questionario al percorso formativo offerto nella nostra realtà e pertanto è risultato impossibile analizzare le risposte a tale domanda se non facendo delle ipotesi.

Inoltre un ulteriore fatto da analizzare era la mancanza di una vasta letteratura sull'argomento. Sono stati considerati i due studi che si sono trovati in merito all'argomento ma che in ogni caso erano tarati su una diversa popolazione infermieristica mentre il nostro studio era diretto agli infermieri in ambito psichiatrico. Questo ci ha permesso di indagare un campo ancora inesplorato, ma d'altra parte i risultati non sono confrontabili.

CONCLUSIONI

Se da un lato lo studio effettuato ha avuto dei limiti, dall'altro sicuramente **ha fornito dei risultati in un ambito ancora poco esplorato**. Si auspica che tali risultati vengano approfonditi ed indagati a fondo e, se ne emerge effettivamente la volontà, si possa così iniziare un percorso innovativo di formazione e approfondimento su tale problematica.

Da questo studio emerge chiaramente che gli infermieri del DSM di Trieste si trovano in *difficoltà* ad assistere persone straniere. Questo appare già un risultato importante; se esistono realmente delle difficoltà bisognerebbe trovare delle strategie per risolverle. Considerato il costante aumento della popolazione straniera le difficoltà sono destinate ad aumentare **ed il problema urgente da affrontare**.

Un infermiere che non riesce a fornire un'assistenza adeguata, oltre a recar danno alla

persona assistita, si trova a lavorare in condizioni di stress a danno della sua stessa persona.

Oltre ad emergere le difficoltà incontrate per diverse cause nel fornire assistenza, si rilevano anche una certa apertura mentale, sensibilità e interesse a tale tematica.

Il riconoscimento della problematica, l'interesse e la volontà di trovare una soluzione risultano essere il primo passo necessario per avviare un progetto di formazione e approfondimento per migliorare l'assistenza infermieristica.

Se non ci fossero la presa di coscienza e la volontà dei professionisti di mettersi in gioco, le strategie formative imposte (ad esempio l'imposizione alla partecipazione a corsi di formazione) risulterebbero probabilmente inutili.

Dai risultati ottenuti attraverso tale studio emerge anche la volontà di ricevere una maggior formazione in termini pratici e teorici. Chiaramente i risultati non rappresentano tutta la popolazione infermieristica afferente all'area della salute mentale di Trieste, tuttavia ne sono una parte considerevole.

Pertanto per quanto più sopra esposto e per il crescente numero di stranieri presenti nella nostra regione sarebbe opportuno poter migliorare il servizio.

Trieste nel suo passato storico è stata una città multiculturale, abituata e attenta alla presenza dello straniero, in grado di accettare e convivere con diverse tradizioni, religioni, usi e costumi. Ha anche un'importante passato nell'ambito specifico della salute mentale ed ancora oggi è città di riferimento per gli studi in quest'ambito.

Ritengo pertanto che per tale sensibilità, propensione al cambiamento, per il crescente interesse di molti operatori e per tutto quanto più sopra trattato, Trieste sarebbe una realtà perfettamente in grado di avviare concretamente un progetto innovativo in tal senso.

BIBLIOGRAFIA

- Beneduce R. (1993) Geografie della memoria. Considerazioni clinico-antropologiche su migrazione e salute mentale. *In: De Micco V., Martelli P. Passaggi di confine. Etnopsichiatria e migrazioni.* Italy: Napoli, 125-144.
- Beneduce R. (1994) In mezzo al guado. Sistemi di riferimento e disagio psichico negli immigrati. *In: Beneduce R., Costa G., Favretto A. N., Frigessi D., Gogliani F., Lemma P., Pastore M., Rossignoli F. La salute straniera. Epidemiologia Culture Diritti.* Edizioni Scientifiche Italiane: 91-116
- Bhugra D. (2004) Migration and mental health. *Acta Psychiatr Scand*, 109: 243-258.
- Boi R. (2005) Le dimensioni culturali della professione infermieristica “Le matrici culturali della diagnosi e dell’intervento socio-sanitario”. *Savar rivista del nursing in movimento*
- Bonciani M., Geraci S., Martinelli B. (a cura di) (2011) Politiche nazionali e locali: fruibilità per tutti o disuguaglianze? *In: Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM "Salute per tutti: da immigrati a cittadini "aprire spazi costruire traiettorie" Palermo, 19-21 maggio 2011.*
- Bressan V., Stevanin S. (2014) La competenza culturale: modelli, standard e strumenti per l'infermiere italiano. *L'Infermiere*, 2: 8–18.
- Caritas e Migrantes (2013) *XXIII Rapporto Immigrazione: tra crisi e diritti umani*
- Cang-Wong C., Murphy S., Adelman T. (2009) Nursing Responses to Transcultural Encounters: What Nurses Draw on when faced with a patient from another culture. *The permanente Journal* 13 (3): 31-37
- Cardamone G. (a cura di) (2011) *La salute mentale dei migranti in Italia. Questioni di clinica tra servizi e territorio* Salute per tutti: da immigrati a cittadini "aprire spazi costruire traiettorie" Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM – Palermo, 19-21 maggio 2011
- Di Girolamo G. (2008) Il counseling e la transculturalità. *NEU*, 33(3): 28-45.

Di Palma R. (2012) Migrazioni e diritto alla salute. *In: Mirisola C., DI DOVE SEI? Diritti e DOVERi tra Salute E Immigrazione*, 10-16

Douglas M K., Pierce J H., (2011) Standards of practice for culturally competent nursing care. *Journal Transcultural Nursing*, 22(4): 317-333.

Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (2008) "Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità". *La professione* (2): 213-216.

Festini F, Focardi S, Bisogni S, Mannini C, Neri S (2009) Providing Transcultural to Children and Parents: An Exploratory Study from Italy. *Journal of Nursing Scholarship*, 41 (2): 220–227.

Geraci S., Marceca M. (2000) Il diritto all'assistenza sanitaria dei cittadini stranieri *Panorama della Sanità*, 18: 14-24

Giunti S. (2011) L'accesso ai servizi sanitari degli immigrati in Italia "Analisi delle problematiche attraverso la metodologia della growth diagnostic". *Jura Gentium: Rivista di filosofia del diritto internazionale e della politica globale*.

ICS - Consorzio Italiano di Solidarietà – Ufficio Rifugiati Onlus (2004-2005) *Progetto: Il disagio Invisibile. Nuovi approcci alla salute degli immigrati, Rapporto conclusivo*. Trieste: ICS - Ufficio Rifugiati Onlus, Servizio Asilo ed Immigrazione

Leininger M.M. (2004), *Infermieristica transculturale: concetti, teorie, ricerca e pratica*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana

Leininger M. M., (2005) *Diversità e universalità dell'assistenza culturale. Una teoria del nursing*. Piccin nuova Libreria, Padova.

Marceca M. (1999) L'assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti, *L'arco di Giano* 22:28.

Mareca M., Pizzuti S., Civitelli G. (a cura di) (2011) *Indicazioni metodologiche relative alla formazione degli operatori sociosanitari nel campo delle salute e dell'assistenza alle persone immigrate giugno 2010* Salute per tutti: da immigrati a cittadini "aprire spazi costruire traiettorie" Atti dell'XI Congresso Nazionale SIMM – Palermo, 19-21 maggio 2011

Mazzetti M. (2003). *Il dialogo interculturale*. Roma: Carocci Editore, Capitoli 1, 3, 4, 6, 11

Nathan T. (1993) “Fier de n’avoir ni pays ni amis, quelle sottiese c’ètaït”
Modificazioni tecniche e concettuali recentemente apportate alla psicopatologia attraverso la clinica etnopsichiatrica. *In: De Micco V., Martelli P. Passaggi di confine. Etnopsichiatria e migrazioni*. Italy: Napoli, 77-96

Narayanasamy A. (1999) Transcultural nursing: how do nurses respond to cultural needs? *British Journal of Nursing*, 12 (3): 185-94

Narayanasamy A. (2002) The ACCESS model: a transcultural nursing practice framework. *British Journal of Nursing*, 11(9):643-50

Organizzazione Mondiale della Sanità (2008). *Risoluzione “salute dei migranti”* n. WHA61.17 del 24 maggio 2008 in occasione della 61ma Assemblea mondiale della Salute.

Tarricone I., Berardi D., Nardini M. (a cura di) (2014) *La Rete Italiana Psichiatria della Migrazione della Società Italiana di Psichiatria*

Proietti M., Ricci M., Buldrini E., Marano M. (2014) I bisogni socio-sanitari degli immigrati. *Rivista L'infermiere* 1 (2012): 15-21

Provincia di Parma, CIAC (2011) *Per un'accoglienza e una relazione d'aiuto transculturali. Conoscere e applicare le linee guida per un'accoglienza integrata e attenta alle situazioni vulnerabili dei richiedenti e titolari di protezione internazionale. Progetto finanziato dall'Unione Europea e dal Ministero dell'Interno. L'accoglienza di persone con disagio mentale o vittime di torture. Accoglienza, salute mentale e multiculturalità* 126-145

RapportoOsservaSalute 2013, Decimo rapporto osservasalute: salute degli immigrati. 226 – 233. Pugliese A., Burgio A., Geraci S., Baglio G., (2013) *Ospedalizzazione tra gli stranieri*.

Wilkinson R., Marmot M. (a cura di) (II edizione – 2003) *I determinanti sociali della salute. I fatti concreti*. Provincia di Trento Assessorato politiche per la salute

SITOGRAFIA

<http://www.istat.it/it/archivio/129854>

<http://www.ismu.org/2014/07/quant-sono-gli-irregolari-italia/>

<http://www.nelmovimento.altervista.org/savar/archivosavar/05-3savar/05-3savar.htm>

http://www.deistituzionalizzazione-trieste.it/guida/Guida/?apripagina=/guida/Guida/PROGRAMM/&home=/guida/Guida/&home_programma=/guida/Guida/..#elemento31

<http://www.serviziocentrale.it/?ProgettiTerritoriali&i=2&s=4>